

Ведення тривожних розладів у загальнотерапевтичній практиці

Надання психіатричної допомоги в межах загальномедичної практики розглядається як перспективний напрям, що потребує належної підтримки та підготовки лікарів. До вашої уваги огляд ключових моментів лекції професора психіатрії Крістофера Т. Бенітеса (Університет Лома-Лінди, США) щодо діагностики та курації пацієнтів з тривожними розладами.

Терапевтичний супровід пацієнта з психічними розладами лікар має розпочати з ретельного збору анамнезу (рис. 1). За визначенням, тривожність – неприємний емоційний стан, причина якого сприймається як неуправляема, неконтрольована або взагалі невідома.

Симптоми тривожності поширені в загальній популяції та можуть бути нормою, крім тривожних розладів (ТР) – значних неконтрольованих відчуттів тривожності й страху, які утруднюють соціальне, професійне й особисте життя людини (табл. 1).



Рис. 1. Збір анамнезу в пацієнта із психічними розладами

Таблиця 1. Відмінність між нормальною тривожністю та генералізованим тривожним розладом	
Нормальна тривожність	Генералізований тривожний розлад
<ul style="list-style-type: none"> ● Ваше занепокоєння не перешкоджає Вашій щоденній активності та обов'язкам ● Ви можете контролювати своє занепокоєння ● Ваше занепокоєння, хоча і є неприємним, не спричиняє значного стресу ● Ваші занепокоєння обмежені незначною кількістю конкретних реалістичних ситуацій ● Ваші епізоди занепокоєння тривають протягом короткого періоду часу 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ваше занепокоєння значно порушує Вашу професійну діяльність, соціальне життя та інші види активності ● Ваше занепокоєння неконтрольоване ● Ваше занепокоєння надзвичайно Вас турбує та зумовлює стрес ● Ви переживаєте за всі можливі речі та події та завжди очікуєте на найгірше ● Ви відчуваєте занепокоєння майже щодня протягом щонайменше 6 міс

Відповідно до рекомендацій Робочої групи Профілактичних служб США (US Preventive Services Task Force), дорослим віком ≤ 64 роки, в т. ч. вагітним та жінкам у післяпологовому періоді, слід проводити скринінг ТР. Що стосується осіб віком ≥ 65 років, то доказів переваг скринінгу або його відсутності недостатньо. З метою скринінгу застосовуються стандартизовані опитувальники: STAI (State Trait Anxiety Inventory), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4).

Слід також пам'ятати про скринінг суїцидальних намірів: понад половина тих, хто загинув через суїцид, зверталася до свого сімейного лікаря протягом 1 міс до цієї події. Статистика суїцидів має статеві відмінності: жінки роблять спроби суїциду вчетверо частіше за чоловіків, але спроби чоловіків утричі частіше є успішними. Факторами ризику суїциду є психіатричні захворювання (особливо в разі мультиморбідності та нещодавньої госпіталізації), імпульсивність характеру, попередній анамнез суїцидальних спроб, сімейний анамнез суїцидів, чоловіча стать, літній вік, приналежність до європеїдної раси, відсутність роботи та сім'ї,

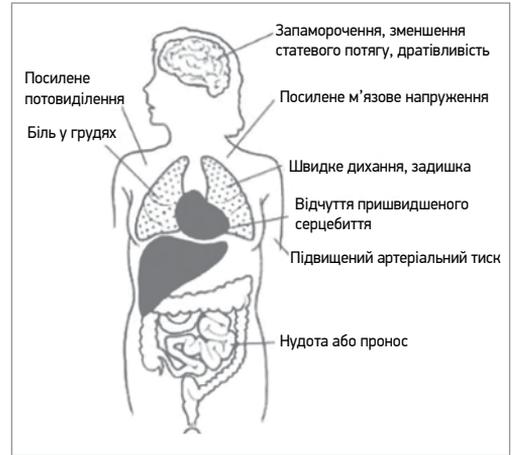


Рис. 2. Фізичні прояви ТР

незадовільний стан фізичного здоров'я, доступ до вогнепальної зброї, гомо- або бісексуальна статевая орієнтація, нещодавня втрата (фізична, особиста, фінансова). Натомість протекторними факторами є соціальна підтримка, вагітність або наявність дітей, релігійність та активна участь у житті релігійної громади, позитивні терапевтичні стосунки, зрілий підхід і навички розв'язування життєвих проблем.

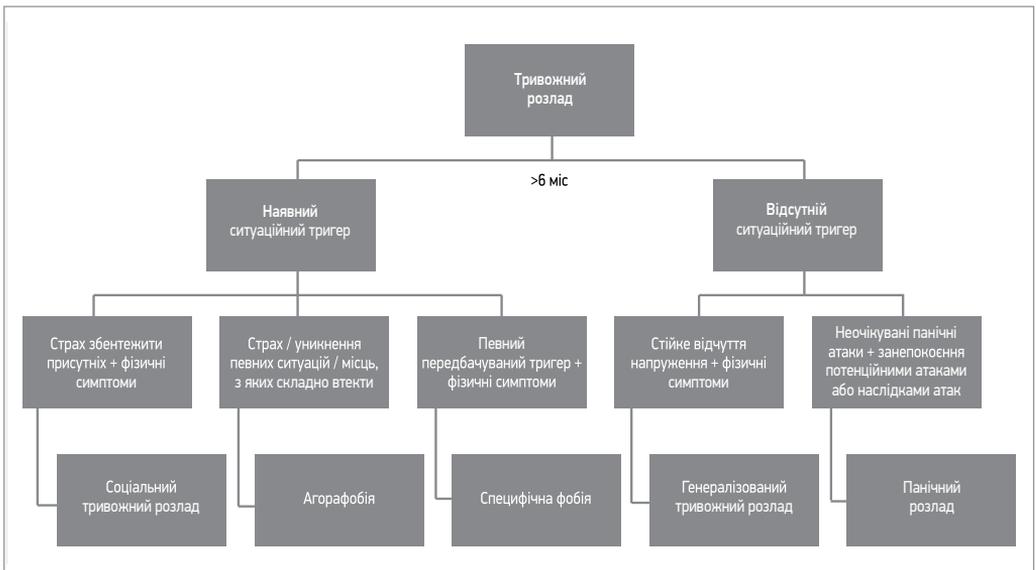


Рис. 3. Діагностичний алгоритм ТР

Тривожність має низку фізичних проявів із боку різних органів і систем (рис. 2). Часто зустрічаються втомлюваність, тремор, неможливість розслабитися і відпочити. Пацієнти нерідко приписують ці прояви певним соматичним хворобам, але це не завжди так; іноді причиною можуть бути ТР або депресія. В умовах первинної ланки пацієнти із ТР переважно скаржаться на фізичні симптоми та не вважають первинною причиною психологічний розлад. Поширеним явищем є часті візити до лікаря з яскравою презентацією значної кількості скарг і надмірною фрустрацією.

Виокремлюють різні підвиди ТР, які можна розрізнити за допомогою діагностичного алгоритму (рис. 3).

Що стосується тривожності, то необхідно з'ясувати, чи спричиняє ТР порушення соціальної (відмова від спілкування з родиною та друзями, припинення займатися хобі), професійної функції (уникнення роботи, її неефективність, відсутність кар'єрного просування, дисциплінарні штрафи і догани), щоденної активності (неможливість водіння автомобіля, шопінгу, поїздок у громадському транспорті).

Слід зауважити, що схожі на ТР симптоми можуть зумовлювати і соматичні патологічні стани, наприклад ендокринні (гіпертиреоз, гіпоглікемія, синдром Кушинга),

серцево-судинні (серцева недостатність, аритмія, тромбоемболія легеневої артерії), респіраторні (бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмонія), метаболічні (гіпокальціємія, дефіцит вітаміну В₁₂, порфірія), неврологічні (судомні розлади, деменція, енцефаліт, новоутворення). Необхідно також виключити зловживання психоактивними речовинами: кофеїном, стимуляторами, алкоголем та іншими депресантами центральної нервової системи (інтоксикація чи, навпаки, синдром відміни), канабісом, галюциногенами.

В деяких випадках буває складно розрізнити ТР і депресію (таб. 2).

В одного пацієнта можуть співіснувати депресія та ТР, а також декілька різних видів ТР, тому слід документувати та відстежувати в динаміці порушення різних функцій пацієнта.

Що стосується лікування, то його наріжним каменем є освіта та підтримувальне консультування хворого щодо гігієни сну, технік вирішення рутинних життєвих проблем (копінг-стратегії), фізичних навантажень, правильного харчування, технік релаксації. Також доцільними є психотерапія та фармакотерапія. Для фармацевтичного лікування ТР застосовується спектр різнопланових препаратів (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС),

Таблиця 2. Симптоми ТР та депресії

	Симптоми, поширеніші при ТР	Симптоми, поширеніші при депресії	Симптоми, типові як для ТР, так і для депресії
Соматичні	<ul style="list-style-type: none"> ● утруднене засинання ● тремор, відчуття пришвидшеного серцебиття ● посилене потовиділення ● припливи жару або холоду ● слабкість, запаморочення ● м'язова напруга ● нудота ● відчуття нестачі повітря 	<ul style="list-style-type: none"> ● раннє прокидання або надмірна сонливість ● інверсія сну ● хронічний або рецидивуючий ниючий біль ● ажитація або сповільнення ● втрата лібідо 	<ul style="list-style-type: none"> ● розлади сну ● зміни апетиту ● різні неспецифічні скарги ● втомлюваність ● занепокоєння ● головний біль ● сухість у роті
Емоційні	<ul style="list-style-type: none"> ● деперсоналізація ● дереалізація ● безпомічність ● відчуття стресу та напруження ● різні побоювання 	<ul style="list-style-type: none"> ● сум, розпач ● відчуття вини, безпомічності ● втрата мотивації ● втрата відчуття задоволення ● втрата інтересу до звичних занять, апатія 	<ul style="list-style-type: none"> ● дратівливість ● відчуття наближення катастрофи ● тривожність ● відчуття залежності ● втрата радості ● сльозливість ● швидкі перепади настрою



Рис. 4. Потенційні ризики застосування бензодіазепінів

інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН), бупірон, бупропіон, тразодон, міртазапін, гідроксизин, габапентин, прегабалін, трициклічні антидепресанти тощо).

Першу лінію лікування становлять СІЗЗС, ІЗЗСН і бупірон. Обираючи препарат, слід спиратися на досвід пацієнта (що спрацювало або, навпаки, не спрацювало минулого разу), врахувати лікарські взаємодії, імовірність вагітності та побічні ефекти. Другою лінією є інші СІЗЗС чи

ІЗЗСН, прегабалін, бензодіазепіни (з обережністю), третьою – трициклічні антидепресанти, кветіапін, міртазапін, бензодіазепіни. Довготривалого застосування останніх слід уникати (рис. 4), хоча вони є дієвими при панічних атаках. Альтернативою бензодіазепінам є, наприклад, бупірон (20-30 мг/добу, поділені на 2 або 3 прийоми).

У випадку генералізованого ТР бупірон призначається по 5-10 мг 2-3 р/добу з поступовим збільшенням дози

до максимуму (60 мг/добу). Паралельно застосовують психотерапію та поведінкові зміни (заходи гігієни сну, дихальні техніки, фізичні навантаження). Важливе значення має обговорення з пацієнтом мети лікування (і зазвичай метою не є повна відсутність тривожності) та способу оцінки змін. Хоча фармакотерапевтичні препарати для лікування ТР доцільно розпочинати з малих доз, частою лікарською помилкою є відсутність подальшого збільшення дози, а також занадто швидка відміна лікування через його «невдачу». В середньому тривалість фармакотерапії ТР має становити щонайменше 1 рік після появи позитивних змін.

Необхідно пояснити пацієнту важливість прихильності до лікування та регулярного прийому фармакопрепарату в один і той самий час. Нерідко хворі відмовляються від антидепресантів через побічні ефекти, які зазвичай минають або зменшуються через 2 тиж після початку лікування, про що слід попередити хворого.

В аспекті довгострокового контролю над ТР важливо розуміти, що метою лікування є не відповідь на фармакопрепарат, а ремісія та повне функціональне відновлення. Під час тривалого лікування необхідно

моніторувати прихильність до препарату та побічні ефекти, а також ознайомити пацієнта з ризиками рецидиву. Від ТР можливо вилікуватися повністю, проте існують хронічні ТР із чергуванням фаз ремісії та рецидивування.

Які ж пацієнти потребують консультації психіатра? Насамперед це особи з коморбідними психічними захворюваннями, тяжкими розладами та симптомами, підвищеним ризиком суїциду або відсутністю відповіді на належне лікування.

Висновки

ТР є поширеними та небезпечними, оскільки можуть супроводжуватися суїцидальними намірами. Важлива роль у діагностиці та стартовому лікуванні ТР належить лікарю первинної ланки, який за допомогою збору анамнезу й спеціальних опитувальників може встановити правильний діагноз і призначити лікування. До препаратів першої лінії належать СИЗЗС, ІЗЗСН і бупірон; натомість від бензодіазепінів варто утриматися через значний спектр несприятливих побічних ефектів.

ДОВІДКА «ЗУ»

Препарат Спітомін® (ЗАТ «Фармацевтичний завод ЕГІС», Угорщина) – європейський бупірон, представлений у дозах 5 та 10 мг. Відповідно до інструкції для медичного застосування препарату, показаннями до призначення Спітоміну є симптоматичне лікування тривожних станів із такими домінуючими симптомами, як тривожність, внутрішній неспокій, стан напруження. Цей анксиолітик відрізняється від бензодіазепінів за своїм механізмом дії, оскільки не впливає на бензодіазепін-ГАМК-хлорид-іонофорний рецепторний комплекс, натомість діючи шляхом модуляції серотонінергічної системи. Такий механізм дії дозволяє бупірону (Спітоміну) не спричиняти толерантності, залежності чи синдрому відміни, які часто стають на заваді призначенню необхідної анксиолітичної терапії на первинній ланці.

На початку терапії Спітомін® слід призначати по 5 мг 2-3 р/добу, поступово підвищуючи дозу до 20-30 мг/добу. Максимальна одноразова доза препарату Спітомін® не має перевищувати 30 мг, максимальна добова доза – 60 мг.

①

Підготувала *Лариса Стрільчук*