

Депрессия и тревога в практике врача соматического профиля

По материалам XII Международной конференции
«Актуальные направления в неврологии: настоящее и будущее» (25-28 апреля, г. Судак, АР Крым)

Компания «Сандоз» широко известна украинским врачам не только качественными препаратами для применения в различных сферах медицины, но и участием в ряде медико-социальных проектов вместе с ведущими научно-исследовательскими коллективами страны. Просветительская деятельность компании способствует осуществлению прогрессивных реформ в отечественной неврологии и психиатрии, становится частью последипломного образования специалистов. Немало внимания в компании «Сандоз» уделяют интеграции психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения, о чем мы уже неоднократно писали на страницах газеты. Из наиболее масштабных проектов отметим участие компании в подготовке справочного пособия по диагностике и лечению депрессии в общемедицинской практике. Этот документ был разработан в 2009 г. коллективом авторов под руководством главного внештатного специалиста по психиатрии МЗ Украины, профессора Н.А. Маруты, а издан и распространяется среди врачей при поддержке «Сандоз». Пособие представляет собой методические рекомендации, которые призваны донести значимость проблемы депрессии до врачей первичного звена и повлиять на ситуацию с повсеместной гиподиагностикой депрессивных расстройств у пациентов соматического профиля.

Кроме того, компания взяла на себя организацию образовательных семинаров по диагностике и лечению депрессии для врачей разных специальностей. К настоящему времени при поддержке компании «Сандоз» с участием ведущих отечественных ученых, психиатров и психотерапевтов, подобные мероприятия проведены во многих городах Украины. Этот опыт свидетельствует о высокой востребованности знаний и навыков в сфере пограничной психиатрии у врачей различных специальностей – терапевтов, кардиологов, неврологов и других специалистов.

Следует отметить и постоянное участие компании в крупнейших научно-практических медицинских форумах Украины, таких как Национальный конгресс «Человек и лекарство Украина», традиционная конференция украинских неврологов с международным участием, которая ежегодно проводится в Судак.

2010-й стал годом успешного продолжения традиций. В рамках XII Международной конференции «Актуальные направления в неврологии: настоящее и будущее» (25-28 апреля, Судак) при поддержке «Сандоз» состоялось заседание, посвященное психо-эмоциональным нарушениям при заболеваниях нервной системы, на котором ведущие ученые-клиницисты представили доклады по актуальным аспектам диагностики и лечения пограничных расстройств психики и психосоматической патологии.

Заместитель директора по научно-исследовательской работе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), главный внештатный специалист по психиатрии МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Наталья Александровна Марута подробно осветила проблему депрессии в практике врача соматического профиля.

– Депрессия – это сложное эмоциональное состояние человека, включающее отрицательные чувства, когнитивные нарушения и соматовегетативные расстройства (К.Э. Изард, 1999).



Депрессия является одной из важнейших причин утраты трудоспособности, в том числе стойкой, и сопровождается фатальными последствиями в виде суицидов (ВОЗ, 2001). По прогнозам экспертов, к 2020 году униполярная депрессия выйдет на 2-е место среди причин инвалидности (Muntau, Lopez, 1996). В то же время охват пациентов с депрессией диагностикой и лечением остается неудовлетворительным. Только один из пяти пациентов с большим депрессивным расстройством получает лечение антидепрессантами (Isacsson et al., 1996).

Диагностика и лечение депрессии представляет трудную задачу даже для опытных психиатров, не говоря уже о неврологах и других специалистах соматического профиля.

Причины недостаточного выявления депрессии в первичной медицинской сети разнообразны, они могут быть связаны как с особенностями подготовки и клинического мышления врачей, так и с характеристиками течения самой депрессии:

- дефицит знаний в области психиатрии и отсутствие навыков психодиагностики у врачей-непсихиатров;
- нехватка времени на обследование пациентов, оценку психического статуса;
- культуральные различия врача и пациента, создающие барьер в общении;
- отношение врачей к депрессии как к нормальной реакции на жизненные события;
- избегание диагноза депрессии из-за проблемы стигматизации;
- атипичная клиническая картина депрессии;
- коморбидность депрессии с соматической патологией, зависимостями, тревогой, деменцией.

Тем не менее неврологи и врачи соматического профиля могут и обязаны выявлять депрессию у своих пациентов и даже оказывать большинству из них специализированную помощь, в том числе назначать лечение антидепрессантами в соответствии с действующей нормативно-правовой базой – законом Украины «О психиатрической помощи» и приказом МЗ Украины № 72 от 23 февраля 2001 г. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини». В утвержденном приказом приложении № 6 «Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» указаны предпосылки для участия врачей общей практики в оказании психиатрической помощи пациентам с некоторыми формами психических расстройств. В разделе «Специальные знания» и подразделе «Психиатрия» указано, что врач общей практики должен быть компетентным в вопросах, касающихся неотложных состояний в психиатрии, маскированной депрессии, алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также владеть знаниями о коррекции личности и уметь их использовать.

Здесь возникают очень важные вопросы: где проходят границы компетенции врачей общей практики и психиатров в диагностике и лечении депрессии и как специалисты должны взаимодействовать? Идеальным вариантом является совместная работа психиатров и других специалистов по модели «взаимодействие-прикрепление» (Р. Тутег, В. Персон, J. Wadsworth, 1990), в соответствии с которой психиатр осуществляет прием и лечение профильных больных в общесоматических учреждениях, обсуждает с интернистами тактику лечения, поддерживает сотрудничество и оказывает помощь врачам-интернистам. Врач-интернист с помощью психиатра овладевает приемами диагностики и стратегией лечения психиатрической патологии, совместно с психиатром оказывает помощь больным. Постановка диагноза психического заболевания и оказание квалифицированной психиатрической помощи остаются исключительно в компетенции врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Немедленно направить больного к психиатру следует в случае высказывания им суицидальных идей или попыток к самоповреждению, при наличии ажитации или психомоторной заторможенности, признаков психоза (бред, галлюцинации, дезориентация).

Напомним, что депрессивное расстройство – это диагноз с четкими критериями.

Согласно МКБ-10 выделяют три основных (сниженное настроение, утрата интересов или способности получать удовольствие, снижение энергичности) и пять дополнительных диагностических признаков: снижение активности; снижение способности к концентрации внимания; сниженная самооценка и неуверенность в себе; идеи виновности и самоуничтожения; мрачное, пессимистическое видение будущего; суицидальные мысли или действия; нарушения сна; нарушения аппетита.

Критерием тяжелого депрессивного расстройства служит наличие трех основных признаков в сочетании с пятью дополнительными. Депрессивный эпизод умеренной тяжести констатируют при наличии у больного двух основных и четырех дополнительных признаков. Для диагностирования легкого депрессивного эпизода необходимо присутствие двух основных и двух дополнительных признаков. Диагноз депрессии правомочен лишь в тех случаях, когда длительность вышеперечисленных симптомов



SANDOZ
Здоров'я на першому місці

Представництво в Україні: Київ, вул. Польова, 24д, тел.: (044) 4952866; 4952941; факс: 4952943

www.sandoz.com

составляет не менее двух недель, и они отражают отклонения от нормальных в понимании пациента чувств и/или функций, нарушают межличностные отношения, трудоспособность и повседневную жизнедеятельность. Кроме того, перед постановкой диагноза необходимо исключить наличие в анамнезе маниакальных эпизодов или гипомании.

В соответствии с клиническим протоколом оказания психиатрической помощи больным с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией (приказ МЗ Украины № 59 от 5 февраля 2007 г.) антидепрессанты должны быть назначены всем пациентам с диагностированным депрессивным расстройством. Больные с первым депрессивным эпизодом должны принимать антидепрессанты в течение 6 мес после регресса симптомов, пациенты с рекуррентной депрессией — 2 года и более. У пациентов, которые отказываются от приема антидепрессантов, следует максимально использовать возможности психотерапии в виде проблемно-разрешающих и когнитивно-поведенческих методик.

В терапии депрессии используются антидепрессанты разных классов и поколений: трициклические, тетрациклические, ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (ребоксетин), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН), агонисты мелатонина и селективные антагонисты серотонина, препараты со смешанным механизмом действия — мirtазапин (блокатор серотониновых рецепторов 5-HT₂, 5-HT₃, а также β₂-адренергических рецепторов) и миансерин (блокатор 5-HT₂ и β₂-адренорецепторов).

При выборе антидепрессанта следует в комплексе учитывать следующие факторы:

- вероятность отказа от лечения (например, в связи с побочными эффектами и режимом приема препарата);
- возраст больного (у пожилых пациентов, как правило, развиваются выраженные побочные эффекты при приеме трициклических антидепрессантов);
- образ жизни и профессия (седативные эффекты некоторых антидепрессантов делают их неприемлемыми для водителей и представителей других профессий, требующих высокой концентрации внимания и хорошей реакции);
- сопутствующие соматические расстройства (например, высокие дозы трициклических антидепрессантов могут вызывать аритмию или ортостатическую гипертензию у пациентов с заболеваниями сердца);
- сопутствующие психические заболевания (например, пациенты с депрессивными расстройствами, одновременно страдающие обсессивно-компульсивным расстройством, могут получить преимущество от препаратов, продемонстрировавших свою эффективность при лечении обоих расстройств);
- хороший ответ на лечение депрессии определенными препаратами в анамнезе у пациента или членов его семьи.

Важные условия успешного лечения депрессии — создание доверительного терапевтического альянса между врачом, пациентом и его близкими, привлечение их к обсуждению вариантов лечения; обеспечение пациента и членов его семьи информацией о депрессивном расстройстве с разъяснениями в доступной для них форме.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии Людмила Николаевна Юрьева рассмотрела общеклинические аспекты тревожно-фобических расстройств.

Наблюдая пациента с признаками тревожности, любой врач должен в первую очередь определить, с какой тревогой он имеет дело — физиологической или патологической. Физиологическая тревога является универсальной психофизиологической реакцией организма на стрессовые воздействия, усиливается адекватно степени угрозы и длится столько же, сколько воздействует на человека травмирующий фактор (мобилизационная тревога). Патологическая тревога не связана с реальной угрозой и внешне проявляется беспредметным беспокойством. В отличие от физиологической патологическая тревога всегда более продолжительна и приводит к истощению, а не усилению адаптационных возможностей организма. Патологическая тревога — одно из самых частых и широко распространенных расстройств психики, которое существенно нарушает жизнедеятельность человека. Отдельно следует выделить фармакогенную тревогу, например при интоксикации кокаином, каннабисом, кофеином, галлюциногенами, при алкогольной абстиненции, передозировке препаратов гормонов щитовидной железы, теофиллина, симпатомиметиков, на фоне длительного приема кортикостероидов в высоких дозах или после их отмены.

Терапевты, кардиологи, неврологи и другие врачи, не имеющие прямого отношения к психиатрии, в повседневной работе часто наблюдают соматические и вегетативные проявления тревоги, которые затрагивают практически все органы и системы:

- сердечно-сосудистую (нарушения сердечного ритма, боли в грудной клетке, колебания артериального давления);
- дыхательную (одышка или ощущение удушья);
- нервную систему (головокружение, головные боли, тремор, мышечные подергивания, парестезии, потливость, приливы жара или ощущение холода);
- желудочно-кишечный тракт (нарушения аппетита, сухость во рту, ощущение «комка в горле», диспепсия, диарея или запоры, метеоризм, боли в животе);
- мочеполовую (учащение мочеиспускания, снижение либидо, импотенция).

Лишь при подробном выяснении анамнеза (на которое у большинства врачей первичного звена просто не хватает времени) удастся выявить характерные для тревоги поведенческие особенности больного: дезорганизацию деятельности, скованность, зажатость, внутреннее напряжение, повышенную утомляемость, неусидчивость, а также психопатологические расстройства невротического регистра, которые очень часто сочетаются с депрессией. Таким образом, клиническая картина тревоги обычно представляет собой сложную мозаику из разнообразных психопатологических и соматоформных проявлений.

Подходы к фармакотерапии тревожных расстройств включают купирование приступа тревоги и лечение в межприступный период. В первом случае применяются транквилизаторы бензодиазепинового ряда, седативные нейролептики (аминазин, хлорпротиксен) и антидепрессанты с преимущественно седативным эффектом (амитриптилин, мirtазапин). Для поддерживающей терапии назначаются бензодиазепиновые анксиолитики (гидазепам, диазепам), небензодиазепиновые анксиолитики (буспирон), трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминоксидазы,

СИОЗС (пароксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам), вазоактивные ноотропные средства (ницерголин).

Учитывая разнообразие рынка анксиолитиков, следует перечислить основные требования к препаратам данного класса. Идеальный анксиолитик должен купировать тревогу любой этиологии в любой ситуации, не вызывая при этом седации, синдрома отмены, физической или психологической зависимости, психомоторных и когнитивных расстройств. Кроме того, препарат должен иметь высокий терапевтический индекс, определяющий безопасность при передозировке, и минимальную поведенческую токсичность, под которой следует понимать степень нарушения повседневной жизнедеятельности больного под влиянием побочных эффектов терапии. Традиционно в отечественной нейропсихиатрической практике для лечения тревожных расстройств широко применяются препараты бензодиазепинового ряда. К их преимуществам можно отнести высокую доступность и быстрое начало действия, что приветствуется при купировании приступов тревоги. Однако длительный прием препаратов данной группы почти всегда ограничивается их недостатками — свойством вызывать психомоторные и когнитивные нарушения, привыкание, провоцировать депрессию, а также необходимостью частого приема таблеток и наличием выраженного синдрома отмены. В качестве альтернативы бензодиазепиновому производному все большую популярность приобретает буспирон (Буспирон ГЕКСАЛ) — серотонинергический анксиолитик, который объединяет в себе противотревожное и антидепрессивное действие. По химической структуре этот препарат отличается от других ранее известных анксиолитиков и принадлежит к классу азаспиронов. Буспирон не имеет самостоятельной клинической ценности как антидепрессант, но повышает эффективность терапии препаратами класса СИОЗС в случаях резистентных депрессий как психотического, так и невротического генеза. Присоединение буспирона к стандартным схемам терапии СИОЗС способствует существенному снижению риска развития сексуальной дисфункции. Обладая выраженными противотревожным, вегетостабилизирующим и дополнительными антидепрессивными эффектами, буспирон не вызывает седации, не влияет на тонус мышц. К неоспоримым преимуществам препарата следует отнести отсутствие синдрома отмены, способности вызывать привыкание и зависимость. Анксиолитический эффект буспирона развивается уже через 24 ч после приема дозы. Длительность терапии может составлять до 4 мес, при этом клинический эффект сохраняется в течение 2-3 мес после отмены препарата. Сбалансированное действие буспирона позволяет в реальной практике достигать хороших результатов лечения по критериям, которые изложены в клиническом протоколе оказания психиатрической помощи (приказ МЗ Украины № 59 от 5 февраля 2007 г.):

- клинический критерий — степень редукции тревожной симптоматики на протяжении не менее 6 мес и стабильность психического состояния больного в течение 6 мес;
- социально-психологический критерий — восстановление исходного уровня социальной и трудовой адаптации пациента.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**





SANDOZ

ЗДОРОВ'Я НА ПЕРШОМУ МІСЦІ

Буспірон САНДОЗ

(буспірону гідрохлорид)



Буспірон ГЕКСАЛ
змінює назву на
Буспірон САНДОЗ

Інформація для спеціалістів

рішення без компромісу