

Тревога и депрессия в неврологической практике

9-11 июня 2011 г. в г. Ужгороде прошла 5-я научно-практическая конференция для неврологов «Карпатские чтения-2011», собравшая более 400 делегатов из всех регионов Украины. Традиционно большое количество докладов было посвящено междисциплинарным проблемам, находящимся на стыке неврологии, нейрохирургии, психиатрии, психотерапии и других отраслей медицины. Руководитель отдела психоневрологии, психотерапии и медицинской психологии и психосоматического центра Украинского государственного научно-исследовательского института медико-социальных проблем инвалидности, доктор медицинских наук Светлана Михайловна Мороз обратила внимание участников конференции на необходимость коррекции психического состояния у пациентов соматического и неврологического профиля. Врачи-интернисты и неврологи очень часто игнорируют эмоциональные нарушения, сопровождающие соматическую или неврологическую патологию, что во многих случаях негативно сказывается на течении основного заболевания и эффективности его лечения.

ВОЗ определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Но, к сожалению, многих практикующих врачей интересует только один аспект здоровья пациента — отсутствие или наличие объективной патологии либо дисфункции того или иного органа или системы.

! Очень редко врачи-интернисты обращают внимание на общее психическое состояние больного и тем более на его социальное функционирование. Такой односторонний подход к ведению пациента может стать причиной несвоевременного выявления нарушений со стороны психического состояния больного, которые, в свою очередь, влияют не только на качество жизни человека, его работоспособность и социальную адаптацию, но и на течение и прогноз основного заболевания.



Установлено, например, что депрессия способствует усилению выраженности неврологических симптомов, в частности боли. Кроме того, наличие психических расстройств может снижать приверженность пациента к лечению основного заболевания, быть причиной нарушений режима приема препаратов, несвоевременного обращения за медицинской помощью при остром состоянии и т.д. Поэтому врачей-интернистов должны насторожить нарушения психического состояния больных, прежде всего такие часто встречающиеся эмоциональные расстройства, как депрессия и тревога, и, как следствие, необходимо провести своевременную их коррекцию.

Депрессивные и тревожные расстройства очень часто встречаются в неврологической практике, особенно при следующих заболеваниях и патологических состояниях: перенесенная черепно-мозговая травма, сосудистая патология головного мозга, онкологические заболевания головного мозга, дементирующая патология, алкогольная и наркотическая зависимость, эпилепсия, рассеянный склероз, паркинсонизм. Тревно-депрессивные расстройства могут возникать и при использовании некоторых препаратов. К лекарственным средствам, длительный прием которых нередко приводит

к развитию депрессивного расстройства, относят β -блокаторы, антиаритмические препараты, антиконвульсанты, препараты для лечения паркинсонизма, кортикостероиды, анальгетики, препараты для химиотерапии, интерфероны, бензодиазепины, нейролептики. Тревогу, вплоть до развития очень тяжелых тревожных расстройств психотического уровня, даже при непродолжительном приеме могут вызывать ноотропные препараты, средства, снижающие уровень пролактина, антидепрессанты со стимулирующим эффектом, препараты для лечения ожирения, препараты для лечения никотиновой зависимости, препараты эстрогенового ряда, препараты тестостеронового ряда, кофеинсодержащие препараты.

У больных с соматическими и неврологическими заболеваниями необходимо выявлять и корригировать нарушения психического состояния. Кроме того, не следует забывать о той категории пациентов, у которых депрессивные и/или тревожные расстройства являются основной патологией. К сожалению, в настоящее время приходится констатировать очень низкий уровень диагностики тревожно-депрессивных расстройств в нашей стране, что в первую очередь связано с нежеланием больных обращаться за помощью в психоневрологические учреждения. Эти пациенты если и обращаются

к специалистам, то, как правило, к врачам соматического профиля с жалобами на соматовегетативные проявления тревожно-депрессивного расстройства, при этом они очень редко упоминают о своих психических симптомах — сниженном настроении, нежелании работать и т.д. Поэтому, если на консультации у врача-интерниста или невролога пациент предъявляет жалобы соматовегетативного характера, необходимо собрать тщательный анамнез и провести соответствующее тестирование для исключения или выявления нарушений психического состояния у больного, прежде всего депрессивного и/или тревожного расстройства. Хотя следует признать, что их диагностика — не такая уж простая задача, особенно для врачей-интернистов.

Депрессия представляет собой психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Наиболее частые симптомы депрессии объединены в классическую триаду Крепелина — подавленное настроение, идеаторная и моторная заторможенность. При депрессии в первую очередь отмечается нарушение настроения и аффектов. Пациент может предъявлять

жалобы на печаль, опустошенность, апатию, напряженность, раздражительность, сниженную реактивность на приятные или неприятные события, гнев. Как правило, затрагивается и интеллектуально-когнитивная сфера, что проявляется снижением концентрации внимания, самооценки, нарушением самоидентификации, беспричинными самообвинениями, беспомощностью, нерешительностью, пессимизмом, наличием суицидальных мыслей. При депрессии нарушается психомоторная активность по типу ретардации (замедление движений тела, снижение лицевой экспрессии, сужение коммуникативной сферы) или ажитации (неусидчивость, бесцельная неконтролируемая гиперактивность). Для депрессии характерны и соматовегетативные проявления, заключающиеся в нарушении базовых функций (бессонница, сонливость, повышение/снижение аппетита, снижение сексуального влечения) и витального тонуса (чувство постоянной усталости, слабости, недостатка энергии), неприятных телесных ощущениях (ноющая боль в различных частях тела, чувство напряженности, холода, тяжести в теле), висцеральных симптомах (жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы).

! Еще раз следует подчеркнуть, что пациенты с депрессией на приеме у врача соматического профиля в первую очередь предъявляют жалобы именно со стороны соматовегетативной сферы, за которыми скрываются нарушения настроения. Поэтому при наличии вегетативных проявлений врач обязан более подробно расспросить пациента о его настроении и повседневной активности.

Тревога — это состояние безразличности, напряженно-беспокойного ожидания будущего. В отличие от страха тревога не имеет явного объекта, то есть не связана с реальной угрозой, и осознается как эмоциональное состояние без конкретного содержания. Выделяют нормальные тревожные состояния, обусловленные конкретной ситуацией и адекватные ей, и патологическую тревогу, которая переживается чрезмерно глубоко, тяжело и/или длительно, несоизмеримо с вызвавшими ее причинами, что мешает нормальной жизнедеятельности больного. Симптомы тревожных расстройств можно разделить на две большие группы — психические (беспокойство, неуверенность в себе, чувство беспомощности, угрожающей опасности, снижение критического восприятия окружающего) и вегетативные (повышение артериального давления,



С.М. Мороз

расширение зрачков, сухость во рту, бледность лица, потливость, повышенная раздражительность, нарушение сна и аппетита).

Согласно МКБ-10 тревога — это психопатологический феномен, относящийся к невротическим расстройствам, в структуре которого отсутствуют симптомы депрессии. Однако следует подчеркнуть, что соматовегетативные нарушения при тревожном расстройстве подобны симптомам, характерным для депрессии (расстройства сна, сердцебиение, лабильность артериального давления, изменение аппетита и т.д.), что затрудняет их дифференциацию. Кроме того, отмечено, что длительное существование тревожного расстройства обуславливает развитие депрессии, которая в свою очередь усиливает симптомы тревоги, — формируется замкнутый круг. Частое сочетание тревоги и депрессии вполне объяснимо, поскольку эти эмоциональные расстройства связаны с нарушением метаболизма одних и тех же нейромедиаторов — норадреналина, серотонина и дофамина.

Не только сходство соматовегетативных симптомов тревоги и депрессии создает трудности в установлении правильного диагноза. Различные патофизиологические, личностные и социальные механизмы формирования тревожно-депрессивных состояний обуславливают их значительную гетерогенность, что также затрудняет диагностику. Существенно упростить постановку диагноза эмоционального расстройства непсихотического уровня для врача-интерниста может применение одной из перечисленных шкал: шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала самооценки тревоги Шихана, шкала Спилберга-Ханина для субъективной



оценки тревоги, опросник депрессии Бека, шкала депрессии и тревоги Гамильтона, шкала Монтомери-Асберга для оценки депрессии.

Как уже отмечалось выше, тревога не всегда является патологическим состоянием. То же самое можно сказать и о депрессии. Но как провести грань между физиологической реакцией и психическим расстройством?

! Если тревога или депрессия длятся непрерывно в течение двух и более

недель или на их фоне появились симптомы каких-либо соматических заболеваний, следует считать, что физиологические реакции уже перешли в психическое расстройство. Согласно рекомендациям ВОЗ безуспешность попыток пациента справиться со своим состоянием (тревогой, депрессией) в течение 1,5 мес является показанием для обращения за медицинской помощью.

Также необходимо напомнить о том, что психические расстройства принято разделять на невротические и психотические. Как же определить уровень нарушений? Если пациент обращается к врачу с жалобами на симптомы тревоги или депрессии, которые существуют в течение 1 мес и более, лечение следует начинать с медикаментозной терапии. Это может сделать и врач соматического профиля. Если же на протяжении 1,5 мес не удается купировать симптоматику с помощью одного препарата и в течение следующих 1,5 мес — другого препарата, депрессивное/тревожное расстройство следует расценивать как психотическое, и пациента необходимо направить к психиатру. Успешное купирование симптомов на протяжении указанного периода дает основание говорить о невротической тревоге и депрессии.

Цель терапии тревожных и депрессивных расстройств — полное купирование симптоматики и возвращение пациента к прежнему уровню социального функционирования. Кроме того, важной задачей лечения является профилактика рецидива, особенно с учетом того, что каждый последующий тревожный или депрессивный эпизод протекает тяжелее предыдущих.

Основные методы лечения тревожных и депрессивных состояний — фармакотерапия, психотерапия и их комбинация. Следует подчеркнуть, что в настоящее время во многих странах мира фармакотерапию непсихотической депрессии и тревоги очень часто проводят врачи соматического профиля, прежде всего терапевты и семейные врачи. Так, среди всех назначений психотропных препаратов на долю врачей-интернистов приходится 80%, тогда как на долю психиатров — только 20%.

В терапии тревожно-депрессивных расстройств применяют препараты нескольких классов: анксиолитики — бензодиазепинового (диазепам, феназепам, гидазепам) и небензодиазепинового ряда (буспирон, гидроксизин, афобазол); антидепрессанты — трициклические, тетрациклические, ингибиторы моноаминоксидазы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

Выбор препарата зависит от преобладания тревожных или депрессивных симптомов в структуре тревожно-депрессивного расстройства, предполагаемой этиологии нарушений, опыта и интуиции врача. Определенную ценность в выборе схемы медикаментозной терапии этих психических расстройств имеет электроэнцефалография (ЭЭГ), хотя в диагностике тревожных и депрессивных расстройств она не применяется. Напомню, что выделяют два основных типа электроэнцефалограммы — десинхронизированные (с преобладанием или уплощением альфа-ритма) и синхронизированные (с доминированием медленных ритмов, дезорганизованные, пароксизмальные, очаговые, генерализованные). Установлено, что прием антидепрессантов сопровождается увеличением амплитуды альфа-ритма, поэтому их целесообразно назначать при десинхронизированной ЭЭГ с уплощением альфа-ритма. Анксиолитики и противоэпилептические препараты эффективны в случае синхронизированной ЭЭГ.

Фармакотерапия тревожных расстройств включает купирование приступа тревоги и

противорецидивное лечение в межприступный период. С целью купирования приступа тревоги можно назначить препараты бензодиазепинового ряда (например, гидазепам), характеризующиеся быстрым началом действия. Однако возможность их длительного применения ограничена достаточно серьезными побочными эффектами. В первую очередь это формирование лекарственной зависимости и развитие выраженного синдрома отмены после прекращения их приема. Во-вторых, на фоне применения бензодиазепинов отмечаются замедление скорости психических и двигательных реакций, миастения, снижение способности к концентрации внимания, что делает неприемлемым их назначение лицам ряда профессий (водителям, операторам и т.д.). Также имеются данные, подтверждающие наличие связи между

длительным приемом бензодиазепинов у пожилых людей и повышением риска развития деменции. Следовательно, после купирования тревожного приступа целесообразно перевести пациента на терапию более безопасным препаратом.

В настоящее время одним из наиболее эффективных и безопасных лекарственных средств, применяющихся для лечения тревожно-депрессивных расстройств, является небензодиазепиновый анксиолитик Буспирон САНДОЗ. Препарат имеет сходство как к 5HT_{1a}-серотониновым, так и D₂-дофаминовым рецепторам в головном мозге, поэтому может оказывать влияние и на тревожную, и на депрессивную составляющие сложного тревожно-депрессивного расстройства. Буспирон САНДОЗ эффективно устраняет как

психические, так и соматовегетативные проявления тревоги. Анксиолитический эффект развивается уже через 24 ч после приема препарата, а на 2-3-й день терапии большинство пациентов отмечают значительное улучшение своего состояния.

Серьезным преимуществом Буспирона САНДОЗ является то, что он не вызывает привыкания. Препарат можно безопасно принимать в течение 3-4 мес, чего в большинстве случаев достаточно для купирования тревожных и депрессивных симптомов. После отмены препарата клинический эффект сохраняется еще на протяжении 2-3 мес. Прием Буспирона САНДОЗ можно прекращать одномоментно, не опасаясь развития синдрома отмены.

Подготовил Вячеслав Килимчук



Рішення без компромісу

Буспірон САНДОЗ (буспірону гідрохлорид)

Усуває вегетативні і психічні симптоми страху*

- ✿ має властивості, типові для анксиолітиків і антидепресантів*
- ✿ не проявляє міорелаксуючої дії*
- ✿ не викликає звикання*
- ✿ не викликає симптомів відміни або швидкого рецидиву симптомів тривоги*



SANDOZ

Здорові рішення

*Інструкція для медичного застосування. Для фахівців охорони здоров'я.
5 мг UA/9598/01/01 від 28.01.11 № 39,
10 мг № UA/9598/01/02 від 28.01.2011 № 39

Представництво в Україні:
03680, вул. Амосова, 12, БЦ «Горизонт Парк»
Тел.: (044) 495-28-66, тел./факс: (044) 495-29-43

1-05-БУС-РЕЦ-1011