

УДК 616.1/9:616.89]-07-085

Н.В. Малик, А.В. Паровіна, А.С. Галічева

Харківський національний медичний університет

РОЛЬ ТА МІСЦЕ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Тривожно-депресивні розлади сьогодні являють загальномедичну проблему. Лікарі загальної практики часто стикаються з цією проблемою. Показано, що соматичні скарги часто приховують основну причину захворювання. У результаті лікар призначає непотрібне обстеження і лікування. Сімейному лікарю часто непросто розібратися в цих суперечливих скаргах, встановити точний діагноз та призначити лікування.

Ключові слова: сімейний лікар, психічні розлади, діагностика, лікування.

Психічне здоров'я відіграє важливу роль у створенні здорового, продуктивного суспільства. Багато людей, які мають проблеми із психічним здоров'ям, на жаль, залишаються без необхідної допомоги або отримують її не в повному обсязі.

Сьогодні наша країна проводить реформу системи охорони здоров'я, тобто реформування системи первинної медичної допомоги. Зокрема, зона діагностичної та лікувальної компетенції сімейного лікаря стає значно ширше, ніж у поліклінічного терапевта. Сімейний лікар – це не диспетчер, він має бути головною ланкою медичної допомоги. Він повинен знати та лікувати не тільки соматичні захворювання, а й іншу патологію, в тому числі і психічні розлади.

Тривожні порушення зустрічаються дуже часто і є одним із найбільш розповсюджених видів пограничної психічної патології. Гіподіагностика та неадекватне лікування психічних розладів є однією з найважливіших проблем амбулаторної ланки медичної допомоги. У численних повідомленнях стверджують, що часто пацієнти звертаються до сімейного лікаря зі скаргами, які явно або опосередковано пов'язані з емоційними проблемами [1, 2]. Рекомендації лікаря проконсультуватися у психіатра викликають у пацієнтів негативну реакцію через небезпеку їх

дискримінації. Частота психічних розладів у пацієнтів першої ланки медичної допомоги сягає 20–33 %. Часто тривожно-депресивні розлади сховуються під маскою соматичної патології [3, 4]. Такі пацієнти мають багатий досвід спілкування з лікарями різних спеціальностей і багато різноманітних діагнозів. Лікар, який не має досвіду в цій галузі, відчуває розгубленість перед необхідністю впродовж 15-хвилинного візиту виявити джерело проблеми та обрати адекватний план лікування. Знання діагностичних критеріїв найпоширеніших психічних розладів та механізму дії й побічних ефектів психотропних ліків є запорукою ефективного лікування таких хворих. Проте найважливішим є вміння вислухати і співчутливо відреагувати на страждання пацієнта.

Психічні розлади є загальномедичною проблемою, з якою частіш за все зустрічаються не тільки фахівці вузького профілю, а і лікарі інших спеціальностей. Низька інформованість лікарів загальномедичної практики про різноманітні скарги при тривожних станах, на жаль, частіш за все є причиною їх пізньої діагностики. Це зумовлює, у свою чергу, втрату працездатності, порушення якості життя, складність терапії. Ці стани можуть призвести до інвалідизації, тому своєчасна діагностика і надання сімей-

© Н.В. Малик, А.В. Паровіна, А.С. Галічева, 2013

ним лікарем необхідної кваліфікованої допомоги пацієнтам з психічними розладами є актуальним і дуже складним питанням. У нашій країні продовжується дискусія про те, якою мірою сімейний лікар може бути причетним до надання медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами [5].

Депресивні та тривожні розлади широко розповсюджені в популяції, тому з ними частіше за все стикаються лікарі загальної практики. Вчені вважають, що ризик розвитку депресії або тривоги протягом життя становить у середньому 15–20 %. Передбачається, що кожний третій пацієнт, що звертається до терапевта, має підвищений рівень тривожності. Крім того, у 10–15 % жінок спостерігається післяпологова депресія, у 50 % – передменструальний синдром, який характеризується поєднанням соматичних скарг з ознаками тривожності і депресії. Поширеність цих станів значно збільшується з віком і становить 25–30 % у осіб старше 65 років [6].

Тривожні розлади можуть призводити до різноманітних наслідків: від легкого емоційного дискомфорту до суїцидальних спроб і самогубств. При цьому слід пам'ятати, що попередити тяжкі наслідки тривоги можливо. В найбільш легких випадках людина здатна впоратись з тривогою самостійно, а в більш серйозних ситуаціях необхідно втручання лікаря. Діагностика і лікування тривожних порушень потребують серйозного та кваліфікованого підходу, але це не означає, що пацієнта необхідно госпіталізувати в психіатричний стаціонар. Хотілося б підкреслити, що проблема виявлення цих розладів не є прерогативою психіатрів, у більшості випадків пацієнти з ознаками тривожних порушень звертаються за допомогою до лікаря загальної практики [7, 8]. У той же час погана освідченість лікарів загальної практики про симптоми тривожних порушень призводить до діагностичних помилок. У результаті хворі з панічними розладами можуть роками спостерігатись з приводу атипової бронхіальної астми, артеріальної гіпертензії неясного генезу, вегетосудинної дистонії [9–11].

Коли хворі звертаються до лікаря, вони описують свій стан як депресивний, хоча ознакою істинної депресії вважається кла-

сична тріада: знижений настрій (від відчуття легкого суму до глибокої пригніченості і безвихідної туги), ідеаторна загальмованість (повільна тиха мова, важкість зосереджування, скудність асоціацій, зниження пам'яті) та моторна загальмованість (аж до депресивного ступору).

До критеріїв діагностики депресії [12] відносять:

- основні симптоми: зниження настрою майже щоденно або більшу частину дня у порівнянні з нормою, яка притаманна пацієнтові; втрата інтересів та здатності відчувати задоволення від діяльності, пов'язаної з позитивними емоціями; зниження активності та енергії, підвищена втома;

- додаткові симптоми: порушення сну будь-якого типу; зниження апетиту з відповідними змінами маси тіла; думки про смерть, самогубство, які повторюються; песимістичне бачення майбутнього; ідеї провини, самоприниження; знижена самооцінка; зниження концентрації уваги, неспроможність зосередитись, погіршення здатності мислити, коливання при прийнятті рішень;

- соматичні симптоми: втрата інтересів до звично приємної діяльності та задоволеності від неї; втрата емоційної реакції на оточення та події, які зазвичай викликають радість; ранні пробудження від сну; посилення пригніченості та депресивних хвилювань у ранкові часи; об'єктивні дані про чітку психомоторну загальмованість, які відмічаються сторонньою людиною; значне зниження апетиту; втрата маси (на 5 % і більше за останній місяць); значне зниження лібідо;

- тріада Протопопова (симпатикотонія): тахікардія, мідріаз, закріпи.

Щодо відносно конкретних клінічних проявів тривоги слід відмітити, що їх фактично немає, як у разі нападу бронхіальної астми або стенокардії. Хворі, як правило, не можуть чітко визначити, якими симптомами проявляється тривога. Це зумовлює різноманітність клінічних проявів. Скарги в основному носять аморфний характер. Пацієнти скаржаться на утруднення дихання, запаморочення, відчуття завмирання або зупинки серця, посилення перистальтики кишечника [13].

Такі ознаки звичайно супроводжуються вегетосудинними проявами: відчуттям жару,

припливами, симптомами дратівливості і порушенням сну, зниженням відчуття своєї значущості або самооцінки, неможливістю виконати повсякденні обов'язки. Частіш за все тривожні стани спостерігаються у жінок у пре- та клімактеричному віці, коли формується клімактеричний синдром, при якому тривожні прояви стають практично облігатним компонентом психоемоційного дисбалансу, який нерідко домінує в клінічній симптоматиці при різних захворюваннях [14].

Тривожні розлади можуть бути вкрай виснажливими для пацієнта та погано піддаватися лікуванню. Отже, цілком можливо, що виникне необхідність консультації психіатра. Консультацію доцільно призначати в таких випадках.

Лікар не впевнений у первинному діагнозі.

Лікування не дає поліпшення через очікуваний проміжок часу.

Існують підозри щодо наркотичної або алкогольної залежності.

Пацієнт має суїцидальні думки.

Сімейний лікар не впевнений, який саме препарат застосувати [15].

Проте більшість пацієнтів із тривожними станами звертаються до сімейного лікаря, і саме він їх лікує. Таке лікування, як правило, тривале і може бути потрібним упродовж усього дорослого життя. Інколи результати його зовсім не такі, на які сподівається лікар або пацієнт, проте своєчасна й адекватна допомога суттєво збільшує шанси хворого на задовільну якість життя, позбавляючи від страждань, пов'язаних зі страхом та відокремленістю від світу.

Найважливішою складовою охорони психічного здоров'я на етапі первинної медичної допомоги є профілактика. Важливе місце займає психоосвіта на мікросоціальному (родини, пацієнти повинні знати, як проходить їхнє порушення, як підвищити якість життя, передбачити загострення, навіщо необхідно приймати ліки) і макросоціальному рівнях (пропаганда здорового способу життя, створення для цього необхідних умов).

Лікування тривожно-депресивних порушень повинно бути комплексним та вміщувати психотерапевтичні заходи (роз'яснювальну, сугестивну, сімейну психотерапію) та

лікарські препарати (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). Вибір препарату залежить від рівня тривожного порушення та тривалості захворювання. В розгорнутому тривожному порушенні впродовж тривалого часу препаратами першого вибору були анксиолітики – препарати бензодіазепінового ряду. При наявності стійкої клінічної картини монотерапія анксиолітиками, як правило, малоефективна, має багато ускладнень (зміни толерантності, формування залежності від ліків і синдром відміни). Завдання лікування тривожно-депресивних станів полягає не тільки в купіруванні симптомів захворювання, а і у покращанні якості життя пацієнта, що виражається в змінах соціальної та особистісної адаптації.

Використання високих доз трициклічних антидепресантів протягом тривалих курсів лікування також супроводжується рядом серйозних побічних ефектів (седацією, послабленням концентрації уваги, зниженням швидкості реакції). Це призводить до невиконання хворими призначеного режиму терапії аж до відмовлення від прийому ліків. Зниження дози призводить до того, що пацієнти роками приймають препарати в неефективних дозах. Адекватне використання трициклічних антидепресантів неможливо у пацієнтів з рядом супутніх соматичних захворювань (вираженою серцево-судинною патологією, захворюваннями передміхурової залози, відкритокутовою глаукомою) [15–18].

Сьогодні найбільш широко застосовують препарати групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну. Доведено, що тривалий прийом таких препаратів (флуоксетину, пароксетину, сертраліну) не призводить до суттєвих змін у соціальній активності пацієнтів і не потребує професійних обмежень [7, 8]. Завдяки високому ступеню безпечності досягається максимальний комплайенс, що забезпечує ефективне амбулаторне лікування.

Проблема тривожно-депресивних порушень на сьогодні дуже актуальна та потребує пильної уваги і сторожкості лікарів різних спеціальностей, особливо сімейних лікарів. Сучасні підходи до лікування тривожно-депресивних станів залежать від фармако-терапевтичної дії препарату. Це моно- або

комбінована терапія з урахуванням пріоритетного використання різних ліків, які є безпечними у використанні і надають максимальний терапевтичний ефект.

Таким чином, з урахуванням ставлення пацієнтів до лікаря-психіатра, частоти виникнення психічних розладів сімейні лікарі повинні вміти діагностувати цю патологію та

орієнтуватися у призначенні сучасних психотропних препаратів, беручи до уваги ті чи інші протипоказання, якщо не йдеться про «велику» психіатрію. Тому дуже важливо навчати навичкам психотерапевтичних втручань, підвищувати професійну підготовку серед лікарів загальної практики відносно діагностики та лікування психічних розладів.

Список літератури

1. *Балукова Е. В.* Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский, Е. И. Ткаченко // Тер. архив. – 2007. – № 6. – С. 85–88.
2. *Зарецкий М. М.* Тревожные расстройства в общемедицинской практике и подходы к их терапии / М. М. Зарецкий, Н. М. Черникова // Здоровье Украины. – 2009. – № 17. – С. 52–53.
3. *Акжигитов Р. Г.* Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике / Р. Г. Акжигитов // Лечащий врач. – 2001. – № 2. – С. 31–35.
4. *Мищенко Н.* Тревожные расстройства – актуальная проблема медицины / Н. Мищенко // Здоровье Украины. – 2006. – № 18. – С. 49.
5. *Глузман С. Ф.* Оказание психиатрической помощи семейными врачами в Украине – миф или реальность? / С. Ф. Глузман, И. А. Марценковский // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 20. – С. 3–4.
6. *Костюченко С. И.* Эпидемиология психического здоровья в Украине / С. И. Костюченко // НейроNews. – 2008. – № 2. – С. 9–13.
7. *Колуцкая Е. В.* Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств / Е. В. Колуцкая // Междунар. неврол. журн. – 2006. – № 4. – С. 141–142.
8. *Краснов В. Н.* Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // Соц. и клин. психиатрия. – 2008. – Т. 18, вып. 3. – С. 33–38.
9. *Ениколопов С. Н.* Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / С. Н. Ениколопов // Здоровье Украины. – 2006. – № 24/1. – С. 28.
10. *Лапина Н. С.* Тревожно-депрессивные состояния у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н. С. Лапина, Н. Н. Боровков // Клиническая медицина. – 2008. – № 2. – С. 59–62.
11. *Brenes G. A.* Anxiety and chronic obstructive pulmonary diseases: prevalence, impact and treatment / G. A. Brenes // Psychosomatic Med. – 2003. – V. 65. – P. 963–970.
12. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1994. – 208 с.
13. *Can R. E.* Panic disorder and asthma: causes, effects and research implication / R. E. Can // Psychosom. Res. – 1998. – V. 44 (1). – P. 43–52.
14. *Воробьева О. В.* Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой / О. В. Воробьева // Здоровье Украины. – 2007. – № 8. – С. 47–48.
15. *Тонгий Н. В.* Тревожные расстройства в практике семейного врача / Н. В. Тонгий // Вестник семейной медицины. – 2006. – № 3. – С. 7–9.
16. Психосоматические и соматические расстройства // Врачебный меридиан. – 2008. – № 1. – С. 31–34.
17. *Чазова Т. Е.* Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, осложненным острым коронарным синдромом / Т. Е. Чазова, Т. Г. Вознесенская, Т. Ю. Голицына // Кардиология. – 2007. – № 6. – С. 10–14.
18. *Lydiard R. B.* Irritable bowel syndrome, anxiety and depression: what are links? / R. B. Lydiard // Clin. Psychiatry. – 2001. – V. 62 (8). – P. 38–45.

Н.В. Малик, А.В. Паровина, А.С. Галичева

РОЛЬ И МЕСТО ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Тревожно-депрессивные расстройства сегодня представляют общемедицинскую проблему. Врачи общей практики часто сталкиваются с этой проблемой. Показано, что соматические жалобы часто скрывают основную причину заболевания. В результате врач назначает ненужное обследование и лечение. Семейному врачу зачастую непросто разобраться в этих противоречивых жалобах, установить точный диагноз и назначить лечение.

Ключевые слова: семейный доктор, психические расстройства, диагностика, лечение.

N.V. Malik, A.V. Parovina, A.S. Galicheva

MEANING AND PLACE OF MENTAL DISORDERS IN FAMILY DOCTOR PRACTICE

A mental disorders are a general medical problem today. The general practitioners often deal with this problem. It is shown, that somatic complaints often hide the main reason of the disease. The doctor uses the unnecessary examination and treatment. It is difficult for family doctor for understanding in these inconsistent complaints, establish the exact diagnosis and appoint treatment.

Key words: family doctor, mental disorders, diagnostics, treatment.