

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Статья посвящена оценке возможности достижения стойкой ремиссии у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, коморбидными психосоматическим расстройствам. Предложены дифференцированные схемы лечения Миртастадином и Депривоксом в зависимости от ведущего психопатологического синдрома и нозологической принадлежности заболевания, показана их эффективность.

Ключевые слова: депрессия, тревога, ремиссия, психотерапия, миртастадин, депривокс.

Распространенность психических расстройств в человеческой популяции по данным Эпидемиологической программы Национального института психического здоровья (США) составляет 32,7 %. Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Европейском Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний — 19,5 %. Тревно-депрессивные состояния по данному показателю занимают 3-е место (6,2 %) [4, 6].

ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: к 2020 году депрессивные расстройства выйдут на первое место среди причин потери трудоспособности деятельной части населения экономически развитых стран, обогнав сегодняшних лидеров — инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания [3, 4].

Депрессии давно вышли за пределы психиатрических учреждений, стали одной из основных проблем общей медицины: не менее 15 % больных на приеме у врача общего профиля обнаруживают признаки клинически выраженной депрессии [3, 5].

При этом депрессивные и тревожные расстройства зачастую проявляются исключительно соматическими (соматовегетативными) симптомами и представляют собой в той же мере соматическое, как и психическое расстройство. Наряду с этим существует и приобретает все большую актуальность проблема сопряженности различных форм соматической и неврологической патологии с депрессиями. В первую очередь это относится к т. н. психосоматическим заболеваниям. Более того, современные прогнозы предполагают сходные тенденции изменения распространенности депрессий и определенных соматических заболеваний [2, 5, 10, 11].

У пациентов с соматическими заболеваниями, находящихся в стационаре, частота тревожно-депрессивных расстройств составляет 22—33 % в целом, с различными показателями для отдельных болезней [2, 7, 10].

В то же время до 80 % больных с данной патологией обращаются к терапевтам, неврологам, семейным врачам. При этом тревожно-депрессивное расстройство распознается лишь в каждом четвертом случае, и только половине таких пациентов назначается адекватная терапия [3, 9].

Выявленные у больных с соматическими заболеваниями тревожно-депрессивные расстройства

оказывают существенное влияние на основные патогенетические механизмы прогрессирования психосоматической патологии, резко снижают качество их жизни, негативно влияя на профессиональную деятельность больных [2, 8].

Тревно-депрессивные расстройства, наблюдающиеся в общесоматической практике, отличаются значительным клиническим разнообразием и могут проявляться как изолированно, так и в качестве составляющей многих других аффективных расстройств [1, 7, 9].

Дифференциальный диагноз между тревожным и депрессивным расстройствами представляет сложную задачу. Психопатологические симптомы тревоги и депрессии в основном сходны, синдромы тревоги и депрессии существенно «перекрывают» друг друга. Это в свою очередь определяет трудности в выборе терапевтической тактики, обусловленные тем, что у пациентов за диагнозом тревожно-депрессивного расстройства скрывается тревожное расстройство с вторично-депрессивной симптоматикой либо депрессивный эпизод со значительной выраженностью симптомов тревоги, то есть нозологически различные заболевания, требующие дифференцированной терапии [1, 5, 8].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, цель которого — оценка возможности достижения стойкой ремиссии у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 43 больных обоего пола возрасте 18—55 лет с тревожными и депрессивными расстройствами при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, язвенная болезнь, артериальная гипертензия). Нозологически пациенты распределились следующим образом: депрессивный эпизод легкой степени тяжести — 13, депрессивный эпизод средней степени тяжести — 12, генерализованное тревожное расстройство — 10, паническое расстройство — 8 пациентов.

В ходе работы были использованы: клиничко-психопатологический; клиничко-анамнестический; катamnестический; психодиагностический (с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1967), адаптированных к МКБ-10 (Пантелеева Г. Л., 1988); шкалы Монтомгери — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптированной к МКБ-10 (Guelfi G. D., 1993), больничной шкалы тревоги и депрессий (HADS), (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983)) и статистический методы исследования.

Как показали результаты клиничко-психопатологического исследования, для клинической картины у обследованных больных наиболее характерны сочетание депрессивных и тревожных симптомов. Наблюдались витальный аффект тоски, печали, скорби; болезненно сниженное настроение, усиливающиеся в утренние часы, вплоть до меланхолии с унынием; жалобы

на мучительную тоску со сжимающими болями в области сердца, тяжестью за грудиной; чувство тревоги, постоянного внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться; отсутствие интереса к общению, подавление инстинктов. В ряде случаев отмечались идеи самоуничтожения, самообвинения, суицидальные мысли и тенденции. Внимание больных приковано к собственным переживаниям, внешние раздражители не вызывают адекватных ответов.

Поскольку основной задачей нашего исследования явился подбор оптимальной терапии, обуславливающий достижение стойкой ремиссии у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, в своей работе мы использовали комплексный терапевтический подход, включающий фармакотерапию, психотерапию и психообразование.

При выборе подходов к фармакотерапии необходимо было учитывать, что у всех пациентов, участвовавших в исследовании, наблюдалась соматическая патология, представленная «классическими психосоматическими заболеваниями» — бронхиальной астмой, артериальной гипертензией, язвенной болезнью. Это определяло высокие требования к безопасности и переносимости, потенциалу межлекарственных взаимодействий психофармакологических средств.

При проведении фармакотерапии препаратом выбора явился Миртастадин (немецкий фармацевтический завод STADA Arzneimittel), применяемый как в качестве дифференцированной монотерапии NASSA, так и в комбинированной терапии (SSRI + NASSA) с препаратом Депривокс.

Выбор Миртастадина для исследования также был обусловлен его оригинальным комплексным механизмом действия — мirtазапин блокирует центральные пресинаптические альфа2-адренергические ауто- и гетерорецепторы, повышает центральную адрено- и серотонинергическую передачу; стимулирует передачу импульсов только через 5-HT1-рецепторы, угнетает серотониновые 5-HT2- и 5-HT3-рецепторы; слабо влияет на альфа1-адренорецепторы и холинорецепторы; умеренно блокирует гистаминовые H1-рецепторы.

В своей работе мы использовали следующую схему приема Миртастадина для монотерапии: 1—14 день терапии — 30 мг/сутки; 15—56 день терапии — 45 мг/сутки на ночь; 57 день — 6 месяц терапии — 30 мг/сутки на ночь.

К преимуществам использования Миртастадина в нашем исследовании следует отнести: широкий спектр эффективности в отношении всех видов тревожно-депрессивных расстройств; сочетание селективности и комплексности фармакологического действия; быстрое наступление клинического эффекта (4—7 дней); создание стабильной концентрации препарата в крови (отсутствие «провалов» и «пиков»); удобство в применении — назначение 1 раз в сутки, что обеспечивает соблюдение им режима лечения более надежно, чем при многократных приемах; нормализация цикла сон — бодрствование.

Как показали результаты исследования, начальный антидепрессивный эффект препарата достигался на 4—7 день регулярного приема, положительная динамика состояния с достоверной редукцией основных симптомов выявлялась к началу 2-й недели и, вполне отчетливо, в начале 3-й недели терапии.

В результате исследования была выявлена хорошая переносимость препарата Миртастадин, меньшая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата отмечены у 9,7 % больных и являлись дозозависимыми, в начале терапии отмечались легкая седация, головокружение, умеренная сонливость.

В целом Миртастадин оказался эффективен у 87,9 % больных, у 68,1 % больных отмечалось полное, а у 23,8 % частичное купирование депрессивных и тревожных проявлений (рис. 1).



Рис. 1. Эффективность препарата Миртастадин

Пациентам, у которых тревожное расстройство являлось ведущим (генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство), а проявления депрессии, хотя и соответствовали диагностическим критериям депрессивного эпизода легкой или средней степени тяжести, но являлись вторичными, применяли схему комбинированного лечения.

Стандартом лечения тревожно-фобических расстройств являются ингибиторы обратного захвата серотонина. В своей работе для комбинированной терапии с Миртастадином мы использовали препарат Депривокс (действующее вещество флувоксамин) производства немецкого фармацевтического завода STADA Arzneimittel.

Поскольку Миртастадин, в отличие от других современных антидепрессантов, не ингибирует цитохром P-450 и оказывает минимальное влияние на метаболизм лекарств при совместном применении, он оптимален и в качестве препарата выбора для комбинированной терапии.

Нами была использована следующая схема комбинированной терапии тревожно-депрессивных расстройств: Депривокс — первая неделя терапии 50 мг на ночь (по 1/2 таблетки), со 2 недели терапии по 100 мг. Миртастадин применяли в дозах, меньших, чем при монотерапии: 1—14 день терапии — 7,5 мг/сутки; с 15 дня терапии — 15 мг/сутки на протяжении 6 месяцев.

В результате исследования была выявлена хорошая переносимость препарата Депривокс в комбинации с Миртастадином, низкая выраженность и частота побочных эффектов: в первые две недели приема препарата у 7,9 % больных отмечалась легкая тошнота, умеренная диссомния, однако ни в одном случае данный факт не повлек за собой отмены препарата.

На фоні застосування комбінованої терапії вже на 2 тижні терапії нами відмічено зникнення почуття грусті, тоски, нормалізація фону настроєння хворих; зникнення тривоги, почуття внутрішнього напруження, безпечності; покращення когнітивних показників; стабілізація вегетативного статусу, підвищення соціальної активності хворих.

При оцінці динаміки показників по психодіагностическим шкалам на 3 тижні комбінованої терапії препаратами Миртастадин і Депривокс відмічено зниження показників до 13 і менше баллів по шкалі Гамільтона, 15 і менше баллів по шкалі Монтьєри — Асберга, 7 і менше баллів по Больничній шкалі тривоги і депресії, що свідчить про редукцію як депресивної, так і тривожної симптоматики (рис. 2).

Таким чином, пацієнтам з депресивними розладами (депресивний епізод легкої і середньої тяжкості) і симптомами тривоги в структурі депресивного синдрому цілеспрямовано рекомендувати монотерапію Миртастадином; пацієнтам з тривожно-фобічними розладами (генералізоване тривожне розлад пацієнтів, панічне розлад) і коморбідними вторично-депресивними порушеннями (сопоставленими діагностическим критеріям депресивного епізоду легкої або середньої тяжкості) пріоритетна комбінована терапія основним антидепресантом Депривокс в комбінації з Миртастадином в меншій дозуванні, ніж при монотерапії.

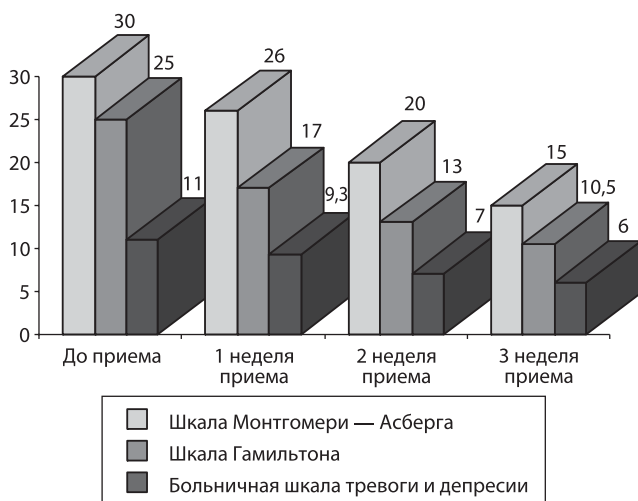


Рис. 2. Динаміка показників клініческих шкал на фоні комбінованого застосування препаратів Миртастадин і Депривокс

Результати проведеного нами дослідження показують, що для корекції тривожно-депресивних розладів крім фармакотерапії цілеспрямовано застосовувати комплексні психокорекційні програми, включаючі в себе раціональну, особистісно-орієнтовану, когнітивно-біхевіоральну психотерапію, тренінги когнітивних, професійних і соціальних навичок.

Також неотъемлемим компонентом сучасної комплексної психіатрическої допомоги є психоедукаційна робота з хворими тривожно-депресивними розладами і їх родичами. Основними завданнями психоедукаційної роботи

є: зниження емоційного напруження, викликаного фактом і проявленнями психіческого захворювання; формування у хворих і членів їх сімей адекватного уявлення про захворювання; знайомство пацієнтів з роллю психіфармакотерапії і психотерапії в лікуванні, можливістю побічних явищ і боротьби з ними; покращення комунікативних здатностей пацієнта; підвищення комплаєнсу; покращення якості життя хворого.

Проведене катаністическе дослідження показало високу ефективність запропонованої комплексної системи терапії тривожно-депресивних розладів — відсутність рецидивів у 87% пацієнтів при динаміческому спостереженні в період 12 місяців.

Таким чином, можна зробити наступний висновок.

Проведене дослідження показало можливість досягнення ремісії при лікуванні тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з коморбідними психосоматическими захворюваннями при використанні комплексного терапевтического підходу, включаючого фармакотерапію, психотерапію і психоедукацію.

Показана висока ефективність застосування Миртастадину в монотерапії для лікування пацієнтів з депресивними розладами (депресивний епізод легкої і середньої тяжкості) і симптомами тривоги в структурі депресивного синдрому і в комбінованої терапії з Депривоксом для пацієнтів з тривожними розладами (генералізоване тривожне розлад, панічне розлад) і вторичними депресивними симптомами.

Список літератури

1. Бурчинський, С. Г. Проблеми фармакотерапії невротических і соматизованих депресій: критерії вибору антидепресанта / С. Г. Бурчинський // Здоров'я України. — 2005. — № 6. — С. 15.
2. Краснов, В. Н. Психіатрическі розлади в загальній медическій практиці / В. Н. Краснов // Руський медический журнал. — 2001 — Т. 9, № 25. — С. 1187—1191.
3. Марута, Н. А., Семикіна Е. Е. Нові можливості терапії депресивних розладів // Український вісник психоневрології. — Т. 15, вип. 3 (52). — 2007. — С. 89—94.
4. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // НейроNews. — № 5 (24). — 2010. — С. 83—90.
5. Мишиєв, В. Д. Розповсюдженість, діагностика і лікування психіческих розладів в соціосоматическій мережі / Мишиєв В. Д., Демченко В. А., Качура А. В. // Лікарська справа. — 2003. — № 7. — С. 82—87.
6. Хобзей, М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. // Український вісник психоневрології. — Т. 18, вип. 3 (64). — 2010. — С. 10—14.
7. Abbott, R. Longitudinal syndromal and sub-syndromal symptoms after severe depression: 10-year follow-up study / R. Abbott, E. S. Paykel // British Journal of Psychiatry. — 2004. — 184: 330—336.
8. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? / [Bittner A., Goodwin R. D., Wittchen H. U. et al.] // Clin. Psychiatry. — 2004. — № 65(5). — P. 618—626.
9. Fricchione, G. Generalized anxiety disorder / G. Fricchione // New Engl J. Med. — 2004. — № 351 (7). — P. 675—682.
10. Rouillon, F. Depression comorbid with anxiety or medical illness: The role of paroxetine / F. Rouillon // Int J Psychiat Clin Practice. — 2001. — Vol. 5. — P. 3—10.
11. Steffens, DC. Impact of symptoms of generalized anxiety disorder on the course of late-life depression / Steffens, DC and McQuoid, DR. // Am J Geriatr Psychiatry. — 2005. — Vol. 13. — P. 40—47.

Надійшла до редакції 12.05.2011 р.

В. І. Коростій, Г. М. Кожина

Харківський національний медичний університет
(м. Харків)**Можливості досягнення стійкої ремісії
при лікуванні тривожно-депресивних розладів,
коморбідних психосоматичним захворюванням**

Стаття присвячена оцінці можливості досягнення стійкої ремісії у пацієнтів з тривожними та депресивними розладами, коморбідними психосоматичним розладам. Запропоновані диференційовані схеми лікування Міртастадіном і Депрівоксом в залежності від переважаючого психопатологічного синдрому та нозологічної приналежності захворювання, показана їх ефективність.

Ключові слова: депресія, тривога, ремісія, психофармако-терапія, міртастадін, депривокс.

V. I. Korostiy, A. M. Kozhina

Kharkiv National Medical University
(Kharkiv)**The possibility of achieving sustained remission
in the treatment of anxiety and depressive disorders,
comorbid psychosomatic diseases**

The article is devoted to assessing the possibility of achieving sustained remission in patients with anxiety and depressive disorders, comorbid psychosomatic disorders. Proposed differential treatment regimens Mirtastadin and Deprivox according to a leading psychopathological syndrome and nosology of disease, shown the effectiveness.

Key words: depression, anxiety, remission, psychopharmacotherapy, Mirtastadin, Deprivox.

УДК 159.923:615.851-055: 616.89-008.48

І. Р. Кужель

Київський міський клінічний онкологічний центр (м. Київ)
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)**СИСТЕМА СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН ТА ПСИХОДИНАМІКА РОДИНИ
З ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ**

На основі обстеження 150 членів родини інкурабельних онкологічних хворих був встановлений вплив змісту та характеру психологічних переживань, пов'язаних з хворобою, та типу сімейної системи на процес адаптації до стресової ситуації (термінальної стадії онкологічного захворювання). Клініко-психологічна дезадаптація частіше виникала у сім'ях з розрізненим, розділеним та зчепленим ригідним типами сімейної системи та проявлялася моделями гіперопіки або дистанціювання, супроводжувалася гіпертрофованим почуттям провини, порушенням етапності психологічного реагування на летальне захворювання. Вищезазначені критерії мають бути використані у клінічній практиці з метою прогнозування ризику порушення адаптації, проведення психокорекції та психопрофілактики.

Ключові слова: родина, інкурабельні онкологічні хворі, хоспіс, мотивуючі чинники догляду, тип сімейної системи.

Діагноз онкологічного захворювання у одного з членів родини стає складним випробуванням для всієї сім'ї. Хвороба спричиняє страждання не лише пацієнту, але і його рідним та близьким [1—10]. У своєму прагненні допомогти хворому родина стикається зі складними психологічними проблемами. Захворювання зачіпає інтереси всіх членів сім'ї, змінюючи їх життя, плани на майбутнє, впливає на стосунки у родині, часто породжуючи конфлікти — порушується усталена система відносин, змінюються виконувані ролі та перерозподіляються обов'язки. Тяжке захворювання одного з членів родини впливає не лише на психологічний клімат у сім'ї та змінює звичний уклад, але відображається на соціальних зв'язках, фінансовому становищі. Сучасні дослідження показують, що сімейне оточення — це один з основних факторів, що впливає на якість життя пацієнта, який страждає на тяжке соматичне чи психічне захворювання [2—4].

Члени сім'ї онкологічних пацієнтів проходять ряд психологічних етапів переживання хвороби, що співвідносяться з психологічними стадіями реагування на

летальне захворювання у пацієнта [8]. Психологічний зміст переживань відображає процес адаптації до наявності онкологічного захворювання у хворого, в тому числі формуються навиків, спрямованих на забезпечення емоційної підтримки хворого та регуляцію власного психоемоційного стану. Характер, інтенсивність переживання родича та його поєднання з психологічною реакцією пацієнта впливають на характер сімейних взаємин і тип адаптації родини до онкологічної хвороби [8, 9].

З огляду на вищезазначене, вивчення впливу онкологічного захворювання у одного з членів родини на функціонування сімейної системи, а також значення системи сімейних відносин у процесі адаптації до стресової ситуації (термінальна стадія захворювання) є одним з головних завдань медично-психологічної служби у наданні допомоги інкурабельним онкологічним хворим та членам їх сім'ї.

Метою дослідження було встановлення впливу типу сімейної системи та етапності психологічних змін у родичів інкурабельних онкологічних хворих в аспекті формування клініко-психологічної адаптації членів сім'ї.

Для досягнення поставленої мети на базі відділення паліативної медицини Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2009—2011 років проведено клініко-діагностичне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження 150 членів родини інкурабельних онкологічних хворих (середній вік $43,58 \pm 1,05$).

На основі клінічних критеріїв розладу адаптації за шифром F43.2 МКХ-10 обстежених було поділено на дві групи. До групи 1 ($n_1 = 91$) увійшли члени родини, що мали клінічно значимі (за критеріями МКХ-10, шифр F43.2) прояви дезадаптації, до групи 2 ($n_2 = 59$) було віднесено членів родини, у яких форма, зміст та тяжкість симптомів за МКХ-10 відповідали критеріям культурально обумовленої «нормальної реакції горя» з ситуативно обумовленими моносимптомами (Z 71.9 або Z 73.3) [11]. З метою аналізу значення та ролі