

Тревога и депрессия под маской соматической патологии: как увидеть настоящее лицо?

Т.В. Колесник, д. мед. н., профессор
/ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины»/

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: она вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди заболеваний, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты соответствующие меры, то к 2020 году депрессия будет конкурировать по распространенности с сердечно-сосудистыми заболеваниями, начнет усугублять кардиоваскулярную патологию и парализует экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран.

Что мы знаем о депрессиях и причинах их развития? Часть из них нам знакома. В первую очередь, это наследственная или генетическая предрасположенность. В семье, где есть люди, склонные к меланхолии, тревожным состояниям, риск возникновения депрессий гораздо выше, чем в семьях «безнадежных оптимистов».

Нарушение баланса биологически активных веществ в головном мозге, так называемый функциональный дефицит моноаминов (норадреналина и серотонина), – это вторая причина, которая сегодня считается патогенетическим обоснованием возникновения депрессий (моноаминовая гипотеза). Далее среди причин развития депрессий отмечают изменение климата и по-

годных условий; заболевания эндокринных желез (в первую очередь – щитовидной); длительный прием некоторых лекарственных средств; наркоманию и злоупотребление алкоголем; психологические факторы.

Семейному врачу подчас достаточно сложно поставить диагноз «депрессия». Однако важно помнить, что это психическое расстройство характеризуется четкой «депрессивной триадой»:

- снижение настроения и утрата способности переживать радость (ангедония);
- нарушение мышления (негативные суждения, пессимистическая оценка прошлого и будущего);
- двигательная заторможенность.

Всему этому сопутствует потеря интереса к привычной деятельности. А в некоторых случаях – начинается злоупотребление алкоголем. Дополнительными симптомами являются негативные суждения, пессимистическая оценка событий – как прошлого, так и будущего. Человека перестает радовать вообще что-либо. Все было плохо, вчера, позавчера – все было не так. Сегодня тоже все плохо. Будущее безнадежно – там тоже все плохо. На этой почве возникает чувство вины, тревоги или страха, занижается самооценка, возникает неспособность концентрировать внимание и принимать решения, возникают мысли о смерти или самоубийстве, нарушается сон, аппетит, вплоть до снижения массы тела. Если эти признаки психической нестабильности продолжаются более 2 недель – врач должен насторожиться и обязательно провести дальнейшее тестирование пациента по специальным шкалам, разработанным для врачей общей практики и позволяющим определить степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств.

На сегодняшний день выделяют несколько видов депрессий. Среди них наиболее распространенные формы, встречающиеся в повседневной практике, – соматические депрессии, связанные с уже имеющим место заболеванием внутренних органов. В первую очередь, это – кардиоваскулярная патология, атеросклероз, перенесенные черепно-мозговые травмы, болезнь Альцгеймера. На рисунке 1 показана полисистемность соматических проявлений тревоги.

Нарушается деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, урогенитальной, нейроэндокринной, системы терморегуляции и других. Не случайно у таких пациентов при тревоге и депрессии – огромный спектр соматических жалоб. Более чем у 96% пациентов возникают жалобы на слабость, заторможенность, упадок сил, повышенную утомляемость.

Далее идут жалобы на различные нарушения сна – 85%, головную боль – 80,7%, боль в пояснице – 76%, тошноту и диспепсию – 71%, тахикардию, одышку, головокружение – от 57% до 47%, предменструальный синдром и боль в груди – более чем у 30% пациентов.

Существует диагностический парадокс, так как пациенты с соматическими проявлениями редко обращаются к психиатрам. Они приходят к терапевту или семейному врачу, и вероятность распознавания депрессии зависит от внимательности и профессионализма. Именно поэтому депрессия сегодня стала общемедицинской проблемой во всем мире. В этой связи врачи первичных служб должны быть обучены современным принципам диагностики тревожно-депрессивных расстройств. Следует помнить: чем больше выраженность соматических жалоб и больше количество болевых синдромов у одного пациента – тем выше вероятность присутствия у него депрессии.

Результаты исследования, проведенного в США, в котором приняли участие 702 пациента, перенесших инфаркт миокарда, показали, что больные с ишемической болезнью сердца (ИБС) испытывают



Рис. 1. Полисистемность соматических проявлений депрессии

депрессию в большей степени, чем население в целом. В связи с этим крайне важно распознавать депрессию и эффективно ею управлять у людей с ИБС. Исследования также предоставили доказательства того, что выявление и лечение депрессии у пациентов на раннем этапе после инфаркта миокарда улучшает клинический исход.

Согласно исследованиям Центра Гельмгольц в Мюнхене, Технического университета Мюнхена (ТУМ) и Немецкого центра сердечно-сосудистых заболеваний влияние депрессии на сердечно-сосудистую систему имеет такую же силу, как ожирение и высокий уровень холестерина.

Депрессии являются причиной примерно 15% смертей, связанных с заболеваниями сердца. Рекомендовано стандартизировать диагностические тесты, чтобы проверить наличие депрессии у пациентов с заболеваниями сердца, так как ее развитие оказывает жизненно важную роль в воздействии на их здоровье.

Депрессия является основным фактором, определяющим ограничение качества жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с сердечной недостаточностью согласно результатам исследования, которое провели в Словении в 2018 году. Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) и уро-

вень NT-proBNP не играли существенной роли в объяснении ухудшения качества жизни, тогда как депрессивные симптомы являлись основными детерминантами нарушения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью. Поэтому своевременная диагностика и лечение депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью имеют решающее значение для инициирования адекватного лечения.

Качество жизни – это та характеристика, которая явно снижается у пациентов с артериальной гипертензией. У больных с гипертонической болезнью, как доказано, не просто большая распространенность депрессий, главное – существует непрерывная взаимосвязь между психосоциальными факторами риска и когнитивными нарушениями. Не случайно в 2018 году были приняты европейские рекомендации по артериальной гипертензии, где новыми среди факторов риска впервые обозначены психосоциальный и экономический факторы. В первую очередь, это касается нашей страны. Сегодня мы просто не имеем права не диагностировать у пациентов с сердечно-сосудистой патологией наличие депрессии и тревожных состояний.

Лечение депрессии многогранно. Однако на первом месте стоит эффективная фармакотерапия. Затем – психотерапия и физические упражнения, на последнем месте – электросудорожная терапия.

Мы остановимся на фармакотерапии. Если говорить о ее глобализации, мы понимаем, что в основе лечения лежит как

раз использование препаратов, влияющих на дефицит моноаминов, норадреналина и серотонина в ключевых областях головного мозга. На сегодняшний день существует огромное количество препаратов, которые мы называем антидепрессантами. Они действительно контролируют во многом пациентов и помогают им справиться с депрессией. Однако когда мы имеем дело с соматической патологией, существует чрезвычайно важный фактор – негативное влияние современных антидепрессантов на показатели сердечно-сосудистой системы, в первую очередь – на гемодинамические характеристики. В таблице показан широкий спектр современных антидепрессантов.

У пациентов с сопутствующими ССЗ приоритет сегодня отдают селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗ). Один из ярких представителей этой группы – эсциталопрам, который продемонстрировал эффективность и высокий профиль безопасности в многочисленных клинических исследованиях.

Один из наиболее доступных препаратов эсциталопрама, полностью соответствующих стандартам Европейского Союза, является Медопрам (MEDOCHEMIE Ltd). Представлен в Украине в двух дозировках 10 мг и 20 мг.

Важно, чтобы врачи не боялись назначать препараты из группы антидепрессантов. Однако перед назначением мы должны быть абсолютно уверены, что имеем дело действительно с депрессией. Поскольку 80% антидепрессантов по всему миру назначают врачи общей практи-

Таблица. Аспекты применения современных антидепрессантов (дозирование и титрование)

Препарат	Кратность приема в сутки	Суточная доза			Титрование (мг) – увеличение дозы с минимальными рекомендованными интервалами
		начальная	средняя	максимальная	
Флуоксетин	1	20	20–80	80	+20 каждые 7 дней
Флувоксамин	1–2	50	100–200	300	+50 каждые 4 дня
Пароксетин	1	20	20–50	50	+10 каждые 7 дней
Сертралин	1	50	50–200	200	+50 каждые 7 дней
Циталопрам	1	20	20–60	60	+20 каждые 7 дней
Эсциталопрам	1	10	10–20	20	+10 через 7 дней
Венлафаксин (XR)	1	37,5	75–225	375	37,5 – первая неделя, +75 каждые 4 дня
Милнаципран	2	50	50–200	300	Нет данных
Дулоксетин	1–2	60	60	120	Нет данных
Миртазапин	1 н/н	15	15–45	45	+15 каждые 7 дней
Моклобемид	3	300	300–600	600	+300 через 7 дней
Агомелатин	1	25	50	50	+25 через 2 недели
Тианептин	3	37,5	37,5	37,5	Отсутствует необходимость

ки, а не психиатр. Формально мы имеем право назначать эти препараты, кроме тяжелых, клинически сложных случаев, когда необходимо лечение у психиатра. Особенностью Украины является то, что на фоне высоких уровней традиционных факторов риска (курение, ожирение, артериальная гипертензия и др.) значительное влияние на здоровье населения оказывают психосоциальные факторы.

В нашей стране было проведено многоцентровое исследование по оценке тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В исследовании

участвовали 16 медицинских центров (Мариуполь, Мед Центр Валео; Мариуполь, ГБ №2; Запорожье, ЦПМСД №10; Запорожье, поликлиника МВД; Запорожье, ГКБ №6; Кривой Рог, ГБ №1; Кривой Рог, ГКБ №2; Кривой Рог, ГБ №4; Днепр, поликлиника ГБ№15; Днепр, ОКБ им. Мечникова; Днепр, УГНИИ МСПИ; Днепр, ГКБ №11, Днепр, ГП №5; Днепр, КОСМП; Никополь и кафедра пропедевтики внутренней медицины ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»), 23 врача (кардиологи, терапевты и семейные врачи). Цель исследования – выя-

вить частоту субклинических проявлений и клинически выраженных форм тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, оценить эффективность терапии тревоги и депрессии у этих больных препаратом Медопрам в течение 6-месячного наблюдения.

Для оценки уровня стресса использовался опросник Reeder L. Для верификации тревоги и депрессии – опросник HAD (специальная госпитальная шкала тревоги и депрессии).

В итоге среди 153 пациентов (57 мужчин, 96 женщин, средний возраст – 57 лет) артериальная гипертензия наблюдалась у 63% участников, ишемическая болезнь сердца – у 11% пациентов, сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни установлено у 26% больных.

Все исследование состояло из четырех этапов. Первый этап заключался в проведении тщательного скрининга (сбор жалоб и анамнеза; оценка сердечно-сосудистых факторов риска, особенностей наследственности, образования, трудовой занятости, семейного положения, уровня физической активности; общий осмотр) и оценки по шкалам уровня стресса, тревоги и депрессии. Обязательно оценивали результаты электрокардиографии (ЭКГ). В тех случаях, когда выявляли клинически значимую депрессию, назначали Медопрам 10 мг 1 раз в сутки.

В дальнейшем – второй, третий и четвертый этапы состояли из наблюдения через 1, 3 и 6 месяцев соответственно, с обязательной оценкой уровня артериального давления, психосоматического

статуса по шкале HAD и опроснику тревоги, а также эффективности и безопасности препарата Медопрам. Важно, что ЭКГ проводили на каждом этапе и оценивали влияние препарата на интервал P-Q, поскольку у некоторых препаратов, относящихся к классу СИОЗ, встречается такой побочный эффект.

На рисунках 2 и 3 показаны результаты украинского многоцентрового исследования по выявлению частоты тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Через 6 месяцев приема Медопрама количество пациентов с клинически выраженной депрессией снизилось с 40,52% до 1,96%, с субклинической формой депрессии также уменьшилось – с 35,29% до 19,61% за счет закономерного увели-

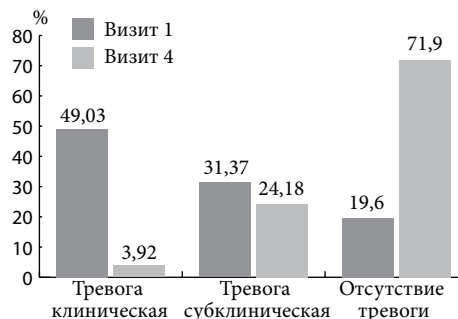


Рис. 2. Динамика уровня тревоги в группе наблюдения на фоне приема Медопрама по результатам украинского многоцентрового исследования по выявлению частоты тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией

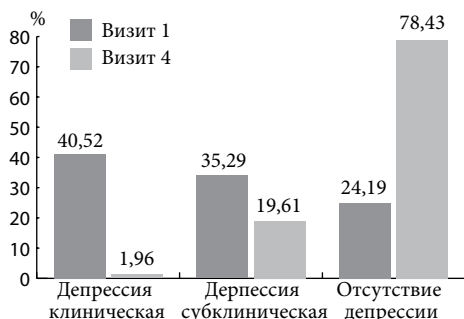


Рис. 3. Динамика депрессии в группе наблюдения на фоне приема Медопрама по результатам украинского многоцентрового исследования по выявлению частоты тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией

чения пациентов с отсутствием достоверно выраженных симптомов депрессии – с 24,19% до 78,43%. Очень интересный факт мы получили, проведя корреляционный анализ. Было установлено, что степень выраженности депрессии и тревоги ассоциирована с гиподинамией, а именно – с количеством часов в день, которые человек проводил сидя.

Невзирая на выявленные колебания Q–T (от 0,36 до 0,38), следует отметить, что на фоне приема Медопрама на протяжении 6 месяцев величина интервала Q–T не превышала допустимую границу нормы – 0,43 (для мужчин) и 0,45 (для женщин), что подтверждает безопасность длительного приема Медопрама у больных с сердечно-сосудистой патологией.

В ходе исследования не выявлено негативного влияния Медопрама на частоту сокращений сердца и уровень артериального давления.

Таким образом, по результатам исследования была установлена значительная распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что свидетельствует о необходимости включения стандартизированных диагностических методов обследования (в том числе опросников и шкал) в комплексное клинико-инструментальное обследование больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для своевременного выявления различной выраженности клинически значимых тревоги и депрессии.

Высокая эффективность, безопасность, хорошая переносимость и низкий потенциал межлекарственного взаимодействия позволяют выделить особенное значение эсциталопрама (Медопрама) в лечении тревожно-депрессивных расстройств у больных различного возраста с сердечно-сосудистой патологией, что дает все основания считать Медопрам средством выбора для терапии данной категории пациентов в клинической практике.

*Пост-статья подготовлена редакцией
издательства «Медикс групп»
по материалам лекции,
представленной на тренинг-программе
для врачей «Мистецтво лікування»,
г. Харьков, 06.11.2018 г.*