

В.Й. Тещук,

*кандидат медичних наук, доцент,
начальник ангіоневрологічного відділення
клініки нейрохірургії і неврології*

*Військово-медичного клінічного центру
Південного регіону України*

Н.В. Тещук,

студент V-го курсу

I-го медичного факультету

Одеського національного медичного університету

м. Одеса, Україна

ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЙ В АНГІОНЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Діагностика депресії в ангіоневрологічній практиці набирає особливого значення в зв'язку з ростом розповсюдженості цього захворювання в світовій популяції, особливо у пацієнтів, котрі перенесли гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Виявлення у пацієнтів, котрі перенесли ГПМК, депресивних розладів має величезне значення, оскільки попереджає розвиток суїцидальних спроб та тенденцію до негативного перебігу гострих порушень мозкового кровообігу. Тільки детальне опитування дозволяє виявити ознаки депресії. Діагностика останньої не представляє особливих труднощів за умов наявності певних навиків та досвіду ведення таких пацієнтів у медичного персоналу, а також вміння використовувати спеціальні інструменти (шкали, опитувальники, тощо). Однак сьогодні рівень виявлення депресивних станів лікарями надзвичайно низький, що обумовлено, як відсутністю навиків діагностики психічних захворювань, так і недооцінкою важкості наслідків нелікованих депресій, в першу чергу післяінсультних депресій (ПІД). Окрім того, діагностику даного захворювання можуть затрудняти атипічний перебіг, стерта клінічна картина, а також часта коморбідність з соматичною патологією, тривожними станами і деменцією [1–4]. Між тим військові лікарі, лікарі загальної практики, сімейні лікарі, терапевти, хірурги можуть внести певний внесок в покращення ситуації виявлення та своєчасного початку лікування депресивних розладів, котра в Україні на сьогоднішній є досить критичною. Набуття навиків діагностики і терапії депресивних розладів (ДР) лікарями всіх фахів є необхідністю, продиктованою сучасними стандартами надання медичної допомоги. Правові та медичні аспекти діагностики та лікування ДР повинні освоїти всі медичні фахівці. На сьогоднішній день, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), депресія є однією з важливих причин втрати працездатності, в тому числі стійкої та супроводжується фатальними наслідками у вигляді суїцидів. Відповідно до тих же даних 6% населення нашої планети страждають депресіями, за цього ризик розвитку великого депресивного епізоду складає 15–20%. В практиці лікаря ангіоневролога розповсюдженість депресії значно вища. Відповідно до проведеного аналізу в первинній медичній ланці депресивні симптоми визначалися у 5–20% пацієнтів, в терапевтичному стаціонарі - у 20–25%, в неврологічній і кардіологічній клініках – у 25–35% і 20–30% відповідно. Слід також вказати, що при роботі з геріатричними пацієнтами ця цифра досягає 30–40% [5].

Метою нашого дослідження було клінічне спостереження за пацієнтами, котрі перенесли ГПМК і страждали ДР та оцінка ефективності препарату агомелатин (мелітор) а комплексу з резонансною магніто-лазерною терапією (РМКТ) за багаторівневою методикою.

Пацієнти та методи дослідження

Депресія дуже рідко зустрічається в якості ізольованої патології, часто вона супроводжує перебіг широкого спектру патологічних станів. В основному це - ГПМК, неврологічні та онкологічні захворювання, цукровий діабет, порушення функції щитоподібної залози, системний червоний вовчак, інфаркт міокарда (ІМ), патологія нирок та печінки [6]. Перші симптоми ДР можуть з'явитися як в ініціальному періоді захворювання, так і при основних проявах захворювання, а також при його затуханні. Розвиток депресії значно погіршує стан пацієнтів з соматичною патологією. Наприклад, у

пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) [7] депресія достовірно збільшує ризик розвитку ІМ більш чим в 2 рази, а в пацієнтів після перенесеного ІМ є незалежним предиктором смерті і достовірно в 6 разів підвищує смертність на протязі перших місяців після ІМ [8]. За даними [9; 10], після ГПМК в середньому кожен третій пацієнт (33 %) відмічає стан депресії. ДР в післяінсультному періоді достовірно збільшує смертність та неблагоприємне впливає на процеси реабілітації [11]. В зв'язку з цим лікування ДР повинно розглядатися в якості обов'язкового компоненту комплексної терапії, спрямованої на покращення прогнозу ГПМК.

Нами було проведено аналіз 1968 історій хвороб та амбулаторних карт пацієнтів (з них : 1456 – **73,98 %** чоловіків та 512 – **26,02 %** жінок, за рахунок специфіки військового лікувально-профілактичного закладу), котрі перенесли ГПМК, та знаходились на стаціонарному лікуванні в ангіоневрологічному відділенні (АНВ) клініки нейрохірургії і неврології Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР)з 2007р. до 01 січня 2014 року. Вік пацієнтів складав від 32 до 93 років (середній вік 71,1 ±9,4 років). Серед них гострі порушення мозкового кровообігу у ВББ були зафіксовані у 764 (38,82 %)пацієнтів, у 1204 (61,18 %) – ГПМК в каротидному басейні. Всі ГПМК були підтверджені даними КТГМ та МРТ ГМ. Відповідно до міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ–10) [12] основними симптомами депресивних розладів у наших пацієнтів були зафіксовані: зниження настрою у 1564 (79,5 %) пацієнтів; ангедонія (втрата інтересів та здатності отримувати задоволення) у 1312 (66,7 %) хворих; зниження енергійності та активності у 1283 (65,2 %)пацієнтів. До додаткових симптомів ДР відносились: погіршення зосередження та концентрації уваги у 972 (49,39 %); заниження самооцінки та відчуття невпевненості в собі у 876 (44,51 %) пацієнтів; наявність ідей самозвинувачення відмічено у 645 (32,77 %), а песимістичне бачення майбутнього у 354 (18 %) хворих. 212 (10,77 %) обстежених відмічали різноманітні порушення сну; 184 (9,35 %) – відмічали зміни апетиту. 8 пацієнтів (0,4 %) висловлювали суїцидальні думки, в посліуючому вони були переведені в клініку психіатрії; а 1 (0,05 %) хворий здійснив суїцидальну спробу.

ДР відмічалися у 961 хворого (48,83 %) хворих на протязі одного тижня; у 1007 (51,17 %) ДР відмічалися на протязі двох тижнів і більше: з них у 111 (5,64 %) відмічено всі три основні ознаки, відповідно до МКХ–10; у 733 (37,24 %) відмічено дві основні ознаки; у 163 (8,28 %) всього тільки одна основна ознака. За даними нашого дослідження депресія була діагностована за наявності двох основних та двох додаткових симптомів, котрі були присутні не менше двох тижнів у 844 (42,9 %) хворих. Ключове значення для постановки діагнозу мала клінічна бесіда, в ході котрої ми звертали увагу не тільки на зміст та контекст повідомлень пацієнта, але і на невербальні сигнали такі, як гіпомімія, сповільнений темп мовлення, характерна поза. Особливої уваги заслуговують пацієнти із замаскованою депресією, з котрою, як правило, приходиться зіштовхуватися лікарям загальної практики, сімейним лікарям, терапевтам. До найбільш розповсюджених замаскованих депресій (ЗД) відносяться :

- Психопатологічна ЗД, котра характеризується виразною тривогою або панічними атаками;
- Поведінкова, представлена алкогольною залежністю або залежністю від психоактивних речовин;
- Циркадна, котра характеризувалася порушенням циркадних ритмів (інсомнія, гіперсомнія);
- Больова ЗД (цефалгії, дорсалгії, невралгії);
- Психосоматична ЗД, котра частіше всього проявляється стенокардією, гастроінтестинальними симптомами та синдромом неспокійних ніг з недостатніми проявами соматичної патології.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ всі пацієнти з ДР отримувати ефективне та безпечне лікування, котре в інтересах пацієнтів ми призначали якомога раніше. Всі пацієнти були проконсультовані психіатром. З усіх методів рекомендованих для ведення пацієнтів з депресією найбільш доступним, ефективним та придатним у використанні для лікарів загальної практики є фармакотерапія антидепресантами у поєднанні з резонансною магніто-квантовою терапією (РМКТ) за багаторівневою методикою. Як показують опитування лікарів загальної практики, сьогодні на рівні первинної медичної допомоги пацієнтам з ДР частіше всього призначають транквілізатори (гідазепам, феназепам, тощо) та седативні засоби, виготовлені на основі лікарських рослин. Таке лікування не є патогенетично обумовленим і не відповідає існуючим стандартам терапії депресії, а відсутність необхідного ефекту та подальше загострення симптомів захворювання можуть призвести до важких наслідків, до тривалої втрати працездатності та суїцидальної поведінки. Для лікування ДР, відповідно до Наказу МОЗ України № 59 від 05.02.2007р. [13], повинні бути призначені антидепресанти. Серед антидепресантів виділяють наступні класи :

- Трициклічні (амітриптилін, доксерін, кломіпрамін, іміпрамін, нортриптилін).
- Тетрациклічні (амоксапін, мапротилін).
- Інгібітори моноамінооксидази (МАО) :
 - незворотні (іпроніазид, ніаламід, інказан, сіднофен);
 - зворотні (бефол, моклобемід, піразидол);
- Селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) (флуоксетин, пароксетин, флувоксамін, цитапрам, есциталопрам).
- Селективні інгібітори зворотнього захоплення норадреналіну (ребоксетин).
- Селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН) (венлафаксин, мілнаципран, бупропіон, дулоксетин).
- Антидепресанти зі змішаним механізмом дії :
 - міртазапін (5-НТ₂, 5- НТ₃, L2-адренергічні рецептори);
 - міансерин (5-НТ₂, L1, L2-адренергічні рецептори).
- Селективні антагоністи серотоніну (тіанептин);
- Мелатонінергічні антидепресанти (МЕА)(агомелатин).

Критеріями вибору антидепресанта для лікаря ангіоневролога поряд з терапевтичною ефективністю є :

- безпека, особливо у ослаблених ГПМК та соматично обтяжених пацієнтів;
- добра переносимість;
- мінімальний ризик небажаних взаємодій з іншими медикаментозними засобами;
- відсутність впливу на працездатність, масу тіла та статеву функцію.

Вирішуючи питання про вибір засобу, ангіоневролог повинен пам'ятати про те, що антидепресивна терапія в своєму розвитку перетерпіла значну динаміку. Перші антидепресанти широко застосовувались, не дивлячись на велику кількість побічних ефектів, оскільки альтернативи їм не було. Поява амітриптиліну – самого широко застосовуваного антидепресанту з гурту трициклічних антидепресантів (ТЦА) – декілька десятиліть тому стало революцією в терапії депресії як для лікарів, так і пацієнтів, що дозволило вивести лікування депресивних розладів на принципіально новий рівень. Однак амітриптилін володіє великою кількістю побічних ефектів, є одним із самих неселективних антидепресантів, володіючи тропністю до великої кількості рецепторів, серед яких три підтипи серотонінових рецепторів, альфа -1; альфа -2 – адренорецептори, М-холінорецептори і Н₁ – гістамінові рецептори, що не може не відобразитися на переносимості та безпеці даного антидепресанту. Виразність побічних ефектів, ризик розвитку серцево-судинних ускладнень та взаємодії лікарських засобів особливо у пацієнтів, котрі перенесли ГПМК, зумовили необхідність обмеження застосування ТЦА в цілому і амітриптиліну, зокрема, в роботі лікаря ангіоневролога. Таке обмеження заповнюється наявністю широкого спектру більш сучасних та безпечних антидепресантів. В даний час найбільш часто призначаються СІЗЗС, СІЗЗСН та МЕА. Особливого значення при лікуванні депресії в цілому, а ПД зокрема, набуває застосування агомелатин у (мелітору). Це перший МЕА, поява котрого дозволило впровадити в клінічну практику новий підхід до лікування ПД – відновлення внутрішніх циркадних ритмів організму, порушення котрих сьогодні розглядається в якості однієї з найважливіших причин розвитку депресій. Мелітор впливає одночасно на три типи рецепторів (як агоніст мелатонінових МТ₁ та МТ₂ рецепторів та антагоніст 5НТ-серотонінових рецепторів 2с підтипу) він запускає каскад відновних реакцій в гіпоталамусі, не впливаючи за цього на внутрішньоклітинний рівень серотоніну та підвищує рівень допаміну і норадреналіну у фронтальній корі [14]. Володіючи здатністю ресинхронізації внутрішніх циркадних ритмів, мелітор відновлює сон, не викликаючи за цього денної чутливості та седації.

Результати та їх обговорення

Починаючи вже з першого тижня комплексного лікування пацієнтів з ПД (мелітор + РМКТ за багаторівневою методикою [15]) ми відмітили ефективне зменшення ключових симптомів депресії, таких як зниження енергійності, тривоги, труднощів концентрації, нормалізації подавленого настрою, зменшення відчуття стомлюваності, нездатності отримувати задоволення, порушень сну і апетиту. Завдяки своєму рецепторному профілю вищевказаний комплекс терапії на відміну від звичайних антидепресантів не викликає таких небезпечних та неприємних побічних ефектів, як седація, порушення сну, сексуальна дисфункція, не призводить до збільшення ваги і не володіє кардіотоксичністю. Відсутність синдрому відміни, характерне для мелітору, є його унікальною характеристикою.

кою, не присущої ні одному іншому із існуючих антидепресантів. Значним для ангіоневролога є те, що мелітор застосовується всього по 1 таблетці (0,025) на добу перед сном. З вищевказаного слідує, що запропонований нами комплекс лікування ПД (мелітор + РМКТ за багаторівневою методикою) може бути призначеним широкому колу пацієнтів з ДР без ризику розвитку серйозних побічних ефектів, медикаментозних взаємодій та зниження якості життя пацієнтів. Це вкрай важливо, якщо враховувати, що для ефективного впливу на патогенетичну основу депресії лікування необхідно проводити достатньо довго. Для успішної терапії ПД також важлива взаємодія між лікарем та пацієнтом, надання пацієнту та його родичам інформації про причини та наслідки депресивних розладів, активна участь пацієнтів в обговоренні вибору тактики лікування. Правильна тактика ведення та вибір оптимального засобу будуть сприяти формуванню довіри пацієнта до можливостей сучасної терапії ПД, своєчасного попередження нових епізодів захворювання, що негативно відображається на якості життя пацієнтів, після перенесеного ГПМК. Надаючи допомогу пацієнту з ПД, необхідно пам'ятати про те, що за наявності в клінічній картині таких симптомів, як знижений настрій з суїцидальними думками, суїцидальними спробами в минулому, виразне відчуття тривоги, безнадійності та відчаю, психомоторна загальмованість або ажитація, ознаки психозу (марення, галюцинації, дезорієнтація) пацієнта слід направити на консультацію до психіатра.

Висновок

Таким чином, слід зробити висновок про те, що ПД є розповсюдженою патологією, вона значно та достовірно погіршує прогноз ГПМК та соматичного захворювання, котру виявляють в кожного 2-3 пацієнта після перенесеного інсульту. Діагностика депресії та її лікування - необхідний компонент терапії ГПМК, для покращення перебігу мозкових катастроф та якості життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сосудистые заболевания нервной системы / под ред. Е.В. Шмидт. – М. : Медицина, 1975. – 283 с.
2. Вопросы и ответы в неврологии : справочник врача / Мищенко Т.С.; под ред. Мищенко Т.С. – К. : ООО "Доктор-Медиа", 2012. – 432 с.
3. Тещук В.Й., Тещук В.В. Гострі порушення мозкового кровообігу / В.Й. Тещук, В.В. Тещук. – О. : Наука і техніка, 2011. – 200 с.
4. Варлоу Ч.П., Деннис М.С. и др. Инсульт : практическое руководство для ведения больных. – СПб, 1998.
5. Безруков В.В., Бачинська Н.Ю., Холін В.О. та інші. Синдром помірних когнітивних порушень при старінні (методичні рекомендації). – К. : 2007. – 32 с.
6. Ждан В.М., Кайдашев І.П., Невойт Г.В. Психосоматичні розлади в практиці лікаря-інтерніста : навчально-методичний посібник. – Полтава : 2011. – 344 с.
7. Про затвердження та впровадження медико-технологічних зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії : Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012р. – К. : 2012. – С. 11.
8. Нетяженко В.З. Стан ургентної кардіологічної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда в Україні / В. З. Нетяженко // Внутрішня медицина. – № 1. – 2012. – С. 46–52.
9. Инсульт. Справочник практического врача [под редакцией Т.С. Мищенко]. – К. : Издатель Д.В. Гуляев, 2006. – 220 с.
10. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы : Руководство для врачей / под редакцией А.Ю. Макарова. – СПб. : ООО «Золотой век», 1998. – С. 25–42.
11. Виленский Б.С. Инсульт / Б.С. Виленский. – СПб. : Мед. Информ. агенство, 1995. – 288 с.
12. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10 (Короткий адаптований варіант, заснований на Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем пов'язаних із здоров'ям 10-го перегляду, прийнятої 43-ю Всесвітньою Асамблеєю Охорони Здоров'я, для використання в Україні). – К. : «Трелакс ЛТД». – 1999. – 308 с.
13. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» : Наказ МОЗ України № 59 від 05.02.2007р. – К. : 2007. – С. 21–23.
14. Rx index vademecum. Лікарські засоби для застосування в раціональній неврології та психіатрії. – К. : ТОВ «Фармацевт Практик», 2014. – С. 1195–1120.
15. Тещук В.Й., Тещук В.В. Застосування неотону в комплексі з магніто-лазерною терапією при лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу / В. Й. Тещук, В. В. Тещук // Актуальні проблеми транспортної медицини. – 2014. – № 3 (37). – С. 67–76.