

Депрессия в неврологической практике и терапия Паксилон

В.А. Парфенов

Эпидемиологические исследования показывают, что у каждого восьмого человека хотя бы раз в течение жизни развивается депрессия, при которой требуется терапия антидепрессантами. Более чем в половине случаев наблюдаются повторные эпизоды, и течение болезни приобретает хронический рецидивирующий характер. Депрессия причиняет сильнейшие эмоциональные, психологические и физические страдания, которые приводят к снижению качества жизни пациентов, уровня их семейной, трудовой и социальной адаптации, а нередко и к инвалидизации. По прогнозам Гарвардской школы здравоохранения, к 2020 г. депрессия окажется на втором месте после ишемической болезни сердца среди заболеваний, сокращающих продолжительность работоспособной и социально полноценной жизни.

Хотя депрессия является психическим расстройством, почти две трети случаев не попадают в поле зрения психиатров и наблюдаются неврологами или врачами других специальностей. Больные с выраженной депрессией составляют от 5 до 8% от общего потока поликлинических больных, однако только каждый третий случай распознается врачами и только каждому четвертому больному назначается адекватное лечение.

Депрессия является заболеванием с многогранной клинической картиной. Диагностика депрессии часто сложна для невролога, она требует знаний диагностических критериев заболевания (МКБ-10). Основными симптомами депрессии являются:

- подавленное, сниженное настроение;

- утрата интересов и способности получать удовольствие от того, что прежде его доставляло;
- повышенная утомляемость и снижение активности.

Дополнительные симптомы депрессии следующие:

- сниженная способность к концентрации внимания;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и унижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия по самоповреждению или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Диагноз легкого депрессивного расстройства основывается на присутствии не менее двух основных и двух дополнительных симптомов, а также их продолжительности в течение не менее 2 нед.

В неврологической практике депрессия часто встречается в виде соматизированной или маскированной (латентной, скрытой) депрессии. Нередко пациенты длительно наблюдаются с различными неврологическими диагнозами (посттравматическая энцефалопатия, хроническая недостаточность мозгового кровообращения), которые при тщательном анализе не имеют достаточных оснований. Это в определенной степени вызвано тем, что предъявляемые пациентами многочисленные жалобы (головные боли, головокружения, повышенная утомляемость и другие) неправильно расцениваются, при этом не диагностируются имеющиеся головные боли напряжения (или другие формы первичной головной боли), которые часто сочетаются с депрессией и тревогой.

Депрессия возникает у многих больных, перенесших тяжелое неврологическое заболевание, например

инсульт или черепно-мозговую травму, и имеющих значительные неврологические расстройства. Имеющиеся у таких больных жалобы на головные боли, головокружение, утомляемость, нарушение сна часто вызваны не только органическим повреждением головного мозга, но и реактивным депрессивным расстройством вследствие возникшей инвалидности и утраты прежнего социального статуса.

Сравнительно часто депрессивное расстройство имеется у пациентов с хроническими болевыми синдромами (болями в спине и конечностях, хроническими головными болями напряжения и др.). Во многом это объясняется общим патогенетическим механизмом в виде недостаточности серотонинергических систем головного мозга. Депрессия развивается и у больных с дегенеративными, демиелинизирующими и дисметаболическими заболеваниями нервной системы, при которых поражение головного мозга сопровождается дефицитом нейромедиаторов.

Правильная и своевременная диагностика депрессии – главный критерий успеха лечения. Основным принципом современной тимоаналептической (антидепрессивной) терапии является монотерапия – назначение одного выбранного препарата и применение его в течение по крайней мере 4 нед с достижением максимально переносимой терапевтической дозы желательно к 7–14-му дню лечения. Антидепрессант должен быть тщательно, адекватно и индивидуально подобран в соответствии с психопатологической структурой депрессии. При этом следует учитывать возможные побочные явления, которые пациент должен претерпеть ради достижения выраженного терапевтического эффекта. Пациента следует информировать о возможных побочных явлениях и о том, что основной терапевтиче-

Владимир Анатольевич Парфенов – докт. мед. наук, профессор, кафедра нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова.

ский эффект обычно возникает не ранее конца 1-й, а чаще – на 3-й неделе терапии. Переносимость и безопасность антидепрессанта имеют особое значение в современной терапии. Переносимость включает в себя отсутствие выраженных побочных явлений, как очевидных для пациента (например, сухость во рту, головные боли, нарушение зрения), так и не всегда очевидных – изменение сердечного ритма, артериального давления, явлений поведенческой токсичности (нарушение тонкой координации движений, снижение уровня бодрствования, когнитивных нарушений). Когнитивные функции, включающие в себя концентрацию внимания, оперативную память, скорость выполнения логических операций, пространственную ориентировку, особенно важны для работающего человека. Безопасность – более широкая категория, перекрывающая переносимость. Она включает в себя и отсутствие отрицательного влияния на метаболические процессы, функции отдельных органов и систем, что особенно важно при длительной терапии.

Всем этим требованиям к современной антидепрессивной терапии в полной мере соответствуют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. По выраженности антидепрессивного действия они не уступают трициклическим антидепрессантам, но имеют менее выраженные побочные эффекты, что позволяет их широко использовать в амбулаторной практике. Препараты этой группы обладают широким спектром клинического действия с выраженными противотревожным и анальгетическим эффектами, благодаря чему весьма популярны среди неврологов. Их безопасно назначать пожилым больным, они способны даже незначительно улучшить когнитивные функции.

Одним из наиболее эффективных препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина является Паксил (пароксетина гидрохлорид). Главным составляющим профиля психотропной активности препарата являются тимоаналептическое (собственно антидепрессивное) и анксиолитическое (противотревожное) действие при достаточно отчетливом стимулирующем эффекте. Препарат эффективен при соматизи-

рованных и реактивных депрессиях, с которыми неврологи наиболее часто встречаются в клинической практике. Клинический эффект при лечении Паксилом наступает быстро (1–2 недели лечения) и постепенно нарастает. Препарат часто оказывается эффективным у больных, которые не переносят трициклические антидепрессанты в связи с их существенными побочными эффектами.

Паксил одинаково эффективен при лечении депрессии, как с тревогой, так и без нее, и не вызывает гиперстимуляции (чрезмерно повышенной психической и физической активности), усиления ажитации или нарушений сна. Более того, имеются данные о способности препарата улучшать сон у больных депрессией уже на ранних этапах терапии, не вызывая при этом дневной сонливости или заторможенности. Показана эффективность препарата при лечении панических атак и посттравматического стрессового расстройства, с которыми неврологи часто встречаются в повседневной практике.

Селективность, отсутствие активных метаболитов и относительно небольшой период полураспада обеспечивают хорошую переносимость и безопасность применения Паксила даже у лиц пожилого возраста. Применяемые в неврологической практике дозы колеблются от 10 до 40 мг/сут, наиболее часто используется 20 мг. Следует отметить удобный для пациентов режим дозирования: прием с пищей утром 1 раз в сутки. При превышении дозы 20 мг/сут чаще других побочных явлений возникают тошнота, сухость во рту, запоры и другие диспептические расстройства, сонливость, нарушение сна, потливость. Побочные эффекты при приеме Паксила обычно умеренно выражены, как правило, не влияют на образ жизни пациентов и не требуют отмены препарата. Выраженность и частота побочных эффектов обычно уменьшаются с течением времени. Нельзя забывать о том, что при резкой отмене препарата возможно развитие головокружения, сенсорных нарушений, нарушений сна, возбуждения, тревоги. Поэтому прекращать прием Паксила лучше постепенно, уменьшая дозу, например с 20 до 10 мг в конце курса терапии.

Неврологам не следует опасаться назначения Паксила. Данные многочисленных исследований указывают на высокую эффективность, переносимость и безопасность данного препарата, что позволяет назначать препарат неврологическим пациентам, имеющим депрессивное расстройство. Применение препарата при многих неврологических заболеваниях, сопровождающихся двигательными нарушениями, например болезни Паркинсона или рассеянном склерозе, может не только снять депрессивные симптомы, но и улучшить двигательные функции и качество жизни пациентов. Препарат можно использовать при хронических болевых синдромах различного происхождения (боли в спине, конечностях, хронические головные боли напряжения) даже в тех случаях, когда не отмечается выраженная депрессивная симптоматика, поскольку хроническая боль является основанием для терапии антидепрессантами. Паксил целесообразно использовать для снижения частоты, продолжительности и тяжести приступов мигрени, при которой среди антидепрессантов предпочтительнее назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Паксил также представляет препарат выбора при лечении панических атак вне зависимости от того, выявляется ли у пациента депрессивное расстройство, или оно отсутствует.

При назначении Паксила пациенту следует рассказать о высокой безопасности и хорошей переносимости препарата, а также о необходимости регулярного, точного и последовательного приема препарата, что является залогом успешного лечения. Согласие и согласованность действий пациента и врача – важнейший фактор успешности проводимой антидепрессивной терапии. Следование рекомендациям, регулярность и точность выполнения терапевтических назначений особенно важны в амбулаторной практике, где функции контроля за лечением в значительной мере передаются самому пациенту.

Необходимо отметить, что невролог может лечить только легкие депрессивные расстройства и никогда не должен браться за лечение тяжелой депрессии. Лечение таких больных проводят только психиатры. ●