

УДК 616.89:615

*Ю. П. Линец, В. П. Косинский***МИЛЬНАЦИПРАНА ГИДРОХЛОРИД (ИКСЕЛ) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Николаевская больница, Петродворец

А. В. Шабров, С. А. Парцерняк, П. И. Юнацкевич указывают, что 60–80 % лиц, обращающихся за медицинской помощью, — больные с сочетанной (микст) патологией, т. е. с заболеваниями, сопровождающимися вовлечением в патологический процесс различных регуляторных и эффекторных систем организма [1]. С подобными больными в своей повседневной работе сталкиваются клиницисты всех специальностей, и прежде всего интернисты, к которым в первую очередь обращаются такие «трудные больные». Соматическая симптоматика у таких пациентов может быть чрезвычайно разнообразной, при этом часто в клинической картине расстройства особое место занимают симптомы тревожно-депрессивного круга.

По данным А. Б. Смулевича, депрессия диагностируется у каждого пятого больного, находящегося на лечении в многопрофильном стационаре [2]. Соотнесение этих данных со статистикой распространенности тревожных расстройств свидетельствует о том, что не менее трети больных многопрофильного стационара нуждаются в помощи психиатра-психотерапевта. Кроме того, согласно ежегодным статистическим отчетам психоневрологических диспансеров процент больных, обратившихся с легкими и среднетяжелыми депрессиями, ничтожно мал. Таким образом, больные, нуждающиеся прежде всего в квалифицированной психиатрической (психотерапевтической) помощи, преимущественно обращаются в медицинские учреждения соматического профиля [3]. По нашим данным, подобный больной в среднем посещает 9–10 специалистов, прежде чем оказаться на приеме у психиатра-психотерапевта. Очевидно, что описанная ситуация не только отрицательно влияет на эффективность лечения, но и существенно снижает удовлетворенность пациента проводимыми лечебными мероприятиями, негативно сказываясь на отношении больных к системе здравоохранения в целом.

В этой связи большое значение приобретает использование психотропных препаратов, в особенности антидепрессантов, в лечении больных терапевтического профиля. По данным М. Ю. Дробизева, потребность пациентов с терапевтической патологией в лечении антидепрессантами очень велика — от 20 до 40 % пациентов кардиологических, терапевтических и ревматологических отделений многопрофильных больниц нуждаются в назначении гомоаналептиков [4]. Основаниями для назначения антидепрессантов могут служить депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства, коморбидные соматическому заболеванию. Ряд авторов указывают на возможность назначения антидепрессантов для купирования соматической симптоматики. При этом, выбирая препарат, следует учитывать не только психотропный эффект последнего, но и, в первую очередь, безопасность и переносимость, связанные с его соматотропной активностью.

© Ю. П. Линец, В. П. Косинский, 2008

Прогресс в лечении подобных состояний наметился, когда в общеклиническую сеть начали поступать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Считается, что препараты этой группы не менее трициклических антидепрессантов эффективны при лечении легкой и среднетяжелой форм эндогенной депрессии и отличаются более благоприятным спектром побочных действий. Вместе с тем с помощью этих препаратов удастся ощутимо снижать фоновый уровень тревоги, поэтому они достаточно успешно применяются при лечении панического расстройства, навязчивостях, генерализованной тревоге, фобиях, состояниях зависимости. Одним из преимуществ терапии препаратами группы СИОЗС является возможность назначения лекарственного средства, как правило, один раз в сутки, что особенно удобно при амбулаторном лечении. Такой режим приема лекарства имеет немаловажное значение в гериатрической практике, облегчая пожилым людям соблюдение врачебных рекомендаций. Также СИОЗС характеризуются низким риском кардио- и гепатотоксического действия [5].

Методы исследования. В целях предварительного клинического исследования для лечения «проблемных больных» нами был использован мильнаципран гидрохлорид (Иксел), являющийся одновременно селективным ингибитором серотонина и норадреналина. По данным литературы Иксел (милнацепран) высокоэффективен при различных соматических нарушениях, наблюдающихся у больных с депрессиями [6]. Препарат обладает собственной антиноцицептивной активностью [7].

Обследовано 18 стационарных и амбулаторных больных. Все пациенты женского пола, в возрасте от 25 до 77 лет, средний возраст составил 55 ± 5 лет. При обследовании пациентов в клинической картине заболевания помимо симптомов соматической патологии отмечались признаки тревожно-депрессивного расстройства. Психическое состояние больных характеризовалось высоким уровнем субъективного неблагополучия, гипотимией, тревожными опасениями ипохондрического содержания, боязливостью, подавленностью. Помимо тревожных и депрессивных симптомов у больных наблюдался ряд коморбидных (инсомнических, вегетативных) расстройств. Обследование больных по шкале Гамильтона (HDRS-21) выявляло депрессивное состояние средней тяжести (средний балл — $22 \pm 1,8$). Свое соматическое состояние больные оценивали как тяжелое, собственное психическое неблагополучие воспринималось ими как естественная реакция на болезнь. Данные, полученные по Гиссенскому опроснику соматических жалоб, свидетельствовали о выраженной интенсивности жалоб (средний балл — $30,3 \pm 1,5$) с преобладанием жалоб на болевые ощущения ($9,7 \pm 0,3$) и истощение ($8,3 \pm 0,3$). Большая часть пациентов высказывали выраженную неудовлетворенность оказанной ранее медицинской помощью, характеризовали ее как малоэффективную.

Пациенты получали Иксел в таблетированной форме по 0,05 г перорально 1 раз в день, утром, с приемом пищи. Продолжительность курса терапии составляла 3–4 недели. Эффективность лечения оценивалась по результатам клинической беседы с пациентом, а также на основании данных по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21) и Гиссенского опросника соматических жалоб.

Результаты исследования. Из 18 включенных в исследование больных у трех отмечались побочные эффекты в виде выраженной тошноты и рвоты; в последующем они отказались от лечения. Положительный эффект был достигнут у 9 больных. Положительная динамика наблюдалась в основном со второй недели лечения. Больные субъективно отмечали улучшение своего состояния, снижение интенсивности проявлений заболевания.

Статистически значимые изменения по шкале Гамильтона фиксировались уже к концу первой недели (табл. 1). К моменту окончания исследования средний общий

Таблица 1

Средние по шкалам HDRS-21. Исследование до (I) и после (II) терапии мильнаципраном

Шкала	Исследование I	Исследование II
Пониженное настроение	2,9	0,3
Чувство вины	1,0	0,2
Суицидальные тенденции	0,7	0,1
Трудности при засыпании	1,7	0,4
Бессонница	1,2	0,3
Ранние пробуждения	0,7	0,1
Работа и деятельность	2,1	0,6
Заторможенность	2,4	0,7
Возбуждение	0,7	0,1
Тревога психическая	1,9	0,2
Тревога соматическая	1,4	0,3
Желудочно-кишечные соматические нарушения	1,2	0,2
Общесоматические симптомы	1,9	0,4
Расстройства сексуальной сферы	0,9	0,2
Ипохондрические расстройства	1,4	0,4
Потеря веса	0,8	0,2
Отношение к своему заболеванию	0,7	0,4
Суточные колебания состояния	1,1	0,3
Деперсонализация и дереализация	0,3	0,1
Бредовые расстройства	0,2	0,1
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,5	0,2
Общая оценка	22,0	7,4

показатель по шкале показывал отсутствие депрессии ($7,4 \pm 1,9$; $t = 5,04$, $p < 0,001$). Наиболее значительным изменениям к концу первой недели терапии подверглись такие признаки, как депрессивное настроение ($t = 3,01$, $p < 0,01$), расстройство сна ($t = 3,78$, $p < 0,01$), общесоматические расстройства ($t = 3,01$, $p < 0,05$) и психическая тревога ($t = 3,31$, $p < 0,01$), в то время как изменения в выраженности таких симптомов депрессии, как чувство вины, работоспособность, заторможенность, претерпевали незначительную динамику. К концу исследования выраженность практически всех симптомов, которые оценивались по шкале Гамильтона, существенно снизилась.

Показатели Гиссенского опросника соматических жалоб на момент окончания курса терапии свидетельствовали о значительном снижении интенсивности высказываемых жалоб ($14,07 \pm 0,7$; $t = 4,31$, $p < 0,01$) (табл. 2). Возросла удовлетворенность лечением. В беседе отмечалось уменьшение количества жалоб, предъявляемых больными, снижение уровня тревоги, стабилизация фона настроения. Следует подчеркнуть, что больные становились более синтонными, более охотно соглашались с рекомендациями лечащего врача. На фоне проведенного лечения оказалась возможной коррекция внутренней картины болезни пациентов с указанием на роль психологических факторов, например повышенной тревожности, в развитии заболевания. Также оказалось возможным создать мотивацию

Таблица 2

**Средние по шкалам Гиссенского опросника соматических жалоб.
Исследование до (I) и после (II) терапии мильнаципраном**

Шкала	Исследование I	Исследование II
Истощение	8,3	7,9
Желудочные жалобы	5,8	4,9
Боли — «Ревматический фактор»	9,7	6,2
Сердечные жалобы	6,9	4,1
Интенсивность — «Давление жалоб»	30,3	14,7

на соблюдение терапевтических рекомендаций относительно образа жизни, посещение психотерапевта.

Обсуждение. По разным данным доля больных с психическими расстройствами в общесоматической сети достигает 50 %. Больные с сочетанием психических и соматических расстройств справедливо относятся к категории «трудных пациентов», поскольку вероятность эффективного лечения таких больных без учета их психической симптоматики крайне мала. Отсутствие комплексного подхода (с привлечением специалистов в области психического здоровья) существенно снижает вероятность оказания надлежащей помощи подобным больным. Наличие психической симптоматики у больных стационара представляет определенные трудности в лечебно-диагностическом плане для непрофильных специалистов, что ведет к увеличению затрат на медицинское обслуживание данных пациентов.

В этой связи нельзя забывать и об организационно-экономических аспектах рассматриваемой проблемы. Стоимость длительного и часто неэффективного лечения таких проблемных больных настолько велика, что ее можно расценить как неправомерную нагрузку на государственный бюджет. При этом сложившаяся ситуация отчасти искусственно поддерживается врачами-интернистами, поскольку несет в себе условную выгоду в виде заполнения коек стационара при невыполнении плана пролеченных больных и материальной благодарности от самих больных и их родственников.

Существующая организация экспертного контроля, обеспечиваемая системой обязательного медицинского страхования, не в состоянии дать объективную оценку необходимости и эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Ни система оказания медицинской помощи, ни система обязательного медицинского страхования часто не в состоянии обеспечить лечение подобных больных на надлежащем уровне.

Таким образом, необходимость поиска новых путей повышения эффективности оказания помощи пациентам с сочетанием соматической и психопатологической симптоматики очевидна. Одним из направлений в этом смысле является внедрение психотропных препаратов, и в первую очередь антидепрессантов, в общетерапевтическую практику.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о достаточной эффективности использования антидепрессантов при лечении «трудных больных». Очевидно, что размер выборки позволяет говорить только о предварительных результатах, но, на наш взгляд, и они могут служить обоснованием для включения СИОЗС в комплексную терапию обозначенных расстройств. Простота схемы приема мильнаципрана (Иксел) в сочетании с его эффективностью, субъективно отмечаемой самими больными, значительно повышает вероятность соблюдения терапевтических рекомендаций. Применение препарата сопровождалось хорошей переносимостью с редко возникающими нежелательными явлениями.

Особое значение, по нашему мнению, приобретает тот факт, что применение милнаципрана (Иксел) не только привело к улучшению соматического и психического состояния обследованных больных, но и обеспечило эффективность последующих терапевтических мероприятий.

Summary

Linets Yu. P., Kosinsky V. P. Milnacipran hydrochloride (Ixel) in complex treatment of patients with anxiety and depressive disorders.

Problems of the modern medical aid organization for patients with mental disorders in the general medical practice system («difficult patients») are discussed. Advantages of antidepressant usage from a serotonin selective reuptake inhibitor group in therapy of patients with the combination of somatic and psychopathological semiology are considered. Results of preliminary clinical research of milnacipran hydrochloride (Ixel) application in complex therapy of «difficult patients» are presented.

Key words: milnacipran hydrochloride (Ixel), the patients with anxiety and depressive disorders, multimodal (integrative) approach.

Литература

1. Шабров А. В., Парцерняк С. А., Юнацкевич П. И. Интегративная медицина: новая идеология здравоохранения в России. СПб., 2004.
2. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.
3. Топчий Н. В. Депрессивные расстройства в практике поликлинического врача // Фарматека. 2005. № 10. С. 36–41.
4. Дробижев М. Ю. Практика использования антидепрессантов при лечении депрессий в психиатрии и общей медицинской сети (обзор результатов фармакоэпидемиологических исследований) // Психиатр. и психофарм. 2004. Т. 6. № 5. С. 221–223.
5. Михайлова Н. М., Сиряченко Т. М. Практика амбулаторной терапии антидепрессантами // Рус. мед. журн. 2005. Т. 13. № 10. С. 693–699.
6. Аведисова А. С., Чахава К. О., Еришова Е. М. Иксел при терапии больных с депрессивным расстройством и неврологически обусловленным хроническим болевым синдромом // Психиатр. и психофарм. 2005. Т. 7. № 3.
7. Аведисова А. С., Александровский Ю. А., Ильина Н. А. и др. Иксел (милнаципран): обобщенные результаты клинического изучения селективного ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) в России // Там же. 2000. Т. 2. № 4.

Статья принята к печати 21 мая 2008 г.