

«Депресія не приходять одна»: сучасні можливості мультимодальної терапії депресивних розладів із соматичними симптомами

Ми живемо у складному світі нестабільності, невизначеності та неоднозначності, що зумовлює пандемічну поширеність у популяції депресивних і тривожних реакцій на стрес. Під час IX Міжнародної конференції NeuroSymposium-2017 (12-14 вересня, м. Одеса) цій темі було присвячено низку доповідей.



Професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук **Олена Олександрівна Хаустова** доповіла про сучасні можливості персоналізованої фармакотерапії депресивних розладів із позицій психосоматики.

Депресивні розлади настільки поширені, що істотно впливають на економіку цілих країн. Всесвітній день здоров'я 2017 року був присвячений проблемі депресії та пройшов під гаслом «Депресія: давай поговоримо». Причому це не стосується якогось одного виду психотерапії. Останній огляд 2013 року показав, що всі види психотерапії приблизно однаково дієві при депресії, було б кому виявити увагу до людини й поговорити з нею.

До дня здоров'я Всесвітня організація охорони здоров'я підготувала звіт про сучасні масштаби проблеми та можливі шляхи її вирішення. Кількість людей із депресією та тривогою постійно зростає: на 2017 рік 322 млн осіб мають депресивні розлади, 264 млн – тривожні. Найбільш уразливими є жінки молодого й середнього віку. Депресія, як і тривога, – проблема всіх континентів, проте дані, наприклад, між США та Африкою, різняться, відображаючи різну частоту звертання по допомогу. Не в усіх суспільствах це є прийнятним і доступним. Зниження працездатності через депресію та тривогу коштує людству до 1 трильйона доларів щороку. Якщо цю суму поділити на всіх жителів планети, то вийде по 130 доларів на кожного. Разом із тим підраховано, що 1 долар, інвестований у терапію тривоги та депресії, дає 4 долари на економічне зростання (що добре для людей – добре для економіки).

Відомо, що практично не буває ізольованої депресії чи тривоги, ці стани є коморбідними й тягнуть за собою супутні соматичні розлади. Близько 70% осіб із депресією звертаються по медичну допомогу лише із соматичними скаргами, і серед цих скарг домінують порушення сну та біль (L.J. Kirmayer et al., 1993; G.E. Simon et al., 1999).

Із позицій сучасної психосоматики депресія розглядається як одна з патологічних ланок реакції на стрес, фізіологічною основою якої є дифузна нейроімунендокринна система (DNIES) – універсальна система реагування на стресорні фактори, контролю й захисту організму (рис. 1).

За цією моделлю будь-який соматичний розлад можна пов'язати з депресією та тривогою, а депресію та тривогу – із соматичним розладом через низку патофізіологічних ланок. Наприклад, у пацієнта з цукровим діабетом 1 типу депресивний розлад може формуватися внаслідок активації симпатоадреналової осі, пригнічення нейрогенезу, опосередкованого активним утворенням прозапальних цитокінів, зниження рівня ГАМК – через механізм утворення антитіл до глутаматдекарбоксилази. З другого боку, депресія через вплив на вивільнення глюкокортикоїдів і статевих гормонів спричиняє накопичення вісцерального жиру й розвиток остеопорозу.

Зважаючи на двонаправленість патофізіологічних процесів, лікування депресивного розладу також має бути двонаправленим і персоналізованим – з урахуванням як нейроімунендокринних порушень у центральній нервовій системі, властивих депресії, так і соматизованих проявів. Причому, як демонструють численні дослідження, соматичні симптоми та порушення сну швидше реагують

на терапію, ніж власне симптоми депресії, для зменшення яких потрібно щонайменше 2 тиж лікування антидепресантами.

Сучасна парадигма лікування великого депресивного розладу (ВДР) зміщується від вибіркового інгібування зворотного захоплення серотоніну до об'єднання цього механізму з іншою фармакологічною дією всередині серотонінової системи. Відповідно, в центрі уваги опиняються антидепресанти мультимодальної дії. На думку експертів психофармакології, «тразодон є найкращим прикладом сучасного модулятора серотонінової системи з мультимодальних препаратів із рецепторною дією» (D.A. Morrissette, S.M. Stahl, 2015). Завдяки поєднанню антагонізму відносно серотонінергічних рецепторів та інгібування зворотного захоплення серотоніну (SARI) тразодон демонструє унікальну терапевтичну гнучкість при застосуванні в різних дозах та ефективний при широкому спектрі коморбідних станів, асоційованих із ВДР (A. Fagioli et al., 2012) (рис. 2).

Спектр клінічних ефектів тразодону розкривається поступово при нарощуванні дози (рис. 3). У дозі 50 мг можна отримати гіпноседативний ефект, що сприяє зменшенню тривожності й покращенню сну. У дозі 100-150 мг повною мірою реалізується анксиолітична дія. У діапазоні 300-600 мг на добу тразодон стає потужним антидепресантом, ефективним при депресії будь-якої тяжкості.

Професор О.О. Хаустова нагадала про переваги від лікування тразодоном, які можуть отримати всі пацієнти (E. Frecka, 2010):

– швидке зменшення ключових симптомів депресії;

– потужний протитривожний ефект із першого дня лікування;

– відновлення якості та тривалості сну з першого дня лікування;

– поліпшення сексуальної функції як у чоловіків, так і в жінок.

В Україні тразодон представлений під назвою Триттіко («Angelini»). Віднедавна лікарі й пацієнти мають змогу відчувати переваги і лікарської форми з контрольованим вивільненням – Триттіко XR (таблетки 300 мг), що має правильну фармакокінетичну модель без піків концентрації та зі швидким формуванням плато. Завдяки цьому знижується ризик виникнення таких побічних ефектів, як денна сонливість і гіпотензія, особливо в перший тиждень при підвищенні дози препарату. Таблетки 300 мг діляться навпіл, завдяки чому мінімальний крок титрації становить 150 мг.

У рандомізованому подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні Триттіко XR продемонстрував високу ефективність і кращу переносимість у великих дозах, необхідних для лікування пацієнтів із ВДР (D.V. Sheehan et al., 2009). У цьому дослідженні взяли участь 412 пацієнтів із ВДР. Тразодон у таблетках із XR-технологією титрували від 150 до 375 мг 1 раз на добу. Тривалість лікування становила 6 тиж. Покращення за шкалою депресії Гамільтона було достовірно більшим у групі пацієнтів, які приймали тразодон, аніж у групі плацебо. Ця відмінність набувала статистичної значущості вже після першого

тижня лікування та зберігалася протягом усього дослідження. За весь період спостереження не зареєстровано серйозних побічних ефектів терапії тразодоном або клінічно значущих відхилень електрокардіографічних і лабораторних параметрів. Результати цього дослідження підтверджують, що тразодон у лікарській формі з контрольованим вивільненням ефективний і безпечний при ВДР у дозах 375 мг.

Завдяки гнучкому дозуванню та доведеній безпеці при амбулаторному лікуванні перевагами тразодону можуть скористатися у своїй практиці різні фахівці.

Психіатри застосовують Триттіко XR у дозуванні 300 мг при ВДР будь-якої тяжкості з тривогою, агітацією й порушенням сну, а також Триттіко у дозі 75 мг для корекції розладів поведінки в пацієнтів із деменцією.

Неврологи можуть застосувати Триттіко 150 мг у пацієнтів із тривогою, депресивною симптоматикою, порушеннями сну, Триттіко 75 мг – при соматоформній дисфункції.

Лікарі терапевтичного профілю, зокрема ревматологи, також можуть рекомендувати Триттіко 75 мг пацієнтам, які мають ознаки тривоги, депресивну симптоматику та порушення сну на тлі больового синдрому.

Насамкінець професор О.О. Хаустова ще раз закликала лікарів більше говорити з пацієнтами та намагатися з першого контакту побудувати терапевтичний альянс із партнерськими відносинами, адже нещодавно було доведено: якщо пацієнт розходиться з лікарем в оцінці ефективності терапії депресії на другому тижні лікування, то так буде й далі.

Підготував **Дмитро Молчанов**



Рис. 1. Модель нейроімунендокринної системи (DNIES) як універсальної системи реагування, контролю та захисту від стресу

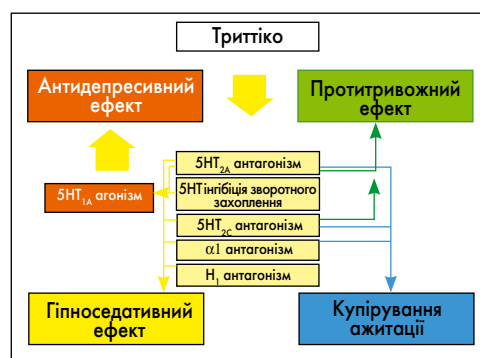


Рис. 2. Рецепторний профіль та ефекти тразодону

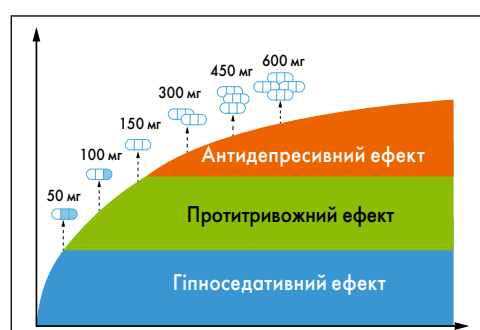


Рис. 3. Спектр фармакологічної дії тразодону залежно від дози

ТРИТТИКО XR 300 мг

Тразодона гідрохлорид 300мг
мультимодальний модулятор серотонінової системи¹

НОВІЕ ВОЗМОЖНОСТІ В ЛЕЧЕННІ ДЕПРЕССИИ²

- Мощный антидепрессивный эффект^{3,4,5}
- Быстрый ответ на терапию^{2,3,4}
- Высокий процент достижения ремиссии^{5,6}
- Баланс эффективности и безопасности²
- Быстрое возвращение к полноценной жизни⁶

Краткая характеристика лекарственного средства Триттико.
Триттико является производным тразолопиридина. Является эффективным для лечения депрессивных состояний, в том числе депрессий, сочетающихся с тревогой и нарушениями сна, и отличается быстрым началом действия. Триттико стабилизирует эмоциональное состояние, улучшает настроение, ослабляет психическую зависимость от алкоголя. В отличие от других психотропных средств, Триттико не противопоказан при глаукоме и расстройствах со стороны мочевыделительной системы, не имеет экстрапирамидных эффектов и не потенцирует адренергическую передачу. Не проявляет антихолинергической активности, поэтому не ассоциируется с влиянием на функцию сердца. Триттико является антидепрессантом с седативными способностями, что может приводить к сонливости на протяжении первых дней приема препарата. Иногда могут возникать другие побочные реакции. Для более детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения.
Производитель лекарственного средства: Азиенде Кимике Риуните Анжеліні Франческо – А.К.Р.Ф. – С.Л.А. Виа Венкио Дел Пиноккио, 22 – 60100 Анкона (АН), Италия.
Р/У ІЗ України для Триттіко XR 300мг № 1275 UA/15577/01/02 от 24.11.2016.

Информация для врачей (и фармацевтов) для использования в профессиональной деятельности.

DILEO FARMA
04119, г. Киев,
ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-01-26,
факс: (044) 538-01-27

ANGELINI