

М.Н. Соколова, к.м.н., Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

Антидепрессанты в сексологической практике

Антидепрессанты давно используются при сексуальной дисфункции психогенного генеза, поскольку она нередко сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами, навязчивыми состояниями, расстройствами личности [1, 2, 4]. Показана эффективность антидепрессантов и для профилактики рецидивов депрессии и различных тревожных расстройств.

Однако в связи с большим риском возникновения сексуальных расстройств под влиянием терапии антидепрессантами продолжается поиск адекватных препаратов, не вызывающих побочных эффектов на сексуальную функцию.

Традиционно в сексологической практике используется ряд препаратов, представляющих собой разнородную группу соединений с общими терапевтическими свойствами. Из трициклических антидепрессантов (ТЦА) — амитриптилин, мапротилин, кломипрамин, имипрамин, ацефедрин, тианептин; из ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) — тразодон; селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) — флуоксетин, сертралин. Наиболее часто применяются антидепрессанты, обладающие седативным эффектом (амитриптилин, тразодон), реже — стимулирующим (тианептин, флуоксетин, сертралин) [2, 4].

Активная психофармакотерапия антидепрессантами в сочетании с нейрорептиками и транквилизаторами проводится параллельно с психотерапией в начале лечения, что способствует уменьшению психопатологических проявлений и улучшению сексуальной функции [2]. Предшествующая ей диагностика психического состояния и профиля личности пациента необходима, так как влияет на выбор наиболее адекватных фармакотерапевтических препаратов. С этой целью также важно выявить наличие сопутствующих соматических и психических заболеваний и их основных симптомов.

Выбор и сочетание психотропных препаратов определяются ведущей симптоматикой: невротической, шизотипическими расстройствами, специфическими расстройствами личности [2-4]. Также имеют значение особенности сексуальных расстройств в структуре различных психопатологических синдромов. Наиболее часто это невротический, депрессивный и ипохондрический синдромы [2].

Важным фактором в пользу выбора того или иного антидепрессанта является его эффективность при конкретном расстройстве, а также спектр побочных явлений.

Оценка эффективности терапии проводится на основании изучения динамики симптомов с начала лечения, и одним из ее критериев служит улучшение качества жизни пациента.

Сравнительная оценка клинической эффективности представителей всех указанных групп показала преимущества СИОЗС, особенно флуоксетина и пароксетина, в терапии обсессивно-компульсивных и других тревожных расстройств, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и в сочетании с психосоциальной когнитивно-поведенческой психотерапией — социально обусловленного тревожного расстройства [11, 12, 14]. Отмечен хороший эффект у пациентов с дистимическими (хроническими) депрессиями и пограничными расстройствами личности, а также при дисморфобии. Применительно к психотерапии следует отметить, что в литературе, касающейся фармакотерапии психических расстройств, обсуждается вопрос о выборе правильного баланса между фармакотерапевтическими и психотерапевтическими подходами [2, 4]. Высказывается мнение о том, что такие виды краткосрочной психотерапии, как когнитивная и интерперсональная терапия, при неглубокой депрессии могут быть столь же эффективны,

как и фармакотерапия, а комбинированное применение антидепрессантов и когнитивной психотерапии может быть более эффективным, чем каждый вид лечения в отдельности [3, 4]. Преимущество медикаментозной терапии перед психотерапией очевидно в случаях острых, тяжелых, стойких депрессивных состояний, а также состояний, сопровождающихся суицидальными мыслями. При ситуационных проявлениях, а также связанной с изменением привычного образа жизни утратой значимых жизненных ценностей предпочтительным методом терапии является психотерапия, нацеленная на помощь в принятии решений возникающих проблем. Психотерапия также должна использоваться в качестве альтернативы или дополнения к лечению антидепрессантами у пациентов с неглубокой и хронической депрессией, вызванной соматическим или психическим заболеванием. Комбинация психофармакотерапии и специфической когнитивно-поведенческой психотерапии считается оптимальной для купирования обсессий и социально-тревожных расстройств [2-4].

Кроме большого разнообразия тревожно-депрессивных и прочих расстройств, при которых СИОЗС эффективны, указанные препараты отличаются более легкой переносимостью побочных явлений, меньшей опасностью при передозировке вследствие меньшей токсичности [6, 11, 13, 17]. Отсутствие клинического улучшения связывают с неадекватными дозировками, короткой продолжительностью лечения, несоблюдением режима терапии или сочетанием данных факторов.

Однако, несмотря на достоинства антидепрессантов в терапии тревожно-депрессивных расстройств, их использование в сексопатологии связано с определенными трудностями, возникающими вследствие способности антидепрессантов вызывать сексуальную дисфункцию или усиливать ее клинические проявления [1, 4]. Такого побочного эффекта не лишены ни ТЦА, ни МАО, ни препараты группы СИОЗС. Им обладает также препарат нового поколения — венлафаксин. Все они, за исключением тразодона и ребоксетина, вызывают эректильную дисфункцию, чаще — задержку эякуляции, аноргазмия у женщин и в некоторых случаях — снижение полового влечения. Следует отметить преимущества тразодона, способствующего восстановлению либидо и эректильной функции. В редких случаях под влиянием тразодона может возникать приапизм [4].

Сексуальные расстройства встречаются примерно у трети или более пациентов, принимающих антидепрессанты — представители указанных групп [8]. Причем отмечено, что число случаев сексуальной дисфункции, развивающейся при приеме пароксетина, выше по сравнению с другими препаратами из группы СИОЗС [4, 8].

Не происходит нарушения сексуальной функции при приеме антидепрессантов из числа так называемого нового поколения, конкурирующих с СИОЗС. К ним относятся бупропион, мirtазапин и нефазодон. С этой же целью практикуется сочетание бупропиона, мirtазапина и венлафаксина с препаратами СИОЗС [4, 7, 14]. Это редко приводит к сексуальной дисфункции, а также усиливает антидепрессивный эффект. Имеются единичные данные о способности бупропиона повышать половое влечение, а мirtазапин эффективен при болевых синдромах депрессивного генеза [7].

Однако, хотя снижение сексуальной функции свойственно всей группе СИОЗС, у некоторых пациентов она восстанавливается при переводе на другой препарат СИОЗС или при замене основного препарата на препарат, относящийся к другому классу. Так, если первый курс проводился СИОЗС, то переход осуществляется на бупропион или венлафаксин. Используется также потенцирование или комбинирование, заключающееся в добавлении к текущему лечению препаратов, не являющихся антидепрессантами, но усиливающих их эффект [4, 14].

В последнее время в связи с неполной редуцией тревожно-депрессивных синдромов в результате психофармакотерапии были введены новые критерии оценки ее эффективности [5, 11]. Если ранее она оценивалась на основании изменения тяжести клинической симптоматики, то сейчас терапия считается эффективной лишь при полной редуции тревожно-депрессивных симптомов. В качестве ее показателей были разработаны и использовались строгие критерии ремиссии, на основании которых проведен ретроспективный анализ базы данных исследований антидепрессанта из группы СИОЗС — пароксетина. Определены показатели ремиссии при его использовании в терапии широкого спектра тревожных расстройств. В результате исследований получены высокие показатели ремиссии у пациентов с пятью основными типами тревожных расстройств — ОКР, ПТСР, генерализованным тревожным расстройством (ГТР), паническим и социальным тревожным расстройствами, имеющими высокий уровень распространенности, к примеру в США — 15% за год [5]. Полученные данные подтвердили увеличение числа ремиссий при длительном применении пароксетина (от 2 до 12 месяцев). Это позволит вместо замены препарата продолжить лечение различных форм расстройств тем же антидепрессантом (группы СИОЗС), только в течение более длительного времени (от 6 до 12-18 месяцев) [5, 11].

В проведенных исследованиях получена его наибольшая эффективность по сравнению с другими препаратами. Так, при 12-недельном, плацебо контролируемом исследовании с участием 348 пациентов с ОКР производилось сравнение действия пароксетина с кломипрамином [9, 10, 12]). Через 6 недель оба антидепрессанта оказались достоверно активнее плацебо, причем пароксетин лучше переносился пациентами и вызывал меньше побочных эффектов, нежели кломипрамин [17]. В ходе длительного, 12-месячного катamnестического исследования с участием 104 пациентов с ОКР применение пароксетина достоверно снижало частоту обострений в сравнении с плацебо [6, 10, 12].

Обнадеживающие результаты терапии пароксетином, полученные при посттравматическом стрессовом расстройстве [14], нацеливают на использование его для устранения тревожно-депрессивных симптомов и для восстановления сексуальной активности у этих пациентов. Это тем более важно, что количество стрессогенных факторов и стрессовых расстройств интенсивно возрастает, и в такой же пропорции растет число социальных фобий [16], нарушающих сексуальную функцию за счет не только хронически протекающих тревожно-депрессивных, но и вегетативных проявлений,

характерных для состояний сильного эмоционального напряжения. При тяжелых расстройствах наблюдается высокая частота суицидальных попыток [5].

Данные, свидетельствующие об эффективности пароксетина при социальной фобии, были получены при обследовании 187 пациентов [11]. Было установлено, что пароксетин обеспечивает достоверно более выраженную редуцию симптомов расстройства по показателям Шкалы социальной фобии Лейбовица в сравнении с плацебо. В сходном исследовании с выборкой из 290 пациентов подтверждена эффективность пароксетина при этой форме фобии. [9].

Катamnестические исследования также показали преимущественный эффект пароксетина, причем с наименьшим уровнем побочных явлений [11].

В литературе имеются данные о достоверном улучшении показателей трудоспособности, социального функционирования, а также семейной жизни пациентов, использующих терапию пароксетином [12, 13, 15].

Таким образом, на основании полученных авторами результатов клинических исследований пароксетина (Рексетина), показавших его высокую эффективность, хорошую переносимость и безопасность в терапии широкого спектра тревожных состояний, можно считать перспективным его применение в сексологической практике у пациентов с обсессивно-компульсивным, посттравматическим стрессовым и социально обусловленным тревожным расстройствами.

Литература

1. Горпинченко И.И. Медикаментозное лечение мужчин, страдающих сексуальными расстройствами. Сексология и андрология. — К.: Абрис. — 1997. — С. 306-318.
2. Краснов В.Н., Кибрин Н.Д., Решетняк Ю.А. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии // Пособие для врачей. — М. — 1999. — 31 с.
3. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках // С.-Петербург. — 2003. — С. 187-189.
4. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. Пер. с англ. под ред. С.Н. Мосолова. — М., Бином. — 2004. — С. 89-189.
5. Ballenger J.C. Remission rates in patients with anxiety disorders treated with paroxetine. J.Clin. Psychiatry. — 2004. — 65. — P. 1696-1707.
6. Dunbar G.C., Steiner M., Bushell W.D., Gergel I., Wheadon D.E.: Long-term treatment and prevention of obsessive-compulsive disorder with paroxetine. Eur. Neuropsychopharmacol. 5, 372 (1994).
7. Golden R.N., Rudarfer M.V., Sherer M.A., et al. Bupropion in depression: I. Biochemical effects and clinical response. Arch. Gen. Psychiatry 1988; 45: 139.
8. Gitlin M.J. Psychotropic medications and their effects on sexual dysfunction: diagnosis, biology and treatment approaches. J. Clin Psychiatry 1994; 55: 406.
9. LeCrubier Y., Bakker A., Judge R. and the Collaborative Paroxetine Study Investigators: A comparison of paroxetine, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. Acta Psychiatr. Scand. 95, 145-152. (1997).
10. Nemeth A. (szerk.): A kenyszerbetegseg es hatarterulei. Filum, Budapest, 1999.
11. Nemeth A., Agoston G. The efficacy of paroxetine in the treatment of anxiety disorders. Gyogyszereinh 2002; 52: 46-49.
12. Oehrbergs, et al. Paroxetine in the treatment of panic disorder: a randomized double-blind placebo-controlled study. Br.J. Psychiatry 1995; 167: 374.
13. Rouillon F. Depression comorbid with anxiety of medical illness: The role of Paroxetine. Int. J. Psychiatry. Clin. Practice, 2001, 5, 3-10.
14. Smajkic A., Wein S., Djuric-Bijedic Z., Boskailo E., Lewis J., Pavkovic I.: Sertraline, paroxetine and venlafaxine in refugee posttraumatic stress disorder with depression symptoms. J. Traumatic Stress 14, (3), 445-452 (2001).
15. Stansfield S., Feeney A., Head J., Canner R., North F.M., Marmot M.G.: Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study. Social Science and Medicine 40, 189-197 (1995).
16. Szadoczky E.: Kedelybetegseg es szorongasos zavarok prevalenciaja Magyarorszagon. Print-Tech Kiado, Budapest, 2000.
17. Zohar J., Judge R.: Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Br. J. Psychiatry 169, 468-474 (1996).