

С.А. Маляров, к.м.н., руководитель консультативного отдела, Киевская психоневрологическая больница № 2

Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии

Актуальность проблемы аффективной патологии и прежде всего депрессий обусловлена рядом факторов: продолжающимся ростом распространенности депрессий, достигающей в популяции 10%, высоким риском хронификации таких состояний, их дезадаптирующим влиянием на социальное функционирование, трудоспособность и качество жизни, бременем экономических затрат и т. д.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что в структуре заболеваемости депрессиями преобладают атипичные формы.

Распространенность симптомов тревоги и коморбидных тревожных расстройств у пациентов с депрессией

Тревожные депрессии в клинике аффективной патологии занимают особое место, поскольку тревога выявляется у подавляющего большинства пациентов (96%) (А. Смулевич, 2004).

Соответственно проведенным исследованиям симптомы тревоги встречаются у 60% пациентов с депрессией, а 50% имеют коморбидные тревожные расстройства. По результатам известного исследования STAR*D так называемые тревожные депрессии регистрировали у 49% пациентов, наблюдаемых в первичной медицинской сети и у 42% больных, леченных в специализированных учреждениях (понятие «тревожная депрессия» определялось как семь и более баллов по субшкале «тревога-саматизация» опросника HAMD). Более того, коморбидные тревожные расстройства обнаруживали у половины пациентов независимо от того, наблюдались ли они в общемедицинской или специализированной практике.

Безусловно, с практической точки зрения для врача-психиатра актуальными остаются вопросы дифференциальной диагностики тревоги как симптома в рамках депрессивного расстройства и тревоги как главного проявления тревожного расстройства.

Проблемные вопросы дифференциальной диагностики депрессивного расстройства с симптомами тревоги и тревожного расстройства

В психопатологической картине депрессии тревога может проявляться широким набором признаков, в тяжелых случаях – ажитацией или тревожным оцепенением вплоть до полного ступора, паническим ощущением надвигающейся катастрофы, смерти, мучительным сжатием в груди, ощущением удушья (характерно, что больные с преобладанием тревоги жалуются на тяжесть, сдавление, боль за грудиной, а при преобладании тоски – в области сердца). В более легких случаях тревога проявляется чувством внутреннего напряжения, ожиданием чего-то неприятного, волнением, усилением неуверенности, тревожными сомнениями и т.д.

В двух ведущих классификационных системах – МКБ-10, DSM-IV – почти одинаково рассматривается целый ряд депрессивных расстройств, а также определенный спектр тревожных. Тем не менее их трактовки такой нозологической категории, как смешанное тревожное и депрессивное расстройство, существенно различаются.

Так, в МКБ-10 под шифром F41.2 значится: «Эту рубрику следует использовать в том случае, когда присутствуют одновременно и тревога, и депрессия, но ни одно из этих состояний не является преобладающим, а степень выраженности их симптоматики не позволяет при рассмотрении каждого поставить отдельный диагноз. Если же симптомы и тревоги, и депрессии

настолько выражены, что позволяют поставить отдельный диагноз каждого из этих расстройств, следует кодировать оба диагноза, и в этом случае данная рубрика не должна использоваться».

Таблица. Дифференциальная диагностика тревоги и депрессии в реальной клинической практике

| | Депрессия | Общие симптомы | Тревога |
|---------------------|---|---|--|
| Соматические жалобы | Раннее пробуждение Суточная цикличность жалоб Хронические суточные боли Снижение либидо Снижение аппетита | Нарушение сна Изменение выраженности жалоб Неопределенные соматические жалобы Головная боль Усталость Нарушение аппетита | Трудности засыпания Приливы Потливость Тремор и сердцебиение Мышечное напряжение Тошнота Гипервентиляция Удушье |
| Эмоции и чувства | Печаль Тоска и отчаяние Отсутствие мотивации Отсутствие энергии | Фатальность Раздражительность Беспокойство Зависимость Потеря чувства удовлетворения | Деперсонализация Дереализация Беспомощность Плохие предчувствия |
| Мысли | Заторожность мышления Суицидальные мысли Проекция депрессии в будущее | Трудность концентрации внимания Нерешительность | Ожидание катастрофы |
| Поведение | Маловыразительность Заторожность движений Нежелание общения | Уменьшение объема функционирования Неудовлетворенность качеством жизни | Избегание Пугливость Ритуальные поступки, снижающие тревогу |

В соответствии с DSM-IV у больного со смешанным тревожно-депрессивным состоянием ключевым проявлением может являться постоянное или периодическое дисфорическое реагирование продолжительностью не менее четырех недель, которое должно сопровождаться как минимум четырьмя симптомами из перечисленных ниже:

- нарушения памяти или концентрации внимания;
- нарушения сна;
- чувство усталости или снижение энергичности;
- раздражительность;
- беспокойство;
- плаксивость и слабодушие;
- повышенная бдительность (вигильность);
- предчувствие плохого;
- безнадежность и пессимизм;
- заниженная самооценка.

Очевидно, что значительный набор этих симптомов характерен как для депрессии, так и для тревоги – снижение энергичности, нарушения памяти или концентрации внимания, нарушения сна и аппетита, раздражительность.

В том числе отрицательная аффективная симптоматика характерна как для депрессии, так и для тревоги и не имеет дифференциально-диагностического значения – печаль, сниженное настроение, ощущение одиночества, униженности и отверженности, враждебность, сверхчувствительность к критике, самоуглубленность, беспокойство по поводу внешних обстоятельств. Лишь присутствие положительной аффективности (энергичность, энтузиазм и инициатива, увлеченность

и радость) позволяет отличить тревогу от депрессии [1]. Однако только у незначительной части больных с тревожными расстройствами можно выявить подобные оптимистические эмоциональные проявления.

Симптомы тревоги, наиболее часто встречаемые в структуре депрессии:

- Беспокойство (72%)
- Психическая тревога (62%)
- Соматическая тревога (42%)
- Возбуждение (35%)
- Панические приступы (29%)

В целом, у 96% больных депрессивными расстройствами отмечаются один или больше признаков тревоги.

Симптомы депрессии в структуре тревожных расстройств:

- Снижение настроения и чувство печали (77%)
- Чувство вины и неполноценности (58%)
- Утрата интереса к привычным занятиям (54%)
- Ощущение бесперспективности жизни (51%)
- Изменение аппетита, потеря или прибавка массы тела (48%)

Сочетанная тревожно-депрессивная симптоматика является наиболее частым проявлением психической патологии и делает

необходимым проведение дифференциальной диагностики между депрессивными и тревожными расстройствами (таблица).

Симптомы тревоги в рамках депрессивного расстройства: влияние на прогноз

Смешанное тревожно-депрессивное состояние в сравнении с самостоятельной депрессией или тревогой ассоциируется в значительно большей степени с нарушением повседневного функционирования (работа, быт, сексуальные отношения) [2, 3].

Так, у больных с коморбидным депрессивным и тревожным расстройствами количество дней нетрудоспособности в 2 раза больше, чем у пациентов с депрессией или тревогой.

Долгосрочный прогноз смешанного тревожно-депрессивного состояния значительно хуже, чем депрессивного расстройства или каждого из тревожных расстройств в отдельности.

В отличие от больных с единичным расстройством в виде депрессии или тревоги для пациентов с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами характерны:

- появление симптоматики в более молодом возрасте;
- большая тяжесть клинических проявлений;
- тенденция к хроническому течению с многочисленными обострениями;
- более выраженное нарушение повседневного функционирования;
- более частая инвалидизация;



С.А. Маляров

- более низкое качество жизни;
- труднообъяснимые соматические расстройства;
- более частое обращение в медицинские учреждения;
- больший риск суицидального поведения;
- большая вероятность отсутствия реакции на плацебо;
- чрезмерная чувствительность к побочному действию лекарственных средств;
- более поздняя и недостаточная реакция на фармакотерапию и психотерапию. (Holma K.M. et al. J Clin Psychiatry. 2008; 69:196-205; Brown C. et al. Am J Psychiatry. 1996; 153: 1293-1300; Trivedi M.H. et al. Am J Psychiatry. 2006; 163: 28-40).

Терапия депрессивного эпизода с выраженными симптомами тревоги

Залогом эффективности терапии смешанного и/или коморбидного тревожно-депрессивного расстройства является раннее распознавание и точная диагностика.

В обычной клинической практике терапии активного периода направлена на наиболее выраженные симптомы и зачастую не учитывает клинические потребности и долгосрочные цели достижения, поддержания ремиссии и восстановления. Отрицательным примером может служить назначение анксиолитиков-бензодиазепинов по необходимости с целью купирования симптомов тревоги у пациентов с коморбидным тревожно-депрессивным расстройством.

Предпочтительность такой терапии основывается на возможности облегчения состояния больного путем ослабления ощущения внутреннего напряжения и специфических вегетативных симптомов.

На самом деле такое декларируемое назначение монотерапии анксиолитиками по необходимости во многих случаях становится продолжительным, при этом теряет временный эффект и приводит к усилению симптомов сочетанной депрессии [6].

В отличие от монотерапии практика назначения бензодиазепинов в комбинации с антидепрессантами имеет некоторые положительные моменты. Речь идет о достижении кратковременного анксиолитического облегчения состояния больного в период до появления действия антидепрессантов.

К сожалению, немногочисленные клинические проспективные исследования, оценивающие комбинацию антидепрессантов и анксиолитиков, не подтверждают ее результативности.

Показано также, что добавление бензодиазепинов к антидепрессантам не имеет никакого значения для качества и устойчивости достигаемой ремиссии, а тем более для восстановления повседневного функционирования.

Достижение стабильной ремиссии должно рассматриваться как главная цель терапии такого пациента, а это предполагает аккуратную, регулярную и целенаправленную оценку имеющихся симптомов тревоги.

Выбор препарата должен основываться на:

- доказанной его эффективности у данной категории пациентов;
- сведениях о побочных эффектах (как быстро возникающих, так и отдаленных);

• предыдущем опыте терапии данного больного (как положительном, так и отрицательном), а также истории лечения аналогичных состояний у его кровных родственников;

• соматических расстройств, сопутствующих назначениям;

• имеющемся опыте врача по назначению данного препарата.

В настоящее время основным доказанным средством выбора терапии состояний тревоги и депрессии являются антидепрессанты, причем при коморбидной патологии достижение терапевтического ответа и стабильной ремиссии требует более высоких доз и более продолжительного периода терапии.

Принимая это во внимание, безусловное преимущество имеют антидепрессанты, которые могут быть назначены в необходимых высоких дозах для достижения эффективного антидепрессивного и анксиолитического эффекта, но не повышающие при этом риск развития побочных эффектов.

Именно эти критерии являются залогом хорошей приверженности пациента к терапии, а значит, достижения необходимого качества ремиссии и возвращения пациента на доболезненный уровень.

В течение последних нескольких лет в Украине накоплен опыт применения первого мелатонинергического антидепрессанта Мелитор (агомелатин), который по механизму действия принципиально отличается от всех антидепрессантов, существовавших ранее. Антидепрессивная эффективность Мелитора основывается на быстром одновременном воздействии сразу на три типа рецепторов: как агонист на MT1-, MT2-рецепторы и как антагонист на серотониновые рецепторы 2с подтипа.

По данным исследования МИЛЛЕНИУМ (его результаты сейчас готовятся к публикации), проводившегося в 12 центрах разных регионов Украины, Мелитор продемонстрировал высокую антидепрессивную эффективность в отношении всех ключевых симптомов депрессии, включая

выраженные симптомы тревоги (рис. 1). Его анксиолитическая эффективность у пациентов с депрессией подтверждена и результатами международных исследований. В результате метаанализа трех плацебо-контролируемых исследований Мелитора продемонстрировано эффективное достоверное снижение как психической, так и соматической составляющей тревоги (рис. 2) у всей популяции пациентов с депрессией. Более того, по результатам анализа группы пациентов с высоким уровнем симптомов тревоги на момент включения в исследование, препарат продемонстрировал высокую анксиолитическую эффективность по сравнению с плацебо (рис. 2). Эффективность Мелитора в отношении всех ключевых симптомов депрессии, включая тревогу, обеспечивает достижение высокого уровня ремиссии.

Так, в исследовании МИЛЛЕНИУМ, которое проводилось в разных регионах Украины с участием пациентов с первым или рекуррентным депрессивным эпизодом уровень ремиссии после 8 недель терапии Мелитором составил 77% (рис. 3).

Выводы

• Пациенты с депрессивными расстройствами и симптомами тревоги встречаются достаточно часто в реальной клинической практике врача-психиатра. На сегодняшний день вопросы дифференциальной диагностики депрессивных и тревожных расстройств требуют дальнейшего уточнения и изучения.

• С практической точки зрения необходимо помнить, что у таких больных наблюдается более раннее начало болезни, более тяжелые нарушения социального функционирования и дезадаптация, для них характерно

недостаточное качество ответа на терапию, более тяжелое течение болезни и выше риск рецидива.

• Терапия пациентов с депрессией и симптомами тревоги требует назначения более высоких доз антидепрессантов и более длительного их применения.

• Предпочтение в рутинной клинической практике следует отдавать антидепрессантам с доказанной эффективностью в отношении широкого спектра симптомов депрессии, с достоверным анксиолитическим эффектом и хорошей переносимостью, таким как Мелитор.

Это обеспечивает лучшую приверженность пациента терапии и открывает возможности достижения качественной и стойкой ремиссии.

Список литературы находится в редакции.

3

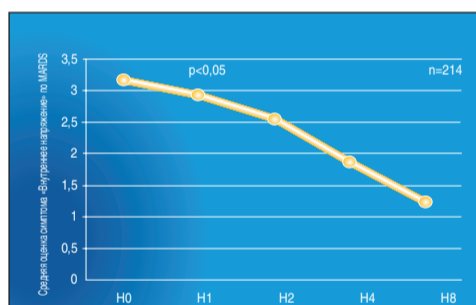


Рис. 1. Уменьшение выраженности симптома «внутреннее напряжение» по шкале MADRS на фоне терапии Мелитором (исследование МИЛЛЕНИУМ, IV фаза, in press)



Рис. 2. Достоверное уменьшение психической и соматической тревоги на фоне терапии Мелитором как в общей популяции, так и в группе пациентов с высоким уровнем тревоги на момент включения в исследование (Meta-analysis of Loo et al, 2002; Kennedy and Emsly 2006; Olie and Kasper, 2007)

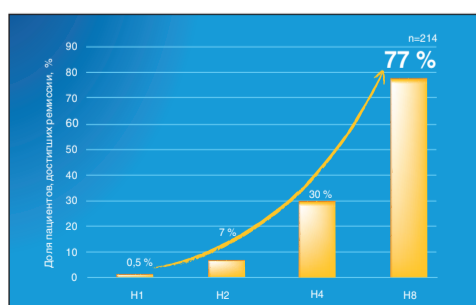


Рис. 3. 8 из 10 пациентов достигают ремиссии к 8-й неделе терапии Мелитором (Исследование МИЛЛЕНИУМ, IV фаза, in press)

Мелитор

Агомелатин

Первый мелатонинергический антидепрессант

Для Ваших пациентов с депрессивным эпизодом и симптомами тревоги



- Эффективно уменьшит тревогу и весь спектр симптомов депрессии^{1,2}
- Обеспечит высокий уровень ремиссии¹
- Надежно защитит от обострений³



ТОВ «Серв'с Україна» 01054, Київ, вул. Воровського, 24, Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40
P/n МОЗ України № UA/4972/01/01 от 18.08.06

Для дополнительной информации посетите сайт www.servier.ua



Быстрый, мощный, стойкий антидепрессивный эффект

1-2 таблетки однократно вечером

1. Исследование МИЛЛЕНИУМ, IV фаза, in press.
2. Kasper S. et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2008;18(suppl 4):Abstract p.2.c.022.
3. Goodwin G.M. et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2007;68(suppl 4):S361. Abstract p. 2038.