

ТЕРАПИЯ НА АФЕКТИВНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Основни насоки

В НАСТОЯЩАТА СТАТИЯ АФЕКТИВНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СЕ ОГРАНИЧАВАТ ДО РАЗСТРОЙСТВАТА НА НАСТРОЕНИЕТО

с фокус голямото депресивно разстройство (ГДР) и манийното разстройство (МР) и съответно от нозологична гледна точка – рекурентното депресивно разстройство (РДР) и биполярното афективно разстройство (БАР). И при двете диагнози водещо значение има ГДР.

Голямото депресивно разстройство е оценено от СЗО като водеща причина за загуба на трудоспособност, а пожизнената му болестност се оценява в САЩ на 16.2%. В същото време само 1/5 от пациентите получават адекватно лечение, но дори и при тях терапията не се оказва еднакво ефективна. Много епизоди на депресията не дават необходимия терапевтичен отговор на инициалния антидепресант, като често подобрението се забавя за седмици или месеци. Често възникващите резидуални симптоми могат да причинят значителна заболяемост и хронифициране на болестта. Всичко това прави темата за лечението твърде значима от медицинска, социална и личностово-хуманна гледна точка.



проф. д-р Георги
Попов, гм, гмн

Медицински
университет,
гр. Варна

Ключови думи:

голямо
депресивно
разстройство,
манийно
разстройство,
терапевтични
насоки

Терминът „афективни разстройства“ обичайно включва т.нар. разстройства на настроението (депресии и мании), както и тревожните разстройства. Тези диагнози често се съчетават при един и същи пациент и това се нарича психиатрична коморбидност. Това съчетание може да бъде и само на симптомно равнище, като например ГДР (основна диагноза) с изразена тревожна симптоматика.

В настоящата статия афективните разстройства се ограничават до разстройствата на настроението с фокус голямото депресивно разстройство (ГДР) и манийното разстройство (МР) и съответно от нозологична гледна точка – рекурентното депресивно разстройство (РДР) и биполярното афективно разстройство (БАР). И при двете диагнози водещо значение има ГДР. Само 1/5 от пациентите с ГДР получават адекватно лечение, но дори и

при тях терапията не се оказва достатъчно ефективна^[1].

Много епизоди на депресията не дават ефективен отговор на началното лечение, като често подобрението се забавя за седмици или месеци. Често възникват резидуални симптоми, които могат да причинят значителна заболяемост и хронифициране на болестта^[1-3]. Всичко това прави темата за лечението за твърде значима от медицинска, социална и личностово-хуманна гледна точка.

Голямо депресивно разстройство

Голямото депресивно разстройство представлява епизод на депресия, който се наблюдава при рекурентното депресивно разстройство (РДР) и при биполярната депресия (БД). И при двете диагнози ГДР има много общи характеристики, въпреки че при БД-1 могат да се наблюдават т.нар. „атипични“ белези като хиперсомния, сънна парализа, хиперфагия, както и психомоторна забавеност, психотични симптоми и налудности за вина. Освен това началото на разстройството е в по-ранна възраст отколкото при РДР^[4].

Рекурентно депресивно разстройство – терапия

При леки до средни по тежест депресии лечението може да започне с психотерапия, която включва различни техники. При по-тежки, хронични или коморбидни депресии е подходяща комбинацията на психотерапия с фармакотерапия^[1-3]. Изборът на подходяща фармакотерапия е изключително отговорен процес, свързан с подбора на необходимия антидепресант, дозирането (което нерядко се оказва под необходимото ниво), включването на втори антидепресант или друг психотропен агент и продължителността на провежданата терапия.

Важно е да се отбележи, че въпреки широкия спектър от антидепресанти, с които се работи, няма единичен агент, който да е известен като най-добрият.

В същия контекст монотерапията отстъпва по ефективност от комбинираната терапия, която трябва да започне още в инициалния период. Основните групи антидепресанти, с които се работи, са трициклиците и MAO-инхибиторите, селективните инхибитори на обратния захват на серотонина (SSRI), антидепресантите с двоен и троен механизъм на действие (SNRI), mirtazapine, vortioxipin, agomelatine и други.

Допълненията към антидепресантната терапия включват атипични антипсихотици (quetiapine, olanzapine, risperidone, aripiprazole), lithium, lamotrigine, triiodothyronine, modafinil, benzodiazepines и други психотропни агенти^[1,5]. Литият се явява най-изследваната медукация за

допълнение към антидепресантите. Той има изразени антисуцидални свойства и подпомага активизирането на терапевтичния отговор^[1,5]. Сериозен проблем се явява липсата на литиев карбонат в България, което води до съществени затруднения в лечението на пациентите.

Биполарно афективно разстройство (депресия, мания и смесени състояния) – терапия

При биполарното разстройство епизодите на депресия са по-чести, отколкото тези на мания. Въпреки че епизодите на биполарната и рекурентната депресия могат да си приличат, нараства разбирането, че тяхната фармакотерапия трябва да бъде различна^[4]. При новите епизоди на биполарна депресия съществуват три подхода, основани на сериозни доказателства и това са употребата на quetiapine, lamotrigine, както и оптимизацията на дълговременното лечение^[3,4]. Доказателствата за употребата на антидепресанти (вкл. и SSRI) при биполарна депресия, имат все по-слаба подкрепа през последните години.

Съществуват пет мащабни плацебо-контролирани изследвания, които показват изразената ефективност на quetiapine 300 mg и 600 mg в лечението на биполарната депресия. Освен това подобни резултати се демонстрират и при сравнителни изследвания на quetiapine с aripiprazole, olanzapine и olanzapine-fluoxetine комбинацията. Предполага се, че ефикасността на quetiapine



се дължи на неговия метаболит N-desalkylquetiapine^[4].

Терапевтичната ефективност на lamotrigine при биполарна депресия е демонстрирана в пет спонсорирани и две независими изследвания – плацебо-контролирани и отделно като допълнение към лечение с литий. Като цяло, резултатите са статистически значимо по-изразени в полза на lamotrigine, особено при комбинирането му с литий^[3-5].

Съществуват някои доказателства за ефикасността на valproate (valproic acid) при остри епизоди на биполарна депресия. Съществуващите мета-анализи идентифицират няколко по-малки рандомизирани плацебо-контролирани изследвания, които въпреки ограничения брой участници, получаващи valproate, показват статистически отговор на лечението в сравнение с участниците, получаващи плацебо, както и по отношение на постигащите ремисия^[1]. По отношение монотерапията с литий при остра биполарна депресия няма доказателствен материал за ефикасността на литиевото лечение.

Фармакотерапията на маничните и смесените епизоди при БАР е свързано с няколко десетки проучвания, обхващащи повече от 10,000 пациенти. Лечението на „първа линия“ включва употребата на антипсихотици, често паралелно с valproate. Комбинацията на литий с антипсихотици може да се обсъжда при тежки случаи. Кратковременната употреба на бензодиазепини може да бъде полезна за възстановяване на цикъла сън-бодърстване или за седирание^[2,4].

От класическите невролептици халоперидолът има доказана ефикасност при мания. От атипичните

антипсихотици доказаните по-гобри като монотерапия при мания са рисперидон, оланзапин, арипипразол, кветиапин и zipразидон^[4,5]. При наличие на частичен терапевтичен отговор при монотерапия с антипсихотици е добре прибавяне към лечението на литий или валпроат. Важно е да се отбележи, че антипсихотиците при мания са по-рискови за появата на екстрапирамидни странични ефекти отколкото при пациенти с шизофрения.

Освен антипсихотиците, доказано ефикасен при мания се оказва и валпроатът. Това се смята за потвърдено при сравнение с плацебо, като в същото време не се идентифицират ясни различия между валпроат, от една страна, и оланзапин, литий или карбамазепин, от друга страна^[4].

Превенцията на релапс или нов епизод при БАР е един от най-чувствителните проблеми, свързани с афективните разстройства. Изследванията в тази насока показват, че с всеки епизод на болестта следващите безсимптомни периоди намаляват, което посочва, че избягването на ранен релапс може да подпомогне за по-голяма сигурност в благоприятното протичане на болестта.

Медикаментите за превенция на релапс при БАР са известни като стабилизатори на настроението, като приложението им е еднакво ефективно при манични и депресивни епизоди на болестта. Златният стандарт при дълговременното лечение на БАР е литият като монотерапия или в комбинация с други агенти^[1-3]. Когато превенцията на мания е по-важна, възможностите включват атипични антипсихотици, арипипразол, кветиапин, оланзапин и валпроат. От друга страна,

превенцията на депресия включва кветиапин и ламотрижин. Литият превентира релапси и на мания, и на депресия.

Освен фармакотерапевтичните и психологичните методи за лечение на афективните разстройства, съществуват и инструментални терапевтични подходи и това са основно светлинната терапия, транскраниалната магнитна стимулация и електроконвулсивната терапия (ЕКТ). Електроконвулсивната терапия е един от най-ефикасните терапевтични подходи при тежките психотични депресивни разстройства с висок суицидален риск, както и при острите мании. Съвременните апарати за ЕКТ осигуряват максимално безопасността на пациента, но за съжаление, поради квази причини, този тип лечение е с твърде редуцирано приложение у нас. ■

КНИГОПУС:

1. Dupui J., M.Ostacher, J.Huffman, R.Perlis, A.Nierenberg (2012). Evidence-based pharmacotherapy of major depressive disorder. In: Essential evidence-based psychopharmacology (2nd. ed.). Edited by D.Stein, B.Lerer, S.Stahl. Cambridge University Press, Cambridge, 53-72.
2. Baldwin D., R.Hirschfeld (2005). Depression. Health Press, Oxford.
3. Lam R. (2012). Depression. Oxford University Press, Oxford.
4. Taylor M., J.Geddes (2012). Evidence-based pharmacotherapy of bipolar disorder. In: Essential evidence-based psychopharmacology (2nd ed.). Edited by D.Stein, B.Lerer, S.Stahl. Cambridge University Press, Cambridge, 39-52.
5. Stahl S. (2021). Prescriber, s Guide (7th. ed). Cambridge University Press, Cambridge.