

КОНСЕНСУС ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ й ведення пацієнтів із депресією та коморбідним больовим синдромом

Депресія часто супроводжується больовим синдромом. Під егідою Іспанського товариства психіатрії та психічного здоров'я (SEPSM) було створено консенсус з метою надання рекомендацій щодо діагностики й ведення пацієнтів із депресією і коморбідними проявами болю. Пропонуємо до вашої уваги основні положення документа, викладеного в публікації V. Pérez-Solá et al. «Consensus on the detection and management of patients with depression and pain as an associated somatic symptom» (Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health, 2025; 18 (1): 21–27).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресивні розлади уражають ~ 280 млн осіб у світі (WHO, 2021). Із початком пандемії COVID-19 частота великого депресивного розладу (ВДР) зросла на 27,6 % (WHO, 2022). Больові синдроми, асоційовані з депресивним розладом, є однією з найпоширеніших причин звернення до закладів первинної медичної допомоги. Серед пацієнтів лікарів загальної практики 69 % осіб із хронічним болем відповідають діагностичним критеріям ВДР (Richard-Devantoy et al., 2021). Водночас 45–60 % пацієнтів із даним розладом скаржаться на соматичний біль (СБ) (Oon-Agom et al., 2020). Накопичуються докази, що хронічний СБ і психічні розлади часто є коморбідними та взаємно впливають на ризик виникнення один одного (Velly, 2018).

У критеріях депресії Діагностичного та статистичного посібника із психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5) біль згадано як можливий, але не визначальний симптом, але пацієнти із депресивними розладами часто повідомляють про СБ. Причинно-наслідковий зв'язок остаточно не з'ясований, оскільки біль може бути симптомом, причиною або наслідком депресії. Це ускладнює звернення по медичну допомогу та встановлення діагнозу ВДР. Як наслідок, погіршуються ефективність призначеної терапії та комплаєнс, що негативно впливає на результати лікування супутніх захворювань і призводить до зростання смертності (Giner et al., 2014).

Результати досліджень, узагальнені в консенсусі Іспанських товариств психіатрії, біологічної психіатрії та лікарів первинної медичної допомоги (SEMERGEN), обґрунтували потребу в поліпшенні виявлення і діагностування коморбідних депресії та СБ, а також координації між лікарями загальної практики, психіатрами й іншими спеціалістами (Giner et al., 2014). Даний консенсус було створено на основі доказів та експертних оцінок із метою зменшення варіабельності підходів до діагностування й лікування пацієнтів із ВДР і коморбідним СБ.

Матеріали та методи

Консенсус розроблено комітетом у складі психіатрів, лікарів загальної практики та нейрофармаколога за методом RAND/UCLA, з урахуванням думок експертів та доказів, отриманих із систематичного огляду літератури (Fitch et al., 2001). На основі шести викладених нижче тем було сформульовано 12 клінічно значущих питань, адаптованих до формату PICO (пацієнт, втручання, порівняння, результати).

Систематичний огляд літератури

Пошук даних, опублікованих до 19.11.2021 р., проводився в базах даних Medline, Ovid, GIN, EMBASE, PsycINFO, Національному інформаційному центрі США та Центральному реєстрі контрольованих досліджень Кокрейна. За системою GRADE достовірність доказів оцінювали як «високу», «помірну», «низьку» або «дуже низьку», а рекомендації — як сильні або слабкі (це не стосувалося тверджень, розроблених лише на основі думки експертів).

Застосування дельфійського методу

На основі даних систематичного огляду комітет створив анкету із 19 попередніми твердженнями. Рекомендації було валідовано за допомогою дельфійського методу (базується на анонімних опитуваннях експертів для досягнення консенсусу за недостатності точних даних, забезпечуючи високу об'єктивність результатів).

Статистичний аналіз

Для кожного пункту анкети було розраховано процентну частку згоди та незгоди на основі шкали Лайкерта (незгода — 1: «категорично не згоден», 2: «радіше не згоден»; згода — 3: «радіше згоден», 4: «категорично згоден»). Консенсус визначався як $\geq 80\%$ (одностайний консенсус — як 100 %-ва згода), розбіжність — як 66–79 %; рекомендації з часткою згоди $< 66\%$ відхиляли.

Результати

Систематичний огляд літератури

Звіт про систематичний огляд літератури був складений за принципом пріоритетності звітних елементів для систематичних оглядів та метааналізів (PRISMA) (Page et al., 2021). Автори відібрали 22 статті, дані яких оцінили за допомогою системи GRADE, причому сила рекомендацій ґрунтувалася не лише на якості доказів, але й на балансі ризику/користі, цінностях та уподобаннях фахівців, використанні ресурсів або витратах.

Результати процесу досягнення консенсусу

Тема 1. Діагностика та розпізнавання. Виявлення депресії може надати клінічно значущу інформацію, яка полегшує ідентифікацію пацієнтів із високим ризиком розвитку ВДР і СБ, а комбінований діагностичний підхід сприятиме більш ефективному, специфічному та ранньому вибору лікування.

Виявлено сильну асоціацію порогового показника за опитувальником щодо стану здоров'я (PHQ-9) (≥ 20 балів) із впливом болю (відношення шансів [ВШ] 21,6; 95 % довірчий інтервал [ДІ] 17,5–26,7); причому цей зв'язок все ще був значним за ≥ 10 балів (ВШ 6,1; 95 % ДІ 5,4–6,9). Результати підтверджують доцільність використання простих інструментів скринінгу на депресію для визначення ймовірності цього стану за хронічного СБ (Stevens et al., 2020).

Порівняння клінічної картини ВДР у представників різних статей показало, що поширеність депресії та СБ була вищою серед жінок (Wranker et al., 2016).

У європейському дослідженні SHARE (22280 учасників, 58,2 % жінок, середній вік – $64,2 \pm 10,1$ року) поєднання депресії та СБ частіше виявляли у жінок, ніж у чоловіків (25,3 vs 14 %; ВШ 2,3; 95 % ДІ 2,2–2,6). У жінок неліквована депресія була пов'язана із наявністю постійного болю (ВШ 1,3; 95 % ДІ 1,1–1,6) (Calvó-Perxas et al., 2016). Ці дані підтверджують результати попередніх досліджень, де жінки із ВДР частіше мали симптоми хронічного СБ і були більш схильні до вживання опіоїдів, що може спричинити побічні ефекти та погіршити перебіг депресивного розладу (Owen-Smith et al., 2020). Загалом було виявлено, що у жінок функціональні порушення, але не інтенсивність болю, значуще асоційовані з початковою тяжкістю симптомів депресії.

В осіб похилого віку діагноз депресії може бути сумнівним, оскільки зміни в поведінці інколи свідчать про наявність супутньої когнітивної дисфункції (Zis et al., 2017).

У дослідженні NESDA за участю осіб віком ≥ 60 років літні пацієнти із депресивними розладами повідомляли про СБ більшої інтенсивності та частіше, ніж у контрольній групі. Перебіг депресії залежав від прямого впливу виразності болю (ВШ 1,1; 95 % ДІ 0,98–1,25) та непрямого впливу сприйняття болю (ВШ 1,24; 1,15–1,35) (de Waal et al., 2016).

Тема 2. Вплив болю як соматичного симптому на перебіг ВДР. Неконтрольований хронічний біль впливає на ймовірність ремісії депресивного розладу, підвищуючи ризик рецидиву. Подібним чином у пацієнтів із частково контрольованим/неконтрольованим ВДР корекція терапії, спрямована на досягнення контролю над захворюванням, зменшує прояви больового синдрому.

За даними літератури, частота рецидивів депресії становить від 25 до 60 %. Для досягнення тривалої терапевтичної відповіді важливо визначати фактори ризику рецидиву.

Одним із таких потенційно модифікованих факторів є хронічний СБ (Gili et al., 2011). Дослідження NESDA показало, що біль у шії, грудях та абдомінальний біль були пов'язані зі зростанням частоти повторної депресії (відносний ризик [ВР] 1,45, 1,14 і 1,52; 95 % ДІ 1,12–1,89, 1,16–2,39 і 1,16–2,02 відповідно). До того ж збільшення кількості ділянок локалізації болю та його тяжкості підвищувало ризик рецидиву депресії (ВР 1,1 і 1,18 відповідно) (Gerrits et al., 2014). В іншому дослідженні пацієнти, які відчували сильніший біль, мали більшу ймовірність тяжкої депресії, вищий ризик самогубства й функціональних змін та гірше відповідали на терапію (Lin et al., 2015).

СБ погіршує відповідь на лікування депресії, а зменшення інтенсивності болю збільшує ймовірність досягнення ремісії. Дослідження D.G. Perahia et al. (2009) показало, що особи із ВДР, які не відповідали / частково відповідали на лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), мали клінічно значущий больовий синдром. Інтенсивність болю значно зменшувалася після переведення на терапію дулоксетином, незалежно від методу заміни лікарського засобу (прямий перехід або перехід із поступовим зменшенням дози попереднього препарату).

Як СБ, так і депресія незалежно пов'язані із суїцидальною поведінкою; імовірно, біль може впливати на суїцидальну поведінку через розвиток депресії. Мережевий метааналіз V. Hinze et al. (2021) виявив значущий зв'язок між суїцидальними думками та СБ (ВШ 4; 95 % ДІ 2,75–4,31) без гендерних відмінностей, що залишався значущим після досягнення контролю депресії та тривожності.

Тема 3. Лікування пацієнтів із ВДР і коморбідним СБ. На основі огляду літератури та експертного консенсусу укладачі розробили рекомендації для осіб із депресією та коморбідним СБ щодо вибору антидепресанту для контролю симптомів. За положенням настанови Канадської мережі з проблем лікування афективних і тривожних розладів (CANMAT, 2023), пацієнтам із ВДР і соматичними симптомами слід призначати дулоксетин для лікування больового синдрому (рівень доказів I), інші селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) для терапії больового синдрому (рівень доказів II) та СІЗЗС для зменшення втомлюваності (рівень доказів II).

За даними систематичного огляду, антидепресанти обох класів мали значущу антидепресивну дію порівняно із плацебо: 0,28 (95 % ДІ 0,22–0,34; коефіцієнт гетерогенності $I^2 = 4$ %) для СІЗЗСН і 0,27 (95 % ДІ 0,09–0,45; $I^2 = 13$ %) для СІЗЗС (IsHak et al., 2018). Як СІЗЗСН, так і СІЗЗС перевершували плацебо щодо знеболювального ефекту: 0,27 (95 % ДІ 0,21–0,33; $I^2 = 0$ %) і 0,24 (95 % ДІ 0,13–0,36; $I^2 = 0$ %) відповідно (Gebhardt et al., 2016). Для СІЗЗСН показано сильну позитивну кореляцію між ефективністю знеболення та оптимізацією контролю симптомів депресії.

Нефармакологічні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), виявилися ефективними в лікуванні депресії, тривожності та хронічного СБ. Програма самопомогі на основі КПТ знижувала ризик великих депресивних епізодів на 52 % (ВР 0,48; 95 % ДІ 0,28–0,81; $p < 0,001$) (Sander et al., 2020).

Тема 4. Використання ресурсів охорони здоров'я. Лікування хронічного СБ на тлі депресії потребує значно вищих витрат, ніж в осіб без депресії. Водночас терапія

Заключні положення та рекомендації

- Рекомендовано проводити скринінг пацієнтів із хронічним СБ на депресію, особливо за порушень функціонування, використовуючи короткі опитувальники або шкали оцінювання депресії.
- Коморбідні симптоми СБ та ВДР частіше зустрічаються у жінок, а функціональні порушення, пов'язані з болем, є виразнішими.
- З огляду на високу частоту коморбідності СБ і ВДР у жінок, слід оцінювати їх взаємовплив та застосувати ранній комплексний терапевтичний підхід.
- У літніх осіб із СБ рекомендовано проводити скринінг на депресію за допомогою коротких опитувальників або геріатричних шкал оцінювання депресії.
- Надмірна інтенсивність болю та/або наявність численних скарг на СБ у пацієнтів похилого віку є приводом для обстеження на наявність супутнього депресивного розладу.
- Серед пацієнтів із ВДР та СБ відповідь на лікування антидепресантами, а також показники зменшення симптомів, частоти рецидивів і поліпшення функціонування є гіршими на тлі вищої інтенсивності болю.
- При виборі антидепресивної терапії слід враховувати наявність болю як коморбідного симптому.
- Пацієнтам із ВДР та СБ рекомендовано призначати лікування для зменшення й контролю симптомів болю, що допоможе досягти ремісії депресивного розладу та уникнути рецидивів.
- У разі відсутності відповіді / часткової відповіді на лікування антидепресантами наявність болю слід оцінювати як коморбідний або залишковий симптом.
- З огляду на зростання ризику суїцидальної поведінки, пов'язаної з болем, його слід оцінювати навіть за відсутності депресії.
- Особам із ВДР та СБ рекомендоване застосування СІЗЗСН або СІЗЗС (ефективність останніх менш обґрунтована).
- Пацієнтам із ВДР та СБ рекомендовано використовувати СІЗЗСН для зменшення проявів больового синдрому.
- Для контролю симптомів болю, пов'язаного із ВДР, з-поміж препаратів СІЗЗСН рекомендовано надавати перевагу дулоксетину.
- Ефективність КПТ в осіб із СБ та депресією підтверджено вагомими доказами.
- Клінічний досвід свідчить про те, що когнітивна терапія на основі усвідомленості (майндфулнес) або терапія прийняття та відповідальності ефективні для лікування пацієнтів із хронічним больовим синдромом.
- В осіб із СБ та ВДР рекомендовано виявляти супутні захворювання та призначати адекватне лікування для зменшення економічного навантаження на систему охорони здоров'я.
- Належне лікування пацієнтів із депресією та СБ дозволяє збільшити кількість років життя, скоригованих на його якість (QALY), та поліпшити співвідношення «витрати/ефективність».
- Пацієнтам із ВДР та СБ рекомендовано поєднувати втручання з освітніми програмами, оснований на освоєнні заходів самопомогі, під керівництвом медпрацівників.
- Для осіб із ВДР та СБ рекомендовано використовувати втручання на основі багатокомпонентних програм, щоб поліпшити показники відповіді на лікування антидепресантами та досягнення ремісії депресії.

депресії поліпшує стан і функціонування таких пацієнтів. Контроль обох проблем може зменшити навантаження на систему охорони здоров'я.

Тема 5. Додаткові рекомендації. Освітні та інформаційні програми сприяють формуванню навичок самоконтролю, що поліпшує результати лікування пацієнтів із депресією та коморбідним хронічним СБ (Damush et al., 2016).

Тема 6. Координація ведення пацієнтів. Інтегрований підхід до лікування депресії та хронічного СБ забезпечує кращі клінічні результати (Heidelbaugh, 2021). E. Aragonés et al. (2019) показали, що багатокомпонентна програма (оптимізоване лікування ВДР, координація ведення пацієнтів та психоосвіта) сприяла підвищенню відповіді на терапію на 18,9 % (39,6 vs 20,7 %; ВШ 2,74; 95 % ДІ 1,12–6,67) і частоти ремісії – на 9 % (20,1 vs 11,1 %; ВШ 2,13; 95 % ДІ 0,94–4,85) порівняно зі стандартним лікуванням.

Обговорення

На думку V. Pérez-Solá et al. (2025), цей консенсус є корисним інструментом для прийняття терапевтичних рішень. За наявності хронічного болю скринінг на депресію має бути частиною рутинної практики. Важливо враховувати вплив болю на терапевтичну відповідь та його роль у розвитку депресії, а також оцінювати ризик суїцидальної поведінки.

Призначаючи лікування, слід пам'ятати, що не всі антидепресанти однаково ефективні при ВДР із коморбідним СБ. До фармакотерапії доцільно додавати нефармакологічні методи, зокрема психотерапію, фізичну активність і ресурси громади.

Автори наголошують на важливості персоналізованого підходу, що поліпшує комплаєнс і результати лікування. Необхідно забезпечувати належне інформування пацієнта та його оточення, а також враховувати психосоціальні чинники, уподобання і рівень соціальної підтримки.

Висновки

Даний консенсус створено з метою зменшення варіабельності підходів до діагностування й лікування пацієнтів із ВДР і коморбідним СБ. Досягнуто значного рівня узгодженості ($\geq 80\%$) щодо всіх рекомендацій, сформульованих на основі систематичного огляду. Оскільки доказова база щодо осіб із ВДР та СБ ще формується, цей документ покликаний частково заповнити наявну прогалину. Автори підкреслюють, що СБ є поширеним у пацієнтів із ВДР, тож запропоновані рекомендації сприятимуть його ефективному виявленню та лікуванню.

Підготувала **Наталія Купко**



таблетки кишковорозчинні

ДЕПРАТАЛ

Дулоксетин

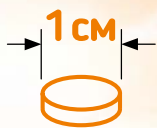
ADAMED
Для Родини

Комбінація селективних ефектів
для терапії депресії та болю

Щоб не накрыло!



- ☀️ Депресія в поєднанні з больовим синдромом²
- ☀️ Великий депресивний розлад²
- ☀️ Генералізований тривожний розлад²



Дулоксетин
на ринку України
в формі таблеток¹

**Кишково-
розчинні**
таблетки²

Європейська
якість²

UA-DEP-001-AM-0225-P

1. Згідно даних моніторингу ринку фармстандарт 09.2024.
2. Інструкція для медичного застосування препарату Депртал.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Депртал.

Лікарська форма. Таблетки кишковорозчинні. **Склад:** діюча речовина: дулоксетину гідрохлорид; 1 таблетка кишковорозчинна містить дулоксетину гідрохлорид, що еквівалентно дулоксетину 30 мг або 60 мг. **Показання.** Лікування великого депресивного розладу. Лікування діабетичного периферичного нейропатичного болю. Лікування генералізованого

тривожного розладу. **Побічні реакції.** Найчастіше повідомляли про запаморочення, нудоту і головний біль, сухість у роті, сонливість як про несприятливі симптоми при прийомі дулоксетину (дивіться повну інструкцію). **Р.П.** МОЗ України UA/17428/01/02, UA/17428/01/01. **Виробник:** АТ «Адамед Фарма», Польща. Заявник: АТ «Адамед Фарма», Польща. Коротка інформація для медичного застосування препарату Депртал. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. **Матеріал призначено для професійної діяльності фахівців сфери охорони здоров'я, для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.**