

Депрессия в общей медицинской практике

 Н.М. Узбекова

НИИ психиатрии МЗ РФ

Депрессия является в настоящее время предметом особого внимания различных специалистов — психиатров, психологов, эндокринологов, кардиологов и других интернистов. Последние эпидемиологические исследования показывают, что каждому восьмому человеку хотя бы раз в течение жизни требовалось проведение специальной антидепрессивной терапии. Более чем в половине случаев наблюдаются повторные эпизоды депрессии, и течение болезни приобретает хронический рецидивирующий характер. Депрессия причиняет сильнейшие эмоциональные, психологические и физические страдания, которые приводят к снижению качества жизни пациента, уровня его семейной, трудовой и социальной адаптации, а нередко и к инвалидизации. Однако самым страшным последствием депрессии является суицид, который совершают около 15% больных. По данным ВОЗ и Всемирного Банка, к 2020 г. депрессия окажется на втором месте (после ишемической болезни сердца) среди причин сокращения продолжительности работоспособной, социально полноценной жизни.

Хотя депрессия является психическим расстройством, почти две трети пациентов не попадают в поле зрения психиатров и наблюдаются врачами общей медицинской практики. От 5 до 8% от общего потока поликлинических больных составляют случаи выраженной депрессии. Только один из трех случаев депрессии распознается врачами, и только одному из четырех больных это назначается адекватное лечение. Часто это связано с трудностями диагностирова-

ния депрессии: в последнее время существенно видоизменились клиника и течение депрессивного расстройства, появилось большое количество атипичных, стертых и скрытых форм.

Не меньше сложностей возникает в терминологическом определении депрессии. Известный английский исследователь депрессии М. Hamilton выделяет три значения этого термина. Во-первых, под депрессией может пониматься временное снижение настроения как универсальная человеческая реакция на ситуацию: потерю (смерть друга, родственника, потеря работы) или провал вместо ожидаемого успеха. Это состояние соотносится с конкретным событием не только по форме, но и по глубине: большая потеря приводит к подавленности, а незначительная вызывает легкую реакцию. Во-вторых, этот термин используется для описания патологического настроения при многих заболеваниях, в том числе при шизофрении, органическом поражении центральной нервной системы и даже соматических болезнях. В-третьих, термин “депрессия” используется для обозначения депрессивной болезни или меланхолии. Это заболевание имеет определенное течение, ясные интервалы между фазами, генетическую предрасположенность и доказательства биохимических нарушений. В жалобах больных аномальное депрессивное настроение выражается по-разному: как пессимизм по отношению к будущему, чувство беспомощности, “упадок духа” и т.д.

В соответствии с причинами возникновения депрессия может быть психологиче-

ски понятной (“адекватной”), вызванной определенными жизненными обстоятельствами (**реактивные депрессии**) или “неадекватной” (по тяжести, длительности, наличию психотических черт), невыводимой из имеющейся жизненной ситуации, т.е. не связанной с внешними факторами (**эндогенные депрессии**). В отечественной литературе выделяют две качественные особенности эндогенной депрессии. Первая — это несхожесть аффективных переживаний с тем, что пациент испытывал раньше в горе или радости. Вторая качественная особенность переживаний состоит в их витальности: ощущение бессилия, снижение тонуса, безрадостность, беспомощность.

Диагностика депрессии

Депрессия — заболевание с многогранной клинической картиной.

Основными симптомами депрессии являются:

- подавленное, сниженное настроение на протяжении не менее 2 нед;
- утрата интересов и способности получать удовольствие от того, что прежде его доставляло;
- снижение энергичности, ведущее к повышенной утомляемости и сниженной активности.

Могут быть и дополнительные симптомы:

- сниженная способность к концентрации и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и унижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия по самоповреждению или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Сниженное настроение мало меняется день ото дня, и часто нет реакции на окружающие обстоятельства, но может быть характерное суточное колебание. Изменения

настроения могут быть маскированы дополнительными симптомами: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерическим поведением, обострением предшествующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями.

Диагноз может быть поставлен и при длительности состояния менее 2 нед, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро. В некоторых случаях тревога, отчаяние и двигательная ажитация временами могут быть более выраженными, чем собственно депрессивное настроение. Согласно данным многочисленных исследований, тревогу можно обнаружить у 42–100% больных депрессией.

Кроме того, депрессия может быть *маскированной (соматизированной)*, когда на первый план выступают жалобы исключительно соматического характера. В этом случае помимо наличия одного из симптомов депрессии (стойкое расстройство сна, суицидальные мысли, изменения в поведении) у больного отмечается несоответствие тяжести субъективного самочувствия удовлетворительному физическому состоянию по данным объективного обследования, жалобы длительно сохраняются, и их не удается снять ни одним из традиционных методов лечения.

Правильная и своевременная диагностика депрессии — главное условие успеха лечения. До начала лечения необходимо тщательно обследовать больного и собрать всю доступную объективную и субъективную информацию о состоянии больного, доминирующей симптоматике, ее длительности, выявить ее связь с возможными психотравмирующими ситуациями, оценить степень суицидального риска, проанализировать особенности течения заболевания, наследственную отягощенность аффективными расстройствами.

Принципы терапии депрессий

План терапевтических мероприятий после установления диагноза депрессии дол-

жен включать в себя по крайней мере четыре основные задачи:

- быстрое купирование острой депрессивной симптоматики с целью уменьшения страданий больного и предотвращения суицида;
- полное устранение депрессивной симптоматики (долечивание), стабилизация состояния и достижение ремиссии;
- восстановление прежнего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации;
- предотвращение или снижение риска развития обострения или нового эпизода.

Основным принципом современной тимоаналептической (антидепрессивной) терапии является монотерапия: один выбранный препарат применяют в течение по крайней мере 4 нед. Желательно достижение максимальной переносимой терапевтической дозы к 7–14-му дню лечения. Антидепрессант должен быть тщательно и индивидуально подобран в соответствии с психопатологической структурой депрессии.

Допускаются умеренно выраженные преходящие побочные явления, которые пациент готов претерпеть ради достижения терапевтического эффекта. Пациент должен быть обязательно информирован о возможных побочных явлениях и о развитии выраженного результата лечения не ранее конца первой, а чаще — на третьей неделе терапии.

Многomesячное применение антидепрессантов также относится к современным принципам терапии депрессий. Реальная, клинически достаточная продолжительность терапии определяется не столько быстрым достижением терапевтического результата, сколько закономерным обратным развитием депрессии, устранением предпосылок для рецидива или фиксирования рудиментарной (остаточной) симптоматики.

Вследствие этого переносимость и безопасность антидепрессанта имеют особое

значение. Переносимость включает в себя отсутствие выраженных побочных явлений, как очевидных для пациента (например, сухость во рту, головные боли, нарушение зрения), так и не всегда очевидных — изменений сердечного ритма, артериального давления, явлений поведенческой токсичности (нарушение тонкой координации движений, снижение уровня бодрствования, когнитивные нарушения). Когнитивные функции, включающие в себя концентрацию внимания, оперативную память, скорость выполнения логических операций, пространственную ориентировку, особенно важны для работающего человека. Безопасность — более широкая категория, перекрывающая переносимость. Она включает в себя также отсутствие отрицательного влияния на метаболические процессы, функции отдельных органов и систем, что особенно важно при длительной терапии.

Всем этим требованиям к современной антидепрессивной терапии в полной мере соответствует антидепрессант **Паксил**. Паксил (пароксетина гидрохлорид) является мощным и наиболее специфичным блоком обратного захвата серотонина среди селективных серотонинергических антидепрессантов. Главными составляющими профиля психотропной активности препарата являются тимоаналептическое (собственно антидепрессивное) и анксиолитическое (противотревожное) действия при достаточно отчетливом стимулирующем эффекте. Паксил в равной степени эффективен как при классических эндогенных, так и при невротических и реактивных депрессиях. В отличие от большинства антидепрессантов нового поколения, Паксил может с успехом применяться в тяжелых случаях, не уступая по эффективности классическим трициклическим антидепрессантам (например, имипрамину). Клинический эффект наступает быстро (1–2 нед лечения) и постепенно нарастает на протяжении нескольких недель и даже

месяцев терапии. Отмечено, что Паксил часто оказывается эффективным у больных, резистентных к трициклическим антидепрессантам.

Паксил одинаково эффективен при лечении депрессии как с тревогой, так и без нее и не вызывает гиперстимуляции (чрезмерно повышенной психической и физической активности), усиления ажитации или нарушений сна. Более того, имеются данные о способности препарата улучшать сон у больных депрессией уже на ранних этапах терапии, не вызывая при этом дневной сонливости или заторможенности. Паксил существенно редуцирует суицидальные мысли.

Селективность, отсутствие активных метаболитов и относительно небольшой период полувыведения обеспечивают хорошую переносимость и безопасность применения Паксила даже у лиц пожилого возраста. Применяемые дозы колеблются от 10 до 40 мг/сут, реже 60–80 мг/сут. Оптимальной дозой, обеспечивающей практически полное отсутствие побочных явлений и высокую терапевтическую эффективность, считается 20 мг. Следует отметить удобный для пациентов режим приема: 1 раз в сутки утром с пищей. При превышении дозы 20 мг/сут чаще других побочных явлений возникают тошнота, сухость во рту, запоры и другие диспептические расстройства, нарушения сна, потливость. Побочные эффекты при приеме Паксила обычно умеренно выражены, как правило, не влияют на образ жизни пациентов и не требуют отмены препарата; их выраженность и частота обычно уменьшаются с течением времени. Нельзя забывать о том, что при резкой отмене препарата возможно развитие головкружения, сенсорных нарушений, нарушений сна, возбуждения, тревоги. Отменять прием Паксила после достижения устойчивой ремиссии следует, постепенно уменьшая дозу до минимальной.

Врачам общей медицинской практики не следует опасаться назначения Паксила. Данные многочисленных исследований указывают на его высокую эффективность, переносимость и безопасность, что позволяет рекомендовать Паксил как средство выбора у больных с депрессией.

Проблемы выявления и терапии депрессий связаны также с тем, что около половины больных при обращении предъявляют только соматические жалобы и отказываются обсуждать с врачом свои душевные переживания, рассматривая их как слабость характера, следствие жизненной ситуации, или же не принимают назначенные лекарства, опасаясь лекарственной зависимости, побочных эффектов. В данной ситуации необходимо разъяснять пациенту, что депрессия — не проявление слабости и не порок личности, а болезнь, которую можно и нужно лечить. Больного надо информировать о высокой безопасности современных антидепрессантов и отсутствии привыкания, о необходимости регулярного и последовательного приема препарата, что является залогом успешного лечения.

Согласованность действий пациента и врача — важнейший фактор успешности проводимой антидепрессивной терапии. Следование рекомендациям, регулярность и точность выполнения терапевтических назначений особенно важны в амбулаторной практике, где функции контроля над лечением в значительной мере передаются самому пациенту.

Рекомендуемая литература

- Бобров А.С. Эндогенная депрессия. Иркутск, 2001.
- Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995.
- Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness) // Br. J. Psychiat. 1989. V. 154. P. 201–206.