

УДК: 616.89

# ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.В. Вербенко, В.А. Вербенко

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,  
Симферополь.*

**Ключевые слова:** депрессия, общесоматическая практика, диагностика, лечение

**П**сихиатрия, психотерапия и медицинская психология в наше время — это не узкие медицинские специальности, а медицина широкого лечебно-профилактического спектра, с которой должен быть ознакомлен каждый практикующий врач [1]. Такое отношение к данным дисциплинам сформировалось относительно недавно и связано, во первых, с развитием представлений о соотношении психического и телесного в патогенезе многих соматических заболеваний и, во вторых, с патоморфозом психических расстройств, проявляющимся увеличением числа соматических и соматоформных симптомов. Среди психических расстройств, протекающих с соматической симптоматикой, ведущее место занимает депрессия. До 30% больных, находящихся под наблюдением общемедицинской службы, имеют депрессивные рас-

стройства, которые диагностируются не более чем у 5% от их числа [2]. Еще меньшее количество больных получает адекватное лечение. Выяснено, что постоянное увеличение депрессивных расстройств у жителей Украины происходит не за счет эндогенных форм с психотической симптоматикой, а за счет психогенных, реактивных, смешанных, которые проявляются в большей степени соматическими симптомами. Они получили название маскированных, соматоформных, ларвированных. В Украине ежегодно количество таких форм депрессий возрастает на 3,4%. [3,4]

В большинстве европейских стран не менее 25% общего числа лиц, страдающих депрессией, обращаются к врачам — интернистам. Весьма характерными являются результаты исследования Hamelton et al (1996) [4], кото-

рые показали, что в Великобритании более чем у половины больных, обращающихся к гастроэнтерологам, не обнаруживается соматического заболевания, соответствующего их жалобам. В большинстве случаев у данных пациентов сохраняются соматические симптомы и после проведенного специфического гастроэнтерологического лечения. Психиатрическое обследование обнаруживает у этих лиц соматизированную депрессию. В международном исследовании ВОЗ (1998) также обнаружено, что у 22% лиц, обращающихся за первичной медицинской помощью с соматическими жалобами, имеет место ларвированное депрессивное расстройство. Из них только у 10-30% депрессии распознаются как таковые. Данная проблема существует и в США, где развернута обширная государственная программа по обучению врачей семейной меди-

цины навыкам диагностики и терапии депрессивных расстройств. В Интернисты поликлиник, участковые и семейные врачи остаются первыми специалистами, к которым обращаются пациенты с депрессией. Выделяют ряд причин обуславливающих такое положение дел: 1. больные не осознают в полной мере аффективных нарушений и не жалуются на них; 2. имеющиеся соматоформные симптомы рассматриваются ими как проявление соматического страдания; 3. в обществе остается страх перед психиатрической стигматизацией, что заставляет избегать психиатрической помощи даже при осознаваемом психическом расстройстве; 4. терапевтическая помощь является более разветвленной и, соответственно, более доступной, чем психиатрическая. Эти трудности, отмечаемые во всех развитых странах мира, послужили причиной поиска новых подходов к диагностике и лечению депрессивных расстройств в общесоматической практике. С введением в Украине института семейных врачей, ориентированности медицинской помощи на развитие амбулаторных и поликлинических услуг и разработка вопросов медицинского страхования населения делает обсуждаемую проблему еще более актуальной. Цель данной статьи — ознакомить специалистов терапевтического профиля с клиническими проявлениями депрессивных расстройств и наметить принципы их диагностики и лечения. Прежде всего, очертим круг депрессивных расстройств, с которыми наиболее часто сталкиваются специалисты общесоматической практики. К ним относятся: «классическая» депрессия, соматизированная депрессия («депрессия без депрессии», скрытая, маскированная, ларвированная), соматогенная (симптоматическая) депрессия, депрессивная реакция личности на соматическое заболевание (реактивная депрессия), ятрогенная (лекарственная) депрессия.

Подробнее остановимся на их описании.

## Классическая депрессия

Под «классической» депрессией мы понимаем состояние, включающее триаду признаков: сниженное настроение, мыслительную заторможенность и двигательную заторможенность. МКБ-10 [5] выделяет так же следующие признаки: утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, снижение способности к сосредоточению внимания, снижение самооценки и чувства уверенности в себе, идеи виновности и уничижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, идеи или действия по самоповреждению или суициду, нарушенный сон, сниженный аппетит, выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. В зависимости от преморбидных личностных черт данная симптоматика может сопровождаться истерическими симптомами, навязчивостями, фобиями, ипохондрическими переживаниями, которые, тем не менее, не становятся доминирующими в клинической картине и не затушевывают собственно депрессивный синдром.

## Астеническая депрессия

Одним из наиболее часто встречающихся вариантов депрессии в настоящее время является астеническая (астено-анергическая) депрессия, при которой триада основных депрессивных симптомокомплексов сопровождается выраженной астенической симптоматикой. Астения традиционно рассматривается как одно из симптомообразующих проявлений депрессии. В ряде случаев астения выступает в качестве продрома аффективных расстройств. Картина развернутой астенической депрессии включает в себя повышенную истощаемость, снижение активности, слабодушие, слезли-

вость, жалобы на физическое бессилие, утрату энергии, когда любая деятельность сопряжена с необходимостью преодоления немощи и не приносит удовлетворения. Чувство усталости возникает даже при незначительном усилии. У больных с легкой депрессией функционирование может быть сохранено, но сопровождается повышенной истощаемостью. Изменения самооощущения часто имеют характерный циркадный ритм с большей выраженностью угнетенности, усталости, тягостного самоощущения в утренние часы. Особенностью депрессивной утомляемости, отличающей ее от обычной усталости и даже от так называемого синдрома хронической усталости, является особое чувство мышечной вялости, нарушение общего чувства тела. Депрессивная астения отличается стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой. При более выраженных депрессиях характерны жалобы на затруднение, возникающее при выполнении даже обычных утренних процедур (умывание, одевание, причесывание). Могут отмечаться признаки раздражительной слабости и астенической гиперестезии — повышенной чувствительностью к сенсорным стимулам и непереносимостью внешних раздражителей (громких звуков, яркого света и т.д.), несоразмерностью ощущений, сопровождающих физиологические процессы. [6]. Особым клиническим феноменом являются так называемые двойные депрессии, при которых на фоне постоянно присутствующей дистимии, окрашенной астеническими симптомами, возникают эпизоды выраженного депрессивного расстройства.

## Соматизированные депрессии

Соматизированные депрессии составляют наибольшую диагностическую проблему, так как при данном типе депрессии собственно депрессивный аффект замеща-

Лекарственные средства, обладающие депрессогенными свойствами.

<b>Гипотензивные препараты</b>
<b>Симпатолитики:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• препараты раувольфии (резерпин, раунатин)</li> <li>• гуанетидин (октадин)</li> </ul>
<b>Препараты с миотропным действием:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• гидралазин (апрессин)</li> </ul>
<b>Препараты, стимулирующие центральные <math>\alpha_2</math>-адренорецепторы:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• клонидин (клофелин, гемитон)</li> <li>• метилдофа (альдомет, допегит)</li> </ul>
<b><math>\beta</math>-адреноблокаторы:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• пропранолол (обзидан, анаприлин, индерал)</li> </ul>
<b>Блокаторы кальциевых каналов:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• верапамил (верапамил, изоптин, финоптин)</li> <li>• нифедипин (адалат, кордафен, кордипин, коринфар, нифекард)</li> </ul>
<b>Антимикробные препараты</b>
<b>Производные сульфаниламида</b>
<b>Производные гидразида изоникотиновой кислоты:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• этионамид</li> <li>• изониазид (нидразид)</li> </ul>
<b>Противогрибковые антибиотики:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• амфотерицин В (фунгизон)</li> </ul>
<b>Антиаритмические препараты</b>
<b>Сердечные гликозиды:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• дигоксин (ланикор)</li> </ul>
<b>Антиаритмические препараты I класса (мембраностабилизирующие средства):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• прокаинамид (новокаинамид)</li> </ul>
<b>Гормональные препараты</b>
<b>Аналоги АКГГ</b>
<b>Глюкокортикоиды</b>
<b>Анаболические стероиды</b>
<b>Оральные контрацептивы, содержащие эстроген и прогестерон</b>
<b>Гиполипидемические препараты</b>
<b>Препараты, препятствующие всасыванию холестерина в кишечнике:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• холестирамин (квестран, колестрол)</li> </ul>
<b>Ингибиторы синтеза холестерина:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• правастатин (липостат)</li> </ul>
<b>Химиотерапевтические препараты</b>
<b>Антагонисты фолиевой кислоты:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• метотрексат</li> </ul>
<b>Алкалоиды:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• винбластин (велбе)</li> <li>• винкристин (онковин)</li> </ul>
<b>Ферментные препараты:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• прокарбазин (натулан)</li> </ul>
<b>Интерфероны</b>
<b>Препараты, снижающие активность кислотно – пептического фактора</b>
<b>Блокаторы гистаминовых <math>H_2</math>-рецепторов:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• циметидин (гистодил, тагамет)</li> <li>• ранитидин (гистак, зантак, ранисан)</li> </ul>

ется соматическими эквивалентами в виде функциональных расстройств тех или иных органов и вегетативной системы и может быть выявлен только при соответствующем целенаправленном исследовании [7,8]. Соматические «маски» депрессий разнообразны и

включают в себя многочисленные вегетативные расстройства. Наиболее характерны приступы головокружения, тахикардии, гипергидроза, удушья, сопровождающиеся паникой и страхом смерти. К соматическим органным маскам депрессий относятся цефалгичес-

кие, кардиальные, абдоминальные болезненные проявления: дискинезия желчевыводящих путей, запоры, снижение веса, анорексия или булимия. Они могут протекать в виде респираторных, паналгических, урогенитальных, дерматологических и сексуальных дисфункций. Пациенты с соматоформными депрессиями наблюдаются в основном у врачей-интернистов, длительно получая лечение без видимых улучшений. Наиболее типичными диагнозами для них становятся: «вегето-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония», «остеохондроз», «астматический бронхит», «дистония желчного пузыря», «гастрит», «ревматоидный артрит», «нейродерматит» [8].

## Соматогенные депрессии

Под термином соматогенные депрессии понимают нарушения настроения, эмоциональные и поведенческие расстройства, вызванные соматическим заболеванием. По отношению к таким расстройствам иногда используют термин – «вторичные депрессии». Соматогенная депрессия может развиваться вследствие биохимических и биологических причин, обусловленных непосредственно соматическим заболеванием, например нарушениями функции щитовидной железы, сахарным диабетом, инсультом [9].

К соматическим заболеваниям, наиболее часто сопровождающимся соматогенной депрессией, относятся:

■ Инфекционные болезни (вирусные инфекции, грипп, ВИЧ, инфекционный мононуклеоз, гепатит),

■ Злокачественные новообразования, в том числе и нераспознанные (наиболее значимы - рак молочной железы, яичников; карциномы поджелудочной железы, прямой кишки, желудка и др.) и калечащие операции при них.

■ Болезни соединительной

ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.),

Эндокринные расстройства (нарушения функции щитовидной железы, сахарный диабет),

■ Заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда, эссенциальная гипертензия),

■ Хроническая почечная недостаточность,

■ Метаболические заболевания,

■ Гастроэнтерологические заболевания с недостаточной абсорбцией и оперативные вмешательства при них,

■ Заболевания органов дыхания (хронический бронхит).

Механизмы возникновения эмоциональных расстройств при этих заболеваниях до конца не выяснены. Предположительно, можно говорить о системном характере расстройства с нарушением обмена и активности аминокислотных, нейромедиаторных систем и эндокринного контроля. Существует гипотеза, что депрессивные симптомы могут выступать как предвестники опухолей различной локализации. Так в 76% случаев у больных раком поджелудочной железы и в 69% карцином легких, яичников и прямой кишки депрессивная симптоматика предшествовала появлению первых соматических симптомов заболевания. Предполагается наличие общих иммунных и эндокринных механизмов, которые, через эмоциональные факторы, влияют на развитие опухолей [10].

## Депрессивная реакция личности на соматическое заболевание

Депрессивная реакция личности на соматическое заболевание возникает как психологическая реакция на известие о заболевании, конкретном диагнозе, предположительном неблагоприятном прогнозе или инвалидизации.

Между нормальной и патологической эмоциональными реакциями на соматическое заболевание нет четких границ. Многие соматические больные ощущают снижение настроения, тревогу, раздражение, гнев. Огорчение, обеспокоенность являются вполне естественными реакциями на факт болезни и потери трудоспособности. На практике мы чаще встречаемся с субдепрессивными состояниями, формально не достигающими болезненного уровня. Однако, назначение в этих случаях антидепрессантов оказывается вполне клинически оправданным.

## Ятрогенные (лекарственные) депрессии

Депрессогенные эффекты многих лекарственных средств, использующихся при лечении соматических заболеваний, известны достаточно давно. Тем не менее они совершенно не учитываются в повседневной медицинской практике. Так, например, гипотензивные препараты, особенно резерпин и альфа-метилдопа содержащие, действуют как антагонисты центральных нейротрансмиссивных систем биогенных аминов. Имеются сведения о развитии депрессивных состояний у больных принимавших клонидин, пропранолол, антагонисты кальция. Седативно-снотворные и психостимулирующие средства действуют как непрямые агонисты биогенных аминов, вызывая их выборождение и подавляя процессы обратного захвата, что то же приводит к истощению нейромедиаторных систем. Длительный прием оральных контрацептивов, (особенно содержащих эстроген), кортикостероидов вызывает эмоциональные расстройства. [5].

Перечень препаратов, способных вызывать депрессивную симптоматику или усиливать уже имеющуюся, приведен в таблице 1.

Таким образом, пациента необходимо расспросить обо всех ле-

карственных средствах, которые он в настоящее время принимает. Если используются препараты с депрессогенными эффектами, следует заменить их на другие или отменить вовсе, если их назначение недостаточно оправданно.

## Диагностика депрессий

В диагностике депрессивных расстройств следует ориентироваться на критерии, предлагаемые действующей международной классификацией болезней.

МКБ –10 выделяет четкие симптомы депрессивного расстройства, которые должны стать предметом прицельного обсуждения с пациентом при подозрении на наличие депрессии.

К основным симптомам депрессии относятся:

■ Снижение настроения в течение двух и более недель (настроение может быть подавленным, угнетенным, тоскливым, сопровождаться тревогой, беспокойством, раздражительностью, апатией, плаксивостью и т.д.)

■ Ангедония или утрата способности получать удовольствие от того, что ранее его доставляло, отсутствие желания действовать для достижения удовольствия.

■ Психомоторная заторможенность, проявляющаяся снижением психической и физической активности, утратой психического тонуса, когда все кажется трудным, требует дополнительных усилий, появляется ленивость, снижение работоспособности и прежнего уровня общения. В ряде случаев, наоборот отмечаются непродуктивное беспокойство, суетливость, непоседливость, мешающие целенаправленной деятельности.

К дополнительным симптомам депрессии относятся:

√ снижение способности к сосредоточению внимания, рассеянность;

√ снижение самооценки, уверенности в себе;

√ наличие идей виновности и уничижения;

√ мрачное и пессимистическое видение будущего;

√ суицидальные фантазии, мысли, намерения, приготовления;

√ расстройства сна, в том числе плохое засыпание, бессонница среди ночи, раннее пробуждение;

√ Снижение или повышение аппетита, сопровождающееся потерей или прибавлением веса. Изменение пищевых предпочтений в сторону продуктов, содержащих большие количества рафинированных углеводов, алкоголя.

Для постановки диагноза депрессии необходимо наличие двух основных симптомов и трех-четырех дополнительных. Врач общепрактической медицины должен иметь определенную настороженность в отношении депрессивного расстройства. И в тех случаях, когда больной предъявляет многочисленные соматические жалобы, отмечает упорные боли или непонятную усталость и истощаемость, врач должен учитывать вероятность депрессивного расстройства с самого начала диагностического процесса.

В диагностической деятельности учреждений общей медицины все большее распространение получают диагностические шкалы депрессии и тревоги, которые успешно используются для первичного скрининга данных состояний. Наиболее распространенными являются шкалы HADS, HDRS, MADRS. [8, 11]

**Чрезвычайно важной проблемой следует считать установление границ, в рамках которых специалист терапевтического профиля может самостоятельно оказывать помощь пациентам с депрессиями.**

Большинство экспертов [7, 11, 13] солидарны в том, что показаниями для лечения депрессий врачами общетерапевтической практики являются: 1) Легкие и умеренно выраженные депрессив-

Таблица 2.

**Классификация антидепрессантов по химическому строению (выделены препараты первого ряда, рекомендованные к использованию в амбулаторной общесоматической практике)**

<b>Трициклические</b> Амитриптилин (триптизол, амитриптилин); Имипрамин (мелипрамин) Кломипрамин (анафранил)
<b>Атипичные трициклические</b> Тианеттин (коаксил)
<b>Тетрациклические</b> Миансерин (леривон) Миртазапин (ремерон) Мапротилин (лудиомил) Перлиндол (пиразидол)
<b>Бициклические</b> Сертралин (золофт) Пароксетин (паксил) Тразодон (триптико) Циталопрам (ципрамил) S- циталопрам (ципралекс)
<b>Моноциклические</b> Флуоксетин (прозак, продеп) Флувоксамин (феварин) Венлафаксин (эффексор) Милнаципран (иксел)
<b>Производные аденозил-метионина</b> S-аденозилметионин (гептрал)
<b>Производные бензамидов</b> Моклобемид (аурорикс)
<b>Производные карбогидрозина</b> Изокарбоксазид (марплан)
<b>Производные циклопропиламина</b> Транилципромин (парнат)
<b>Производные гидразина</b> Фенелзин (нардил) Ниаламид (ниамид) Ипрониазид (марсилид)

ные состояния без психотических включений, в частности проявляющиеся соматовегетативными, псевдосоматическими симптомами; 2) Депрессивные синдромы, сопутствующие хроническим соматическим заболеваниям, таким, как артериальная гипертензия, бронхиальная астма, гастриты и т.д. Безусловными противопоказаниями для лечения депрессии врачами терапевтической практики являются: 1) Биполярные формы аффективных расстройств; 2)

Тяжелые, в том числе психотические депрессивные состояния; 3) Депрессии, устойчивые к стандартной терапии; 4) Депрессии, сочетающиеся с тяжелыми соматическими заболеваниями; 5) Депрессии во время беременности и в послеродовом периоде; 6) Депрессии сочетающиеся со злоупотреблением алкоголем, психоактивными веществами; 7) Психические заболевания, сочетающиеся с депрессией; 8) Суицидальные мысли, фантазии, приготовления, попытки в анамнезе. При подозрении на перечисленные состояния или отсутствие улучшения в течение трех недель необходима консультация психиатра, совместно с которым принимается решение о дальнейшем лечении пациента.

## Терапия депрессий

Вслед за постановкой диагноза «депрессия» и принятием решения о необходимости лечения, врач должен последовательно решить ряд задач: 1) Установление комплайенса с пациентом; 2) Осуществление психотерапевтических мероприятий, формирование установки на лечение; 3) Исключение депрессогенного влияния соматических препаратов;

4) Выбор антидепрессанта и вспомогательных препаратов; 5) Выбор дозировки, режима и продолжительности приема лекарств; 6) Установление сроков повторных визитов, процедуры контроля эффективности терапии; 7) Принятие решения о поддерживающей терапии. Остановимся подробнее на перечисленном.

Понятие комплайенса (от английского compliance – согласие, податливость, уступчивость) подразумевает формирование терапевтических отношений, опирающихся на взаимное доверие и полную информированность пациента о своем состоянии и предлагаемых способах его лечения. Результатом комплайенса становится осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи, обеспечивающее заинтере-

Таблица 3  
Побочные эффекты антидепрессантов

Препарат	Побочные эффекты									
	Холинолитические	Сонливость	Бессонница, агитация	Ортостатическая гипотензия	Сердечно-сосудистые нарушения	ЖКТ нарушения	Увеличение веса	Нарушения половой сферы		
Амитриптилин	++++	++++	-	++++	+++	+	++++	++		
Кломипрамин	++++	++	+	++++	+++	++	+++	++		
Флуоксетин	-	-	+++	-	-	+++	-	+++		
Циталопрам	-	+	++	-	-	+	-	+++		
Сертралин	-	++	++	-	-	+++	-	+++		
Флувоксамин	-	++	++	-	-	+++	-	+++		
Миртазапин	++	+++	-	-	-	-	+++	+		
Миансерин	+	+++	-	+	-	+	++	+		

Таблица 4  
Суточные дозировки рекомендованных для использования в общетерапевтической практике антидепрессантов

Название препарата	Минимальные дозы (рекомендованы для общетерапевтической практики)	Средние дозы (назначаются при консультативном осмотре психиатра)	Максимальные дозы (назначаются при постоянном наблюдении психиатра)	Количество приемов в сутки
Циталопрам (ципрамил)	10-20	30-40	40-60	1
S-циталопрам (ципралекс)	5	10	20	1
Флуоксетин (прозак, продеп)	20	40	60-80	1
Флувоксамин (феварин)	50	100-200	250-400	1
Миансерин (леривон)	15-30	30-90	100-150	2-3
Миртазапин (ремерон)	15	30-45	60-90	1
Моклобемид (аурорикс)	150	150-300	300-600	1-2
Пароксетин (паксил)	10	20-40	60-80	1-2
Сертралин (золофт, стимулотон)	50	50-100	150-200	1
Тианептин (коаксил)	12,5	37,5	50	2-3

## Транквилизаторы, используемые в комплексной терапии депрессий.

Название препарата	Рекомендуемая суточная дозировка в мг	Количество приемов в сутки
<b>Производные бензодиазепина</b>		
Диазепам (реланиум, валиум, седуксен)	10-30	3
Хлордиазепоксид (элениум)	10-30	3
Бромазепам (лексотан)	4-6	3
Нитразепам (радедорм)	5-10	3
Лоразепам (ативан)	2-4	3
феназепам	1-2	3
<b>Производные триазолобензодиазепина</b>		
Алпразолам (ксанакс)	1-2	3
Триазолам (хальцион)	0,25-0,5	3
Мидазолам (дормикум)	7,5-15	3
<b>Гетероциклические производные</b>		
Зопиклон (имован)	7,5	1, перед сном
Золпидем (ивадал)	10	1, перед сном
<b>Производные дифенилметана</b>		
Гидроксизин (атаракс)	25-75	3

сованность пациента в процессе лечения, что, в итоге, способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии.

Психотерапевтическое воздействие является неизменной составляющей любого терапевтического процесса. В рамках терапевтического приема не предполагается проведение специальных психотерапевтических мероприятий. Тем не менее, спокойный тон врача, его уверенность при обследовании и постановке диагноза, умение снять тревогу пациента оказывают существенное лечебное воздействие. Большое значение имеет разъяснение пациенту временности имеющихся расстройств, их функциональный характер, принципы действия назначаемых препаратов, ожидаемые эффекты и сроки их наступления. Доказано, что психотерапевтическое опосредование действия лекарственных веществ значительно повышает их эффективность и приближает время появления первых результатов терапии. При последующих встречах, задача специалиста - поддерживать в пациенте настроенность на лечение и уверенность в выздоровлении.

Следующим важным этапом является выбор антидепрессанта.

По химическому строению и механизмам антидепрессивного действия антидепрессанты можно разделить на несколько групп (таблица 2). Сравнительные исследования клинической эффективности антидепрессантов различных групп показали, что в целом они мало различаются по выраженности антидепрессивного действия и срокам его наступления [12]. Важно помнить, что антидепрессивное действие всех без исключения антидепрессантов в полной мере проявляется к третьей неделе лечения. Это связано с инертностью мозгового ответа на фармакотерапию данными препаратами. Значительно раньше проявляются дополнительные и побочные эффекты данных лекарств. Так, например, седативное действие amitriptилина возникает при первых приемах препарата и весьма низких дозировках. Седация больного может быть принята за истинное ослабление депрессивной симптоматики и стать причиной неправильной оценки клинического статуса.

Таким образом, при выборе антидепрессанта в первую очередь необходимо учитывать его дополни-

тельные свойства и побочные действия. Ориентиром в выборе адекватного препарата для терапии депрессивных расстройств является характеристика гипотетического «идеального» антидепрессанта. Она включает: · Быстроту наступления терапевтического эффекта; · Легкость титрования доз; · Минимальность суточной дозы; · Простоту схемы лечения; · Безопасность при передозировке; · Минимальную поведенческую токсичность; · Минимальное влияние на соматические функции; · Тимолептическую активность при депрессиях любой степени тяжести; · Минимальное взаимодействие с иными лекарственными, в том числе соматотропными, препаратами; · Общее повышение качества жизни пациента. Трициклические и подавляющее большинство гетероциклических препаратов не соответствуют данным характеристикам, поскольку обладают выраженными побочными эффектами, к которым относятся: сухость во рту, диплопия, запоры, чрезмерная седация и вялость, увеличение веса, ортостатическая гипотензия, побочные кардиологические эффекты, головокружения. При передозировке данных препаратов возникают серьезные осложне-

ния, вплоть до несовместимых с жизнью нарушений витальных функций. Побочные эффекты данных препаратов ограничивают возможности их применения в амбулаторной практике и у пациентов уже чрезмерно фиксированных на соматических ощущениях. Значительно ограничены и возможности использования данных препаратов в поддерживающей терапии.

Из представленных в таблице антидепрессантов наименьшим числом побочных эффектов обладают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — группа, объединяющая бициклические и моноциклические препараты.

Незначительный спектр побочных эффектов данных препаратов и возможность однократного применения в течении суток позволяет значительно расширить круг больных, которым показано лечение антидепрессантами. Отсутствие кардиотоксичности и ортостатического эффекта, свойственных трициклическим антидепрессантам и высокий терапевтический индекс делают их препаратами первого выбора при назначении соматически ослабленным и пожилым больным. Стабильность терапевтически эффективной дозы практически снимает вопрос о необходимости индивидуального ее подбора, что весьма удобно для врача общего профиля. Преимуществом препаратов данной группы при назначении работающим пациентам является отсутствие седативного эффекта и психостимулирующее, активирующее действие. Следует подчеркнуть, что стимулирующий эффект не усиливает тревогу у пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой. Препараты сочетают в себе активирующее и анксиолитическое (противотревожное) действие.

Суточные дозировки рекомендованных для использования в общетерапевтической практике антидепрессантов представлены в таблице 4.

Ранее в терапии соматоформных расстройств широко использовались транквилизаторы. В дальнейшем было показано, что они не оказывают лечебного эффекта, а обладают краткосрочным симптоматическим действием в отношении тревоги и ряда соматических ощущений. При постоянном применении транквилизаторов возникает высокий риск формирования зависимости на фоне быстрого снижения их терапевтических эффектов, что приводит к хронизации заболевания и усложнению клинической картины. В настоящее время данные препараты не имеют самостоятельного значения в терапии депрессий, но могут назначаться короткими курсами в начале лечения для купирования тревоги и беспокойства пациентов. Рекомендованные препараты группы транквилизаторов и их дозировки представлены в таблице 5.

Иное применение имеют представленные в данной таблице препараты зопиклон и золпидем, относящиеся к новому поколению гипнотиков (снотворных средств). Они выгодно отличаются тем, что оказывают выраженное, но краткосрочное снотворное действие, исключая состояние разбитости и вялости при пробуждении. Целесообразность использование гипнотиков в комплексной терапии депрессий стала понятна после сомнографических исследований. Выяснилось, что при депрессиях нарушается фаза быстрого сна с увеличением периодов быстрого сна и значительным сокращением периодов медленного сна. Глубина и качество сна страдают даже у тех пациентов, которые не предъявляют жалоб на инсомнию. Наши наблюдения показали, что назначение снотворных препаратов в начале терапии депрессии ускоряет наступление эффектов антидепрессантов. Препарат может назначаться не только при трудностях засыпания, но и при ночных и ранних пробуждениях.

В терапии депрессий часто недооценивается роль факторов влияющих на функциональное состояние нервной системы, качество обменных и восстановительных процессов. Церебрастенический компонент, выделенный у большинства пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством, рассматривается как вероятная причина хронификации депрессивного расстройства и утяжеления состояния от приступа к приступу. Назначение в этой ситуации ноотропных препаратов не способствует ослаблению симптоматики, а, напротив, приводит к усилению отдельных компонентов расстройства, таких, как нарушения сна, тревога, тахикардия, вялость. Литературные данные и наш собственный опыт доказывают эффективность витаминов, обладающих специфическим нейротропным действием. К ним, в первую очередь, относятся витамины группы В. В украинской аптечной сети наибольший интерес вызывает препарат «нейровитан», содержащий комплекс витаминов группы В и, благодаря оригинальной технологии изготовления драже, обладающий высокой биодоступностью. По нашим данным, применение нейровитана совместно с антидепрессантом ускоряет наступление терапевтических эффектов последнего, способствует консолидации внимания, улучшению памяти, не вызывая каких-либо побочных эффектов.

Однажды возникнув, депрессивное расстройство имеет склонность к повторению, хронификации. Вероятной причиной считается то, что резервный запас нейромедиаторов, способный компенсировать отрицательное влияние соматического или психического стресса, накапливается длительно после исчезновения симптомов депрессии. Сохраняющаяся нейромедиаторная недостаточность и общая функциональная неустойчивость приводят к тому, что любой неспецифический стресс возобновляет клинику депрессивно-



го расстройства. Преждевременное прекращение терапии у 50% пациентов с депрессией приводит к рецидиву заболевания. Таким образом, все больные, перенесшие депрессивное расстройство, нуждаются в поддерживающем лечении. Препаратами выбора та-

кой терапии являются СИОЗС, великолепно зарекомендовавшие себя в условиях длительного использования. По существующим стандартам при первичном депрессивном эпизоде рекомендуемая продолжительность поддержива-

ющей (профилактической) терапии составляет 3 месяца, при повторном эпизоде — 6 месяцев, а при рекуррентном течении — до года. В ряде случаев может приниматься решение о неопределенно длительном приеме антидепрессанта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Підасв А.В., Табачников С.І. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі// Архів психіатрії. -Т.9. -№1. -2003. -С.4-5.
2. Игнатов М.Ю., Маркова М.В., Гриневич Е.Г. К вопросу о месте социальной психиатрии в общеймедицинской практике//Журнал практического врача. -2002. -№1. -С.8-10.
3. Маляров С.А. Проблема депрессий в общеймедицинской практике. Рекомендации по выявлению и лечению. (1999) //Вісник психічного здоров'я. -№3. -С.31-38.
4. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікуваль-но-профілактичні аспекти)//Вісник психіатрії та психофармакотерапії. -№1. -2002. -С.7-12.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). - Россия. - СПб. -«АДИС». -1994.
6. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. (1988). - Лечение психически больных: Руководство для врачей. - 2-е изд. -М. -Медицина. - 528 с.
7. Пишель В.Я., Польшаная М.Ю. (2003) Депрессия: диагностика и лечение. -К.: ООО»ДСГ Лтд». -52с.
8. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. - Харьков. -«Турнадо». -2003. -350с
9. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: Информационно-скрининговый пакет.(2000) — К.: Сфера. - 294с
10. Гельдер М., Гет Д., Мейо З. Оксфордское руководство по психиатрии (1998). —К.: Сфера. — Т.2. С.20-64.
11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. -Москва. -МИА. -2001. - 253с.
12. Принципы и практика психофармакотерапии: (1999) Пер. с англ. С.А. Малярова/ Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Девис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж.Айд мл. — К.: Ника-Центр, С.268-274.
13. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: Информационно-скрининговый пакет.(2000) — К.: Сфера. - 294с.

## Depression in the internal practice

N.V. Verbenko, V.A. Verbenko

The article describes most common variants of affective disorders occurred in internal medicine. The limits in which internists can help those patients, has been discussed. Main principles of diagnosis and treatment of depression are marked out.

Key words: depression, internal medicine, diagnosis, treatment

## Депресії в загальносоматичній практиці

Н.В. Вербенко, В.А. Вербенко

У статті вивчаються найбільш поширені в загальносоматичній практиці варіанти афективних розладів: соматизована депресія, соматогенна депресія, реактивна депресія, ятрогенна депресія. Дискутуються ті межі, в яких лікарі загальносоматичної практики можуть самостійно лікувати цих хворих. Характеризуються основні засади діагностики та лікування депресій.

Ключові слова: депресія, загальносоматична практика, діагностика, лікування