

# Алкогольная зависимость и депрессивные расстройства, возможности терапии

В.А. Вербенко

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

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, лечение, депрессия, антидепрессанты

**П**о данным Всемирной Организации Здравоохранения (2003) депрессивными расстройствами страдает более 100 миллионов человек в Европе и Северной Америке. Распространенность заболевания вдвое выше среди женщин, чем среди мужчин [1, 2]. Депрессиями страдает наиболее трудоспособный контингент населения, в связи с этим, депрессивные расстройства занимают третье место по обусловленным ими экономическим расходам и инвалидности в развитых странах. Согласно прогнозам ВОЗ к 2020 году расстройства настроения станут второй по значимости причиной инвалидности [1, 3]. Следует подчеркнуть, что депрессивные расстройства носят преимущественно хронический характер с тенденцией к учащениям рецидивов. Они не только ухудшают качество жизни и социального функционирования пациентов, но и приводят к разрушительным нарушениям поведения. Так, более 36,2% больных депрессиями злоупотребляют алкоголем, а 18,6% психоактивными веществами. К сожалению, большинство пациентов не осозна-

ет своего заболевания и это приводит к хронификации процесса, утяжелению симптоматики и отсутствию адекватного лечения [3, 4].

Этиопатогенетические механизмы депрессивных расстройств изучены далеко не полностью, однако, по современным представлениям, в их основе лежат нарушения рецепторной чувствительности и/или нарушения обмена нейромедиаторов, преимущественно серотонина, надреналина, дофамина. Сходные нарушения в серотонинэргической, дофаминовой, норадреналиновой, ГАМК нейромедиаторных системах отмечаются и при злоупотреблении алкоголем. Таким образом, можно говорить о формировании патологического взаимодействия данных расстройств. С одной стороны - непосредственно депрессивное расстройство (тоскливо-пониженное настроение, идеи виновности, социальная отстраненность, неспособность получать удовольствие от событий, которые ранее его доставляли и т.д.) может потенцировать злоупотребление алкоголем, приводя к усилению нейромедиаторного дисбаланса, и

с другой стороны первичная алкоголизация может приводить к нарушениям функционирования нейромедиаторов, что в свою очередь, провоцирует или усугубляет симптомы депрессии [4]. Таким образом, чрезвычайно значимо выделять депрессивные симптомы у лиц, злоупотребляющих алкоголем, так как купирование данной симптоматики в большинстве случаев является вариантом патогенетического, а не симптоматического лечения.

Клинические проявления депрессии включают триаду признаков: сниженное настроение, мыслительную заторможенность и двигательную заторможенность. Международная классификация болезней (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 унижения, 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 заглушают собственно депрессивный синдром. Однако выявление депрессивных состояний затруднено, так как в настоящее время наиболее часто встречаются астеническая (астено-анергическая) депрессия, при которой триаду основных депрессивных симптомокомплексов сопровождает выраженная астеническая симптоматика и скрытая «бессимптомная» депрессия, маскирующаяся под клинически не подтвержденными соматическими заболеваниями. У больных с легкой депрессией функционирование может быть сохранено, но сопровождается повышенной истощаемостью. 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. Нарушения настроения могут включать раздражительность и тревогу в дополнение или вместо непосредственно депрессивной симптоматики, превалирование соматических симптомов, головные боли напряжения, или обшей болевой синдром с миграцией симптоматики, снижение либидо. На фоне вышеперечисленных клинических особенностей увеличивается употребление алкоголя или психостимулирующих веществ.

Следует еще раз отметить, что нередко пациенты, страдающие депрессией, не осознают своего заболевания или недооценивают важность симптомов, предъявляя только соматические жалобы. Следовательно, если такие пациенты и попадают в поле зрения врачей, то преимущественно общесоматического профиля. Врач общемеди-

цинской практики 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. [1,2,6,7].

При подозрении на депрессивное расстройство или при отсутствии улучшения психосоматического состояния в течение трех недель необходима консультация психиатра, совместно с которым принимается решение о дальнейшем лечении пациента.

Терапевтические подходы к купированию депрессивной симптоматики чрезвычайно разнообразны. Современная психофармакология выделяет более девяти классов антидепрессивных средств, обладающих различными, зачастую даже противоположными механизмами действия. К ним относятся - ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), трициклические антидепрессанты (ТЦА), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), ингибиторы обратного захвата норадреналина (ИОЗН), антагонисты/агонисты рецепторов – мirtазапин, селективные ингибиторы обратного захвата дофамина и серотонина (бупропион), препараты прицельного действия нового поколения – антагонисты глюкокортикоидов и кортикотропин-рилизинг-фактора, антагонисты NK (субстанции Р) [4,8].

Представители даже одного класса препаратов, например СИОЗС, не являются идентичными по своим свойствам. Такие особенности обусловлены вторичными эффектами при воздействии на рецепторные и транспортные системы. Помимо фармакодинамических различий существуют от-

личия метаболизма препаратов и их лекарственных взаимодействий. Показатели частоты отдельных неблагоприятных явлений на фоне терапии антидепрессантами могут значительно отличаться среди препаратов одного класса. Так, например, непереносимость одного из СИОЗС не является основанием для заключения о непереносимости прочих представителей данного класса, а отсутствие эффекта при и применении одного из СИОЗС не является основанием для заключения о неэффективности других представителей данного класса. При выборе антидепрессанта следует учитывать не только эффективность и переносимость, но и спектр побочных действий, совместимость с другими лекарственными средствами, динамику терапии и, наконец, удобство применения [4,8].

Из представленных антидепрессантов наименьшим числом побочных эффектов обладают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – группа, объединяющая бициклические и моноциклические препараты. Незначительный спектр побочных эффектов данных препаратов и возможность однократного применения в течение 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 [9].

Продолжается поиск психотропных препаратов, удовлетворяющих требованиям идеального антидепрессанта, в основные характеристики которого входят: эффективность; широкий спектр действия, охватывающий депрессивные и тревожные расстройства; высокие показатели результативности и частоты ремиссии; оптимальная профилактика рецидивов; отсутствие межлекарственных взаимодействий. (для соматических больных).

В настоящее время наиболее близок к идеальному антидепрессанту новый антидепрессант группы СИОЗС – эсциталопрам (Ципралекс). Эсциталопрам является активным изомером своего предшественника циталопрама и обладает улучшенной клинической эффективностью и менее выраженными побочными эффектами. Безопасность, переносимость и эффективность данного препарата доказана в многочисленных мультицентровых, рандомизированных, плацебо контролируемых исследованиях, проводимых в Европейских странах и США в течение последних трех лет [10]. По данным совокупного анализа эсциталопрам значительно превосходит плацебо при лечении депрессии в условиях первичной и специализированной помощи, 10 мг/сут эсциталопрама является эффективной и стандартной дозировкой. С увеличением дозы до 20 мг/сут возрастает антидепрессивный эффект, что указывает на обоснованность применения препарата у больных с более выраженной депрессивной симптоматикой. Эсциталопрам эффективен при лече-

нии симптомов тревоги и депрессии в рамках генерализованных тревожных расстройств (ГТР), социально-тревожных расстройств (СТР), панических расстройств (ПР), предотвращает рецидивы депрессии. Практически не взаимодействуя с цитохромами печени, данный препарат демонстрирует совместимость с другими фармакологическими средствами, алкоголем. Учитывая высокую эффективность препарата, терапию депрессивных расстройств в условиях общесоматической практики рекомендуется начинать с половины стандартной дозировки (5мг) [10,11,12].

Не менее интересен фармакологический профиль эсциталопрама. Его основными характеристиками являются - быстрая абсорбция (максимум 3 - 4 часа), биодоступность до 87%, клиренс после перорального приема примерно 0,6 л/мин, большой объем распределения, великолепная проникаемость через гематоэнцефалический барьер, длительный период полувыведения 30-38 часов. Что позволяет принимать препарат один раз в сутки [10,11,12].

Безопасность, переносимость, низкий потенциал взаимодействий делают эсциталопрам препаратом, имеющим особое значение в терапии депрессивных расстройств у пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Исходя из имеющихся данных, эсциталопрам так же может являться средством выбора в терапии психосоматических, соматоформных расстройств, депрессивных состояний у пациентов соматического профиля.

## Литература

1. Пишель В.Я., Полывяная М.Ю. (2003) *Депрессия: диагностика и лечение.* - К.: ООО «ДСГ Лтд». - 52с.
2. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. *Депрессии. Современная терапия.* - Харьков. - «Торнадо». - 2003. - 350с
3. I. Joukamaa M., Heelivaara M., Knekt P. *Et al. Mental disorders and cause-specific mortality// Br. J. of Psychiatry.* - 2001. - V. 179. - P. 498-502.
4. *Принципы и практика психотерапии: (1999) Пер. с англ. С.А. Маларова/ Ф. Дж. Яничак, Дж. М. Девис, Ш. Х. Прескорн, Ф. Дж. Айд мл. - К.: Ника-Центр, С. 268-274.*
5. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* - Россия. - СПб. - «АДИС». - 1994.
6. *Напреенко О.К. Депрессії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти)// Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - №1. - 2002. - С. 7-12.*
7. *Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицине.* - Москва. - МИА. - 2001. - 253с.
8. *Anderson I.M Meta-analytical studies on new antidepressants// Br.Med.Bull. - 2001. - V. 57. - P. 161-178.*
9. *Montgomery S.A., Baldwin D.S., Riley A. Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced and sexual dysfunction// J.Affect. Disorders. - 2002. - V. 69. - P. 119-140.*
10. *Reines E. H., Loft H., Lepola U. Escitalopram in efficacious and well tolerated in the treatment of depression in primary care// Eur.Neuropsychopharmacol. - 2002. - V12 (3). - 254 p.*
11. *Stahl S., Gergel I., Li D. Escitalopram in the treatment of panic disorder// J.Neuropsychopharmacol. - 2002. - V. 5 (1). - P207-217.*
12. *Монтгомери С.А. Эсциталопрам и депрессия.* - К.: ООО ММК. - 2003. - 90с.