

Клинический случай

А.В. Матюха, к.м.н., клиника Healthy and Happy, г. Киев

Тяжелая депрессия: факторы выбора терапии

Больной И., 35 лет, образование высшее экономическое, женат, детей нет. Работа связана с постоянными командировками в страны ЕС, частой сменой часовых поясов.

Анамнез жизни и заболевания

Родился в нормальных родах, единственный ребенок в семье, рос и развивался благополучно. В дошкольном возрасте болел легкой формой гепатита А. Учился успешно. В старших классах школы впервые перенес депрессивный эпизод: настроение было подавленным, снизилась концентрация внимания – «плохо соображал», на уроки тратил намного больше времени, чем обычно, успеваемость ухудшилась. Нарушился сон: подолгу не мог уснуть, мешали навязчивые мысли о неудачах в учебе, незначительных по сути, но значимых для больного в этот период. Прерывистый, укороченный сон не давал возможности отдохнуть, похудел. Депрессия началась в конце осени – начале зимы и продолжалась около полугода. Эпизод прошел самостоятельно, без лечения. Во время учебы в университете перенес еще один эпизод депрессии, тоже в осенне-зимний период, который длился около трех месяцев и окончился спонтанно. Во время перенесенных эпизодов были эпизодические мысли о смысле своего существования, однако они никогда не доходили до планирования конкретных суицидальных действий. Гипоманиакальных и маниакальных эпизодов не отмечает. Алкоголем не злоупотребляет, не курит, занимается спортом.

В семейном анамнезе суицидов не было. Дед по материнской линии страдал алкогольной зависимостью.

Текущий эпизод начался несколько месяцев назад, снова в конце осени. Ухудшение состояния связывает с частыми командировками, со сменами часовых поясов, конфликтной ситуацией в семье. Сменил работу в связи с окончанием контракта, но на новой работе «очень трудно». Постепенно состояние усугублялось – нарушился сон, утратил интерес к привычным занятиям, похудел. Особенно тяжело стало в последнюю неделю перед обращением к врачу – нарушилась концентрация внимания, не мог справляться с работой.

Жалобы при обращении:

- подавленное, тоскливое настроение;
- неуверенность в своих силах, навязчивые мысли о собственной несостоятельности;
- пессимизм, страх перед будущим;

- утрата чувства удовольствия, заинтересованности, мотивации, равнодушие к прежде интересовавшим занятиям;

- утрата энергичности, работоспособности;
- снижение концентрации внимания, способности к сосредоточению;

- снижение аппетита, потеря веса (похудел на 5 кг за последний месяц при обычном весе 71 кг);
- ухудшение сна: сон стал поверхностным и прерывистым, не приносящим чувства отдыха.

Предъявляет соматические жалобы:

- тяжесть за грудиной, преимущественно в первую половину дня;
- сжимающая головная боль;
- боль в мышцах спины по ночам;
- тахикардия.

Отмечает «усталость от жизни и желание избавиться от этого состояния», но суицидального планирования или конкретных намерений не было.

Внешне упорядочен, моторика заторможена, речь медленная, тихая. Рассудительное отношение к своему состоянию сохранено.

Оценка состояния пациента во время первого визита по MADRS – 34 балла, PHQ-9 – 22 балла с нарушением социального функционирования – «очень тяжело». Проведена дифференцировка с биполярным аффективным расстройством, в том числе по шкалам NCL-32R2 (9 баллов) и диагностической шкале биполярного спектра (7 баллов).

Диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство, текущий тяжелый эпизод без психотических симптомов.

Проведены необходимые исследования: пациент соматически благополучен. Печеночные трансаминазы в пределах нормативных значений.

Рекомендовано: Мелитор (агомелатин) 25 мг на ночь.

Выбор препарата был обусловлен следующими факторами:

- Показаниями – тяжелый депрессивный эпизод. Мелитор обладает доказанной эффективностью у пациентов с тяжелой депрессией [1], превышающей таковую антидепрессантов групп СИОЗС и СИОЗСН [2].

- Необходимостью скорейшего восстановления социальной активности и работоспособности – в этом отношении Мелитор имеет доказанные преимущества перед другими антидепрессантами. В частности, он не обладает седативным эффектом и продемонстрировал в клинических испытаниях более быстрое улучшение

концентрации, утреннего самочувствия и дневной активности в сравнении с венлафаксином и эсциталопрамом [3, 4].

- Пациент обеспокоен возможными побочными эффектами антидепрессивной терапии. Учитывая рекуррентность депрессивного состояния, лечение должно проводиться длительно. Для формирования приверженности к длительному лечению необходим препарат с минимумом побочных эффектов. Мелитор на сегодняшний день обладает оптимальным профилем переносимости и безопасности среди всех существующих антидепрессантов [5].

- Предикторами эффективности – молодой, социально-активный человек; множество соматических, витальных симптомов; никогда ранее не получал антидепрессивного лечения; отчетливые признаки нарушения циркадного ритма.

Динамика состояния при приеме Мелитора

Через 1 неделю терапии Мелитором. Улучшился сон: стал быстрее засыпать, реже просыпаться в течение ночи. Это было расценено, как признак раннего начала действия препарата, которое ассоциировалось с более высокой эффективностью как кратковременной, так и долговременной антидепрессивной терапии [6]. Проведена психообразовательная беседа, настроен на дальнейший прием препарата.

Через 2 недели терапии Мелитором. Отмечает улучшение общего самочувствия, уменьшение соматических симптомов – тяжести за грудиной, тахикардии, болевых ощущений. Повысился аппетит, нормализовался сон. Улучшилось утреннее самочувствие – «стало легче начинать день». Объективно – мимика более живая, темп речи нормальный. Оценка по MADRS – 26 баллов, PHQ-9 – 16 баллов.

Через 4 недели терапии Мелитором. Заметно улучшилось настроение, восстанавливается интерес к прежним занятиям. С работой справляется, хотя и отмечает недостаток мотивации в сравнении с обычным, доболезненным состоянием. Редукция депрессивной симптоматики составила до 70%: MADRS – 11 баллов, PHQ-9 – 7 баллов с легкой степенью нарушения ежедневного функционирования.

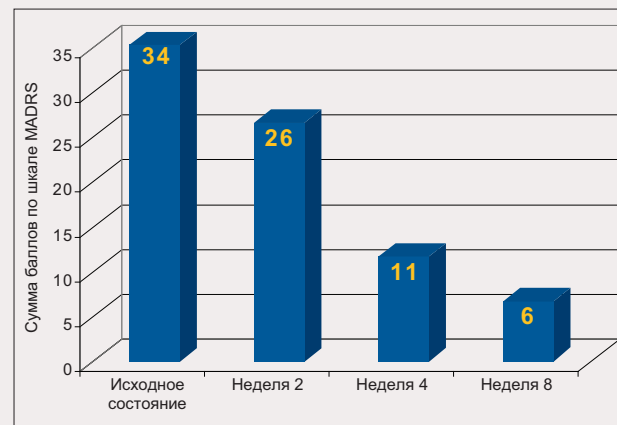


Рис. Динамика общего балла по шкале MADRS у пациента И. на фоне терапии Мелитором

Повторно выполнено исследование печеночных трансаминаз – в пределах нормативных значений.

Через 8 недель терапии Мелитором. Состояние пациента оценивается как становление полной ремиссии. Жалоб нет, активно работает. Полностью восстановилась инициативность и мотивация. Набрал преморбидный вес. Оценка по MADRS – 6 баллов, PHQ-9 – 4 балла без нарушения ежедневного функционирования. При исследовании печеночных трансаминаз – их значения без патологических отклонений.

Катамнез

Спустя год после начала лечения Мелитором наблюдается стойкая асимптоматическая ремиссия с полным восстановлением социального функционирования. Печеночные трансаминазы в пределах нормативных показателей. Продолжает принимать Мелитор. С пациентом достигнута договоренность продолжать прием Мелитора как можно дольше для профилактики рецидива депрессии.

Литература

1. Montgomery S.A., Kasper S. Int Clin Psychopharmacol. 2007; 22: 283-291.
2. Kasper S., Corruble E., Hale A. et al. Int Clin Psychopharmacol. 2013; 28: 12-19.
3. Lemoine P. et al. J Clin Psychiatry. 2007; 68: 1723-1732.
4. Quera Salva et al. Int Clin Psychopharmacol. 2011; 26: 252-262.
5. R.W. Lam et al. Journal of Affective Disorders 117 (2009) S26-S43.
6. Machado-Vieira R., Salvadore G., Luckenbaugh D., Manji H., Carlos Zarate Jr. A. J Clin Psychiatry. 2008; 69 (6): 946-958.



Мелитор®

Агомелатин
Первый мелатонинергический антидепрессант

Антидепрессант первой линии терапии¹

для пациентов с депрессией¹⁻⁵

Мелитор® 25 мг
Агомелатин 25 мг
28 таблеток, вертикаль плоскоовальной

Достоверно снижает уровень тревоги⁵

72% пациентов отвечают на терапию⁶

Раннее эффективное влияние на ангедонию⁴

1-2 таблетки однократно вечером

© 2014 Servier. Все права защищены. Информация о лекарственных средствах для профессиональной деятельности специалистов здравоохранения. Для дополнительной информации посетите сайт www.servier.com