



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія

ПАРОКСИН (ПАРОКСЕТИН)



- Доказанная эффективность при депрессиях^{1,2} и тревогах^{3,4}
- Высокий профиль безопасности^{1,5}
- Удобство приема – 1 раз в сутки⁶
- Самый доступный по цене пароксетин в Украине⁷

1. Stocck F, Nordera G, Jokinen R.N., et al. J. Clin. Psychiatry, 2003 Mar; 64 (3), 250-258.
2. Katzman M.A., Tricco A.C., McIntosh D. et al. J. Clin. Psychiatry, 2007 Dec; 68 (12), 1845-59.
3. Liebowitz M.R., Stein M.B., Tancer M. et al. J. Clin. Psychiatry, 2002 Jan; 63 (1), 66-74.
4. Rickels K., Zaninelli R., McCafferty J. et al. Am J. Psychiatry, 160: 4, 2003.
5. Montgomery S.A. Int Clin Psychopharmacol. 2001 May; 16 (3), 169-78.
6. Инструкция по медицинскому применению препарата № 406 от 14.05.10.
7. Ежедневник «Аптека», № 13 (934), 31 марта 2014 г.

Состав. Действующее вещество – пароксетина гидрохлорида полугидрат. 1 таблетка содержит пароксетина гидрохлорида полугидрата в пересчете на пароксетин 20 мг.

Фармакотерапевтическая группа. Антидепрессанты. Код АТС N06A B05.

Побочные эффекты. Со стороны системы кровообращения: повышенная кровоточивость кожи и слизистых оболочек (экхимоз), тромбоцитопения. Со стороны иммунной системы: аллергические реакции (включая крапивницу и ангионевротический отек). Со стороны эндокринной системы: возможен синдром, обусловленный недостаточной секрецией антидиуретического гормона.

Фармакодинамика. Пароксетин является сильнодействующим селективным ингибитором поглощения нейронами головного мозга 5-гидрокситриптамина (5-НТ, серотонина), что предопределяет его антидепрессивное действие и эффективность.

Категория отпуска. По рецепту.

Информация для специалистов здравоохранения.

Для получения детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения лекарственного средства.

О нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете сообщить в ООО «Фарма Старт» по телефону (044) 281-23-33.



Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО «Фарма Старт», Украина, 03124,
г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8;
Тел.: (+38-044) 281-23-33;
www.phs.ua

Депрессия в повседневной практике врача

На страницах нашего издания тема депрессии поднимается не впервые. С этого номера мы начинаем серию публикаций о депрессии для неврологов и врачей других соматических специальностей, которым в условиях реформирования системы здравоохранения отводится миссия первичного скрининга и наблюдения пациентов с депрессивными расстройствами в сотрудничестве с психиатрами. В основу обзоров положены современные представления о причинных факторах, видах, патогенезе депрессивных состояний, их диагностические критерии и подходы к лечению согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), Руководству по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV); главы из книги E.S. Friedman и I.M. Anderson «Managing depression in clinical practice» и другие литературные источники.

Часть 1. Причины, проявления и классификация депрессивных состояний

Этиологические векторы депрессии

Депрессивные расстройства – разнородная группа состояний психики, общей чертой которых является длительно подавленное настроение, также могут присоединяться в разной степени выраженные когнитивные, нейровегетативные и психомоторные нарушения. Депрессия признана четвертой по значимости медицинской проблемой в мире, а к 2020 году ожидается выйдет на второе место после ишемической болезни сердца (Murray C.J., Lopez A.D. et al., 1997). Медико-социальные последствия депрессии хорошо известны. Депрессия нарушает социальные функции человека, приводит к временной или стойкой нетрудоспособности, резкому ухудшению качества жизни, становится причиной суицидов. Кроме того, депрессия признана самостоятельным фактором риска неврологических, соматических и онкологических заболеваний, снижает эффективность их лечения и реабилитации.

В русле биопсихосоциальной концепции развития заболеваний сформировалось современное представление о многофакторной этиологии депрессии. Последствия воздействия факторов внешней среды и социума, стрессовых, трагических, травмирующих жизненных событий на психику человека определяются индивидуальной предрасположенностью и реактивностью, которые в свою очередь обусловлены генетическими (конституциональными) и личностными особенностями индивида.

Современные терапевтические возможности базируются на нейробиологической концепции развития депрессии. Определенные генетические дефекты и длительная подверженность стрессам приводят к характерным нарушениям соотношения некоторых нейромедиаторов в головном мозге: серотонина, норадреналина, дофамина. Симптомы депрессии ассоциируются со снижением нейротрансмиссии, а принцип действия антидепрессантов заключается в восполнении дефицита соответствующих медиаторов (E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

Депрессия присутствует в симптомокомплексе многих других заболеваний психики: шизофрении, тревожных расстройств, нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, булимия), а также при зависимостях от психоактивных веществ.

Многие неврологические, соматические и онкологические заболевания могут посредством различных механизмов вызывать депрессивное состояние больных: травмы и опухоли головного мозга, инсульт, деменция, эпилепсия, болезнь Гентингтона, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Вильсона, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, псориаз, СПИД, гипер- и гипотиреоз, рак различных локализаций и др.

Отдельно следует выделить ятрогенные причины развития депрессивного расстройства. Многие лекарства вызывают депрессию как побочный эффект: противоопухолевые препараты, интерферон, клонидин, пропранолол, резерпин, амантадин, бромкриптин, леводопа, циклосерин, кортикостероиды, эстрогены, прогестерон, кодеин, морфин, антихолинергические средства, барбитураты, бензодиазепины и др.

Актуальной проблемой в странах постсоветского пространства является пренебрежение врачами и медперсоналом основами профессиональной этики и деонтологии. Бестактное поведение врача в безапелляционно патерналистском стиле без попыток установления эмпатии (эмоционально положительного контакта с пациентом), безусловно, служит дополнительным триггером для развития депрессии, особенно у госпитализированных, тяжелых, онкологических больных, в случаях сомнительного диагноза и неопределенного прогноза, в то время как фактор общения с пациентом и родственниками должен в идеале нести психотерапевтическую функцию.

В соответствии с вышеизложенным можно выделить четыре вектора этиологии депрессии:

- конституциональный (наследственная предрасположенность);
- психореактивный (психотравмирующие события и стрессы, в том числе ятрогенные);
- соматогенный (органические поражения ЦНС и заболевания внутренних органов, в том числе ятрогенные);

– эндогенный (нейрохимические нарушения в ЦНС, природа которых остается неизвестной).

Соответственно, выделяют три круга депрессивных состояний по преимущественному участию одного или нескольких векторов:

- реактивные и невротические депрессии (участвуют конституциональный и психореактивный векторы);
- органические и симптоматические депрессии (преимущественно соматогенный вектор);
- эндогенные депрессии (преимущественно эндогенный вектор).

Признаки и симптомы депрессии

Психологически депрессия характеризуется стабильно и длительно подавленным настроением, определяемым термином «дисфория», а также стабильной утратой способности получать удовольствие от занятий, которые вызывали его раньше (определяется термином «ангедония»). Язык, которым пациенты могут описывать свое состояние, также обычно включает такие слова и выражения, как «беспомощность», «безнадежность», «бессмысленность существования», «разочарование в жизни», «отсутствие будущего» и т.п. Женщины во время разговора о своем состоянии часто плачут. Следует отметить, что установление контакта пациента с врачом (психологом, психотерапевтом или любым другим человеком), готовность говорить о своем плохом настроении и его причинах, само по себе является благоприятным прогностическим признаком.

Психомоторная сфера и поведение могут страдать в двух вариантах. При наличии тревожного компонента депрессии могут наблюдаться психомоторное возбуждение, ажитация, гиперактивность, раздражительность. Пациент или родственники часто характеризуют это состояние фразами «не находит себе места», «невозможно сконцентрироваться» и т.п. Тревожное возбуждение необходимо дифференцировать с маниакальной фазой биполярного аффективного расстройства, помня о том, что фазы депрессии при этом расстройстве по времени в три раза дольше, чем маниакальные фазы. Реже при депрессии наблюдается психомоторная ретардация: снижение повседневной активности, заторможенность мышления, ограничение или отказ от общения (мутизм), которые в экстремальной степени выраженности описываются термином «кататония». Контактные пациенты предъявляют жалобы на быструю утомляемость, «упадок сил», «отсутствие энергии», «нежелание начинать что-либо делать».

По доминирующим проявлениям и жалобам можно определить этиологические векторы депрессии. Идеи самообвинения, тревога, раздражительность, агрессия, негативистское отношение к самому себе и окружающим людям, болезненное переживание собственной некомпетентности в тех или иных жизненных ситуациях, пессимистичный взгляд в будущее более характерны для невротических и реактивных депрессий, которые имеют явные или скрытые конституциональные и социальные причины развития. Апатия, ангедония, отсутствие даже базовых мотиваций, бездельность и обездвиженность, кататония и избегание любых социальных контактов, в том числе с врачом или психотерапевтом, более характерны для тяжелого эндогенного депрессивного расстройства.

Самыми серьезными проявлениями депрессии являются суицидальные мысли и суицидальное поведение. Следует отличать истинно суицидальные тенденции, при которых может быть преодолен инстинкт самосохранения, от аутоагрессии и суицидального поведения демонстративно-манипулятивного характера, которые чаще наблюдаются у подростков и молодых людей. Это трудная задача, требующая углубленной оценки условий жизни, поиска истинных, зачастую скрытых причин и мотивов поведения. Важно помнить о том, что суициды совершаются не в состоянии стабильно плохого настроения, а в состояниях ажитации и тоскливого аффекта (часто на фоне алкогольного/наркотического опьянения), и эта «вспышка самоуничтожения» почти всегда вызвана конкретным пусковым фактором (событием, информацией, отношением людей). Оценить прогноз помогает тщательный анализ сказанного пациентом и его поведение по словам родственников. Высказывания типа «жизнь не стоит того, чтобы жить», «мое существование бессмысленно», «у меня нет будущего» являются относительно

благоприятными и обычно отражают социальную фрустрированность, несовпадение стремлений и ожиданий человека с реалиями жизни, в то время как разговор вокруг конкретных способов и планов на совершение самоубийства, а особенно факты такого планирования, безусловно, являются тревожными признаками и служат показанием к госпитализации в психиатрический стационар. Факторами риска также являются суицид в семейном анамнезе, плохой ответ на терапию антидепрессантами, отсутствие терапевтического альянса с врачом или психотерапевтом, импульсивное и агрессивное поведение (E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

Соматические проявления депрессии обычно включают нарушения сна в виде инсомнии или гиперсомнии и нарушения аппетита (понижение или повышение), которые сопровождаются изменением массы тела.

Классификация и диагностические критерии депрессивных состояний

В Международной классификации болезней (МКБ-10) депрессия классифицируется как большое депрессивное расстройство (БДР, рубрика F32) и рекуррентное депрессивное расстройство (рубрика F33). БДР характеризуется как эпизод депрессии, который диагностируется при наличии в течение как минимум двух недель следующих симптомов:

Основные симптомы:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня независимо от ситуации;

- утрата интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания;

- чувство неуверенности в себе;

- идеи самоуничтожения и/или виновности;

- мрачное и пессимистическое видение будущего;

- мысли или действия, связанные с самоубийством;

- нарушенный сон;

- сниженный аппетит.

Рекуррентным (возвратным) депрессивным расстройством считается любой эпизод депрессии, который соответствует критериям БДР, у пациента с наличием в анамнезе как минимум одного перенесенного депрессивного эпизода.

Как БДР, так и рекуррентное депрессивное расстройство имеют три градации тяжести в зависимости от количества и комбинации симптомов:

- легкая — 4 симптома, из них 2 основных, незначительные нарушения повседневной активности;

- умеренная — 5-6 симптомов, из них 2 основных, умеренные нарушения повседневной активности;

- тяжелая — 7 и более симптомов при наличии всех трех основных, невозможность продолжать нормальную жизнедеятельность.

Также выделяется тяжелое БДР с психотическими симптомами (бред, галлюцинации, ступор, кататония и др.).

В четвертой редакции Руководства по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-IV*) униполярная депрессия (после исключения биполярного аффективного расстройства) классифицируется как БДР и дистимическое расстройство. БДР характеризуется как депрессивный эпизод длительностью от двух недель, в течение которого индивид испытывает пять и более симптомов депрессии, что сопровождается нарушением привычной жизнедеятельности. Так же как в МКБ выделяется три градации тяжести БДР по количеству симптомов; подавленное настроение и ангедония считаются основными.

Дистимия характеризуется как менее тяжелое, чем БДР, но хроническое, персистирующее состояние подавленного настроения, которое отмечается у индивида практически ежедневно и большую часть дня в течение 2 лет и более. От БДР дистимия условно отличается менее выраженными симптомами, медленным их развитием, но большой длительностью и стабильностью.

Также в DSM-IV выделяют дополнительные субкатегории БДР, которые подчеркивают определенные характеристики расстройства:

- с меланхолическими признаками — для описания состояния с экстремально тяжелой ангедонией, почти полной потерей интереса и безучастностью;

- с кататоническими признаками — для описания БДР с наличием как минимум двух признаков из перечисленных: каталепсия или ступор, избыточная или бессмысленная двигательная активность, поструральная ригидность или мутизм, позирование, стереотипные движения, гримасничание, эхолалия или эхопраксия (повтор слов или движений других людей);

- с психотическими признаками — для описания сопутствующих психотических симптомов, которые чаще конгруэнтны (совпадают) с депрессивными идеями, реже неконгруэнтны нарушению настроения (бред преследования, разорванность мышления, галлюцинации и др.);

— с признаками сезонности — для описания специфики появления или исчезновения симптомов депрессии в определенное время года (например, «осенне-зимняя депрессия», которая проходит весной).

Особенности депрессии у отдельных категорий пациентов

Депрессия у детей и подростков

Решающее влияние на формирование психики ребенка и аффективных расстройств, в том числе депрессии, оказывают микросоциальные факторы: наличие тревожно-фобических расстройств у родителей, крайности воспитания и условий развития ребенка (гиперопека или, наоборот, пренебрежение и дефицит внимания), ранняя социализация ребенка, столь востребованная в современном обществе, психотравмирующие ситуации.

Симптоматика депрессивных расстройств у детей и подростков в целом не отличается от таковой у взрослых. Легко распознаваемыми признаками депрессии могут быть проблемы с учебой, общением со сверстниками в школьном коллективе, утрата интереса к занятиям и развлечениям, которые раньше доставляли удовольствие.

В большей мере, чем взрослые, дети и подростки в состоянии дисфории могут быть раздражительными и проявлять агрессию.

Возможности медикаментозного лечения депрессии у данной категории пациентов крайне ограничены, поскольку лишь некоторые антидепрессанты одобрены для применения у детей (E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010). Подробнее этот аспект будет рассмотрен в обзоре по лечению депрессии.

Депрессия в пожилом возрасте

Распространенность большого депрессивного расстройства (по критериям DSM-IV) в старших возрастных группах населения уменьшается по сравнению с молодыми (W.G. Brown et al., 2008), в то время как частота завершенных суицидов растет, и среди лиц старше 86 лет является самой высокой (P. Waraich et al., 2004). Бремя хронических заболеваний, одиночество, выход на пенсию, социальная незащищенность и бедность являются главными причинными факторами депрессии в пожилом возрасте.

Диагностику депрессии у пожилых пациентов на основании официальных критериев затрудняет то, что они более склонны предъявлять соматические жалобы, чем говорить о своем плохом настроении. Другие симптомы из критериев диагностики депрессии, такие как нарушение сна, аппетита и утомляемость, также характерны для нормального старения.

Депрессии у пожилых часто сопутствуют цереброваскулярные заболевания и когнитивное снижение. Ишемия мозга может становиться отдельной причиной развития депрессии. Существуют понятия васкулярной депрессии и постинсультной депрессии, которые связаны соответственно с хроническим или острым нарушением кровоснабжения определенных участков мозга. Для васкулярной депрессии характерны взаимоотношения с когнитивным дефицитом и плохой ответ на терапию антидепрессантами (E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

Депрессия у женщин

Риск развития депрессивных расстройств в течение жизни у женщин почти в 2 раза выше, чем у мужчин (W.G. Brown et al., 2008). Самая высокая подверженность депрессии наблюдается в детородном периоде жизни женщины и коррелирует с эндокринной активностью яичников. Эстроген рассматривался как возможный медиатор депрессивных состояний у женщин, однако исследования с применением эстрогенов для лечения депрессии в пре- и постменопаузе не дали результатов, поэтому гормональная заместительная терапия не входит в рекомендации и протоколы лечения депрессии (R.C. Kessler et al., 2003).

Частота депрессий у беременных не выше, чем у остальных женщин. Послеродовая депрессия развивается у 13% рожениц, и ее следует отличать от транзиторного состояния сниженного настроения, которое особенно часто развивается у первородящих женщин, может длиться до 10 дней после родов, но не нарушает взаимоотношений между матерью и ребенком (M.W. O'Hara et al., 1996). Депрессивное состояние, которое длится дольше и приводит к психосоциальной дезадаптации матери, следует расценивать и вести как депрессивный эпизод.

У женщин по сравнению с мужчинами депрессия чаще сопровождается высоким уровнем тревоги, расстройствами пищевого поведения (булимией) и соматическими и вегетативными симптомами. Также женщины с депрессией более склонны к суицидам, в то время как мужчины — к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ (A.J. Rush, 2007).

В следующем обзоре будут рассмотрены принципы лечения депрессии.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



ФАРМАСТАРТ

неврология • психиатрия

ЭСЦИТАМ

(ЭСЦИТАЛОПРАМ)



Высокая эффективность при депрессиях и тревогах^{1,2,3,4}

Доказанная биоэквивалентность оригинальному эсциталопраму⁵

Один из самых доступных по цене эсциталопрамов в Украине⁶

- Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22: 1331-4.
- Khan et al. Clin Drug Invest, 2007; 27: 481-92.
- Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21: 297-309.
- Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189: 264-1-72.
- Bioequivalence Study Number: 2007-003996-38, Clin.Report, Dec.2007, Summary, p.8.
- http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_prices_drugs/?_pg=1.

Состав: действующее вещество: эсциталопрам;
1 таблетка содержит эсциталопрама гидроген оксалата соответственно 10 мг и 20 мг.

Фармакотерапевтическая группа. Антидепрессанты. Код АТХ N06A B04. Показания. Лечение больших депрессивных эпизодов, панических расстройств с или без агорафобии, социальных тревожных расстройств (социальная фобия), генерализованных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств.

Побочные эффекты. Эсцитам, как правило, являются преходящими и незначительными. Тошнота, снижение или усиление аппетита, диарея, запор, рвота, сухость во рту, тревога, беспокойство, аномальные сны, снижение либидо, аноргазмия у женщин, бессонница, сонливость, головокружение, парестезия, тремор.

Фармакодинамика. Эсцитам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, который обуславливает клинические и фармакологические эффекты препарата. Он обладает высоким сродством к основному связывающему элементу и сопредельному с ним аллостерическому элементу транспортера серотонина и не обладает совсем или обладает очень слабой способностью связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT_{1A}, 5-HT₂-рецепторы, дофаминовые D₁- и D₂-рецепторы, α₁-, α₂-, β-адренергические рецепторы, гистаминовые H₁-, M-холинорецепторы, бензодиазепиновые и опиатные рецепторы.

Категория отпуска. По рецепту.

Информация для специалистов здравоохранения.

Для получения детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения лекарственного средства.

О нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете сообщить в ООО «Фарма Старт» по телефону (044) 281-23-33.



Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО «Фарма Старт», Украина, 03124,
г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8;
Тел.: (+38-044) 281-23-33;
www.phs.ua