

Прихована депресія у пацієнтів соматичного профілю

Пацієнти із прихованою депресією мають численні скарги соматичного характеру, такі як біль різної локалізації (головний, серцевий, м'язовий), безсоння, розлади травлення, астенія. При цьому вони не визнають наявності проблем в емоційній сфері. Вчасні виявлення та терапія прихованих депресивних станів є необхідною умовою успішного лікування таких хворих. Як розгледіти депресію за соматичними симптомами та що робити далі розповів учасникам науково-практичної конференції «Мультидисциплінарний підхід до кардіо-неврологічних проблем» (28 травня 2020 року) завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д. мед. н., професор Олег Созонтович Чабан.



О.С. Чабан

Професор зазначив, що прихована депресія, яку також називають соматизованою, масковою, ларвованою або латентною, — це ендогенний депресивний стан, за якого серед клінічних проявів на перший план виступають різноманітні, часто неспецифічні соматичні симптоми, а власне афективна симптоматика є прихованою або малодиференційованою. При цьому для прихованої депресії характерні ті ж біохімічні розлади в мозку, що й для депресії з типовими симптомами.

Прихована депресія часто не потрапляє в поле зору психіатрів, психотерапевтів та психологів, із нею працюють лікарі іншого фаху, зокрема кардіологи, неврологи, сімейні лікарі, які не завжди усвідомлюють, що мають справу із психоемоційними проблемами. За даними N. Sartorius et al. (1996), соматизовану депресію має кожен четвертий пацієнт лікаря загальної практики. Як сімейним лікарям, так і спеціалістам вкрай важливо опанувати підходи, що допоможуть впливати на емоції пацієнтів та поліпшувати якість їхнього життя.

Лектор приділив особливу увагу впливу психічних розладів на перебіг та прогноз серцево-судинних захворювань (ССЗ). В.Н. Краснов (2020) зазначає, що розлади тривожно-депресивного спектра дуже поширені серед пацієнтів із функціональними та органічними ССЗ. На них страждають:

- 82% осіб із нейроциркуляторною дистонією;
- 61% пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС);
- 60% осіб з артеріальною гіпертензією;
- 54% хворих на хронічну серцеву недостатність.

Ф.Ю. Копилов та співавт. (2005) виявили, що пацієнти з ІХС та супутніми тривожними розладами або депресією мають гірший прогноз і підвищений ризик серцево-судинних подій. Чим у людини глибше почуття безнадійності, приреченості, тим вищий ризик смерті з усіх причин, передусім унаслідок ССЗ (Kassin, 2004). Carney et al. (2018) встановили, що ризик смерті протягом року після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ІМ) у разі приєднання депресії підвищується в 2,5 рази. Натомість терапія антидепресантами упродовж 12 тижнів після перенесеного інсульту збільшує виживаність пацієнтів протягом дев'ятих років у шість разів (Ricardo et al., 2003).

Цікавими є результати дослідження зв'язку ССЗ із депресією на рівні мозку: у хворих на ІХС, що перенесли ІМ, відзначали хронічну дисциркуляторну енцефалопатію, ступінь виразності якої корелював із тяжкістю депресії (Шелковнікова та співавт., 2012).

О.С. Чабан зазначив, що лікар від початку ведення хворого із соматичними симптомами має розглядати вірогідність наявності у нього депресії. Отже, завданнями лікаря є:

- виявити пацієнта із прихованою депресією, провести синдромальну діагностику;
- вирішити, чи потрібно направити його до психіатра, психотерапевта чи психолога, а у разі самостійного ведення хворого — призначити правильне лікування та контролювати його результати.

Лектор зазначив кілька типових особливостей поведінки пацієнта із прихованою депресією: він активно заперечує наявність

емоційних проблем, постійно приймає якісь ліки, часто — психотропні, весь час щось жує, має порушені режим дня та харчування, зловживає алкоголем, є песимістом, потребує любові та підтримки більше за інших. Провокувати розвиток депресії в осіб із соматичними хворобами може застосування деяких антигіпертензивних засобів, серцевих глікозидів, стероїдів, антиконвульсантів, нестероїдних протизапальних препаратів, антибіотиків, протитуберкульозних засобів (Вейн, 2002).

Олег Созонтович також приділив увагу психологічним проблемам, що виникають внаслідок самотності, ізоляції та самоізоляції. Ці проблеми особливо загострилися через карантин, введений для запобігання поширенню коронавірусної хвороби COVID-19. Встановлено, що соціальна ізоляція підвищує рівень маркерів запалення та, як наслідок, ризик розвитку ССЗ, а також впливає на показники смертності не менше, ніж ожиріння чи куріння (Brown et al., 2008; Holt-Lunstad, 2017).

Очевидно, що пандемія та карантин мають та надалі матимуть тяжкі наслідки для психічного здоров'я населення. У людей немає досвіду подібних ситуацій, тому вони постійно перебувають у хронічному стресі чи дистресі. Це проявляється зростанням агресії, зловживанням алкоголем, унікаючою поведінкою. Поступово на зміну стресовим розладам приходять депресивні. Вже відзначено, що в умовах пандемії жертвами депресії частіше стають жінки (Henriques, 2020).

Доповідач нагадав слухачам, що встановлювати психіатричні діагнози, згідно із Законом України «Про психіатричну допомогу», мають право виключно лікарі-психіатри. Інші фахівці можуть зазначити в картці пацієнта лише синдроми та синдромокомплекс (депресивний, тривожний, тривожно-депресивний синдроми тощо) або феномени (стійке безсоння, емоційна лабільність, тривожність).

За наявними даними, лише 20% лікарів загальної практики виявляють у своїх пацієнтів психічні розлади та лише 5% розуміють, що це за порушення. При цьому тільки в 5% випадків лікарі призначають правильну терапію, в 15% — адекватні лікарські засоби, але в неналежних дозах та термінах; відповідно, у 80% випадків пацієнт отримує неправильні призначення. О.С. Чабан закликав лікарів різних спеціальностей при лікуванні психічних відхилень, зокрема депресії, керуватися науковими даними, принципами доказової медицини та затвердженими протоколами.

Лікарі-інтерністи мають призначати лише антидепресанти першої лінії. Згідно з вітчизняним Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» (2014), до препаратів першої лінії належать: агомелатин, бупропіон, венлафаксин, дулоксетин, есциталопрам, міансерин, міртазапін, пароксетин, сертралін, тіанептин, флуоксетин, флувоксамін, циталопрам. Це антидепресанти таких груп, як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (СІЗЗН), агоністи мелатонінових рецепторів та антагоніст серотонінових 5-НТ₂-рецепторів. Вони мають кращий

профіль безпеки та переносимість порівняно з представниками попередніх поколінь — трициклічними антидепресантами та інгібіторами моноаміноксидази. Антидепресанти мають схожу ефективність, тому критерієм вибору для конкретного пацієнта мають бути також характер побічних ефектів, простота застосування, наявність у пацієнта коморбідних станів, вартість тощо.

За результатами системного огляду та метааналізу 522 досліджень, більшість найефективніших антидепресантів, що добре переносяться, належить до групи СІЗЗС (Cipriani et al., 2018). Класичним представником групи СІЗЗС, що має ґрунтовну доказову базу, є антидепресант першої лінії есциталопрам (**Гіацинтія**, «Київський вітамінний завод»). Його призначають при депресивному, тривожному, панічному, соціально-тривожному, обсесивно-компульсивному розладах, а також депресивному та тривожно-депресивному синдромах.

Препарат застосовують для дорослих у дозі 10–20 мг/добу (вранці), починаючи з 5 мг/добу та поступово нарощуючи дозу (наприклад, упродовж тижня — до 10 мг). Титування дози допомагає запобігти виникненню побічних ефектів. Так само при скасуванні препарату проводять титування дози в бік зменшення до 5 мг/добу.

На 10–15-й день треба оцінити, чи не викликає лікування несприятливих реакцій (серотонінового синдрому, порушень сну тощо). На терапевтичну відповідь варто чекати за 2–3 тижні, а оцінювати ефективність препарату за опитувальниками та шкалами — через місяць після початку застосування. Відповідно, не раніше, ніж через місяць, можна приймати рішення про зміну дози. Тривалість лікування есциталопрамом за соматизованою депресією — 3–6 місяців, обов'язково у комплексі з психотерапією.

На завершення О.С. Чабан нагадав, що з 2019 р. на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ ім. О.О. Богомольця проводять тематичне удосконалення лікарів за профільними дисциплінами.

Підготувала **Тетяна Ткаченко**

37

Escitalopram
Гіацинтія

Відкрий спокій

10 мг

Лікування тривожних розладів

30 таблеток, порція лікувальної обсягом, по 10 мг

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Жити без компромісів!

Інформація надана скороченою повною інформацією про препарат можна знайти в інструкції
для медичного застосування препарату.
Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, а також для поширення в інших спеціалізованих закладах з медичної тематики.