

# Антидепрессант Золофт в практике врача-терапевта

**Работа врача любого профиля имеет свои особенности. Специфика работы врача-терапевта определяется широким спектром его диагностической и лечебной деятельности, подчас не имеющей четких границ. В диагностике и лечении болезней сердечно-сосудистой системы терапевт взаимодействует (сотрудничает, а иногда и конкурирует) с кардиологом, в лечении болезней системы органов пищеварения – с гастроэнтерологом, в лечении болезней почек – с нефрологом и урологом и т. д. Терапевты наряду с травматологами и ревматологами довольно часто занимаются лечением пациентов с остеохондрозом, артрозом и артритом. Именно терапевт может быть основным врачом для больных с несколькими сопутствующими заболеваниями, поскольку ему приходится реализовать на практике принцип «лечить не болезнь, а больного» и подчас составлять заключительный план комплексного лечения, учитывающий назначения узких специалистов.**

Совершенно справедливо терапевта называют «первичным звеном» системы здравоохранения и «семейным врачом», поскольку ему приходится решать вопросы первичной диагностики и лечения многих заболеваний. Многие пациенты независимо от выявленной патологии остаются под его наблюдением, а лечение остальных (направленных к узким специалистам) в последующем может проводиться при его участии. И конечно же, для каждого пациента врач-терапевт в идеале должен быть личным психотерапевтом.

В своей деятельности врач-терапевт часто сталкивается с теми или иными проявлениями депрессии, выявляющимися у многих больных терапевтического профиля. По статистике, 80% всех пациентов с депрессивными расстройствами первично обращаются к терапевту, что обусловлено как объективными, так и субъективными причинами.

Среди объективных причин можно выделить взаимовлияние патогенетических механизмов психических расстройств и органических заболеваний (в том числе внутренних болезней). С одной стороны, депрессия может создавать условия для формирования органических заболеваний, отягощать и изменять их течение. Опосредуется это через множество нейроэндокринных и иммунологических механизмов, по поводу взаимодействия которых на сегодняшний день не существует единого мнения. Однако считается, что они реализуются через существенные нарушения вегетативных функций, что обуславливает формирование «органных неврозов». Патологическое усиление симпатoadреналовых влияний может сопровождаться формированием стойкой артериальной гипертензии, гипертиреозом, снижением толерантности к глюкозе, повышением содержания ферментов воспаления в синовиальной жидкости. Парасимпатические патологические влияния способствуют формированию бронхоспастического синдрома и гиперсекреции желудочного сока.

С другой стороны, патогенез длительно протекающих хронических соматических заболеваний предполагает формирование определенных психологических изменений, создающих предпосылки к развитию депрессии. К числу так называемых психосоматических расстройств относятся не только органические неврозы (синдром «раздраженного желудка», «раздраженного кишечника», «раздраженного мочевого пузыря» и других «раздраженных» органов, функциональный копростаз, ахалазия пищевода), но и возникающие условно-рефлекторно приступы стенокардии, бронхоспазма и т. п. Подобные расстройства часто сопровождаются фобиями (страх недержания газов, невозможности воспользоваться туалетом) и психореактивными состояниями (невротическими синдромами, аффективными и патохарактерологическими реакциями).

Таким образом, одну группу пациентов с депрессией на приеме у терапевта

составляют «диспансерные» больные, у которых появились новые симптомы, а другую – новые пациенты, которые обратились к терапевту с соматическими проявлениями депрессии.

Следует отметить, что в данных сложных условиях своевременная диагностика депрессивных расстройств во многом зависит от квалификации врача: появление соматических симптомов у больного с депрессией часто ошибочно воспринимается как вегетативные проявления психогенных расстройств, а присоединение симптомов депрессии к клинике соматического заболевания – как астеновегетативный или «ипохондрический» синдром (в составе клиники основного заболевания). Диагностический принцип поиска одного заболевания, объясняющего всю полноту симптоматики у конкретного больного (верный в большинстве случаев), при диагностике депрессии часто играет с врачом злую шутку. Кроме того, первичное появление депрессивной симптоматики или присоединение ее к соматической патологии значительно снижает приверженность больного к лечению.

Что касается субъективных причин столь высокой частоты обращения пациентов с депрессией к терапевту, то можно отметить, что значительная часть больных, даже догадывающихся о природе своего состояния, под влиянием субъективных факторов предпочитает обратиться за помощью не к психиатру (одни опасаются огласки факта наблюдения у психиатра и связанных с этим социальных ограничений, другие – предполагаемых негативных побочных эффектов психотропных средств).

Специфика лечебной деятельности врача широкого профиля определяет и особенности выбора лекарственных препаратов. Как показывают собственные наблюдения, врачи-терапевты предпочитают начинать лечение с препаратов широкого спектра действия с доказанным терапевтическим эффектом, без выраженных побочных влияний и неблагоприятных взаимодействий с другими лекарственными средствами, обладающих положительным влиянием на наиболее часто встречающуюся сопутствующую патологию, имеющих удобный режим приема, – то есть препаратов первого ряда, безопасных и эффективных у большинства больных. Так, при лечении артериальной гипертензии мы чаще начинаем терапию с применения современных антагонистов кальция (амлодипина) или ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (квинаприла, лизиноприла). При выборе антибактериальной терапии мы чаще начинаем лечение с антибиотиков широкого спектра действия. Для лечения депрессивных состояний в арсенале врача-терапевта такое место занимают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), в частности сертралин (Золофт, «Файзер»).

Являясь характерным представителем группы СИОЗС, Золофт имеет все основные преимущества данной группы антидепрессантов. От других препаратов,

применяющихся в лечении депрессивных состояний, СИОЗС отличаются меньшим количеством и меньшей выраженностью побочных эффектов. Они не усиливают влияние алкоголя и транквилизаторов при одновременном приеме. Препараты этой группы в отличие от сульпирида не оказывают влияния на уровень пролактина.

Если посмотреть перечень побочных эффектов СИОЗС, то становится не по себе (как доктору, так и пациенту): возможны тревога, нарушения сна, зрения, походки, расстройства пищеварения, половой функции и органов эндокринной системы. Однако в нашей клинической практике встречались только парасимпатикотонические эффекты СИОЗС: потливость, гипотензия и головокружение, сухость во рту, причем частота этих эффектов была довольно низкой.

Показанием к назначению Золофта являются депрессия (в том числе сопровождающаяся ощущением тревоги) при наличии или отсутствии мании в анамнезе; обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) у взрослых и детей;

панические расстройства, сопровождающиеся или не сопровождающиеся агорафобией; посттравматическое стрессовое расстройство; социальная фобия (социальное тревожное расстройство). При удовлетворительном результате лечения продолжение терапии сертралином является эффективным средством предотвращения рецидива начального эпизода депрессии и его развития в будущем; рецидива начального эпизода обсессивно-компульсивного расстройства; панического расстройства, начального эпизода посттравматического стрессового расстройства, социальной фобии.

Сертралин не вызывает развития лекарственной зависимости; не обладает стимулирующим и тревожным эффектами, характерными для D-амфетамина, или седативным действием и психомоторными нарушениями, характерными для алпралолама; не оказывает стимулирующего, седативного или антихолинергического действия, а также не проявляет кардиотоксического эффекта в эксперименте.

**Широкий спектр показаний и значительные терапевтические возможности, высокая и прогнозируемая эффективность, удобство назначения (приема и контроля), незначительная частота побочных эффектов обуславливают выбор препарата Золофт в качестве средства лечения депрессии, а также сопутствующих психогенных и вегетативных расстройств в общетерапевтической практике.**

## АНОНС

### УКРАЇНСЬКА ПРОТІЕПІЛЕПТИЧНА ЛІГА

ЛДНЦ «Епілепсія», Україна, 04080 Київ, вул. Фрунзе, 103а  
Тел: 38(044) 468-21-27, факс: 38(044) 468-16-55, e-mail: ulae-off@ukr.net

XIV конференція Української протіепілептичної ліги з міжнародною участю

## Діагностичні, лікувальні та соціальні аспекти епілепсії

13-15 травня 2010 р., м. Харків

У роботі конференції братимуть участь провідні фахівці з України та інших країн. Запрошення від імені оргкомітету є підставою для відрядження.

Місце проведення конференції:

м. Харків, санаторій «Березовські мінеральні води».

Заявки на участь у конференції просимо подавати до 15 березня 2010 р.

поштою на адресу: 61068 м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46,  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»,  
Харківське відділення УПЕЛ  
або тел.: +38(057) 392-00-32  
або e-mail: epyliga2009@mail.ru

Оргкомітет залишає за собою право змінювати форму доповіді. Інформація щодо організаційного внеску для участі в конференції буде надана у наступному інформаційному листі. Проїзд на конференцію делегати здійснюють за власний рахунок.

Звертаємо увагу, що бронювання номера в санаторії гарантується лише за умови своєчасного подання заявки. Зворотними квитками оргкомітет не забезпечує.

Адреса організаційного комітету:

61068 м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (контактна особа – А.Є. Дубенко).

Відповідальний секретар УПЕЛ – Наталія Володимирівна Зав'язкіна.  
Тел.: 38(068) 126-55-07, e-mail: ulae-off@ukr.net