

# Депрессия в общей практике

**Проблема депрессий в настоящее время рассматривается как одна из основных и в психиатрической, и в общемедицинской практике. В материалах ВОЗ имеются данные, свидетельствующие о том, что более 110 млн человек в мире страдают этим заболеванием. По мнению большинства авторов, сохраняется устойчивая тенденция к последовательному увеличению распространенности депрессивных расстройств. При этом больные с такими нарушениями преимущественно обращаются к врачам общей практики.**

В настоящее время депрессия определяется как болезненное состояние с характерным чувством тоски, подавленности, отчаяния, с мыслительной и двигательной заторможенностью. Общепринято деление депрессий на две основные группы — эндогенную и психогенную. Согласно МКБ-10 депрессия рассматривается преимущественно с позиции расстройств настроения (аффекта): выделяются депрессивные эпизоды в рамках биполярного аффективного расстройства, депрессивный эпизод (легкий, умеренный, тяжелой степени тяжести), рекуррентное депрессивное расстройство, хронические аффективные расстройства настроения (дистимия, циклотимия); описываются депрессивные реакции на стресс, депрессивные расстройства поведения детского и подросткового возраста, органические депрессии. Депрессивное изменение настроения наряду с искажением когнитивных процессов может сопровождаться моторным торможением, снижением мотивации к деятельности, соматовегетативными дисфункциями.

Для депрессии диагноз может быть поставлен при наличии определенных симптомов, несколько из них являются основными, другие — дополнительными.

Ниже приведены критерии диагноза депрессии по МКБ-10.

Обязательно наличие двух (возможно более) из следующих симптомов:

- сниженное депрессивное настроение в течение большей части дня;
- утрата интересов и способности получать удовольствие от того, что ранее радовало;
- наличие чувства утраты (снижения) энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- снижение способности концентрации внимания;
- снижение самооценки;
- идеи самоуничтожения и виновности;
- нарушения сна любого типа;
- снижение аппетита, уменьшение массы тела;
- суицидальные тенденции.

Длительность депрессивного состояния — не менее 2 нед.

Структура депрессии определяется разными соотношениями в аффективной, идеаторной и моторной сферах. Значительно распространены астенические депрессии. Часто встречаются тоскливая и тревожная депрессии, определяемые по преобладанию тоски или тревоги. Наиболее типичными симптомами тоскливой депрессии наряду с чувством подавленности, отчаяния, «душевной боли», безнадежности являются замедленность мыслей, «пустота в голове», трудность сосредоточения внимания, ухудшение памяти. Тревога приводит в общую картину депрессии чувство напряженности, сдавленности, угрозы несчастья со стремлением

к нецеленаправленному двигательному беспокойству. При дисфорической депрессии отмечаются отрицательные ощущения и эмоции, распространяющиеся на все вокруг и на собственное самочувствие, склонность к агрессии в отношении окружающих и самого себя. При апатической депрессии характерны безразличие, скука, отсутствие желаний и побуждений к деятельности, ощущение пустоты, бесчувствия, тягостной безучастности.

**Депрессии с преимущественно вегетативными и соматизированными расстройствами можно квалифицировать, если сниженный фон настроения находится на втором плане, а на первый выступают соматические клинические симптомы различных заболеваний. Нередко встречается адинамическая депрессия — с апатией, слабостью, бессилием, безразличием к окружающему.**

Возможны и другие виды депрессий: ажитированная, астеническая, с бредом самообвинения, ироническая, слезливая, ступорозная, с бредом громадности, нигилистическим бредом, бредом обвинения и осуждения, преследования и др. Фиксация на своем здоровье с пессимистической оценкой настоящего и будущего может стать ведущей в клинической картине заболевания.

**Особое место в медицинской практике принадлежит соматизированным депрессиям. Наиболее общим признаком этих вариантов депрессивных расстройств можно считать наличие в их структуре наряду с аффективными болезненными симптомами, затрагивающих соматическую сферу.**

Депрессия как бы маскируется соматическими расстройствами, локализованными в различных органах и системах организма. Если у больного наблюдаются повышенная утомляемость на протяжении дня, сонливость, сочетающаяся с бессонницей среди ночи и ранним пробуждением, потеря аппетита, изменения в массе тела, повышенное беспокойство, снижение либидо, аменорея и другие менструальные расстройства, психосоматические нарушения, касающиеся сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, суставов, кожи (снижение тургора кожи, ломкость волос и ногтей), болевые ощущения (в области головы, сердца), невралгии, длительные алгии в грудной клетке (нехарактерные для стенокардии), стойкая астения (при невыраженной железодефицитной анемии), нерешительность или потеря концентрации, ощущение своей ненужности, повторяющиеся мысли о смерти, следует думать о депрессии.

Понятие маскированных депрессий и депрессивных эквивалентов получило значительное распространение

в 70-80-х гг. прошлого столетия в связи с необходимостью привлечь внимание к выявлению депрессий в общемедицинской практике. В результате была облегчена задача расшифровки депрессивной природы широкого круга расстройств.

Существенное значение для диагностики депрессивных состояний имеет несоответствие динамики соматовегетативных расстройств характеру течения соматического заболевания (например, гастроинтестинальные жалобы при зарубцевавшейся язве), астения, расстройства сна и другие признаки, сохраняющиеся в клинической картине (несмотря на успешное лечение гипотиреоза).

Лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями очень часто имеют астенодепрессивный синдром (к плохому настроению присоединяется повышенная раздражительность). При артериальной гипертензии возможны тревожно-депрессивные реакции. Замечено, что соматические заболевания имеют конкретный вид аффективной патологии. При желудочно-кишечных заболеваниях высока вероятность возникновения ипохондрических депрессий, при язвенном колите — астенодепрессивных состояний, при заболеваниях печени — дисфорическая, при сердечно-сосудистых заболеваниях — невротическая депрессия с фобическими компонентами, которые могут резко усиливаться при стенокардии. Тревожная депрессия преимущественно может развиваться в предынсультном состоянии, астеноипохондрическая — при развивающейся глухоте; апатическая депрессия характерна для алиментарной дистрофии, тяжелых сепсисов, тяжелого туберкулеза. При эпидемических и других энцефалитах возможны тревожно-депрессивные состояния с чувством внутреннего напряжения и др. При диэнцефальной реакции на тяжелые соматические заболевания, длительной нагрузке на вегетативную нервную систему может развиваться вегетативная депрессия. Состояния эйфории могут возникнуть при легочном туберкулезе, в период реконвалесценции после тяжелых заболеваний, при гриппе, некоторых эндокринных заболеваниях.

Очевидно, что так называемая органическая, или большая, депрессия проявляется при определенных структурных органических поражениях мозга, а это уже неврологический взгляд на проблему. Широко обсуждаются такие проблемы, как паркинсонизм и депрессия, гипоталамическая недостаточность и депрессия, деменция и депрессия. Эта патология является наиболее характерным психопатологическим проявлением рассеянного склероза и т. д. Большое количество органических заболеваний нервной системы, имеющих определенную структурную и химическую основу, проявляется депрессией.

**Из класса психогенных болезней вырастают все психовегетативные нарушения, психомоторные расстройства, психогенные и психосенсорные нарушения. Здесь в основе болезни лежат психогенные факторы, на начальных этапах — невротические конфликты, стрессорные ситуации.**

Очевидно, что среди этих психогенных заболеваний определенное место занимают и депрессивные нарушения. Выделяются депрессивный и астенический неврозы.

В общесоматической практике больные обычно предъявляют жалобы, касающиеся их физического состояния. Основная доля — это пациенты с атипичными амбулаторными формами, когда депрессия протекает под маской вегетативных и алгических проявлений. Боль — один из самых распространенных симптомов; при ее разных формах врач видит, что где-то имеет место локальный патологический процесс.

**Депрессия играет особую роль в возникновении таких распространенных заболеваний, как хронические боли: боли в спине, в том числе поясничные и плечевые, головные боли напряжения (ГБН), мигрени, постинсультные боли, фибромиалгия, хроническая ишемическая болезнь мозга и др. Интенсивность боли в различных зонах может быть различной. Синдром такого рода часто называют «боль-депрессия». В ходе специальных исследований в неврологическом стационаре, проведенных под руководством профессора А.М. Вейна, удалось показать, что у 86% больных (в основном с болевыми синдромами и сосудистой патологией мозга) имеется депрессия.**

ГБН — форма постоянных, сжимающих, стягивающих болей в области головы — описаны по существу в последние годы. Около 80% людей, по статистике, страдают такими болями. Распространенность ГБН в популяции достигает 70%. Чаще ими страдают женщины. Боли в спине очень часто связаны с напряжением мышц, изменением их тонуса; в возникновении болей этого вида большая роль принадлежит депрессии. Синдром вегетативной дистонии также в значительной степени обусловлен депрессивными расстройствами. Наиболее яркое их проявление — пароксизмы, приступы, которые в настоящее время определяются как панические атаки. Отсутствие эффекта при лечении данных заболеваний стандартными средствами может с большой вероятностью свидетельствовать о наличии депрессии.

**Важно иметь в виду, что депрессивные состояния развиваются преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста.**

Особый интерес представляет соотношение мужчин и женщин среди больных депрессией: не только в случае депрессии, но и при всех психических заболеваниях, в патогенезе которых ведущую роль играют аффективные расстройства, среди пациентов значительно преобладают женщины. При этом чем легче форма депрессии, тем больше ей подвержены женщины. Удалось доказать,

что, кроме социальных, психологических, эндокринных и многих других факторов, у женщин подразумевается или обсуждается роль серотониновой недостаточности (А.М. Вейн, 2002).

У специалистов нередко складывается превратное впечатление о наличии у пациентов соматического заболевания. Это может повлечь многочисленные повторные обследования, консультации специалистов, длительное, в том числе и хирургическое, лечение, часто безрезультатное. Чтобы избежать этого, врачу общей практики необходимо всего лишь обратить внимание на угнетенное состояние больных, жалобы по поводу страдания, неверие в успех терапии.

**Совершенствование лечения депрессивных расстройств традиционно является одной из ведущих проблем современной медицины и психиатрии в частности, что определяется распространенностью аффективных нарушений в различных возрастных группах населения, устойчивой тенденцией увеличения депрессивных расстройств в общей структуре психических заболеваний.**

Лечение антидепрессантами в настоящее время является основным методом, выходящим за пределы психиатрической клиники. Этому способствует развитие представлений о вкладе психической составляющей в течение и развитие соматической патологии. Накопленный современный опыт психофармакотерапии депрессий свидетельствует, что оптимальный антидепрессант должен обладать высокой эффективностью и хорошей переносимостью, что далеко не всегда возможно в связи со специфичностью фармакологического действия препарата, клинической картиной заболевания, индивидуальной переносимостью, возрастными особенностями пациентов. Применение антидепрессантов направлено прежде всего на аффективную природу различных расстройств, которая может отмечаться не только при эндогенных депрессиях, но и при различных психосоматических заболеваниях. Совершенствование схем психофармакотерапии депрессий с максимально оптимизирующим подбором лекарственных средств приобретает все большую актуальность.

Побочные действия психотропных средств, как правило, возникают у больных старших возрастных групп (а именно такие чаще обращаются к врачам широкого профиля) и могут проявляться интенсивнее, чем у более молодых пациентов. Стремление преодолеть эффекты побочного действия часто обуславливает использование пониженных доз трициклических антидепрессантов, что, в свою очередь, необоснованно удлинит сроки пребывания пациентов в лечебных учреждениях и может вести к формированию терапевтической резистентности. Появление в настоящее время антидепрессантов новых групп, прежде всего селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, позволяет в определенной степени преодолеть недостатки традиционных средств.

Появление аффективных нарушений на фоне различных соматических заболеваний обуславливает повышенные требования при выборе препарата и схем его применения.

В настоящее время наиболее применяемыми в терапии депрессий являются трициклические антидепрессанты: amitriptilin, imipramin, pifofezin и др. — так называемые антидепрессанты первого поколения. Препараты этой группы применяются уже

на протяжении 30 лет и рассматриваются как наиболее надежные лекарственные средства в лечении депрессий. В то же время при применении трициклических антидепрессантов возможны нарушение сердечного ритма, нарушение аккомодации и др., обусловленные блокадой М-холинорецепторов; гипертонические кризы, токсические реакции, неврологические осложнения. Антидепрессанты данной группы часто вызывают также гипотензию, сонливость, сухость слизистых, задержку мочи и запоры, нечеткость зрения; возможно увеличение массы тела. Все перечисленные факторы ведут к отмене препаратов или отказу от лечения.

Это привело к необходимости создания новых, более перспективных (с меньшим числом побочных эффектов) антидепрессантов, относящихся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. Данные препараты практически не влияют на функции дыхательного центра: не отмечено клинически значимых изменений сократительной функции сердца, ортостатической гипотензии, нарушений сердечного ритма и проводимости; они не оказывают неблагоприятного воздействия на почки, костный мозг, периферические железы внутренней секреции.

Современные классификации антидепрессантов основаны на исторических критериях, химических и фармакологических свойствах препаратов. Однако в клиническом плане наиболее удобно **разделение антидепрессантов по их влиянию на клиническую симптоматику (тоску, апатию, тревогу, двигательное возбуждение и проч.).**

1. Антидепрессанты седативного действия, купирующие чувство тревоги, психомоторное возбуждение, проявления инсомнии, — пипофезин, фторацизин, герфонал, оксалидин, амитриптилин, флуацизин, миансерин, мirtазапин, флувоксамин, имипрамин, кломипрамин, моклобемид, доксепин, тримипрамин, пароксетин.

2. Антидепрессанты стимулирующего действия, устраняющие психическую и моторную заторможенность, — метралиндол, флуоксетин, имипрамин, моклобемид, трансамин, дезипрамин.

3. Антидепрессанты сбалансированного действия — мапротилин, тianeptin, сертралин, кломипрамин, циталопрам.

Следует отметить, что сбалансированные антидепрессанты при клиническом использовании все-таки имеют больше признаков стимулирующих, и при их назначении можно ожидать в первое время увеличения тревоги и усиления проявлений вегетативного дисбаланса в организме. Как правило, при появлении или усилении симптомов тревоги можно назначать анксиолитики, а в ряде случаев — седативные средства в самом начале лечения, не дожидаясь разнообразных проявлений психовегетативного синдрома, неприятных для больных.

При лечении любыми антидепрессантами необходимо знать, что клиническое воздействие данных препаратов имеет определенную закономерность. На первом этапе под влиянием того или иного препарата (в зависимости от его группы) отмечаются уменьшение тревоги и психомоторного возбуждения, улучшение структуры сна, повышение психической, вегетативной и моторной активности. И только на следующем этапе, через 1-2 мес, можно ожидать проявления основного антидепрессивного эффекта.

После назначения антидепрессантов в амбулаторных условиях необходимо

регулярное наблюдение за больным. Лечение начинают с минимальных терапевтических доз с постепенным увеличением через 10-14 дней до терапевтической дозы; в случае появления побочных явлений необходима отмена препарата. Особое внимание необходимо уделить лечению пожилых больных, у которых для получения терапевтического эффекта достаточно половины средней терапевтической дозы, поэтому начальные дозы должны быть минимальными с постепенным увеличением.

**Противопоказаниями для применения антидепрессантов являются повышенная чувствительность к препаратам, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, эпилепсия, поражения почек и печени, выраженная тревога, бред, галлюцинации, гипертиреоз, феохромоцитома, суицидальные попытки, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, стойкая артериальная гипотензия, глаукома, аденома предстательной железы, атония кишечника и мочевого пузыря, беременность и грудное вскармливание; также антидепрессанты противопоказаны при вождении автомобиля и другой работе, требующей быстрой и адекватной реакции. Важно постоянно помнить, что суицидальные тенденции у больных на фоне лечения, особенно при терапии антидепрессантами с выраженным стимулирующим действием, могут усиливаться.**

Трициклические антидепрессанты потенцируют эффекты других холинолитиков, аритмогенное действие наркотических средств, токсическое — стимуляторов функции щитовидной железы, увеличивая при этом опасность развития приступа пароксизмальной тахикардии.

Важно еще раз подчеркнуть, что трициклические антидепрессанты, несмотря на возможность развития побочных эффектов, являются достаточно эффективными и в некоторых ситуациях незаменимы при лечении депрессий. Поэтому иногда важно обращать внимание на препараты из этой группы, поскольку их применение может быть более безопасным.

**Подытоживая вышесказанное, хотелось бы выделить некоторые принципы назначения антидепрессантов.**

1. Постепенное увеличение дозы препарата и ее снижение после купирования аффективной симптоматики.

2. Длительность лечения должна составлять не менее 6 мес: продолжительность определяется периодом снятия депрессивного эпизода (2-3 мес), впоследствии требуется 4-6 мес для стабилизации состояния и уменьшения риска рецидива.

3. Желательно проведение монотерапии (использование одного антидепрессанта) с индивидуальным подбором дозы препарата.

4. Следует минимизировать замену препаратов один на другой, подобное возможно в случае возникновения побочных явлений и в отсутствие купирования симптоматики.

5. Обязателен контроль за регулярным приемом препарата со стороны врача.

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что в общей практике врачи могут сталкиваться со всем спектром депрессивных состояний, и основная задача специалиста заключается в своевременном назначении лечения.

Список литературы находится в редакции.

Статья напечатана в сокращении.  
Русский медицинский журнал, 2010, № 8.

3

Если ты хочешь сделать свою жизнь  
ИНТЕРЕСНЕЕ, СОЗИДАТЕЛЬНЕЕ,  
наполнить ее СОБЫТИЯМИ  
и НОВЫМ КАЧЕСТВОМ...

Если ты ЛЮБИШЬ общаться с людьми,  
с удовольствием ПИШЕШЬ на разные темы..  
Если ты ВРАЧ или скоро им станешь,

## ЭТО ОБЪЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ТЕБЯ!

«Медична газета «Здоров'я України» предлагает творческим, грамотным и ответственным людям с медицинским образованием, опытом работы в медицинской прессе (желательно), умением логически мыслить работу (в штате/внештатно) — написание статей/обзоров/интервью с возможностью время от времени ездить в командировки.

Всех желающих попробовать свои силы просим обращаться по телефону: **067-9996587** или отправить резюме по электронному адресу: [zu@health-ua.com/.](mailto:zu@health-ua.com/)

Мы ждем всех, кто хочет стать частью увлеченной и дружной команды, ищет интересную работу с гибким, но плотным графиком и приятным вознаграждением.

Здоров'я® України™