



С.А. Маляров

Проблема депрессий в общемедицинской практике

Рекомендации по выявлению и лечению

Значительная часть больных, страдающих расстройствами депрессивного характера, не предъявляет жалоб со стороны психической сферы только потому, что никто их об этом не спрашивает. Причин тому существует очень много, но главное, что эта проблема касается не только и даже не столько членов семьи и близких самого больного, но и специалистов первичного звена здравоохранения. Многие больные и их близкие отвергают саму идею возможной психической природы недомогания и вместо этого предъявляют множество соматических жалоб, не имеющих объективной органической причины.

На практике получается, что только 1/3 больных, имеющих признаки депрессии, попадают в поле зрения врачей. Из них только у половины врачи распознают депрессивную симптоматику. И при этом адекватную антидепрессивную терапию в последней группе получают не более 25-30% больных.

В конце 80-х годов прошлого столетия в исследованиях было показано, что около половины больных, обратившихся первично с жалобами к врачам соматического профиля, не имели объективной соматической патологии.

У значительной части этих больных выявляли признаки депрессивного расстройства. Тяжесть ощущения и осмысления физического недомогания у таких больных усугубляется неопределенностью в понимании причин возникновения и способов преодоления болезни. Так, в одной работе было показано, что у 21% больных в общемедицинской амбулаторной практике обнаруживаются депрессивные симптомы как основные в болезненном состоянии, но только 1,2% больных указывали на ухудшение эмоционального состояния как на причину своего обращения к врачу.

Депрессия ассоциируется с выраженным снижением социального функционирования больных и значительными производственными потерями, а также с огромными расходами бюджета здравоохранения. С последним связана как частота обращаемости депрессивных больных к участковым врачам, так и непомерное количество консультаций специалистов различного профиля и назначаемых сложных дополнительных исследований.

Сложность проблемы депрессии определяется не только тяжестью самого клинического состояния, но и тем, что депрессия как болезнь является хроническим расстройством и имеет высокую вероятность обострения и возникновения повторных приступов (до 70% больных могут страдать повторными депрессивными эпизодами).

В подавляющем большинстве случаев депрессивные больные стремятся получить помощь у врача общего профиля, нежели у специалиста-психиатра. Обычный прием участкового врача-терапевта является удобной возможностью для выявления депрессивного состояния и начала его лечения. К тому же антидепрессанты новых поколений безопасны и просты в применении, что позволяет широко использовать их в общемедицинской практике. Накопленный за последние годы опыт

подтверждает относительную простоту и широкие возможности терапии депрессий в общемедицинской практике, что также не требует от врача специальной подготовки и значительных дополнительных затрат времени.

Конечно, для того чтобы диагностировать депрессивное расстройство, врач должен в своей работе постоянно иметь в виду вероятность его проявления в развитии болезненного состояния у пациента. Это предполагает тщательный и направленный расспрос больного, а также использование в повседневной практике определенных общепринятых диагностических критериев. Одной из самых распространенных методологических ошибок в общемедицинской практике является то, что к возможной диагностике депрессии терапевт прибегает только в конце процесса исключения любой другой патологии, после изнуряющего как для больного, так и для участкового врача потока лабораторных исследований и консультаций специалистов.

В тех случаях, когда больной предъявляет многочисленные соматические жалобы, отмечает упорные боли или непонятную усталость и истощаемость, врач должен иметь в виду вероятность депрессивного расстройства с самого начала диагностического процесса.

Факторы риска депрессии

Одно из последних и обширных эпидемиологических исследований указывает на относительное преобладание депрессивных состояний у женщин, лиц в возрасте от 30 до 40 лет и людей с невысоким уровнем образования.

Традиционно известно, что женщины страдают депрессиями в 2 раза чаще, чем мужчины. Среди женщин наиболее подвержены риску развития депрессивных состояний домохозяйки, овдовевшие или разведенные. Мужчины, в особенности пожилого возраста, чаще, чем женщины, совершают самоубийство в депрессивном состоянии.

Вероятность возникновения депрессии повышается у больных, страдающих тяжелыми и хроническими соматическими заболеваниями, включая сердечно-сосудистые, онкологические, постинсультные состояния, болезнь Паркинсона, сахарный диабет, болезнь Крона.

Огорчение и обеспокоенность являются вполне естественными реакциями на осознание факта болезни и потери трудоспособности, но формирование депрессивной симптоматики при этом отнюдь не обязательно.

И поскольку наличие сопутствующей депрессивной симптоматики всегда ухудшает прогноз соматической патологии, то такие сопутствующие расстройства обязательно требуют соответствующей диагностической оценки и лечения.

Основные разновидности депрессивных состояний

В различных источниках можно встретить описание вариантов депрессивных синдромов.

- **Меланхолический синдром**, характеризующийся почти полной утратой способности испытывать удовольствие и снижением уровня активности.

- **Психотическая депрессия** — тяжелый депрессивный эпизод, который дополняется наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора.

- **Атипичная депрессия**, которая наблюдается у больных молодого возраста и отличается или выраженной тревогой, или «обратными» вегетативными проявлениями (чрезмерная сонливость и склонность к переданию).

- **Послеродовая депрессия**, возникающая у женщин в течение 4 нед после родов (следует отличать от колебаний настроения в течение первой недели после родов, которые считаются достаточно естественными).

По-прежнему считается клинически важным выделение соматических, или витальных, симптомов, сопровождающих снижение уровня активности депрессивного больного. Эти признаки чаще всего встречаются при меланхолическом синдроме. К этим признакам относятся:

- снижение интереса и удовлетворения от привычной деятельности, обычно приятной для больного;
- отсутствие реакции на события или деятельность, которые в норме ее вызывают;
- раннее утреннее пробуждение (за два или более часов до обычного времени);
- ухудшение состояния в утренние часы;
- объективные признаки психомоторной заторможенности или агитации (объективно регистрируемые врачом или описываемые другими лицами);
- заметное снижение аппетита;
- снижение массы тела (объективным критерием принято считать потерю на 5% от общего веса);
- стойкое и выраженное снижение сексуальных потребностей.

Критерии, используемые для диагностики депрессивного расстройства

Основными симптомами депрессии являются:

- сниженное настроение;
- утрата больным интереса и отсутствие удовлетворения от всех/или почти всех видов повседневной деятельности;
- резкое снижение энергичности (психологического и физического тонуса), которое сопровождается повышенной утомляемостью (астения, слабость, истощенность) и снижением активности.

Дополнительными симптомами являются:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- снижение самооценки и потеря чувства уверенности в себе;
- идеи самообвинения и самоуничтожения;
- пессимистическое и мрачное видение будущего;
- идеи о нанесении себе повреждений или совершения самоубийства;
- расстройства сна;
- расстройство аппетита.

Наличие депрессивного состояния у больного предполагает постоянное присутствие в течение всего дня на протяжении не менее двух недель минимум двух основных симптомов и двух дополнительных.

Некоторые врачи считают, что диагностика аффективного расстройства предполагает использование сложных специальных диагностических шкал, на заполнение и интерпретацию которых участковый врач просто не располагает временем. Такие шкалы существуют и достаточно чувствительные, но они не являются специфичными и относятся к дополнительным методам исследования. Практически предварительная клиническая оценка эмоционального состояния требует внимательного отношения к ответам больного на определенные вопросы.

Больному, предъявляющему многочисленные соматические жалобы, или с необъяснимой длительной астенией можно задать простые вопросы по поводу сна, аппетита, интимной жизни, а также о повседневных интересах и получаемого удовлетворения от привычной деятельности.

Если совокупный характер ответов указывает на возможное депрессивное состояние, то следующим может быть вопрос о том, не возникали ли у больного мысли о напрасности собственной жизни или нанесении себе повреждений. Естественно, депрессивное расстройство наблюдается не у каждого больного с жалобами на расстройство сна, изменение аппетита или с другими признаками, связанными

с эмоциональным состоянием. Вопрос в том, что если больной предъявляет одну из подобных жалоб – например, о расстройстве сна, – то до того как назначать снотворные средства или дополнительные исследования для определения органического поражения ЦНС, очевидно, есть необходимость попытаться обнаружить и другие депрессивные симптомы.

Дополнительные факторы, учитываемые при первичной диагностике

Очень важно с самого начала диагностического процесса в случае возникновения мнения о возможности депрессивного состояния сообщить об этом больному. При этом необходимо подчеркнуть, что подобная возможность достаточно типична в ряду других заболеваний, при которых могут появляться подобные жалобы. Это позволяет врачу избежать в дальнейшем этических затруднений. Для больного и его родственников обыденность постановки такого вопроса делает данный вариант диагностики в дальнейшем более приемлемым.

При первичной оценке больного необходимо исключить те состояния, при которых вторично могут появляться признаки депрессии или симптомы, напоминающие ее. К ним относятся некоторые соматические болезни и состояния, вызванные побочными эффектами некоторых лекарственных средств (например, нежелательный седативный эффект при неправильном применении некоторых транквилизаторов и трициклических антидепрессантов).

Сочетанная оценка соматического состояния, общего анализа крови и основных биохимических показателей крови позволяет соотнести неопределенные жалобы больного с возможным диагнозом анемии, заболевания печени или почек. То же будет справедливым и в отношении проверки функций щитовидной железы, так как определенная часть клинических проявлений гипотиреоза напоминает депрессивную симптоматику. У больных со значительной и необъяснимой потерей массы тела такие исследования, как анализ кала на скрытую кровь или маммография, в случае их отрицательных результатов позволяют врачу более уверенно трактовать состояние больного как проявление депрессии.

Подобные действия участкового врача значительно сужают спектр дифференциальной диагностики, что и делает постановку вопроса о возможности депрессивной патологии вполне естественной на первичном терапевтическом участке.

Когда и как спрашивать о суицидальных мыслях?

Каждого больного с предположительным диагнозом депрессии необходимо расспросить о наличии суицидальных мыслей. Не существует никаких доказательств того, что упоминание о самоубийстве может натолкнуть больного на эти мысли, но совершенно очевидно, что невыявленные суицидальные намерения, как правило, заканчиваются смертью.

Необходимо, чтобы подобные вопросы как бы логически вытекали из ответов больного в процессе оценки его состояния и, тем более важно, чтобы для больного они были понятными

и последовательными в контексте всей беседы. Примером такой последовательности могут быть вопросы:

- Не возникало ли у вас, в связи с плохим самочувствием и расстройством сна, желания заснуть так, чтобы никогда не проснуться?

- Не было ли у вас никогда мыслей раз и навсегда покончить со своими страданиями и освободить близких от забот?

- Не приходилось ли вам обдумывать способ самоубийства?

Высказываемые интенсивные суицидальные мысли являются показанием для неотложной госпитализации. Бывают ситуации, когда вопросы о самоубийстве являются очевидными для больного, но он утверждает, что так далеко в своих мыслях и намерениях не зашел. Врачу следует так повести разговор, чтобы больной пообещал обязательно обсудить такие мысли в случае их возникновения с врачом и близкими.

Маскированная депрессия

Больные с так называемой маскированной, или ларвированной, депрессией предъявляют многочисленные жалобы соматического характера, чаще всего на бессоницу, психалгии (головные боли, боли в сердце, мышечные боли и боли в спине), желудочно-кишечные расстройства, изменения аппетита, астению. Такие больные склонны неоднократно обращаться к врачу. При этом они почти не жалуются на подавленное настроение, а если и усматривают какую-то связь в своих соматических жалобах с эмоциональным состоянием, то пытаются убедить врача в том, что сниженное настроение является естественным ответом на физическое неблагополучие. Если врач с самого начала включит в круг дифференциальной диагностики возможность депрессии, это позволит избежать бесконечного процесса консультаций и исследований в поисках объективных причин соматического страдания больного. Профессиональная эмпатия заключается не в том, что врач стремится продемонстрировать психологическую приемлемость и понятность настроения больного, а в том, что ему известна такая симптоматика и он готов рассудительно и взвешенно подойти к ее диагностике и учитывать ее при выборе лечения.

В ситуации предъявления больным многочисленных, изменчивых и неопределенных соматических жалоб врач должен стремиться выяснить наличие депрессивной симптоматики, степень ее выраженности, возможные указания на нее в анамнезе больного.

При сосуществовании объективного соматического заболевания и депрессивного состояния оценивается характер и выраженность влияния последнего в целостной картине страдания больного, в том числе и то, как это отражается на социальном функционировании пациента.

Диагностические критерии маскированной депрессии

При расспросе больных с соматизированными депрессивными состояниями всегда будут проявляться признаки ангедонии – снижение активности и энергичности, утрата интересов и удовлетворения от привычных занятий, ощущение

безнадёжности, ненужности и бесперспективности. У таких больных эти признаки не всегда сопровождаются жалобами на подавленное настроение.

Одним из важных дифференциально-диагностических критериев является так называемая парадоксальная суточная цикличность, которой подчиняются большинство симптомов при депрессии любой степени выраженности. Больной всегда отмечает ухудшение состояния в утренние часы или облегчение состояния к вечеру.

Характерными высказываниями больных являются: «К вечеру я немного расхаживаюсь... Утром трудно заставить себя открыть глаза...» и т. д. Для сравнения: истинная астения при инфекционных заболеваниях связана, как правило, с ухудшением самочувствия во второй половине дня.

У значительной части больных можно получить важные диагностические сведения из данных анамнеза. Некоторые из них перенесли аналогичные состояния в прошлом или испытывали противоположные – маниакальной направленности психические эпизоды. Всегда следует интересоваться данными об аффективных заболеваниях у ближайших родственников. Эти анамнестические данные не только служат для уточнения диагноза, но и лежат в основе определения длительности профилактической терапии. Самостоятельное значение имеют сведения о наличии в анамнезе указаний о суицидальных или аутоагрессивных поступках и намерениях. Если принять во внимание, что многие депрессивные больные склонны диссимулировать свои актуальные намерения, то прошлый опыт позволяет косвенно судить об отношении больного к перспективе будущего в текущем депрессивном состоянии.

Основные симптомокомплексы при маскированных депрессиях

Наиболее типичными для соматизированной депрессии являются соматовегетативные проявления, которые всегда сопровождают любые другие психосоматические аффективные расстройства, а также часто наблюдаются как самостоятельный синдром (так называемая депрессия без депрессии).

К этим явлениям относятся:

- расстройства сна;
- расстройства аппетита и изменения веса тела;
- нарушение половой функции.

В настоящее время существует представление, что расстройство сна как самостоятельное заболевание встречается чрезвычайно редко. Наоборот, предьявление жалоб на сон как ведущих свойственно больным с депрессивными расстройствами любой степени выраженности. Наиболее важной характеристикой изменения сна в депрессии является нарушение потребности в сне. Чувство сна является одной из важнейших витальных функций, нарушение которых приобретает оттенок ангедонии – утраты насыщения и удовлетворения сном, потери потребности в сне в сочетании с чувством крайней усталости, вялости. Депрессивные больные обычно отмечают мучительное отсутствие сна в ранние утренние часы с усилением всех остальных депрессивных симптомов.

Аналогично можно описать расстройство витальных функций при депрессивных изменениях аппетита. И для депрессивной анорексии (снижение аппетита), и для депрессивной булимии (повышение аппетита) свойственны ангедоническая утрата чувства насыщаемости пищей, изменение ощущения потребности в пище, потеря интереса к еде и ощущения вкуса пищи. Эти субъективные ощущения особенно выражены (согласно суточному ритму депрессивной симптоматики) в утренние часы. У определенной части больных нарушения аппетита сочетаются со снижением массы тела (частично за счет изменения основного обмена) и атоническими запорами.

При нарушении половой функции при депрессии происходит снижение и исчезновение влечения и интенсивности оргазма, что влечет за собой фригидность и функциональную импотенцию.

Психалгии при депрессии чаще всего бывают в виде синдромов головной боли, сердечной боли, боли в спине и мышцах. Их общими отличительными свойствами являются:

1. Описание больным не столько остроты боли, сколько чувства тяжести как физического эквивалента эмоциональной подавленности. Например, больные субъективно сравнивают свои ощущения с «камнем на сердце» или с «непомерной ношей, от которой стынет спина и ноет шея».

2. Сами пациенты способны субъективно отличить эти боли от обычных болей истинно соматического происхождения.

3. Боли не связаны с физической нагрузкой.

4. Выраженность симптомов подчиняется суточной цикличности с ухудшением в утренние часы.

5. Боли обычно сопровождаются соматовегетативными проявлениями, описанными раньше.

Отдельного описания заслуживает астенический симптомокомплекс. Астенические признаки присутствуют практически при любой соматизированной депрессии. По своей сути они являются физическим воплощением ангедонии и «витальности» депрессии, но у некоторых больных они могут выступать ведущими признаками и сопровождаться выраженными вегетативными явлениями. В этом случае астения проявляется утомляемостью, истощаемостью и неспособностью выносить умственные и физические нагрузки. В поведении больного на первый план выходит эмоционально-раздражительная слабость. Невозможность выполнять привычную деятельность и тягостное ощущение физической слабости заставляет таких больных часто обращаться за помощью к врачам. Безрезультативность многочисленных консультаций, обследований и различных общеукрепляющих методов лечения приводит таких больных к убеждению о наличии у них неизлечимого тяжелого заболевания. У таких больных часто могут появляться суицидальные намерения, не сопровождающиеся идеями самообвинения и самоуничтожения, а как результат ложного представления о прогнозе своего заболевания. От врача в таких случаях требуется

Продолжение на стр. 16.

С.А. Маляров, к.м.н., заведующий консультативным отделением, Городская клиническая психоневрологическая больница № 2, г. Киев

Проблема депрессий в общемедицинской практике

Рекомендации по выявлению и лечению

Продолжение. Начало на стр. 14.

особое внимание и готовность разъяснить больному суть переживаемого им состояния.

Дополнительно надо указать, что у мужчин депрессия чаще проявляется в виде физических жалоб. При этом в эмоциональной сфере у них преобладают явления раздражительности и они не склонны признавать психические причины своего страдания. Женщины проявляют большую готовность говорить о таких явлениях как о подавленности, тоске и слезливости. Следовательно, у них несколько легче распознаются признаки депрессивного состояния.

Депрессивные состояния и симптомы тревоги

В данном разделе мы не преследуем цели выяснения сложных классификационных подходов и причинно-следственных отношений между явлениями тревоги, состояниями панических расстройств и депрессивными симптомокомплексами. Важно, что все эти симптомы могут часто сосуществовать у одного и того же больного. Больные в состоянии тревоги могут испытывать типичные для депрессии симптомы, такие как бессонница, дисфория и пониженная самооценка. У значительного количества больных с паническими расстройствами в последующем могут формироваться признаки депрессивного состояния.

Суть в том, что при наличии депрессивной симптоматики совсем не обязательно стремиться дифференцировать синдром тревоги, так как современные антидепрессанты не менее эффективны при его купировании, чем большинство транквилизаторов. Многие врачи рассматривают тревогу как симптомокомплекс, который требует первоочередной терапии, и, соответственно, назначают транквилизаторы. Чаще всего прибегают к бензодиазепинам, которые являются самостоятельными депрессогенными веществами и могут вызывать нежелательную зависимость. Следовательно, прежде чем назначать транквилизаторы, необходимо убедиться в отсутствии депрессивной симптоматики. В противном случае правильно будет назначить антидепрессанты. Больному, жалующемуся на тревогу или нервозность, следует обязательно задать вопросы, касающиеся депрессивных проявлений. Дополнительным дифференциально-диагностическим критерием могут служить отличия в нарушении сна — больной с симптомами тревоги укажет на расстройства сна при засыпании, а депрессивный больной отметит расстройство сна в ранние утренние часы.

Лечение депрессивных состояний

Цели терапии и существующие классы антидепрессантов

С учетом всего вышесказанного хотелось бы еще раз подчеркнуть, что кабинет участкового врача-терапевта сегодня является наиболее удобным местом не только для распознавания депрессии, но и для назначения медикаментозного лечения в комплексе с социальными реабилитационными мероприятиями. Однако большая часть больных с распознанным депрессивным расстройством получают недостаточное или даже несоответствующее лечение. Это проблема связана с неточным представлением о цели лечения и выборе лекарственных препаратов, удовлетворяющих этим целям.

Основными целями лечения депрессивных состояний являются:

- уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики;
- восстановление социально-психологических и производственных функций больного до доболезненного уровня;
- сведение к минимуму риска вероятного обострения и повторного приступа.

Несмотря на очевидность в настоящее время этих целей, многие врачи считают своей задачей не столько полное устранение депрессивной симптоматики и возврат больного к прежнему уровню социального функционирования, сколько снижение интенсивности жалоб больного и направление его к специалисту. С этой целью часто используются препараты с выраженным седативным эффектом (бензодиазепины и трициклические антидепрессанты). По разным причинам применение этих препаратов не позволяет поддерживать желательный уровень социального функционирования больного и не предусматривает возможность профилактического лечения.

Современные высокоспецифичные антидепрессанты не уступают в антидепрессивной эффективности прежним, но имеют меньшее количество побочных свойств и более удобны (как для больного, так и врача) при назначении их в амбулаторных условиях. Следовательно, их применение позволяет реализовать названные цели лечения.

Все существующие виды антидепрессантов можно подразделить на следующие группы:

1. Трициклические:
 - третичные — амитриптилин, имипрамин, доксепин;
 - вторичные — нортриптилин, кломипрамин.
2. Гетероциклические — мапротилин, тразадон, миансерин.
3. Необратимые и обратимые ингибиторы МАО — фенелзин, моклобемид.
4. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — флуоксетин, сертралин, пароксетин, флувоксамин, циталопрам.

5. Мелатонинергический антидепрессант — агомелатин (Мелитор®).

6. Другие — бупропион, венлафаксин, миртазапин.

«Старые» антидепрессанты, такие как трициклические, к сожалению, по-прежнему широко применяются. Не в последнюю очередь это связано с их относительной дешевизной. Не вдаваясь в подробности их фармакокинетики и фармакодинамики, можно отметить весьма обширный профиль их побочных эффектов:

- сухость во рту;
- диплопия;
- запоры;
- седация, вялость;
- увеличение веса;
- ортостатическая гипотензия;
- побочные кардиологические эффекты;
- головокружения.

Эти побочные эффекты существенно ограничивают возможность применения таких препаратов, как амитриптилин, у соматических больных. К тому же такое действие, как седация, сегодня рассматривается как не имеющее отношения к антидепрессивному эффекту и мешающее больному осуществлять свои функции.

Побочные реакции в виде сухости во рту, расстройств зрения, запоров, ортостатических явлений ставят под сомнение готовность пациента самостоятельно принимать лекарства и, соответственно, означают невозможность осуществления продолжительной поддерживающей и профилактической терапии. К тому же больные с соматизированными депрессиями отличаются повышенной чувствительностью к подобному действию этих препаратов.

Кроме этого, назначение трициклических антидепрессантов требует индивидуального подбора дозы до появления терапевтического эффекта. В большинстве случаев неэффективного лечения речь идет о недостаточности дозы традиционных антидепрессантов. Диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозой у трициклических препаратов невелик, что требует осторожности в подборе препарата.

На основании вышеизложенных соображений в плане переносимости и безопасности антидепрессанты I поколения (трициклические) не могут считаться препаратами первого выбора в лечении больных с депрессивными состояниями.

На протяжении двух десятилетий в лечении депрессий использовались СИОЗС, обладающие более благоприятным, чем у трициклических антидепрессантов, профилем безопасности и переносимости. Однако СИОЗС далеко не идеальны, им присущи определенные побочные явления.

Двумя побочными явлениями, наиболее общими для всей группы и наиболее огорчающими больных, являются сексуальная дисфункция (задержка оргазма вплоть до аноргазмии) и постепенная прибавка в весе. Очевидными для самих

пациентов эти побочные явления становятся при долгосрочной терапии, спустя 4-6 мес. Еще одним ограничением при назначении СИОЗС является ряд вегетативных проявлений изменения концентрации нейромедиатора серотонина в синапсах в первые дни приема. К ним относятся преходящие, но беспокоящие больных диспепсия, приливы и ознобы, поверхностный и прерывистый сон, кратковременное усиление тревоги. Эти осложнения являются основанием для прекращения большими терапиями, несмотря на достигнутый антидепрессивный эффект.

Введение в практику первого мелатонинергического антидепрессанта агомелатина (Мелитор®) является важнейшей за последние несколько десятков лет инновацией в фармакотерапевтическом арсенале как специалиста-психиатра, так и врача общей практики.

Преимуществом Мелитора является отсутствие седативного эффекта, быстрое уменьшение симптомов депрессии (рис. 1) и раннее восстановление дневной активности и социального функционирования пациентов с депрессией: участия в семейной жизни, выполнения домашних обязанностей, работоспособности (рис. 2).

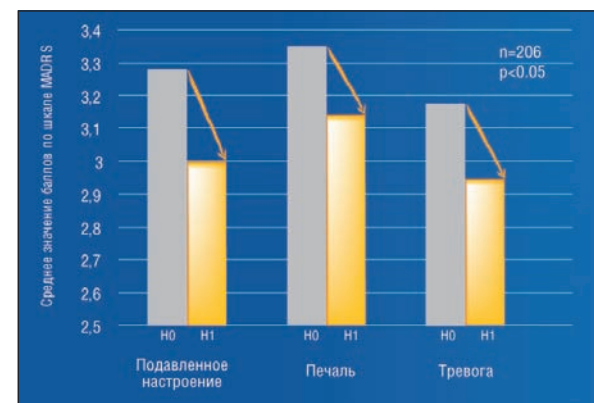


Рис. 1. Мелитор® быстро уменьшает симптомы печали, подавленного настроения и тревоги у пациентов с симптомами депрессии (исследование Миллениум, IV фаза, в печати)

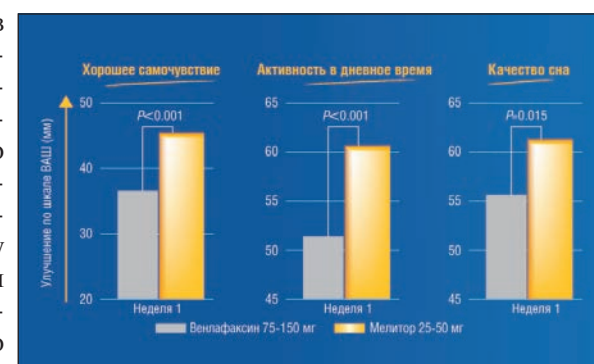


Рис. 2. Мелитор® быстро восстанавливает общее самочувствие, дневную активность пациентов с депрессией (Lemoine P., Guilleminault C. et al., 2007)

Профиль переносимости Мелитора превосходит таковой препаратов СИОЗС. Это связано с тем, что в отличие от СИОЗС этот препарат влияет не непосредственно на концентрацию нейромедиатора, а косвенно на регуляцию постсинаптических рецепторов. Доказанная эффективность и безопасность Мелитора позволяет значительно расширить круг больных, которым показано лечение антидепрессантами.

Высокая антидепрессивная эффективность, отсутствие кардиотоксичности и ортостатического действия, свойственного трициклическим антидепрессантам, и высокий терапевтический индекс делают Мелитор® препаратом первого выбора при назначении пациентам с депрессивной симптоматикой в общей медицинской практике.

Стабільність терапевтично ефективною дозування 25 мг/сут однократно перед сном практично знімає питання про необхідності індивідуального підбору лікування, що дуже зручно для лікаря загальної практики. Мелітор® не викликає ні приросту маси тіла, ні порушення сексуальних функцій.

Мелітор® також успішно застосовується при лікуванні тривожно-депресивних станів і вважається одним з найефективніших засобів.

Відсутність фармакологічно активних метаболітів і мінімальне взаємодія з цитохромними ферментами печінки визначають важливе відміння Мелітора від інших антидепресантів — практично відсутність лікувального взаємодія. Саме це властивість робить Мелітор® антидепресантом першого вибору в комплексній терапії соматичних хворих.

Слід зазначити, що Мелітор® (агомелатин) не можна комбінувати тільки з двома препаратами: флувоксаміном і ципрофлоксацином.

Признаки клінічної реакції на антидепресивну терапію і тривалість її застосування

Більшість випадків неефективності антидепресивної терапії є результатом того, що лікарі мало знають про динаміку клінічного дії препаратів і тому, не чекаючи наслідків дії, намагаються змінити дозування, переходять на застосування інших препаратів або направляють хворого до психіатра. Виникнення антидепресивного ефекту при лікуванні визначається рядом біохімічних і функціональних процесів в ЦНС. При призначенні більшості антидепресантів перші ознаки лікувального ефекту проявляються кінці другої тижня лікування. Широко розповсюджене думку про ранню ефективність трициклічних антидепресантів пов'язано з їх седативним, а не антидепресивним дією.

При призначенні Мелітора перші ознаки антидепресивного ефекту розвиваються кінці першого тижня і, як правило, включають в себе покращення денної активності, загального самопочуття, відновлення фізіологічного сну: пацієнти відзначають нормалізацію засипання, відновлення тривалості сну, зменшення пробудження вночі. Відміння від трициклічних антидепресантів важливим перевагою цього ефекту Мелітора є відсутність денної седативності і сонливості, навпаки — днем пацієнти відчувають себе відпочинувшими і здатними поступово повернутися до активної діяльності.

Однак в будь-якому випадку терапія антидепресантами передбачає первинну оцінку позитивної динаміки протягом 2-3 тижнів. Більшість хворих в цей час відчувають об'єктивне покращення самопочуття. Хворі описують нормалізацію апетиту і сну, виникнення інтересу до свого самопочуття і звичайних занять. Серйозне ослаблення або зникнення всього спектра депресивних симптомів настає кінці 6-7-го тижня лікування.

В останні роки до терапії антидепресантами нового покоління в силу

її ефективності, рідкості виникнення побічних явищ і простоти її застосування стали відноситися до лікування, яке після його призначення може проводитися самим хворим. Така позиція неоправдана з точки зору оцінки спеціалістом динаміки стану, так і з точки зору проведення комплексних реабілітаційних заходів з хворим і членами його родини. Перевірка хворого при проведенні антидепресивної терапії повинна проводитися не рідше 1 раз в 2 тижнів.

В даний час прийнято вважати, що відсутність загострень депресивної симптоматики впродовж 12-16 тижнів означає завершення поточного депресивного епізоду, що визначає термін його лікування.

Епідеміологічні дані свідчать про те, що у 70% хворих, перенесли депресивний стан, впродовж наступних 6-7 років спостерігається повторне афективне розлад. Вважається, що продовження терапії антидепресантами з профілактичною метою впродовж 9-12 місяців практично вдвічі зменшує ризик повторного загострення протягом наступних років. При цьому підтримується попередній рівень дозування.

Направлення до спеціаліста-психіатра

Консультація психіатра і призначення спеціалізованого лікування рекомендується в наступних випадках:

- поєднаного проявлення декількох психічних захворювань;

- атипичного перебігу депресивного епізоду, ускладненого психотичною симптоматикою;

- наявності інтенсивних і стійких суїцидальних думок і дій;

- поєднання з важкою хронічною соматичною патологією;

- резистентності до традиційної антидепресивної терапії з необхідністю призначення психотерапії і електросудорожної терапії.

Ми вважаємо, що метою цієї статті досягнуто, якщо лікарі медичних закладів стали з інтересом відноситися до можливості розпізнавання і лікування депресії в своїй щоденній практиці.

Список літератури знаходиться в редакції.



Ви можете їм допомогти



Швидке і безпечне покращення^{1,2}

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| • настроєння | • якості сну |
| • загального самопочуття | • почуття задоволення |
| • денної активності | • зменшення тривоги |



ТОВ «Сервіс Україна»
01054, Київ, вул. Воровського, 24, Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40
Р/н МОЗ України № UA/4972/01/01 от 18.08.06

Швидкий і безпечний антидепресивний ефект

1. Lemoine P., Guilleminault C, et al. J Clin Psychiatry. 2007;66:1723-1732.
2. Loo H, et al. Int Clin Psychopharmacology. 2002;17:239-247.

25-50 мг 1 раз в день ввечері

