

ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИЙ В ПРАКТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Профессор В.Н. КУЗНЕЦОВ

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.А. Шупика

Показана важность своевременного выявления и диагностики депрессий в практике первичной медицинской помощи, тактика взаимодействий семейных врачей и врачей-психиатров в рамках амбулаторно-поликлинического звена. Представлена информация об основных симптомах и критериях диагностики депрессии. Рассмотрены принципы терапии и профилактики депрессивных расстройств. Дана краткая характеристика основных классов препаратов, используемых при лечении депрессивных состояний.

Реформирование системы оказания психиатрической помощи связано с кардинальным изменением социально-политической структуры общества в Украине. Решение проблемы доступности психиатрической помощи населению требует самого тесного взаимодействия психиатрической и общемедицинской служб в рамках амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, врачей-психиатров и семейных врачей.

Опыт американских исследователей [1] свидетельствует о том, что проведение образовательной программы по вопросам психиатрии среди врачей общей практики способствует снижению частоты поступления пациентов в общесоматические и психиатрические стационары, своевременная диагностика депрессий врачами общей практики приводит к значительному уменьшению числа суицидов среди населения [2]. В России успешно осуществляется научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» [3].

В 1996 г. ВОЗ опубликована версия психических расстройств для первичной медицинской практики [4], подготовленная с учетом потребностей врачей общего профиля в разных странах мира в соответствии с главой V МКБ-10. Версия для первичной медицинской помощи относится к состояниям, которые часто встречаются в практике первичной медицинской помощи и могут эффективно лечиться врачами общего профиля. Версия содержит указания по диагностике и ведению больных для каждого состояния психического расстройства, в том числе и депрессий. Указания по ведению больных включают информацию для пациента и его семьи, рекомендации по проведению консультирования, описание терапевтических методов и показания для направления больного на консультацию к специалисту-психиатру.

В докладе ВОЗ [5] депрессия характеризуется как состояние грусти, потери интереса к какой-либо деятельности и снижение энергичности. Отмечаются потеря уверенности в себе, понижение самооценки, чувство необоснованной вины, мысли о смерти и самоубийстве, уменьшение способности к концентрации внимания, нарушение сна и аппетита. При этом может присутствовать и ряд соматических симптомов. Хотя ощущения депрессии чрезвычайно распространены и особенно часто возникают после каких-то неудач в жиз-

ни, депрессивные расстройства поддаются диагностике лишь тогда, когда симптомы достигают пороговых пределов и длятся по крайней мере две недели. Тяжесть депрессии может быть от легкой до очень тяжелой. Чаще всего она носит эпизодический характер, но может повторяться или стать хронической.

Депрессия более распространена среди женщин, чем среди мужчин. GBD 2000 на основе проведенного анализа указывает, что униполярные депрессивные расстройства представляют собой огромное бремя для общества и стоят на четвертом месте среди ведущих причин всех заболеваний, составляя 4,4% общего показателя DALY (количество лет жизни, потерянных в результате инвалидности); они являются ведущей причиной YLD (инвалидности), составляя 11,9% от общего YLD. К 2020 г. в случае продолжения демографических переходных тенденций бремя депрессии возрастет до 5,7% от общего бремени болезней и станет второй ведущей причиной потерянных в связи с инвалидностью лет жизни. Во всем мире депрессия будет уступать лишь ишемической болезни сердца в отношении DALY для обоих полов. Во многих исследованиях отмечены депрессивные расстройства при таких заболеваниях, как рак (от 25 до 38%), ВИЧ-инфекция (30,5%), сахарный диабет (24%), коронарная патология (от 16 до 19%). Частота развития депрессии после недавно перенесенного инфаркта миокарда составляет 15–22% [6].

Семейным врачам необходимо знать, что у некоторых групп пациентов имеется повышенный риск депрессии, например у женщин в послеродовой период, больных инсультом, паркинсонизмом, рассеянным склерозом. Симптомы депрессии могут вызываться некоторыми лекарственными препаратами (например, бета-блокаторами, другими гипотензивными средствами, блокаторами рецепторов гистамина H₂, гормональными контрацептивами, кортикостероидами, употреблением алкоголя, наркотиков и др.).

Вначале заболевания пациенты могут жаловаться на отдельные соматические симптомы (усталость, боль). Дальнейшие расспросы позволяют выявить сниженное настроение или утрату интересов, иногда необъяснимую раздражительность. Основными диагностическими признаками депрессии являются пониженное или печальное настроение, утрата интересов и чувства удо-

вольствия (ангедония). Часто имеются дополнительные симптомы: нарушения сна, чувство вины или низкая самооценка, тревога или беспокойство, утомляемость или снижение активности, трудность сосредоточения, возбуждение или заторможенность движений и речи, расстройства аппетита, суицидные мысли или действия, снижение полового влечения.

В практике врача общего профиля может встречаться маскированная депрессия, характеризующаяся преобладанием в клинической картине «соматических эквивалентов» подавленного настроения в виде функциональных расстройств органов и вегетативной нервной системы, тогда как аффективные нарушения, скрытые соматической симптоматикой, остаются на втором плане и могут быть выявлены лишь при соответствующем исследовании. Среди соматизированных психических расстройств видное место занимают сенестопатические — разнообразные боли, парестезии, ощущения жжения, локализованные в различных частях тела. Не меньшую роль играют вегетативные расстройства: головокружения, тахикардия, приступы сердцебиения, сухость слизистых рта, анорексия, дискинезия желчных путей, запоры, снижение массы, гипергидроз, гиперестезия мочевого пузыря и др. Диагностическое значение имеет выявление собственно аффективных расстройств — нерезко выраженного понижения настроения с преобладанием безрадостности, ангедонии, пессимизма, чувства безнадежности. Наблюдаются также тревожность, раздражительность, слезливость, ухудшение внимания, памяти, притупление умственной деятельности (рассеянность, несобранность, неумение поддерживать разговор и т.д.), ослабление побуждений, потеря интересов в различных сферах жизни и обеднение эмоций.

В соответствии с Законом Украины о психиатрической помощи с целью выявления или отсутствия у личности психического расстройства психиатрический осмотр проводится врачом-психиатром по просьбе или при информированном согласии лица, для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет — по просьбе или при согласии его родителей или другого законного представителя. В связи с последним обстоятельством и тем, что тщательное психиатрическое обследование занимает много времени и нередко невыполнимо в условиях обычной медицинской практики, а также для окончательной психиатрической диагностики депрессии или проведения дифференциального диагноза, получения рекомендации алгоритма лечения депрессивного состояния врач первичной медицинской помощи должен направить пациента на консультацию к психиатру и в первую очередь — если значителен риск самоубийства или имеется опасность для других людей, если имеются психотические расстройства, если выраженная депрессия сохраняется, несмотря на проводимые лечебно-восстановительные мероприятия. При консультировании пациента и его семьи оценить риск суицида семейному врачу помогут следующие вопросы: «Приходят ли мысли о смерти или о том, как умереть?», «Бывали ли в прошлом суицидные мысли?», «Уверен ли пациент, что не совершит самоубийство?».

Необходимо рекомендовать постоянное наблюдение за пациентом семьи или окружающих, побуждать

пациента сопротивляться пессимизму и самообвинениям, не действовать под влиянием пессимистических представлений (например, оставить работу, расторгнуть брак) и не сосредотачиваться на неприятных мыслях или чувстве вины. Необходимо выявить текущие жизненные проблемы и социальные стрессоры и рекомендовать деятельность, которая доставляла бы удовольствие и вселяла уверенность. Назначение антидепрессантов целесообразно, если в картине заболевания на протяжении по крайней мере двух недель ведущее место занимают ангедония, печальное настроение, утрата интересов и другие указанные выше симптомы депрессии. В тяжелых случаях целесообразно назначение антидепрессантов уже при первом обращении пациента. В случаях умеренной тяжести, если общие рекомендации оказались недостаточными, возможно назначение препаратов при повторном обращении.

При выборе препаратов следует учитывать следующие моменты: если препарат был в прошлом эффективен для пациента, его следует назначить снова; пациентам пожилого возраста и при соматическом неблагополучии назначают препараты с менее антихолинергическими и кардиоваскулярными побочными эффектами; при наличии тревоги и бессоннице следует подбирать препарат с более выраженным седативным действием. Рекомендуется повышать дозировку препаратов до достижения эффективной дозы. Антидепрессанты, например трициклического ряда, целесообразно назначать, начиная с дозы 25–50 мг перед сном с постепенным повышением количества препарата в течение 10 дней до 100–150 мг в сутки. Более низкие дозы назначаются пациентам пожилого возраста или с соматическим неблагополучием. Необходимо информировать пациента, что антидепрессанты обязательно принимать ежедневно и улучшения можно ожидать через две-три недели с момента начала лечения, а также о том, что могут появиться легкие побочные эффекты, которые должны постепенно исчезнуть через 7–10 дней. Рекомендуется продолжать терапию антидепрессантами на протяжении по крайней мере 3 мес после улучшения психического состояния пациента.

Для лечения депрессий используют несколько классов препаратов, с которыми знакомы врачи амбулаторно-поликлинического звена. Это транквилизаторы, трициклические антидепрессанты (ТЦА), тетрациклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС), ингибиторы моноаминоксидазы, препараты лития и др. Транквилизаторы позволяют быстро устранять тревогу, их можно использовать в сочетании с большинством других лекарственных средств, но они не устраняют симптомов основного заболевания у больных тревожной депрессией. На фоне приема транквилизатора, например диазепама, пациенты успокаиваются и более точно описывают симптомы депрессии. Эффективность всех современных антидепрессантов нового поколения примерно одинакова, поэтому нередко критерием выбора лекарственного средства являются побочные эффекты. ТЦА имеют выраженные побочные эффекты — увеличение массы тела, сухость во рту, запоры, седативный эффект,

поэтому пациенты, получающие эти препараты, должны регулярно проходить врачебный осмотр, в первый месяц — еженедельно. Препараты тетрациклической структуры (мапротилин, миансерин, мirtазапин, амоксапин) по сравнению с ТЦА хорошо переносятся, лишены кардиотоксического действия и поэтому могут применяться у пожилых пациентов и даже у больных с инфарктом миокарда. Среди побочных явлений наиболее часто отмечаются проходящая дневная сонливость, которая обычно исчезает в течение первой недели лечения по мере адаптации к препарату, и сухость слизистых полости рта.

Каждый из препаратов группы СИОЗС (флуоксетин, прозак, циталопрам, пароксетин, сертралин, флувоксамин) обладает определенными преимуществами с точки зрения спектра побочных эффектов, периода полувыведения, лекарственного взаимодействия, показаний к применению. На одних пациентов СИОЗС оказывают седативное действие, у других усиливают чувство тревоги в первые 7–14 дней терапии, поэтому необходимо информировать их о возможных побочных эффектах и рекомендовать дифференцированный прием препарата в зависимости от индивидуальной чувствительности к нему. Флуоксетин рекомендуют принимать в утренние часы, так как он нередко оказывает возбуждающее действие. Циталопрам и пароксетин назначают во второй половине дня или на ночь, поскольку они имеют легкий анксиолитический и седативный эффекты. Терапия СИОЗС может сопровождаться психомоторным возбуждением и головной болью, особенно у пациентов, склонных к тревожным реакциям, которые с обостренной настороженностью относятся к своему физическому состоянию. У некоторых мужчин отмечали нарушение половых функций.

Литература

1. *Hatfield A. B.* Family Education in mental illness.— N. Y.; London, 1990.— 169 p.
2. An update of the Gotland Study / W. Rutz, J. Walinder, L. van Knorring et al.— Cambridge: Universite Press, 1997.— 12 p.
3. *В.Н. Краснов.* Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Соц. и клин. психиатрия.— 1999.— Т. 9, вып. 4.— С. 5–9.
4. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ISD-10 charter V, primary care version.— Hogrefe & Huber Publisher, 1996.
5. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001 «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда».— Весь мир, 2001.— 216 с.
6. *Hance M., Carney R.M., Rich M.W. et al.* // Gen Hosp Psychiatry.— 1996.— Vol. 18.— P. 61–65.

Поступила 16.09.2003

DIAGNOSIS, PRINCIPLES OF THERAPY AND PREVENTION OF DEPRESSIONS AT THE PRIMARY LEVEL OF MEDICAL CARE

V.N. Kuznetsov

S u m m a r y

The importance of timely revealing and diagnosis of depressions at the primary level of medical care as well as the tactics of cooperation of family physicians and psychiatrists at the primary level are shown. The information about main signs and diagnostic criteria of depressions is presented. The principles of therapy and prevention of depressions are discussed. Main classes of drugs used in treatment for depressive states are characterized.