



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Депрессивные расстройства в соматической сети: выявление и тактика оказания помощи

Иван Андреевич Мартынихин

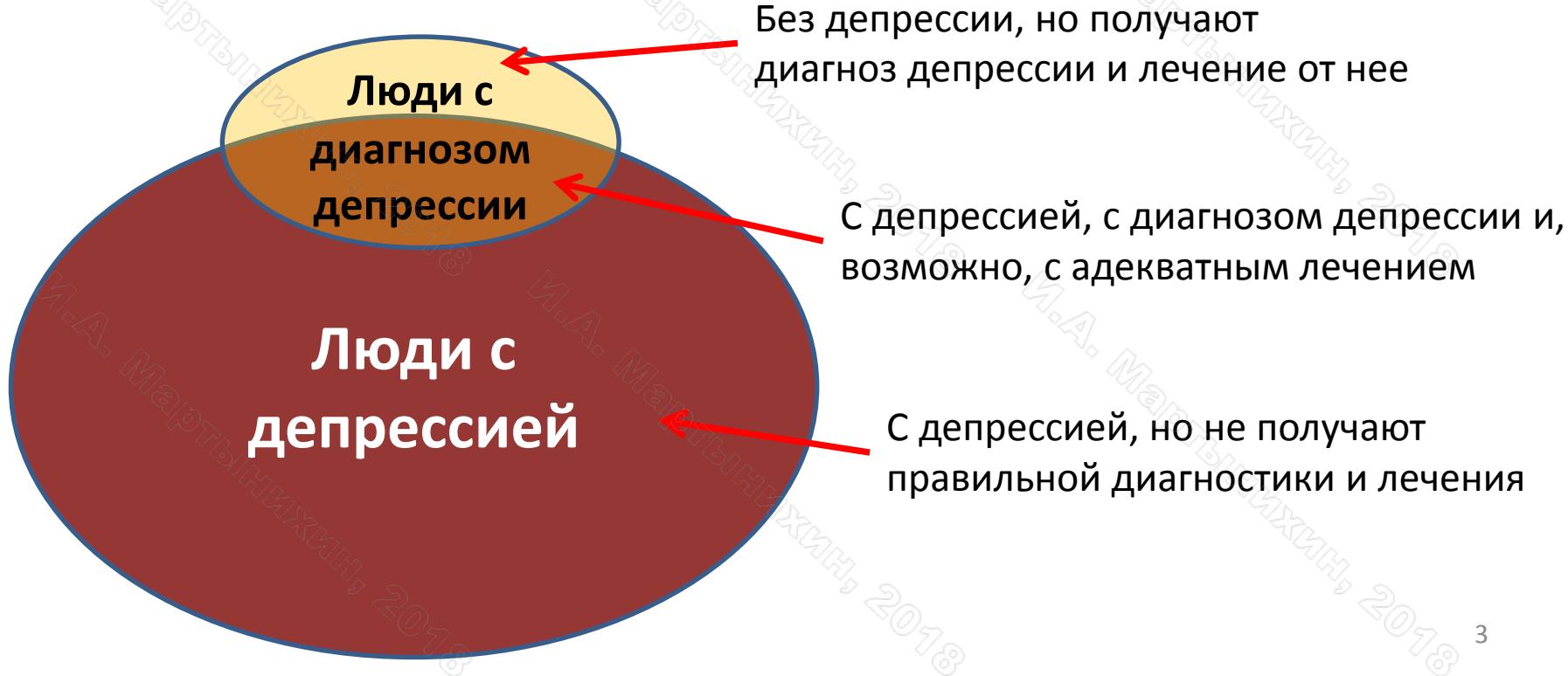
Доцент кафедры психиатрии и наркологии ПСПБГМУ им. И.П. Павлова,
Член Исполкома, редактор веб-сайта Российского общества психиатров,
врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н.

13.02.2018

1. Введение в проблему

Выявление депрессий

- Одновременно сосуществуют две проблемы: **ГИПО- и гипер- диагностика**



ВОЗ: Глобальное бремя депрессии (2015)

Ранг	Причина	YLDs (тыс.)	% YLDs	YLDs на 100,000 нас.
0	Все причины	719 536	100,0	9797
1	Депрессивные расстройства	54 215	7,5	738
2	Боль в спине и шее	52 016	7,2	708
3	Железодефицитная анемия	48 498	6,7	660
4	Сахарный диабет	33 322	4,6	454
5	Мигрень	26 563	3,7	362
6	Тревожные расстройства	24 621	3,4	335
7	Потеря слуха	24 085	3,3	328
8	Кожные заболевания	20 648	2,9	281
9	Заболевания полости рта	16 955	2,4	231
10	Астма	15 879	2,2	216

YLD — ожидаемое количество потерянных лет трудоспособной жизни

ВОЗ: Общее бремя болезней

- **DALY** (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) = **YLD** (ожидаемое количество потерянных лет трудоспособной жизни) + **YLL** (ожидаемое количество потерянных лет жизни)
- Депрессия:
 - YLL принимают за ноль (т.к. не шифруется, как причина смерти)
 - DALY — № 13 в мире, №6 в Европе
- Самоповреждения: DALY — № 13 в мире (№ 11 в Европе), YLL — № 15 в мире (№ 6 в Европе)

ВОЗ: Общее бремя депрессии в Европейском регионе (2015)

Ранг	Причина	DALYs (тыс.)	% DALYs	DALYs на 100,000 нас.
0	Все причины	297 476	100,0	32693
1	ИБС	43 966	14,8	4832
2	Инсульт	20 247	6,8	2225
3	Боль в спине и шее	10 422	3,5	1145
4	Рак легких, бронхов, трахеи	10 170	3,4	1118
5	Сахарный диабет	7 675	2,6	843
6	Депрессивные расстройства	7 670	2,6	843
7	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	7 178	2,4	789
8	ХОБЛ	6 639	2,2	730
9	Инфекции нижних дыхательных путей	6 335	2,1	696
10	Рак кишечника	5 629	1,9	619
11	Самоповреждения	5 543	1,9	609

Гипо-диагностика депрессии

Эпидемиологические исследования

- По данным мета-анализа (Ferrari A., 2012) заболеваемость депрессией в год — **4,7%** населения в мире. В Восточной Европе — **5,1%** населения

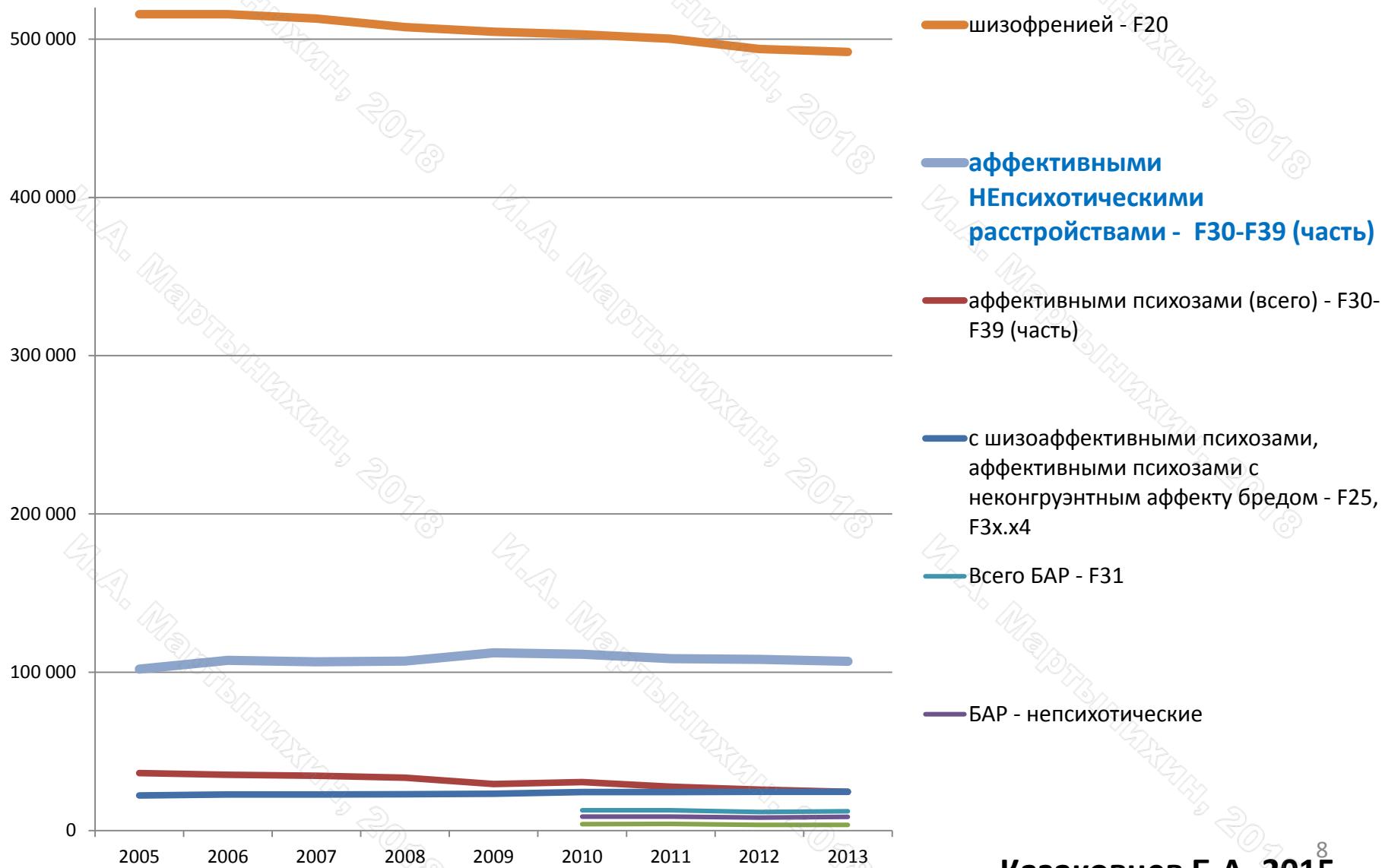
Официальная статистика Минздрава РФ

- В 2010 году учреждениями Минздрава зарегистрировано число больных, равное **0,078% населения**
(Демчева Н.К., 2012)

Разница в 60 раз! — Откуда?

Где оставшиеся **4,62% населения РФ**
с депрессией ???

Контингенты зарегистрированных в России в течение года больных (абс. число. чел)



Больные с депрессией в соматической сети

- Значимая часть больных с депрессией лечится в соматической сети, в связи с:
 - Низкой доступностью психиатрической помощи
 - Стигматизацией психиатрической службы (особенно в РФ)
 - Высокой коморбидностью депрессии и соматических заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания и депрессия

Распространенность депрессии при ИБС 17-27%, субклинические симптомы имеют еще большую распространенность [Rudisch B, Nemeroff CB, 2003] => **почти каждый четвертый больной с ИБС имеет депрессию**

Депрессия, как фактор риска развития и плохих исходов ССЗ:

Nicholson A. (2006): мета-анализ 54 когортных исследований с почти 150 тысячами участников, где отслеживались:

- фатальные случаи коронарных болезней или случаи инфаркта миокарда у изначально здоровых лиц (этиологические исследования)
- случаи смерти при сердечно-сосудистых заболеваниях (прогностические исследования)
- **Выявлено увеличение риска развития коронарных событий у лиц с депрессией в 1,8 раза**

Barth (2004): мета-анализ 20 исследований — риск смерти в первые 2 года после первоначальной оценки был более чем в **2,24 раза выше** у депрессивных кардиологических больных, чем кардиологических больных без депрессии.¹⁰

Некоторые взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний (цит. по Baune B, 2012)



Общие патогенетические механизмы депрессии и ССЗ

(цит. по Sher Y. The Impact of Depression in Heart Disease, 2010 с изменениями)

Серотонинергическая дисфункция

↑ чувствительность тромбоцитов к стимуляторам агрегации

Изменение серотониновой трансмиссии в ответ на изменение уровня холестерина

Системное воспаление и иммунная активация

↑ провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-6

↑ С-реактивного белка, ↑ уровня воспалительных маркеров

↓ уровней противовоспалительных молекул

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система и дисфункция вегетативной нервной системы

Нарушение вегетативного тонуса, ↑ активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы

↑ системная активация симпатической нервной системы, ↑ ЧСС, ↓ вариабельности сердечного ритма

Сосудистые изменения

эндотелиальная дисфункция

↓ вазодилатации, ↓ уровня метаболитов оксида азота

Омега-3 жирные кислоты

↓ потребления и/или уровня Омега-3 жирных кислот

Генетика

Общие генетические факторы, особенно в отношении обмена серотонина и системы воспаления

Психосоциальные факторы

↓ приверженность терапии, ↑ курение сигарет, ↑ веса и ожирение (не во всех случаях), в том числе накопление висцерального жира, ↓ упражнений и физических нагрузок

Фактор терапии

Препараты для лечения ССЗ, способные вызвать депрессию: бета-блокаторы, статины, глюкокортикоиды, резерпин, клонидин и пр. Препараты для лечения психических расстройств с неблагоприятным воздействием на ССС и обмен веществ: трициклические антидепрессанты, атипичные антипсихотики и пр.

Гипер-диагностика депрессии

- Сложность эмоциональной жизни современного человека => трудно правильно оценивать своё эмоциональное состояние + влияние социума:
 - Популярность в массовой культуре образа депрессии/депрессивного человека (мода)
 - Депрессия, как способ объяснить себе и окружающим свои жизненные проблемы
 - Представление о лекарствах, как о «волшебных таблетках», способных решить психологические и социальные проблемы (взаимоотношения, эффективность в работе/учебе и пр.)
- Снижение порога диагностики в современных классификациях психических расстройств («диагностическая инфляция») — гонка за качеством жизни или влияние фарм. компаний?
- Недостаточная дифференциальная диагностика с другими психическими расстройствами

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИЙ

Вопрос: Наиболее частой причиной депрессии являются ...

1. Эндогенные факторы (наследственность)
2. Экзогенные (внешние по отношению к мозгу) факторы (напр., интоксикации, сосудистые заболевания головного мозга, гормональные нарушения и пр.)
3. Психогенные факторы (неприятные жизненные события)

Этиология депрессии

- Концепция уязвимости («стресс-диатеза»)
- Уязвимость:
 - Биологическая (наследственность, нейробиология)
 - Психологическая (особенности личности, психологической защиты, стратегий совладания)
 - Социальная (наличие поддержки)
- «Стресс»: неблагоприятные жизненные и другие внешние события
- *Соотношение вклада уязвимости и «стресса» в каждом конкретном случае может быть различным*

2. Клиника депрессии

Эмоции — субъективное переживание нашего отношения к окружающему и к самим себе

- **Эмоциональные реакции** — непосредственные переживания какой-либо эмоции, кратковременны и связаны с ситуацией, которая их вызвала
- **Чувства** — результат обобщения ряда высших эмоциональных реакций, связанных с той или иной ситуацией или объектом
- **Эмоциональные состояния** значительно длительнее, устойчивее по сравнению с эмоциональными реакциями.
Настроение — более или менее устойчивое, продолжительное, не имеющее предметности (т.е. направленности на узко определенный предмет или событие) эмоциональное состояние человека, окраивающее в течение некоторого времени все его переживания (общий эмоциональный фон), влияющее на другие психические процессы, общий нервно-психический тонус и поведение
- **Эмоциональные свойства** — устойчивые характеристики эмоциональной сферы индивида, особенности эмоционального реагирования,ственные определенному человеку в целом

Триада депрессивного синдрома

1. Гипотимия — болезненное снижение настроения
2. Сниженная мыслительная активность (идеаторная заторможенность)
3. Сниженная двигательная активность (моторная заторможенность)

Стойкость сниженного настроения — т.е. присутствует большую часть дня на протяжении многих дней (в МКБ-10 критерий ≥ 2 недели)

Выраженность идеомоторной заторможенности

MIN

Только субъективные жалобы:

- нехватка сил, утомляемость, сложности начать и завершить обыденные дела
- нарушения внимания, сложности сосредоточения, плохая сообразительность («поглупел»), снижение производительности труда

Изменения, заметные ближайшему окружению:

Снижение активности, уменьшение социальных контактов, изменение эмоциональной экспрессии

Изменения, заметные всем:

Субступорозные состояния
Депрессивный ступор

MAX

«Классическая» (тоскливая) депрессия (меланхолическая, витальная)

Выражены все компоненты депрессивной триады
+ характерны:

- **Тоска** (переживание потери, печали, горя)
- Сниженная самооценка, идеи вины вплоть до **бреда самоуничижения** (\uparrow риск суицида!)
- «Витальные» (соматические) признаки:
 - **Загрудинная локализация аффекта** («камень на сердце», «предсердечная тоска», «душевная боль»)
 - **Ангедония** (неспособность испытывать удовольствие)
 - **Изменение аппетита** (часто с похуданием) и **либидо**
 - **Симпатикотония** (тахикардия, запоры и пр.)
 - **Суточная динамика состояния** (утром тоска \uparrow)
 - **Ранние пробужнения** (в 3-5 утра, «предрассветная тоска»)

Критерии депрессии по МКБ-10

- По крайней мере 2 из трех признаков:
 - **сниженное настроение,**
 - **утрата интересов и способности получать удовольствие,**
 - **повышенная утомляемость**
- Плюс как минимум 2 из дополнительных:
 - сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
 - сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
 - идеи виновности и унижения (даже при легком типе эпизода);
 - мрачное и пессимистическое видение будущего;
 - идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид;
 - нарушенный сон;
 - сниженный аппетит.
- Минимальная продолжительность всего эпизода — **2 недели**

Другие клинические варианты депрессии

1. **Тревожная депрессия:** депрессия + тревога; в триаде вместо заторможенности идеаторное и моторное возбуждение, усиление вечером. Переживания обычно связаны с собственным здоровьем (ипохондрические идеи) или благосостоянием семьи (страх обнищания)
2. **Апатическая депрессия:** характерны жалобы на апатию — отсутствие эмоций, безучастность, безразличие к происходящему вокруг, но при депрессии это «отсутствие эмоций» обычно тягостно и чуждо больному (в отличие от апатии, как эмоц. свойства)
3. **«Астено-депрессивный синдром»:** превалируют жалобы на повышенную утомляемость (как следствие идеомоторной заторможенности)
4. **Маскированная депрессия** (см. далее)

Маскированная депрессия (скрытая, соматизированная депрессия, «депрессия без депрессии»)

- депрессия, при которой собственно симптомы сниженного настроения скрываются (маскируются) какими-либо соматическими симптомами или другими психическими расстройствами
- **алгически-сенестопатическая** — хронические боли (сенестопатии, сенесталгии)
- **с паническими атаками** (психовегетативные кризы)
- **обсессивно-фобическая**
- **агропническая** (упорная бессонница)
- **с симптомами зависимости** (симптоматическое пьянство, нехимические зависимости)

Сенестопатии —

тяжостные ощущения, не имеющие для своего возникновения объективных причин

- **Полиморфизм ощущений:** спазмы, давление, жар, жжение, холод, лопанье, пульсация, отслоение, разрывы, распирание, растягивание, скручивание, стягивание, трение, дрожание и пр.
- **Необычны**, поэтому пациенты с трудом формулируют свои жалобы, прибегают к образным сравнениям («как будто...»)
- **Неприятны**, тягостны, мучительны
- **Неотступны**, упорны, назойливы
- **Несвойственная** симптоматике соматических заболеваний локализация — неопределенная, разлитая, мигрирующая, причудливая

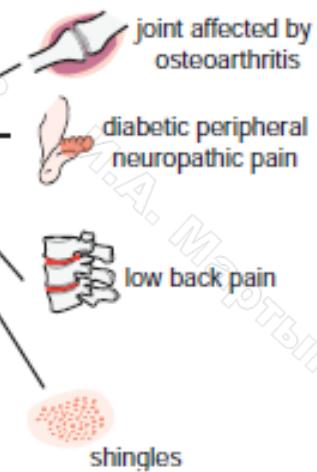
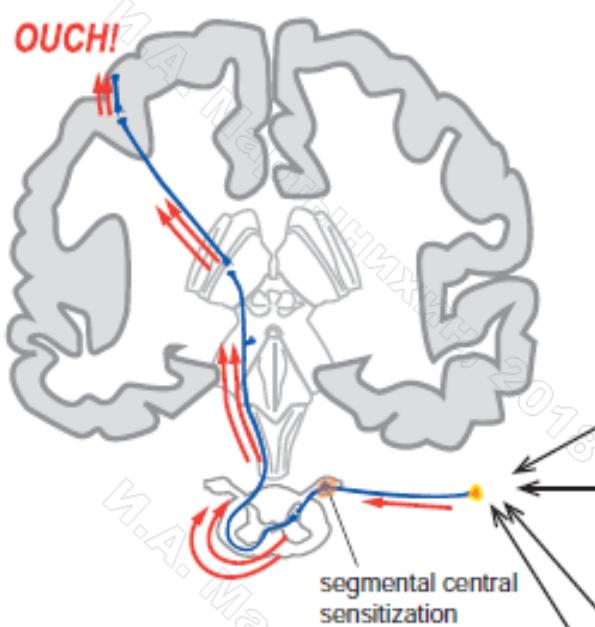
Боль

- Ноцицептивная

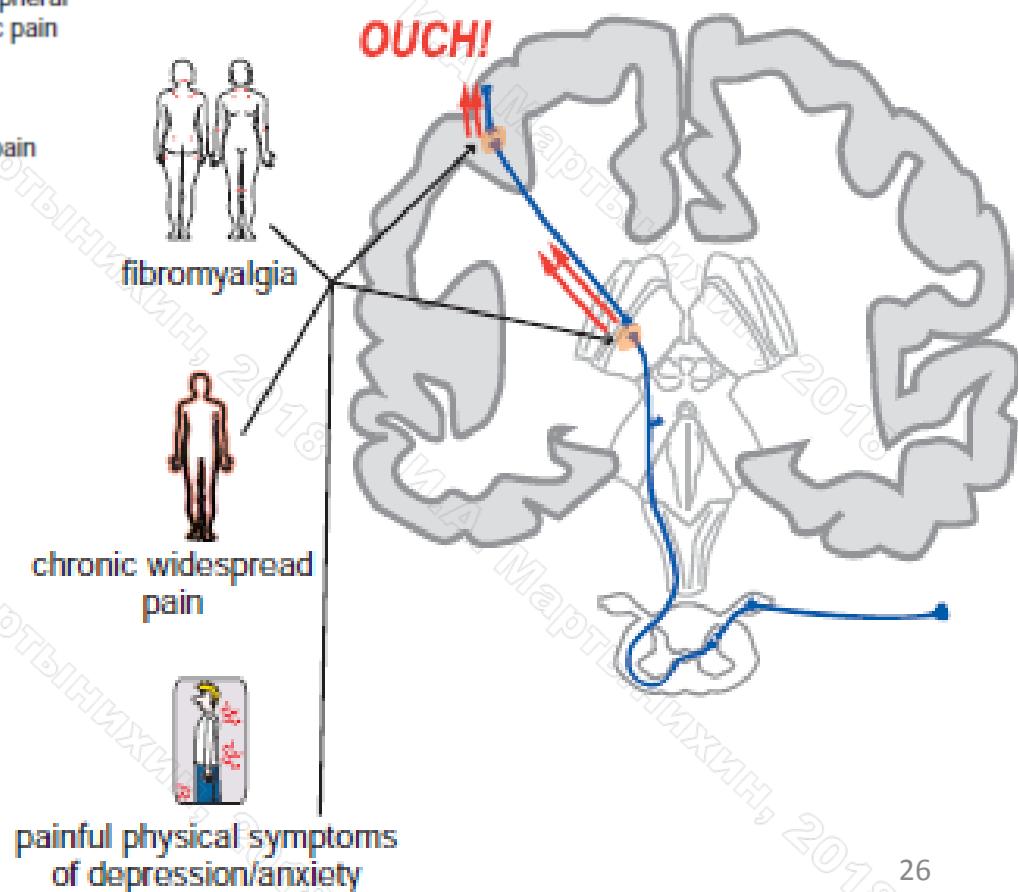
- Реакция на физическое повреждение тканей (стимуляция болевых рецепторов)
- Выраженность пропорциональна стимуляции
- Острая выполняет защитную функцию
- Хороший эффект анальгетиков (НПВС)
- *Напр., зубная, травмы и пр.*

- Нейропатическая

- Результат патологического возбуждения нейронов ноцицептивной системы в периферической или центральной НС
- Стимуляции болевых рецепторов не требуется
- Нет эффекта от анальгетиков
- Часто хроническая, мучительная



B



B

Stahl S., 2013

Что поможет в диагностике маскированной депрессии?

- больной длительно, но безрезультатно лечится у различных врачей
- врачи не находят у больного какого-либо соматического заболевания или ставят малоопределенный диагноз (например, «вегето-сосудистая дистония»)
- аутохтонность и сезонность возникновения симптомов
- часто ухудшение состояния в утренние часы
- отсутствие эффекта от соматической терапии и хороший терапевтический эффект от антидепрессантов
- аффективные нарушения в анамнезе у больного и его родных

Что может мешать пожаловаться на сниженное настроение человеку с депрессией?

1. Трудности интеллектуального понимания своего настроения (особенно, дети, лица с деменцией, низким образовательным и культурным уровнем)
2. Трудности вербализации своих эмоций (алекситимия)
3. Страх психического заболевания
4. Страх перед психиатрической помощью и лечением

Тяжесть депрессии

- **От легкой** (непсихотического уровня) — жалобы на повышенную утомляемость (но трудоспособность м.б. сохранена), притупление чувств, безрадостность, отсутствие удовольствия от привычных занятий, сомато-вегетативные нарушения, снижение самооценки, сохранено понимание состояния как болезненного, т.е. — критика (хотя бы частичная)
- **До тяжелой** (психотический уровень) — выраженное идеомоторное торможение вплоть до депрессивного ступора, сверхценные и бредовые идеи самоуничижения, отсутствие понимания своего состояния, как болезненного

Самоубийство

- В большинстве случаев (но не во всех!) является следствием психического расстройства
- Депрессия — среди психических расстройств самая частая причина самоубийств
- Но есть большое влияние социокультурных факторов (напр., у женщин депрессии чаще, чем у мужчин, а самоубийства они совершают реже)



Эмиль Дюркгейм (1858-1917)

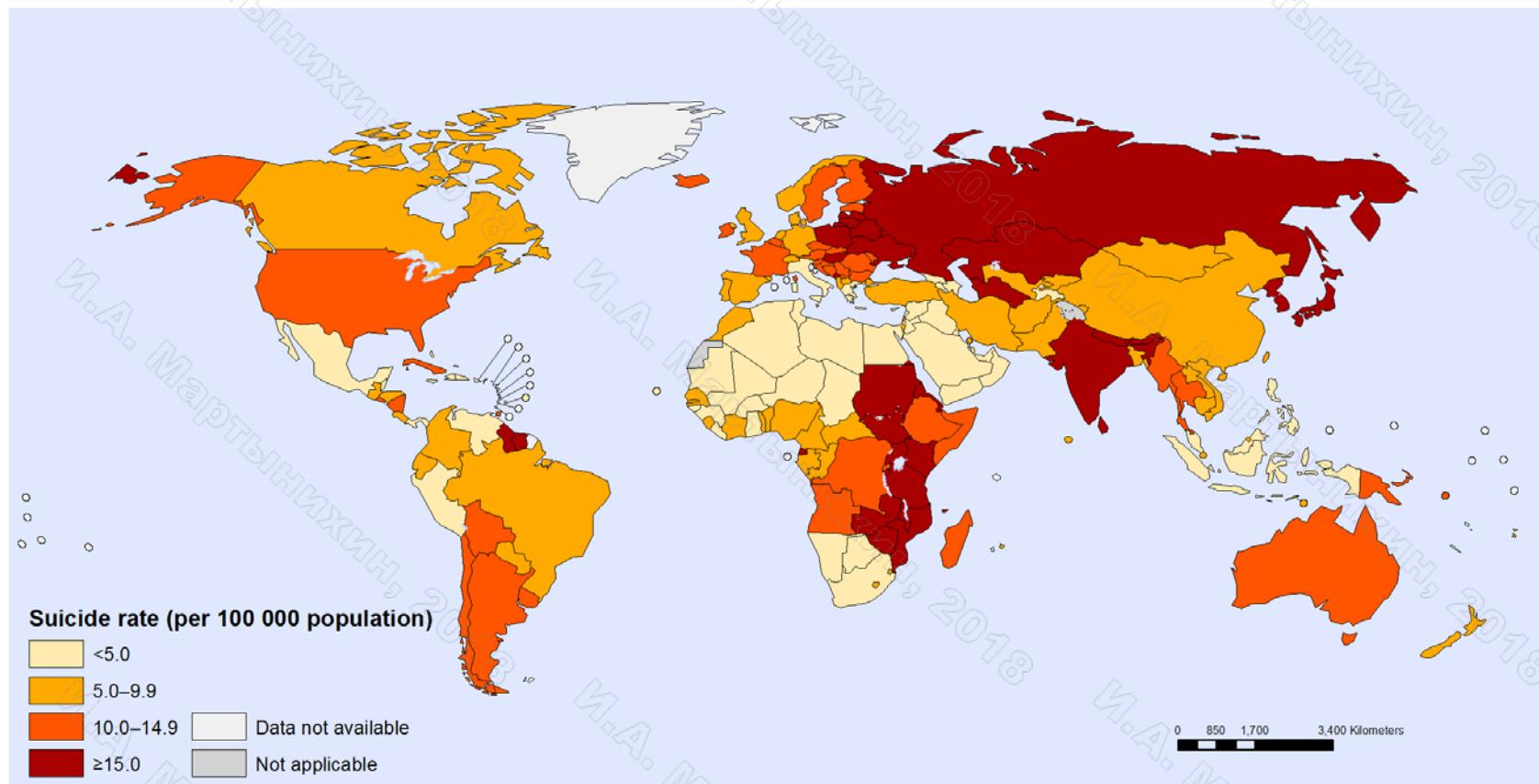
Основатель науки социологии

Книга «Самоубийство» (1897):

Самоубийство — социокультурный феномен

Эпидемиология самоубийств

Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2012



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

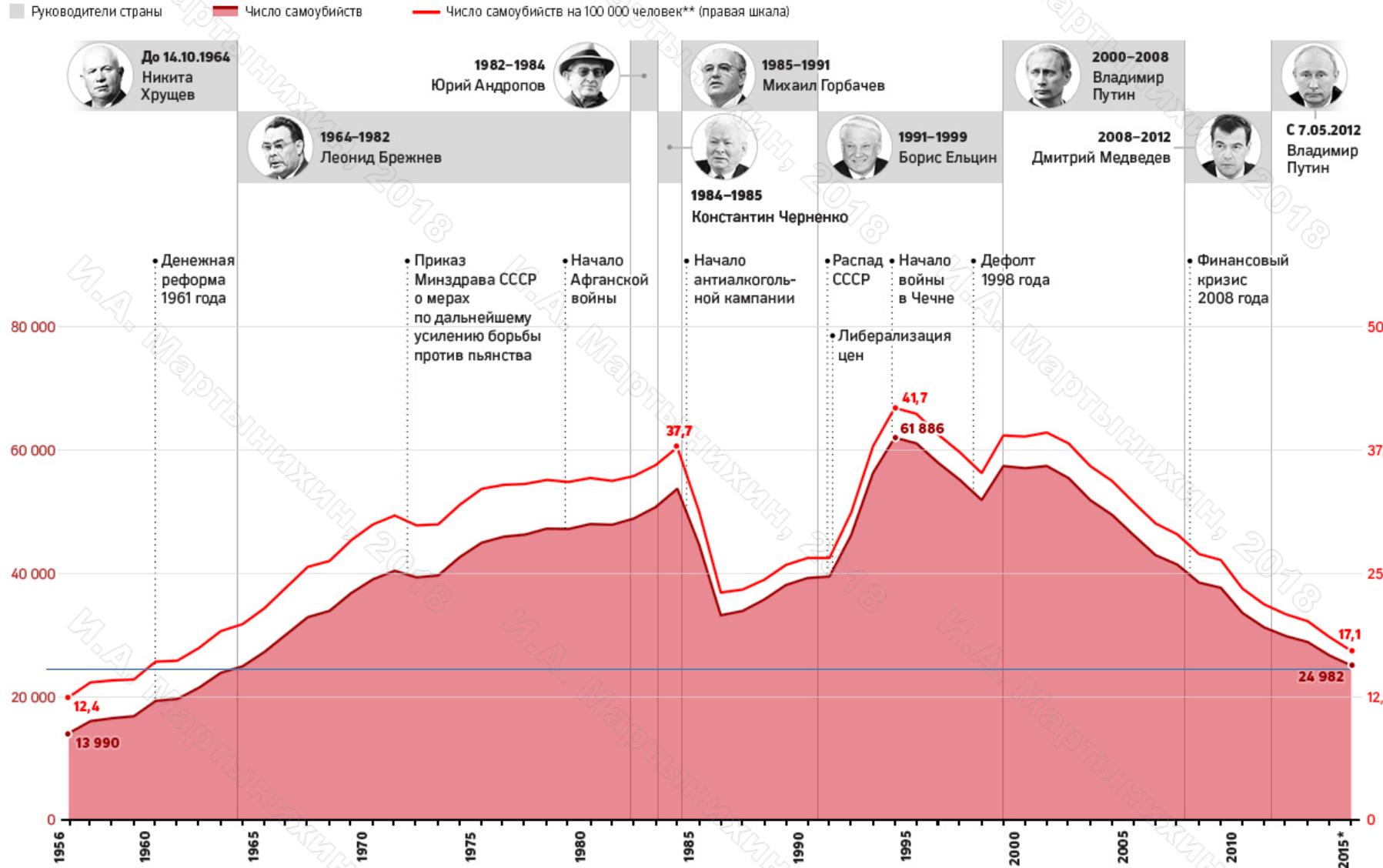
Data Source: World Health Organization
Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI)
World Health Organization

 World Health Organization
© WHO 2014. All rights reserved.

- В мире: 11,4 случаев на 100 000 жителей в год (ВОЗ, 2012)
- 105-кратный разброс между странами (от 0,4 до 44,2 на 100 тыс.)

Как менялась ситуация с самоубийствами в России на протяжении 60 лет

Число самоубийств в России/РСФСР росло при Леониде Брежневе и достигло первого пика в 1984 году. Старт антиалкогольной кампании и выход из «застоя» снизили количество жертв суицида, но из-за распада СССР и рыночных реформ число самоубийств выросло до нового пика в 1994–1995 годах. После краткосрочного скачка, связанного с дефолтом 1998 года, показатель снижался на протяжении 2000–2010-х годов

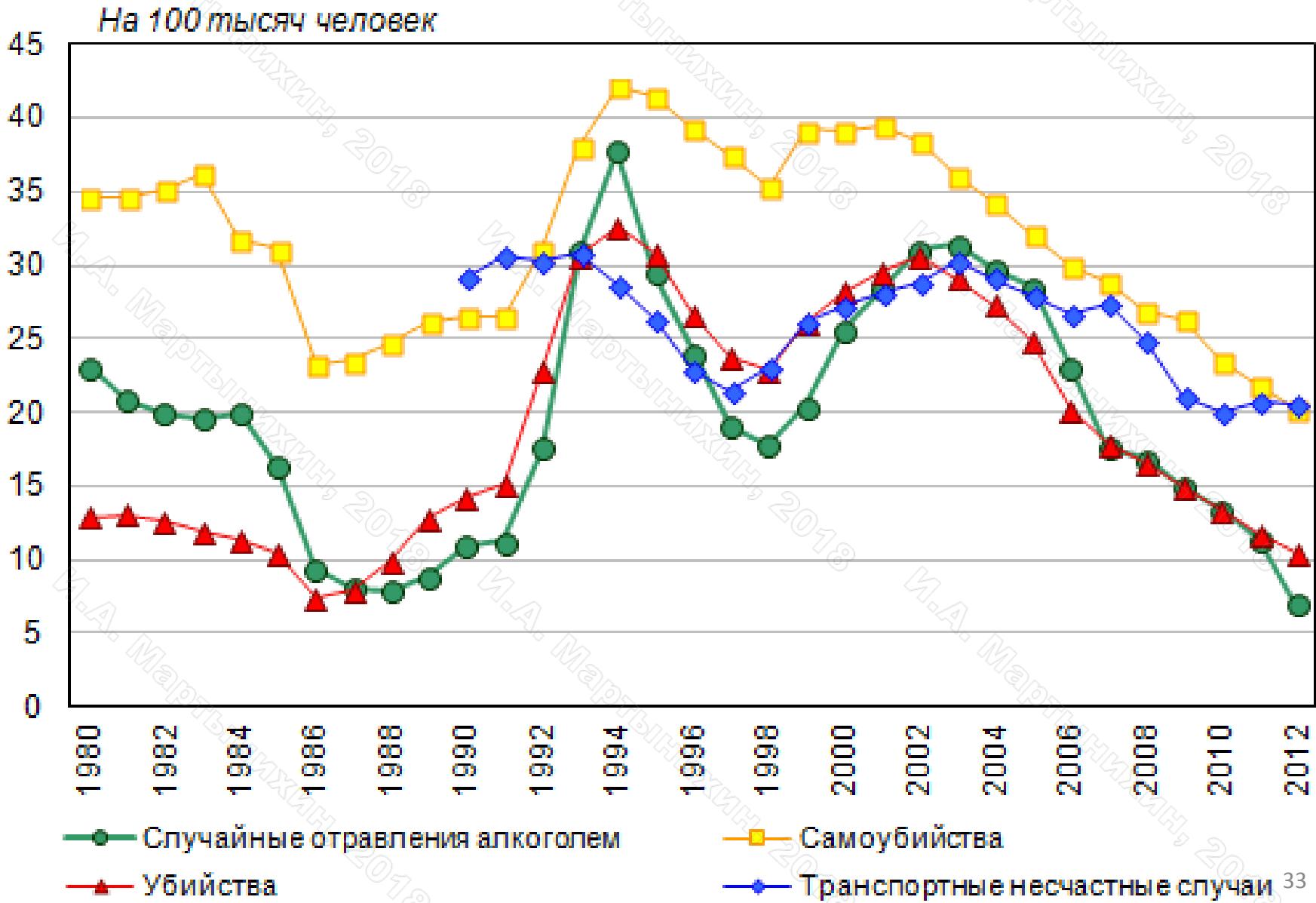


* Оперативные данные

** Коэффициент рассчитан как отношение числа самоубийств к средней численности населения за год (сумма числа жителей на начало и конец года, поделенная на два)

Источники: расчеты РБК, Росстат, данные из архива Д.Д. Богоявленского [архив ЦСУ СССР (РГАЗ. ф.1562), Ф. Милле, В. Школьников, В. Эртриш, Ж. Валлен. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965–1994] фото: РИА Новости

Среди смертей от внешних причин 1980-2012



Причины смерти в РФ, 2017 год (предварительные данные Росстата)

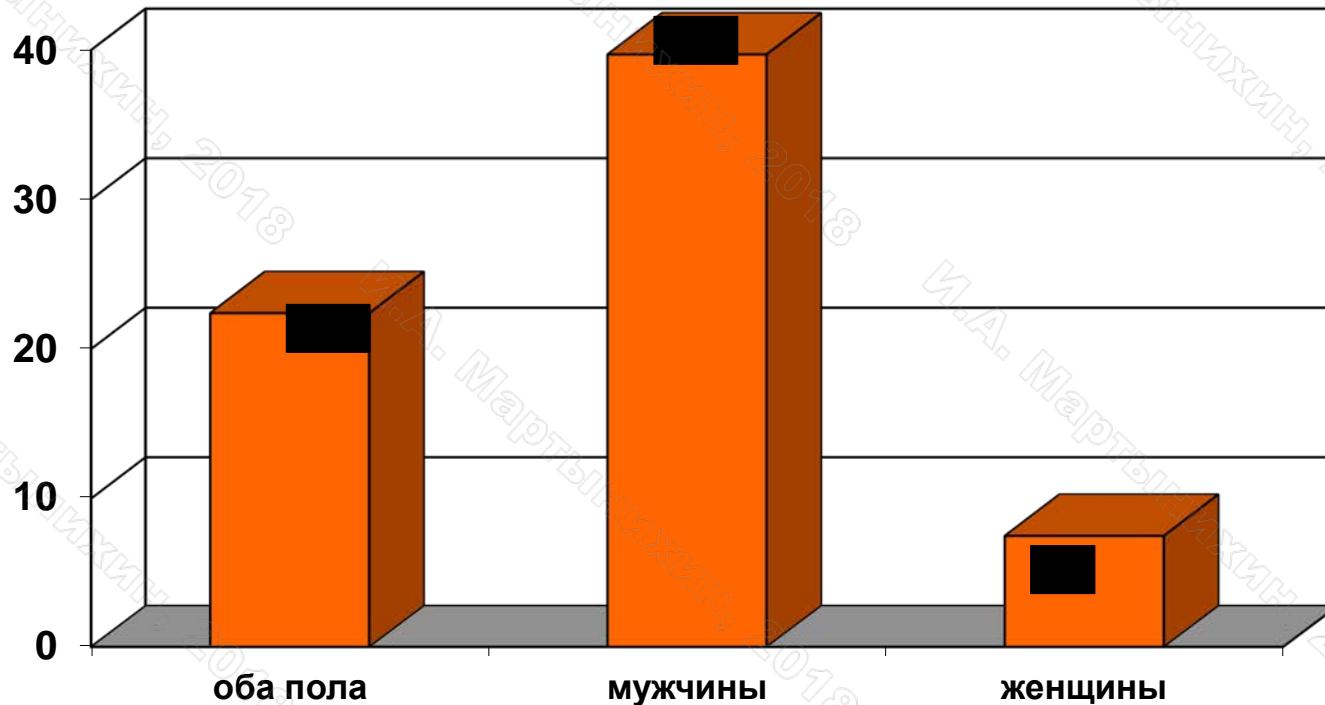
	на 100 тыс. нас	% в структуре смертности
<i>Всего умерших от всех причин</i>	<i>1243,3</i>	
инфекционных и паразитарных болезней	21,9	1,7%
новообразований	196,9	15,8%
болезней системы кровообращения	584,7	47,0%
болезней органов дыхания	41,3	3,3%
болезней органов пищеварения	62,4	5,0%
болезней нервной системы	68,4	5,5%
болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	26,2	2,1%
внешних причин смерти:	94,6	7,6%
- ДТП	13,6	1,1%
- отравлений алкоголем	5,7	0,4%
- самоубийств	13,7	1,1%
- убийств	6,0	0,5%
другие классы болезней	146,9	11,82%

1-е место в структуре насильственной смертности

1-2 место среди причин смерти у лиц молодого возраста (15-24)

В 2009 году у российских детей 10-14 лет на самоубийства приходилось 10% всех смертей, а у подростков 15-19 лет — 21%

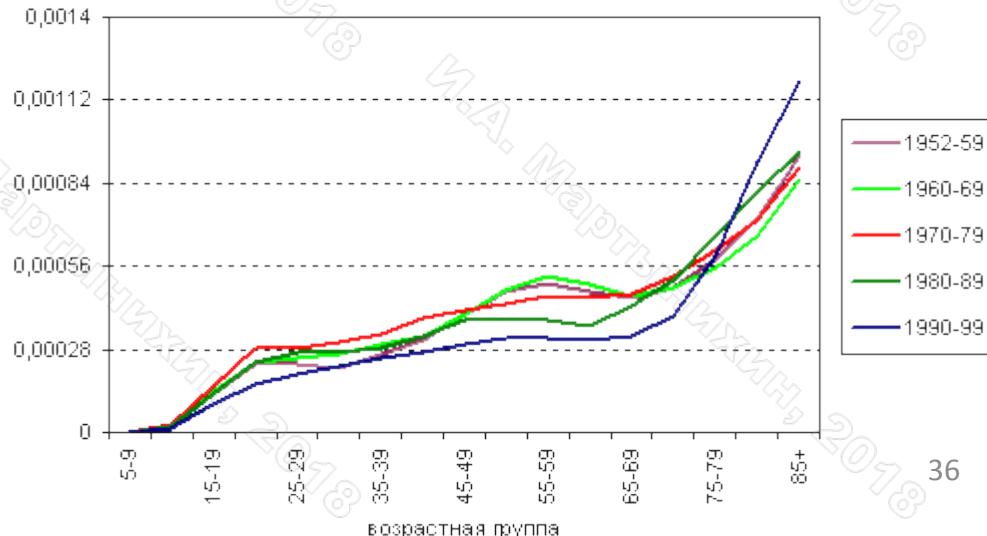
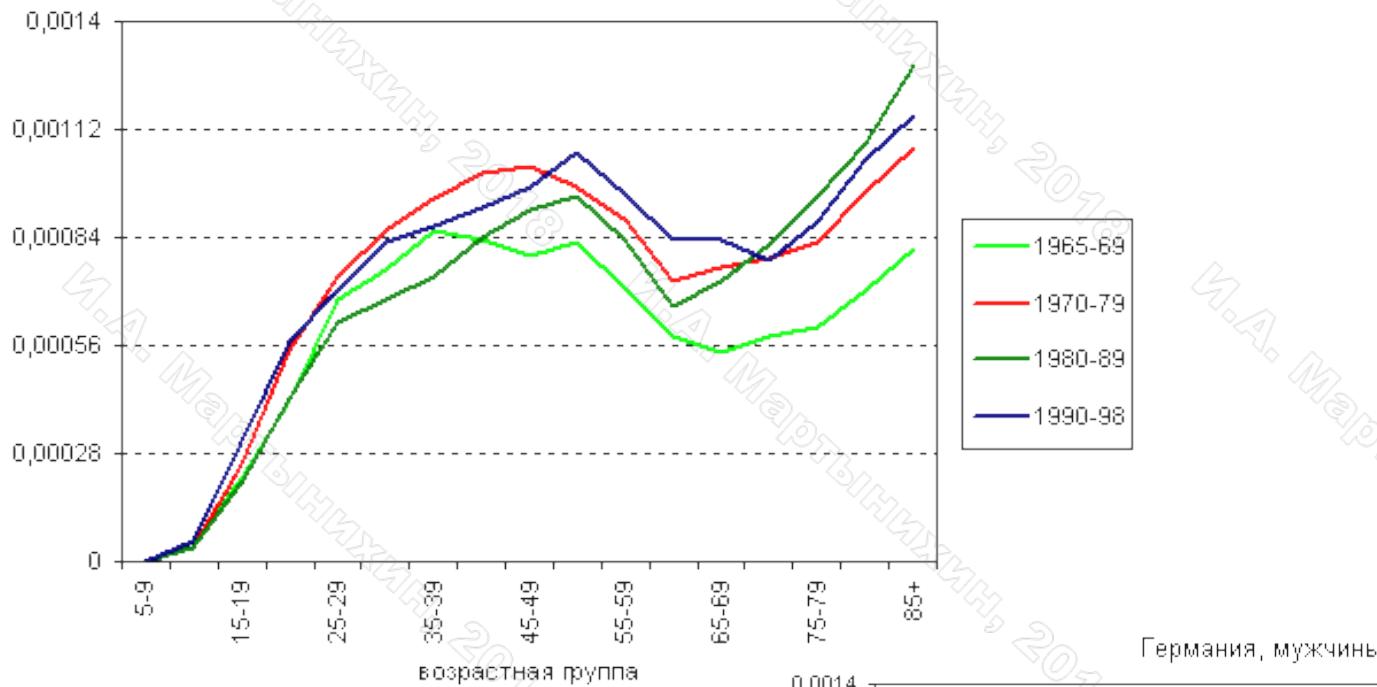
Эпидемиология самоубийств в России



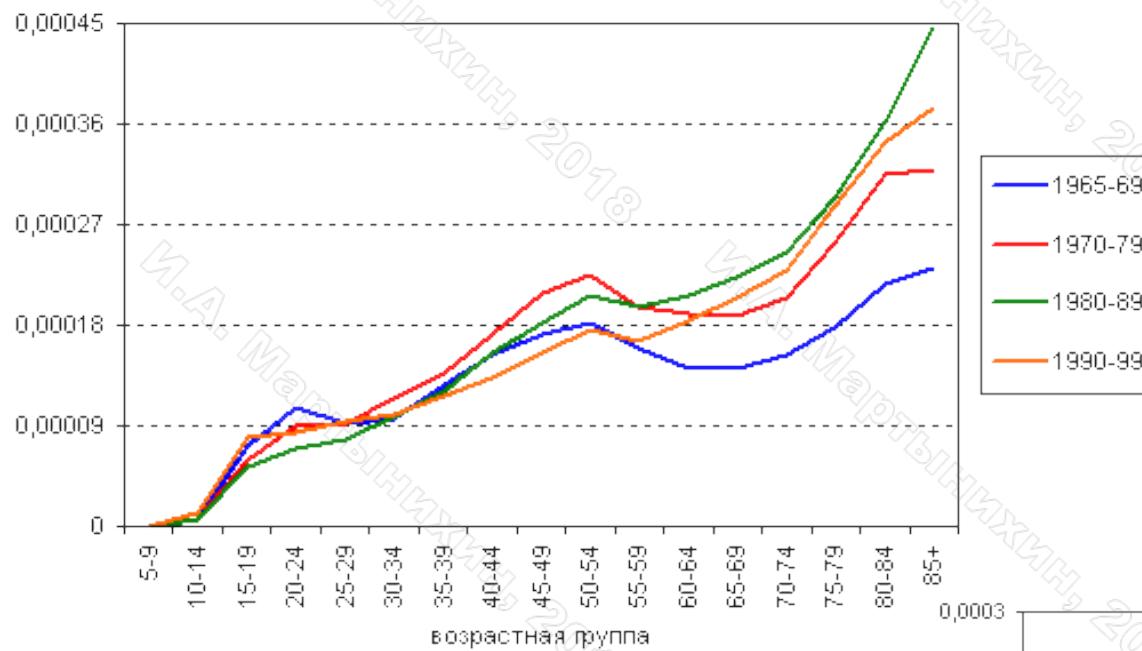
Смертность населения по причине
самоубийств в Российской Федерации в 2012
году (на 100 тыс. человек)

- самый распространенный способ — самоповешение; далее у мужчин — огнестрельное повреждение, у женщин — отравление медикаментами и химическими жидкостями

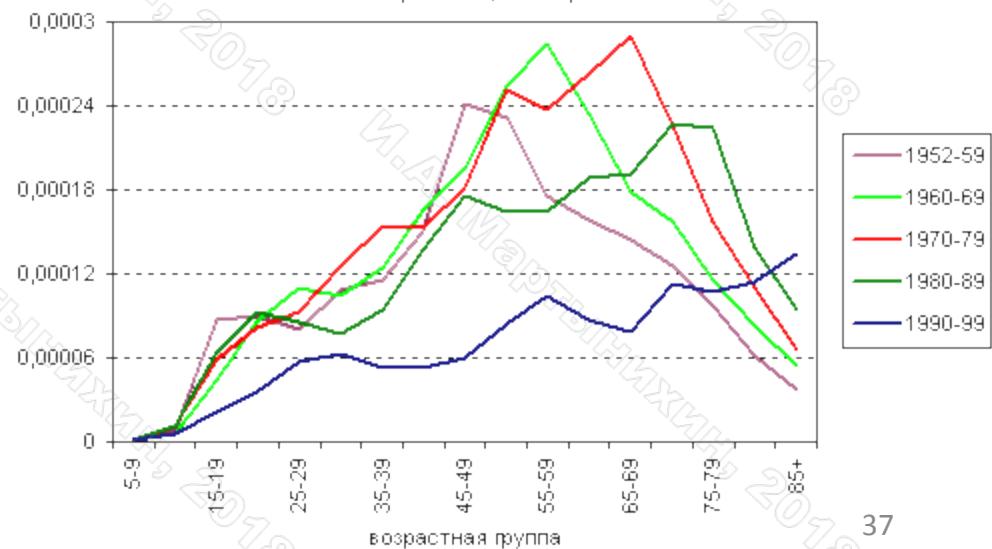
Смертность от суицида в РФ в разных возрастных группах. Мужчины



Смертность от суицида в РФ в разных возрастных группах. Женщины



Германия, женщины



3. Диагностика и дифференциальная диагностика депрессивных расстройств

- **Аффективные расстройства** — группа расстройств (болезней), характеризующихся болезненным изменением настроения в виде депрессивных или маниакальных состояний («эпизодов», «фаз»)

История



- **Эмиль Крепелин**
«маниакально-депрессивный психоз» (1896)
- Чередование аффективных (депрессивных и маниакальных) состояний
- Фазно-периодическое течение без формирование эмоционально-волевого дефекта, свойственного шизофрении
- **В настоящее время диагноза МДП нет (устарел), вместо него выделен ряд разнородных по патогенезу и клинике заболеваний**

Современная классификация аффективных расстройств

- Биполярное аффективное расстройство
 - тип I
 - тип II
- Рекуррентное депрессивное расстройство
- Циклотимия
- Дистимия

Расстройства, преимущественно связанные со стрессом:

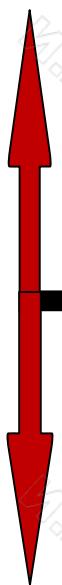
- Расстройства адаптации
- Пролонгированная реакция утраты (горя)

непсихотический уровень

психотический уровень

БАР1 тип

мания



Рекуррентное
депрессивное
расстройство



БАР2 тип

циклотимия

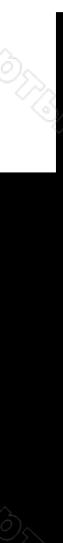
норма

дистимия

42

депрессия

или



Этиопатогенез

Большая роль **наследственности**, при этом биполярное аффективное расстройство (БАР) и рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) — генетически разнородные заболевания

- БАР: вклад наследственности 80-85%
- РДР: вклад наследственности 40%, значительно чаще страдают женщины

Основные гипотезы патогенеза депрессий:

- Нейротрансмиттерные нарушения:
недостаток **серотонина, норадреналина** и др.
- Нейродегенеративная гипотеза
(уменьшение объема гиппокампа и пр.)

Распространённость аффективных расстройств

Риск в течение жизни:

- Депрессивный эпизод или рекуррентное депрессивное расстройство: от 11,1% (развивающиеся страны) до 14,6% (развитые страны) населения (Kessler R., 2013)
- БАР: 2,6% (Clemente A.S., 2015)

Чаще страдают женщины
(особенно при монополярном типе)

Биполярное аффективное расстройство

- Манифестирует в возрасте 20-25 лет
- Характерны классические аутохтонно возникающие аффективные фазы (тоскливо-заторможенные депрессии и веселая мания)
- Фазы частые (1 фаза в 1,5-2 года), длительность 3-4 месяца
- Часто наблюдаются сдвоенные фазы
- Может иметь неблагоприятное (**континуальное**) течение
- Могут появляться **смешанные** состояния

Биполярное аффективное расстройство

1. Циркулярный



3. Любые другие сочетания фаз.
В т.ч., течение без интермиссий
(континуальное)

2. Альтернирующий



Смешанные состояния

- могут возникать при биполярном аффективном расстройстве
- "одномоментное существование маниакальных и депрессивных симптомов, дляющихся не менее двух недель, или их быстрое чередование в течение нескольких часов»
- сопровождаются повышением риска суицида (!)
- требуют изменения тактики терапии

Рекуррентное депрессивное расстройство

- Обычно дебютирует после 30 лет
- В большинстве случаев первоначально реактивные (психогенные) по структуре депрессии; на отдаленных этапах депрессии становятся аутохтонными
- В картине депрессивного состояния часто присутствуют сомато-вегетативные, сенестоипохондрические, тревожно-фобические расстройства

Рекуррентное депрессивное расстройство

Средняя продолжительность депрессивных фаз — 6 мес

Средняя частота депрессий — 1 фаза в 4 года

+

интермиссия

-

Циклотимия

Аффективные расстройства непсихотического уровня обоих полюсов

Характерны аутохтонные фазы

Дистимия

Хронические (длительностью не менее 2 лет)
депрессии непсихотического уровня

В этиологии и патогенезе играют роль
как эндогенные, так и психогенные факторы

Дифференциальная диагностика депрессии

- Тревожные и фобические расстройства
- Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), ипохондрическое расстройство
- Расстройства, непосредственно связанные со стрессом (расстройства адаптации, пролонгированная реакция горя, ПТСР)
- **Деменции** (особенно начальные стадии)
- Зависимости
- **Пограничное расстройство личности (BPD)**

Пограничное расстройство личности (Borderline personality disorder)

Критерии DSM-IV — Любые 5 из 9 критериев:

1. склонность прилагать чрезмерные усилия с целью **избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым**
2. склонность вовлекаться в **интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения**, характеризующиеся чередованием крайностей — идеализации и обесценивания;
3. **расстройство идентичности**: заметная и стабильная неустойчивость образа или чувства Я;
4. **импульсивность**, проявляющаяся как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, трата денег, сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, нарушение правил дорожного движения, чрезмерное переедание)
5. **рецидивирующее суицидальное поведение**, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения;
6. **аффективная неустойчивость**, очень переменчивое настроение (например, периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся в течение нескольких часов и лишь изредка несколько дней и больше);
7. постоянно испытываемое **чувство опустошенности**;
8. **неадекватные проявления сильного гнева** или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, частые случаи проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки);
9. преходящие вызываемые стрессом **параноидные идеи** или выраженные **диссоциативные симптомы**

4. Оказание помощи людям с депрессивными расстройствами

Кто лечит депрессию?

- ВОЗ: «Депрессия — это расстройство, которое могут с уверенностью диагностировать и лечить **работники первичной медико-санитарной помощи**, не являющиеся специалистами в области психического здоровья.»
(http://www.who.int/mental_health/management/depression/ru/)
- В РФ нет однозначного правового статуса. Закон РФ «О психиатрической помощи...»:
Ст. 20 «Установление диагноза психического заболевания ... являются исключительным правом врача-психиатра ... **Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер...**»

- **Наибольшие преимущества лечения депрессии у врачей соматической сети:**
 - Пациенты с подозрением на «маскированную депрессию»
 - Пациенты с серьезной соматической патологией
- **Целесообразно направление к психиатру:**
 - Пациенты с БАР
 - Значительная тяжесть депрессии
 - Пациенты, не ответившие на первую линию терапии
 - Пациенты с зависимостями
 - Подростки
 - Пациенты с высоким суицидным риском
- **Пациенты с психотической депрессией — неотложная госпитализация в психиатрический стационар**

Суициды при аффективных расстройствах

Риск завершенного суицида в **20-30 раз выше**, чем в общей популяции

- Группа особого риска:
 - » Депрессия психотического уровня
 - » БАР (риск выше, чем при рекуррентной)
 - » В анамнезе есть суицидные попытки
 - » Суицид у родственников
 - » Злоупотребление ПАВ
 - » Отсутствие лечения
 - » Мужской пол
 - » Возраст (подростки, пожилые)
 - » Отсутствие социальной поддержки, бедность, неизлечимые болезни
 - » Профессия (врачи, военные)

Лечение депрессии

- Био-психо-социальный подход:
 - **Био-:** антидепрессанты (но не пациентам с БАР!), нормотимики и др.
 - **Психо-:** психотерапия, психологическая помощь
 - **Социо-:** социальная помощь, поддержка

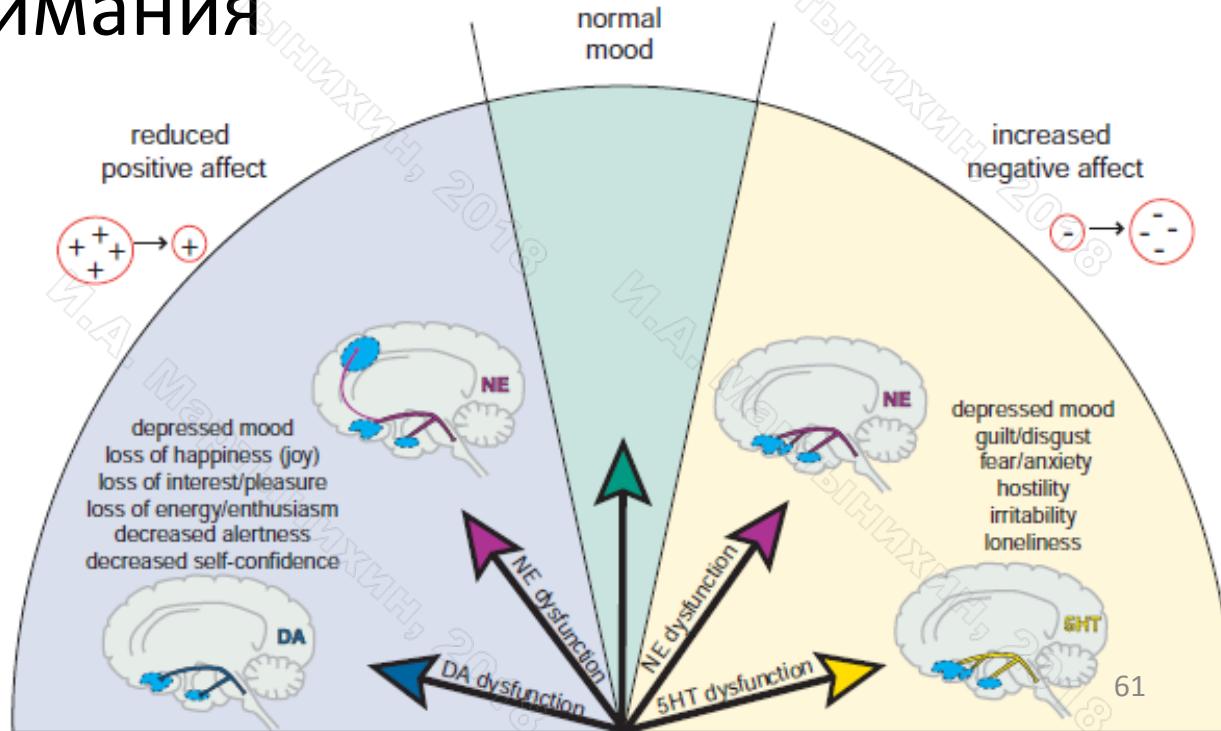
Антидепрессанты — особенности терапии:

- Антидепрессивный эффект развивается в течение длительного времени (2-4-6 недель) — необходим длительный прием (ВОЗ: «лечение антидепрессантами следует продолжать в течение 9-12 месяцев **после выздоровления**»)
- Не вызывают эйфории, поэтому не формируется зависимость
- Антидепрессивный эффект — основа терапии, а стимулирующие или седативные эффекты — побочные. Для амбулаторной терапии оптимальны препараты «сбалансированного действия».
- Антидепрессанты могут повышать суицидный риск. Особенno: а) у подростков, б) в начале терапии (первые 2 недели), в) при назначении антидепрессантов со стимулирующим действием

Фармакодинамическая классификация антидепрессантов

- **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):** флуоксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам, пароксетин, флувоксамин
- **Ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина**
 - Неселективные: Трициклические антидепрессанты (ТЦА) — амитриптилин, имипрамин, кломипрамин
 - **Селективные (СИОЗНС):** милнаципран, дулоксетин, венлафаксин
- Препараты с другими механизмами действия:
 - миансерин — селективный ингибитор обратного захвата норадреналина/антагонист норадреналина
 - **тразодон** — ингибитор обратного захвата серотонина/антагонист серотонина

- Недостаток **серотонина** — подавленное настроение, тревога, фобии, навязчивости, раздражительность, враждебность
- Недостаток **норадреналина** — отсутствие чувства удовольствия (ангедония), снижение интереса, идеомоторная заторможенность, нарушение внимания



Клиническая классификация антидепрессантов:

- Стимулирующие
 - имипрамин
 - флуоксетин
 - Сбалансированного действия
 - сертралин
 - эсциталопрам
 - кломипрамин
 - Седативные
 - амитриптилин
 - миансерин
 - тразодон
- 
- 
- Повышение рисков суицида, нарушений сна, тревоги
- «Поведенческая токсичность» — нарушения внимания, памяти, работоспособности

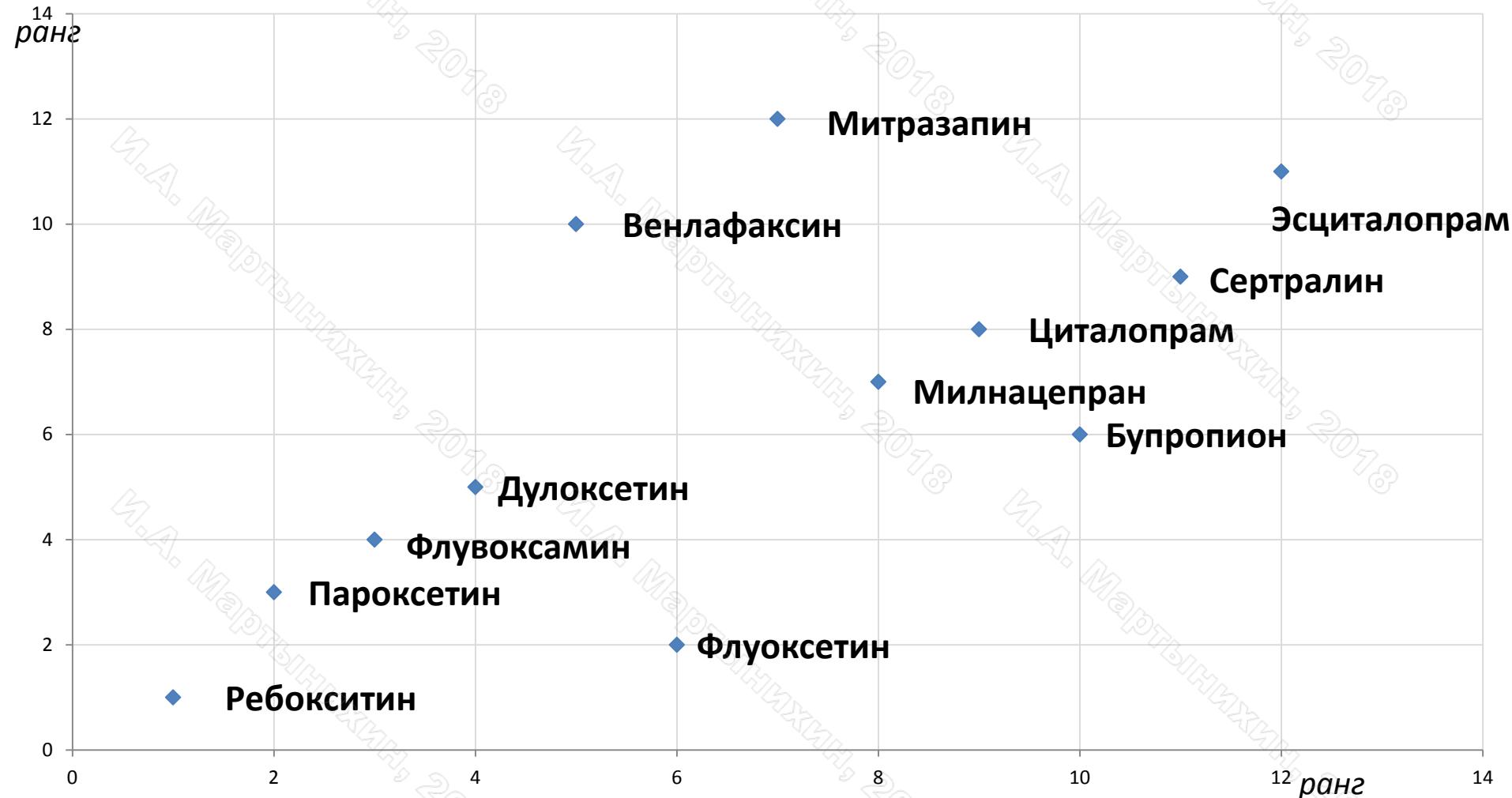
Клинические рекомендации Всемирной Федерации Обществе Биологической Психиатрии (WFSBP)

- Для лечения депрессии легкой или средней степени тяжести: **СИОЗС или «другие современные антидепрессанты» являются препаратами 1-ого выбора**

(WFSBP, 2013)

Сетевой мета-анализ эффективности и безопасности современных антидепрессантов

↑ Эффективность



Особые целевые группы для отдельных препаратов

- **СИОЗС (сертралин, эсциталопрам)** — депрессии, тревожные расстройства, вкл. паническое расстройство (начинаем с $\frac{1}{2}$ стандартной дозы), обессивно-компульсивное расстройство (доводим до максимальных дозировок), предменструальное дисфорическое расстройство (постоянный прием или прерывистый), преждевременная эякуляция
- **СИОЗСН (венлафаксин, митразапин)** — более выраженный антидепрессивный эффект, нейропатическая боль (!)
- Флуоксетин — повышенный аппетит, нервная булимия
- Митразапин — сниженный аппетит, нервная анорексия
- Тразодон — нарушения сна, нарушения эрекции
- Амитриптилин — в терапевтических дозах много побочных эффектов (!), часто используют для самоотравлений (!)

Побочные эффекты

	Летальность при передозировке	Другое							
		Повышение веса	Ортостаз	Повышение веса	Сексуальные дисфункции	Инсомния, ажитация	Седация	Тошнота, ЖКТ	Антихолинергические
Амитриптилин	+++	-	+++	-	+	+++	+++	Изменения на ЭКГ	+++
Кломипармин	+++	+	+	+	++	++	++	Изменения на ЭКГ	++
Дулоксетин	-	++	-	++	+	-	-		+
Эсциталопрам	-	++	-	++	++	-	-		+
Флуоксетин		++		+					+
Митразапин	-	-	++	-	-	+	++		+
Пароксетин	+	++	-	++	++	-	+		+
Сертралин	-	++	-	++	++	-	-		+
Венлафаксин	-	++	-	++	++	-	-		+
Тразодон	-	+	++	-	++	+	+	Приапизм (редко)	+

**Приказ Минздрава России от 11.07.2017 N 403н
"Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для
медицинского применения, в том числе иммунобиологических
лекарственных препаратов, аптечными организациями,
индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию
на фармацевтическую деятельность"**

- 14. Остаются и хранятся у субъекта розничной торговли рецепты (с отметкой "Лекарственный препарат отпущен") на
 - иные лекарственные препараты, относящиеся по АТХ к **антидепрессантам** (код N05A), **анксиолитикам** (код N05B), **снотворным и седативным средствам** (код N05C), **антидепрессантам** (код N06A) и не подлежащие предметно-количественному учету, - в течение трех месяцев....
- Рецепты, выписанные с нарушением установленных правил ([Приказ N 1175н](#) и [Приказ N 54н](#)), регистрируются в журнале, в котором указываются выявленные нарушения в оформлении рецепта, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, выписавшего рецепт, наименование медицинской организации, принятые меры, отмечаются штампом "Рецепт недействителен" и возвращаются лицу, представившему рецепт. О фактах нарушения правил оформления рецептов субъект розничной торговли информирует руководителя соответствующей медицинской организации.

Психотерапия депрессии

- Психотерапия — «лечение словом»
- Психотерапевт: врач или психолог (?)
- Элементы психотерапевтических методик может использовать врач любой специальности («неспецифическая психотерапия»)
- Направления:
 - Рациональная
 - Суггестивная (аутогенная тренировка, релаксация и пр.)
 - Когнитивно-поведенческая психотерапия



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

psychiatr.ru

s-psy.ru

Спасибо за внимание!

Иван Андреевич Мартынихин

врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н.,

Доцент кафедры психиатрии и наркологии ПСПБГМУ им. И.П. Павлова,
Член Исполкома, редактор веб-сайта Российского общества психиатров

iam@s-psy.ru