

# **Наталя Марута: Діагностика та терапія депресії на рівні первинної ланки надання медичної допомоги**

Депресивні розлади – це патологія, з якою працюють не лише лікарі-психіатри та психотерапевти, а й, безумовно, фахівці всіх медичних спеціальностей. Тому лікарі загальної практики мають знати, як діагностувати та лікувати цю складну патологію.

Почнемо з **поширення та медико-соціального значення**. Депресія – дуже розповсюджена патологія: 350 мільйонів людей у світі страждають на неї. Протягом року захворюваність складає до 6%, протягом життя – до 15%. І головне для нас – депресія обумовлює наявність непрацездатності, інвалідності. І показник DALY, який характеризує кількість років, прожитих з інвалідністю, для неї дуже високий – 40%.

Яка ситуація щодо неї в Україні? Це – довоєнні дослідження Всесвітнього Банку, які свідчать про те, що це – найбільш поширена патологія серед психічних розладів: депресивні розлади – на першому місці, тривожні – на другому, й третє місце посідає вживання алкоголю.

Війна не покращує ситуацію, як ви розумієте. За результатами досліджень, у повоєнні роки 16% населення страждають через депресію, а у 24% спостерігається ПТСР чи ССЗ. Тобто війна – це чинник, який сприяє розвитку депресивних розладів.

Ще декілька слів про інвалідність і смертність при депресії.

## **Депресія суттєво знижує:**

- Професійне функціонування;
- Соціальне функціонування;
- Якість життя пацієнта та його родини.

## **Смертність при депресії обумовлена:**

- Суїцидами (найбільший відсоток серед усіх психічних порушень);
- Коморбідною соматичною патологією (при ішемічній хворобі серця на 80% зростає ризик смертності).

## **Депресія та суїцид:**

- Пацієнти з депресією здійснюють суїцид у 30 разів частіше ніж люди, які не страждають на неї;
- Серед хворих 2/3 здійснюють суїцид;
- 15% нелікованих пацієнтів здійснюють суїцид.

Тому маємо запам'ятати, що депресія – найбільш суїцидогенна патологія й лікування, прийом антидепресантів допомагає уникненню суїциду.

## **Етіологія депресій**

Депресія – це багатofакторне захворювання. Основні чинники:

- Генетичні: частка генетики в розвитку депресії становить до 35%, ризик захворювання рідного брата чи сестри становить 8%, якщо на неї страждав один із батьків – до 24%;
- Біологічні: дефіцит основних нейротрансмітерів, тобто серотоніну, норадреналіну та дофаміну;
- Психосоціальні: інтенсивні стресові та несприятливі життєві події, деякі особливості характеру й особистості.

Хочу зазначити, депресія – це патологія емоцій, тому анатомо-біологічним субстратом є, безумовно, лімбіко-ретикулярний комплекс, який і відповідає за регуляцію емоційного реагування людини.

## **Нейробіологія депресій**

На сьогодні доведено, що депресії пов'язані з функціональним дефіцитом серотонінергічної системи та зі складною дисрегуляцією норадренергічної системи, які тісно взаємодіють із дофамінергічною, холінергічною, глутаматергічною та ГАМК-ергічною системами головного мозку. Тобто депресія – це патологія нейротрансмітерного обміну.

## **Генетичні фактори**

У батьків, рідних, братів і сестер, а також – у дітей осіб, які страждають на тяжку депресію, ризик виникнення афективного розладу дорівнює 10-15%.

Сильніший генетичний вплив виявлено при біполярних розладах, порівняно з монополярними. Відзначено вищі показники конкордантності в пар монозиготних близнюків при біполярних розладах порівняно з монополярними (74% проти 43%).

Існують суперечливі теорії щодо можливості її спадкової передачі. Серед хворих на депресивні розлади переважають жінки, що дає привід припускати зчеплене зі статтю успадкування домінантного типу. Проти такої моделі свідчить наявність значної кількості повідомлень про спадкову передачу депресії від батька до сина.

### **Психогенні фактори**

Міжособистісні конфлікти:

- Сварки з близькими;
- Розлучення;
- Робочі конфлікти.

Матеріальні проблеми:

- Втрата роботи;
- Переведення на менш престижну чи низькооплачувану посаду.

Самотність (сенсорна депривація):

- Розлука з близькими;
- Смерть рідних;
- Переживання самотності.

В осіб молодого та середнього віку психогенні фактори мають соціально-економічну спрямованість, у літніх осіб переважає сенсорна депривація.

71,6% хворих мають хронічні психогенії.

28,3% – гострі психогенії.

### **Соматогенні фактори**

Соматичні захворювання, що сприяють розвитку депресії:

- Новоутворення;
- Неврологічні захворювання;
- Діабет;
- Порушення функцій щитовидної залози;

- Системна червона вовчанка;
- Інфаркт міокарда;
- Патологія нирок і печінки.

## **Діагностика депресій**

Хочу почати з того, що діагностика депресій не досконала, тому вони часто не діагностуються. Вірна діагностика – це лише 21% випадків. Але на діагностиці процес не зупиняється: лікування в нас отримують лише 50% хворих, а адекватну терапію отримують 10,7% осіб. Отака, на жаль, статистика.

І зараз ми будемо розбиратися, в чому справа?

По-перше, депресії мають широкий спектр клінічних проявів. Наводжу вам стару класифікацію, в якій серед депресивних розладів виділяють:

- Органічні (розсіяний склероз, інфаркт міокарда й інші патології);
- Ендогенні (спадкові чинники: при шизофренії, біполярних розладах тощо);
- Психогенні (невротичні);
- Змішані (дистимія, циклотимія).

Класифікація депресій за полярністю афекту:

- Уніполярні (лише депресивні фази);
- Біполярні (й депресивні, і маніакальні фази).

Тобто, обстежуючи пацієнта, ви маєте запитати, чи не було в його анамнезі періодів доброго настрою, коли він робив усе дуже активно й ефективно?

За характером перебігу:

- Депресивний епізод (лише один);
- Рекурентний розлад (повторюваний).

## **Ознаки депресивного розладу**

Основні:

- Знижений настрій;

- Втрата інтересів і задоволення;
- Зниження активності.

Основна ознака – це другий пункт із переліку. Наприклад, жінка, котра любить театри та вистави, вже пів року не відвідує такі події. Або чоловік, який дуже любить свою собаку, вже 4 місяці з нею не гуляє. Маємо в процесі анамнезу виявляти такі речі: головне – це не сумний вигляд пацієнта, тому що він може бути ситуативний, а втрата мотивації.

Додаткові:

- Знижена здатність до зосередження й уваги;
- Зниження самооцінки та почуття впевненості в собі;
- Ідеї винності та приниження (навіть при легкому типі епізоду);
- Похмуре та песимістичне бачення майбутнього;
- Ідеї чи дії із самоушкодження чи суїциду;
- Порушений сон;
- Знижений апетит.

Важлива ознака – це інсомнія, це притаманно саме депресії.

Якщо до вас звертається людина зі скаргами на порушення концентрації та пам'яті, це також може бути депресія.

Знижена самооцінка та відчуття провини – це шлях до появи суїцидальної поведінки.

**Тяжкість депресії (за наявності симптомів):**

Легка: 2 основних + 2 додаткових симптоми;

Помірна: 2 основних + 3 додаткових;

Важка: 3 основних + 4 додаткових.

**Соматичні симптоми депресії:**

- Астенія;
- Запаморочення;
- Коливання АТ;
- Біль у грудній клітці;
- Диспепсія;
- Втрата ваги;

- Безсоння.

### **Психотичні симптоми депресії:**

- Маячення або марення (гріховності, зубожіння);
- Галюцинації (слухові або нюхові);
- Рухова загальмованість.

### **Варіанти депресій у нашій класифікації:**

1. Органічний депресивний розлад;
2. Постшизофренічна депресія;
3. Шизоафективний розлад;
4. Біполярний афективний розлад:
  - Біполярний афективний розлад, поточний епізод помірної або легкої депресії: без соматичних симптомів/із соматичними симптомами,
  - Біполярний афективний розлад, поточний епізод тяжкої депресії без психосоматичних симптомів,
  - Біполярний афективний розлад, поточний епізод тяжкої депресії з психосоматичними симптомами,
  - Біполярний афективний розлад, поточний епізод змішаний;
5. Депресивний епізод:
  - Легкий депресивний епізод: без соматичних симптомів/із соматичними симптомами,
  - Помірний депресивний епізод: без соматичних симптомів/із соматичними симптомами,
  - Тяжкий депресивний епізод депресії з психосоматичними симптомами,
  - Тяжкий депресивний епізод депресії без психосоматичних симптомів;
6. Рекурентний депресивний розлад:
  - Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеня: без соматичних симптомів/із соматичними симптомами,
  - Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної тяжкості: без соматичних симптомів/із соматичними симптомами,
  - Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкий без психотичних симптомів,
  - Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкий із психотичними симптомами.
7. Хронічні (афективні) розлади настрою:

- Циклотимія,
- Дистимія;
- 8. Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації:
  - Короткочасна депресивна реакція,
  - Пролонгована депресивна реакція,
  - Змішана тривожна та депресивна реакція.

А тепер – деякі нюанси. Хочу розповісти вам про **масковані депресивні розлади**, тобто про такий розлад, коли на перший план виходить інша патологія, наприклад, тривога, а пацієнт хворіє на депресію. Тобто тривога маскує депресію.

#### **Типи «маски»:**

1. Психопатологічна: генералізована тривога, панічні атаки;
2. Поведінкова: алкогольна чи наркотична залежність;
3. Порушення циркадних ритмів: інсомнія, гіперсомнія;
4. Біль: головний біль, дорсалгії, невралгії;
5. Психосоматична: стенокардія, гастроінтестинальні симптоми, синдром неспокійних ніг.

**Діагностика маскованих депресій** – дуже складна, але існують певні діагностичні підходи:

- У структурі маскованих симптомів обов'язково присутні ознаки типової депресії;
- Маскована депресія, зазвичай, має ремітуючий перебіг;
- Маскована депресія може поєднуватися з типовим депресивним епізодом;
- Посилання на наявність депресивних епізодів (типових і маскованих) у сімейному анамнезі;
- При психосоматичній масці – відсутність об'єктивних соматичних проявів.

У процесі діагностики УДР необхідно проводити диференціальну діагностику з:

- Депресіями, які зумовлені вживанням алкоголю чи психоактивних речовин;
- Депресіями при деменції або органічному ураженні головного мозку;

- Депресіями при іншому психічному розладі (наприклад, при шизоафективному розладі);
- Депресіями, які обумовлені прийомом лікарських засобів (гормональних контрацептивів, кортикостероїдів тощо);
- Фізіологічним смутком.

### **Коморбідність депресивних розладів і станів залежності від психоактивних речовин**

У 30-60% осіб, які мають залежність від психоактивних речовин, діагностується великий депресивний епізод.

### **Клінічний зміст:**

- Діагностика складніша;
- «Слабка» відповідь на терапію, хронізація;
- Суїцидальність;
- Слабка прихильність до лікування;
- Фармако-кінетичні взаємодії.

### **Діагностика депресії в жінок (хворіють удвічі частіше за чоловіків):**

- Передменструальні дисфоричні розлади;
- Менопаузальна депресія;
- Афективні розлади при вагітності та пологах;
- Післяпологова депресія.

### **Депресія в літніх людей має такі особливості:**

- Серед психогенних факторів переважає ізоляція та сенсорна депривація;
- Погано діагностується;
- Неадекватна відповідь на терапію;
- Має високий рівень загострень;
- У 70% випадків супроводжується суїцидами.

### **Перебіг і прогноз депресій:**

1. Депресія – хронічне захворювання;
2. Тривалість епізоду 4-6 місяців;



3. 50% пацієнтів мають діагноз депресії за рік після лікування;
4. Після 2 і 3 епізодів ризик наступного епізоду становить 70-90%;
5. В 50% після першого епізоду з'являється ще один.

### **Оцінка ризику суїциду**

До теми самогубства слід підходити з особливою делікатністю. Якщо пацієнт чинить опір розмові на цю тему, потрібно залишити її, але обов'язково повернутися до цього питання пізніше під час клінічної бесіди. Корисно ставити серію питань, поступово переходячи до питань про суїцидальні думки та плани їхнього здійснення, наприклад:

- Чи думаєте ви про смерть?
- Чи спадало вам колись на думку те, що жити не варто?
- Чи думаєте ви, що вам краще не жити?
- Чи думаєте ви про те, щоб завдати собі шкоди?
- Чи думаєте ви про те, як це можна зробити?
- Що допомагає вам не зробити це?

### **Критерії, наявність яких дозволяє віднести пацієнта до групи ризику щодо депресії:**

1. Наявність психічних і поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі;
2. Наявність епізодів депресії в анамнезі;
3. Наявність тяжких захворювань із хронічним перебігом;
4. Інвалідність;
5. Психоемоційні навантаження, втрата близької людини, втрата роботи тощо;
6. Соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримувальних відносин у родині.

Якщо ви виявили в пацієнта критерії групи ризику, маєте застосовувати дуже просту шкалу **PHQ-9**, що затверджена всесвітніми й українськими організаціями. Це – опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9): шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці ВДР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

За цим опитувальником ви можете визначити, яка в пацієнта ступінь депресії – легка, помірна або важка. Це – дуже надійний засіб скринінгу. Також можна використовувати **госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS)**.

### Організація допомоги

Лікування депресивних розладів:

- 52% пацієнтів отримують лікування;
- 22% отримують адекватне лікування;
- 26% лікування не отримують.

Ви бачите, що мала частка пацієнтів отримує адекватне лікування, тому ми маємо вдосконалювати наші знання.

### Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра (лікаря-психолога/лікаря-психотерапевта)/на госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/госпіталізація
Наявність психотичних симптомів і гострого збудження	Консультація/госпіталізація
Диференціація розладу (біполярний розлад, вживання ПАР)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація в зв'язку з ДР)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнта з легкою та помірною депресією протягом 4-6 тижнів	Консультація
Повторний епізод протягом року	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація
Вагітність	Консультація
Побажання пацієнта	Консультація

При **виборі антидепресивної терапії** варто враховувати:

- Профіль симптомів;

- Супутню патологію;
- Переносність;
- Відповідь на терапію в минулому;
- Взаємодію препаратів;
- Суїцидальний ризик.

Головне, що треба запитати в пацієнта: чи приймали ви антидепресанти в минулому та який ефект вони спричинили? Чи була побічна дія, ефект тощо?

#### **Етапи лікування:**

- Активна терапія (2-12 тижнів);
- Підтримувальна терапія (4-6 місяців);
- Профілактичне лікування (кілька років).

Єдиний епізод лікується близько року, а повторний – до двох. Але існують випадки, коли ми можемо подовжити терапію.

#### **Фактори, що обумовлюють тривале підтримування антидепресантами (від двох років та більше):**

- Літній вік;
- Рецидивні епізоди (три та більше);
- Хронічний перебіг;
- Важкі епізоди;
- Психотичні епізоди;
- Епізоди, що важко піддаються лікуванню;
- Значні супутні захворювання (психічні чи соматичні);
- Резидуальні симптоми (недостатня ремісія) під час поточного епізоду;
- Рецидиви в анамнезі під час припинення прийому антидепресантів.

#### **Адекватність лікування:**

- Адекватна доза;
- Адекватна тривалість.

**Застосування адекватного запланованого лікування може призвести до наступного:**

- Повна ремісія (100%);
- Відповідь (>50%);
- Відповідь із резидуальними симптомами (>75%);
- Часткова відповідь (26-49%);
- Відсутність відповіді (>25%);
- Розвиток побічних ефектів, які перешкоджають застосуванню цієї схеми;
- Припинення терапії з інших причин.

### **Принципи терапії коморбідних депресій:**

- Лікування основного захворювання або його загострення має передувати антидепресивній терапії;
- При соматичних захворюваннях необхідно брати до уваги побічні ефекти, профіль дії АД, попередню відповідь на терапію та потенційну взаємодію між препаратами;
- Лікування залежностей має супроводжуватись постійним моніторингом фармакокінетичної взаємодії при паралельному використанні антикверингових препаратів.

### **Антидепресанти та вагітність:**

- Антидепресанти (ТЦА, СІОЗС) не спричиняють підвищеного ризику органного дизгенезу;
- Зумовлюють симптоми відміни та високий ризик вад серця;
- При грудному годуванні застосовуються пароксетин, сертралін, флюоксетин;
- Безпека АТ при вагітності та грудному вигодовуванні не доведена.

### **Антидепресанти та суїцид**

У 2/3 від загальної кількості осіб, які вчинили суїцид, реєструється депресивний розлад:

- Відсутні чіткі взаємозв'язки між прийомом СІЗС та суїцидами;
- Пацієнти з депресією, що супроводжується суїцидальною поведінкою, потребують призначення антидепресивної терапії;

- Крім антидепресантів, інші препарати, включно літій та антипсихотики, можуть суттєво знизити рівень суїцидів у пацієнтів із депресивними розладами.

### **Класифікація сучасних антидепресантів:**

1. Трициклічні (амітриптилін, докsepін, кломіпрамін, іміпрамін, нортриптилін);
2. Тетрациклічні (амоксапін, мапротилін);
3. Інгібітори моноамінооксидази (ИМАО):
  - Незворотні (іпроніазид, ніааламід, інказан, сіднофен),
  - Оборотні (бефол, моклобемід, піразидол);
4. Селективні інгібітори зворотного захоплення сератоніну (флуоксетин, пароксетин, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам);
5. Селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну;
6. Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, мілнаципран, бупропіон, дулоксетин);
7. Антидепресанти зі змішаним механізмом дії:
  - Миртазапін (5-НТ2, 5-НТ3, L2-аденергічні рецептори),
  - Міансерин (5-НТ2, L1, L2-аденергічні рецептори);
8. Мелатонінергічні:
  - Агомелатин (MT1 та MT2 – агонист, 5-НТ2 – антагоніст);
9. Мультиמודальні антидепресанти:
  - Тразодон (SARI),
  - Вортіоксетин.

Для лікарів загальної практики рекомендовано використання 4, 5 та 6 пунктів із переліку.

### **Алгоритм дій лікаря загальної практики**

Для виявлення ДР у пацієнтів групи ризику в ЛЗ, що надає первинну медичну допомогу, доступний підход, який підтвердив свою ефективність, – це використання стандартизованого опитувальника – PHQ-2. Необхідно поставити пацієнту два питання:

1. Чи часто у вас був знижений настрій, туга чи почуття безнадійності за останній місяць?

2. Чи часто ви помічали відсутність інтересу чи задоволення від речей, які, зазвичай, вас цікавили чи приносили задоволення, за останній місяць?

При позитивній відповіді хоча б на одне питання потрібне проведення подальшого обстеження з використанням опитувальника PHQ-9. Анкетування з використанням опитувальника PHQ-9 дає можливість верифікації синдромального діагнозу депресії та визначення тяжкості хвороби.

Для виявлення тих, хто має високий ризик суїциду, всім пацієнтам із депресією необхідно ставити питання: «Чи часто за останній місяць вас турбували думки про самогубство?».

Пацієнти з депресією, за необхідності проведення додаткових обстежень та/або для встановлення нозологічного діагнозу, направляються до лікаря-психіатра до ЛЗ, що надає вторинну медичну допомогу. Пацієнти з депресією та високим ризиком суїциду направляються до спеціалізованого стаціонару терміново.

Якщо діагноз депресії не підтвердився, необхідно розглянути можливість дистимії.

Хочу зазначити, що пацієнтам із депресією середнього або легкого ступеня за наявності обтяжливих обставин або неефективності заходів немедикаментозної корекції протягом 2-4 тижнів рекомендовано призначення антидепресантів.

Препаратами вибору є препарати I лінії.

Препарати з групи СИЗС мають найвищу доказову базу.

### **Психотерапія депресії:**

- Когнітивно-біхевіоральна терапія;
- Проблемно-дозвільна терапія;
- Інтерперсональна терапія;
- Сімейна терапія.

РКД свідчить на користь переваги комбінації антидепресивної терапії та когнітивно-біхевіоральної терапії.

Я завершую свою доповідь і рекомендую дотримуватися всіх наведених алгоритмів, що зробить вашу клінічну діяльність ефективною. Дякую за увагу!