

УДК 616.1+616.89-008.454

DOI: 10.22141/2224-0713.3.105.2019.169918

Юрєва Л.Н., Шустерман Т.И.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр, Украина

Проблема диагностики и терапии депрессии у лиц пожилого возраста

Резюме. В дискуссионной статье рассмотрена проблема диагностики и терапии депрессии у лиц пожилого возраста. Депрессия — одно из самых распространенных расстройств, встречающихся в общемедицинской практике. Депрессия является четвертой ведущей причиной заболеваемости и инвалидности, к 2020 году депрессивные расстройства займут второе место в интеграционной оценке бремени болезней, которое несет мировое сообщество. У лиц пожилого возраста депрессия является наиболее распространенным психическим расстройством. В среднем распространенность депрессии у пожилых составляет 12,3 %, прогрессивно увеличиваясь при ухудшении соматического статуса и инвалидизации. Пожилые женщины страдают депрессией в два раза чаще, пожилые мужчины с депрессией имеют самый высокий риск завершённого суицида. Приведена информация о том, что депрессия осложняет процесс реабилитации, ухудшает результаты лечения, прогноз и течение соматических заболеваний, является фактором риска развития деменции, повышает риск суицидального поведения. Возраст приводит к модификации клинической картины депрессии у пожилых людей. Для экспресс-диагностики депрессии у пожилых людей используется гериатрическая шкала депрессии. Терапия депрессивных расстройств базируется на фармакотерапии, психообразовательных программах для пациентов и их родственников, а также на психотерапии и психокоррекции. При выборе антидепрессантов для лечения депрессивных расстройств у пожилых пациентов следует руководствоваться принципами эффективности и безопасности. Антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина имеют доказанный профиль безопасности и эффективности по сравнению с другими группами антидепрессантов. Эсциталопрам имеет высокие показатели результативности и частоты ремиссии, оптимален для профилактики рецидивов, что делает его препаратом выбора для терапии пожилых пациентов с депрессией.

Ключевые слова: диагностика; терапия; депрессия; пожилой возраст

Депрессия — одно из самых распространенных расстройств, встречающихся в общемедицинской практике. 80 % депрессивных больных лечатся в общесоматической сети, и только 5 % — у психиатров [1]. В 90 % случаев врач общей практики сталкивается со стертными, атипичными, «маскированными» формами депрессии, типичные депрессии составляют лишь 10 % [2].

Депрессия является четвертой ведущей причиной заболеваемости и инвалидности, одной из основных причин ухудшения качества жизни и социального функционирования человека, сопровождается фатальными последствиями в виде суицидов, а по

доле потерянных лет полноценной жизни тревожно-депрессивные расстройства опережают все другие психические заболевания. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 году депрессивные расстройства займут второе место после ишемической болезни сердца в интеграционной оценке бремени болезней, которое несет мировое сообщество [3, 4].

У лиц пожилого возраста депрессия является наиболее распространенным психическим расстройством. Согласно европейским исследованиям, в среднем распространенность депрессии у пожилых составляет 12,3 % [5]. Депрессивные состояния у дан-

ной возрастной группы имеют четкую тенденцию к рецидивирующему или хроническому, затяжному течению. Распространенность депрессии прогрессивно увеличивается с ухудшением соматического статуса пожилого больного и инвалидизацией (усиление зависимости от окружающих) [6, 7]. По данным ВОЗ, депрессивные симптомы отмечаются у 40 % пациентов пожилого возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями. Так, у соматически больных пожилого возраста распространенность депрессии достигает 22–33 %, что сопоставимо с распространенностью артериальной гипертензии. При тяжелых соматических заболеваниях показатель увеличивается до 60 %. По данным Европейского регионального бюро ВОЗ, распространенность большой депрессии в регионе включает 33 % людей с онкологическими заболеваниями, 29 % — с артериальной гипертензией, 27 % — с сахарным диабетом [8].

Имеются и гендерные особенности депрессии у пациентов данной возрастной группы. Так, женщины страдают депрессией в два раза чаще, чем мужчины, причем у женщин она наиболее часто развивается в возрасте 50–60 лет, у мужчин — в 55–65 лет. Пожилые мужчины с депрессией имеют самый высокий риск завершенного суицида [9].

Депрессия влияет на течение других заболеваний:

— осложняет процесс реабилитации и ухудшает результаты лечения, прогноз и течение соматических заболеваний;

— депрессия — фактор риска развития деменции;

— повышает риск смерти, в том числе и в результате суицида;

— среди суицидентов пожилого и старческого возраста почти половина имели инвалидность по соматическому или неврологическому заболеванию;

— удельный вес суицидентов, достигших 60 лет, в 17 раз больше, чем суицидентов 25–30 лет [10].

Диагностика депрессии у пожилых людей имеет свои трудности, к причинам возникновения которых можно отнести: клинические особенности депрессии в пожилом возрасте; побочные эффекты препаратов, имитирующие депрессию; необходимость дифференциации симптомов депрессии от симптомов соматических заболеваний [11]. Возраст может актуализировать одни симптомы депрессии и подавлять другие, что приводит к модификации клинической картины депрессии у пожилых людей [12].

Клинические особенности депрессии в пожилом возрасте:

— депрессивные симптомы часто воспринимаются как признаки нормального старения;

— пожилые люди реже жалуются на плохое настроение и грусть, чаще — на плохое физическое состояние, бессонницу, ухудшение памяти, нарушение аппетита; часто выражена тревога, тоска, страх, ипохондрические и тревожно-бредовые синдромы;

— аффективные изменения сопровождаются апатией, вялостью, недовольством, раздражительностью, ворчливостью, чувством незащищенности и обиды;

— преобладают признаки астенической депрессии с гиперестезией, раздражительной слабостью, повышенной истощаемостью, слезливостью, малодушием;

— нарушения сна: преобладает прерывистый ночной сон и раннее пробуждение с плохим самочувствием утром;

— наблюдаются когнитивные нарушения: слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться;

— выраженные вегетативные симптомы: шум и звон в ушах, головная боль, головокружение.

Для экспресс-диагностики депрессии у пожилых людей целесообразно использовать *гериатрическую шкалу депрессии*, которая состоит из четырех вопросов:

— Вы в основном довольны своей жизнью?

— Вы чувствуете, что ваша жизнь пустая?

— Вы боитесь, что должно произойти что-то плохое?

— Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?

Два и более негативных ответа на вопросы шкалы указывают на вероятность депрессии [13, 14].

Лечение больных с депрессивными расстройствами, в том числе пожилого возраста, осуществляется в соответствии с унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Депрессия (легкий, умеренный, тяжелый депрессивный эпизод без соматического синдрома или с соматическим синдромом, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия)» (Приказ Министерства здравоохранения Украины от 25.12.2014 года № 1003).

Основные задачи терапии депрессивных расстройств — это купирование депрессивной симптоматики, предотвращение рецидивов и восстановление социального функционирования [15–17]. Терапия депрессивных расстройств базируется на фармакотерапии (антидепрессивная терапия), психобразовательных программах для пациентов и их родственников, а также на психотерапии и психокоррекции [18–20].

Первым этапом в лечении депрессивных пациентов пожилого возраста является объяснение больным и их родственникам того, что депрессия — это заболевание, а не слабость характера, лень, признак старости. Необходимо предоставить детальную информацию о побочных эффектах антидепрессантов (АД) и подчеркнуть, что часто они уменьшаются в течение нескольких недель (профилактика самостоятельной отмены АД), а антидепрессивный эффект проявляется через несколько недель.

Принципы фармакотерапии депрессии у пожилых:

— лечение должно быть комплексным, с учетом особенностей клинической картины (тревога, астения, когнитивные нарушения) и сопутствующей патологии;

— начинать следует с низких доз препаратов, наращивать медленно (типично — с половины дозы);

— необходимо выбирать препараты, основываясь на профиле их побочных эффектов и фармакологическом анамнезе;

— изменять препараты, если нет ответа в течение 4 недель;

— полный ответ на терапию антидепрессантами может проявиться через 8–12 недель.

При выборе АД для лечения депрессивных расстройств у пожилых пациентов следует руководствоваться принципом эффективности (общая эффективность, особенности спектра действия, время начала клинического эффекта и профилактическая эффективность) и принципом безопасности (безопасность при передозировке, низкая «поведенческая токсичность» (степень нарушения психомоторного и когнитивного функционирования), безопасность при длительном применении, минимальное количество лекарственных взаимодействий).

Антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) имеют доказанный профиль безопасности и эффективности по сравнению с другими группами антидепрессантов (трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина и др.). Несмотря на то что они также оказывают ряд побочных эффектов (гастроинтестинальные расстройства, похливание, головная боль, возбуждение, бессонница), СИОЗС лучше переносятся, легки в применении и безопасны при передозировке.

На наш взгляд, эсциталопрам можно считать идеальным антидепрессантом из группы СИОЗС по профилю клинико-терапевтической эффективности и безопасности. Препарат представляет собой высоко-селективный СИОЗС, действующий путем специфического конкурентного подавления мембранного транспортера серотонина. Исследования продемонстрировали эффективность эсциталопрама в дозе 10–20 мг/сут в лечении депрессии, в том числе у пожилых [21, 22]. Он характеризуется быстрым началом антидепрессивного действия, охватом широкого спектра депрессивных и тревожных расстройств, отсутствием лекарственных взаимодействий и хорошей переносимостью. Эсциталопрам не оказывает антихолинергического, антигистаминного действия и не блокирует α 1-адренорецепторы. Это предотвращает развитие или усиление когнитивных нарушений, седацию, нарушение равновесия и координации движений, что особенно важно для пожилых пациентов. Пожилой возраст является фактором, обуславливающим длительную поддерживающую терапию антидепрессантами (от двух лет и более). Эсциталопрам имеет высокие показатели результативности и частоты ремиссии, оптимален для профилактики рецидивов, что делает его препаратом выбора также и для поддерживающей терапии пожилых пациентов с депрессией.

Таким образом, пациенты пожилого возраста являются группой риска и требуют особого подхода к диагностике и лечению депрессивных расстройств. Депрессия негативно влияет на здоровье пожило-

го человека, является самым важным предиктором суицида, утяжеляет течение соматических заболеваний. Подбор антидепрессивных препаратов для пожилых пациентов должен быть продуманным и тщательным, с учетом профиля эффективности и безопасности, а длительность поддерживающей терапии — достаточной для профилактики рецидивов депрессии.

Конфликт интересов. Не заявлен.

Список литературы

1. *Depression and unemployment incidence rate evolution in Portugal, 1995–2013: General Practitioner Sentinel Network data / A. Rodrigues, M. Sousa-Uva, R. Fonseca, S. Marques, N. Pina, C. Matias-Dias // Rev. Saude Publica. — 2017. — Vol. 51. — P. 98. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006675.*
2. *Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis / M. Economou, M. Madianos, L. Evangelia Peppou, C. Theleritis, A. Patelakis, C. Stefanis // World Psychiatry. — 2013. — Vol. 12 (1). — P. 53–59. doi: 10.1002/wps.20016.*
3. *The world health report 2001 — Mental Health: New Understanding, New Hope.*
4. *Murray C. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary / C. Murray, A.D. Lopez. — Geneva: World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health, 1996. — 41 p.*
5. *Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors / A.T. Beekman, D.J. Deeg, T. van Tilburg, J.H. Smit, C. Hooijer, W. van Tilburg // J. Affect Disord. — 1995. — Vol. 36 (1–2). — P. 65–75. PMID: 8988267.*
6. *The influence of depression on cognitive decline in community-dwelling elderly persons / N. Sachs-Ericsson, T. Joiner, E.A. Plant, D.G. Blazer // The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. — 2005. — Vol. 13 (5). — P. 402–408.*
7. *Gagliardi J.P. Differentiating among Depression, Delirium, and Dementia in Elderly Patients / J.P. Gagliardi // Virtual Mentor. — 2008. — Vol. 10 (6). — P. 383–388. doi: 10.1001/virtualmentor.2008.10.6.cpr11-0806.*
8. *Institute for health metrics and evaluation. Global burden of disease study. Available from: <http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-data-downloads>.*
9. *Gebretsadik M. Mood Disorders in the Elderly / M. Gebretsadik, S. Jayaprabhu, G.T. Grossberg // Medical Clinics of North America. — 2006. — Vol. 90 (5). — P. 789–805. doi: 10.1016/j.mcna.2006.05.015.*
10. *Eghaneyan B.H. Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study / B.H. Eghaneyan, K. Sanchez, D.B. Mitschke // J. Multidiscip. Health. — 2014. — Vol. 7. — P. 503–513. doi: 10.2147/JMDH.S69821.*
11. *Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси та хворих на депресії, в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу / Перцева Т.О., Юрьєва Л.М., Куюмчян М.С., Дукельський О.О.; під заг. ред. Т.О. Перцевої. — Дніпро: Крос-Принт, 2018. — 172 с. — ISBN 978-617-7340-09-05.*

12. Unützer J. Late-Life Depression / J. Unützer // *N. Engl. J. Med.* — 2007. — Vol. 357. — P. 2269-2276. doi: 10.1056/NEJMc073754.
13. Sheikh J.I. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version / J.I. Sheikh, J.A. Yesavage // *Clin. Gerontol.* — 1986. — Vol. 5. — P. 165-172.
14. Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale / J.I. Sheikh, J.A. Yesavage, J.O. 3rd Brooks [et al.] // *Int. Psychogeriatr.* — 1991. — Vol. 3 (1). — P. 23-28. PubMed ID: 1863703.
15. The effect of out-of-home activity intervention delivered by volunteers on depressive symptoms among older people with severe mobility limitations: a randomized controlled trial / M. Rantakokko, I. Pakkala, I. Ayravainen, T. Rantanen // *Aging. Ment. Health.* — 2015. — Vol. 19 (3). — P. 231-238. doi: 10.1080/13607863.2014.924092.
16. Chronic pain and comorbid mental health conditions: independent associations of posttraumatic stress disorder and depression with pain, disability, and quality of life / S. Outcalt, K. Kroenke, E. Krebs [et al.] // *J. Behav. Med.* — 2015. — Vol. 38 (3). — P. 535-543. doi: 10.1007/s10865-015-9628-3.
17. Vyas A. Multimorbidity and depression treatment / A. Vyas, U. Sambamoorthi // *Gen. Hosp. Psychiatry.* — 2011. — Vol. 33 (3). — P. 238-245. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2011.02.009.
18. District nurses' preventive home visits to 75-year-olds: an opportunity to identify factors related to unsafe medication management / A. Lagerin, A.C. Carlsson, G. Nilsson, J. Westman, L. Törnkvist // *Scand. J. Public Health.* — 2014. — Vol. 42 (8). — P. 786-794. doi: 10.1177/1403494814550680.
19. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study / K. Barnett, S.W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke, B. Guthrie // *The Lancet.* — 2012. — Vol. 380 (9836). — P. 37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
20. Recommendations for treating depression in community-based older adults / L.E. Steinman, J.T. Frederick, T. Prohaska et al. // *Am. J. Prev. Med.* — 2007. — Vol. 33 (3). — P. 175-81. doi: 10.1016/j.amepre.2007.04.034.
21. Balwin R. Management of depression in later life / R. Balwin, R. Wild // *Advances in Psychiatric Treatment.* — 2004. — Vol. 10 (2). — P. 131-139. doi: <https://doi.org/10.1192/apt.10.2.131>.
22. Antidepressant class, age, and the risk of deliberate self-harm: a propensity score matched cohort study of SSRI and SNRI users in the USA / M. Miller, V. Pate, S.A. Swanson, D. Azrael, A. White, T. Stürmer // *CNS Drugs.* — 2014. — Vol. 28 (1). — P. 79-88. doi: 10.1007/s40263-013-0120-8.

Получено 16.03.2019

UA-ESCI-PUB-042019-012 ■

Юр'єва Л.М., Шустерман Т.Й.

Державна установа «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

Проблема діагностики та терапії депресії в осіб похилого віку

Резюме. У дискусійній статті розглянута проблема діагностики і терапії депресії в осіб похилого віку. Депресія — один із найпоширеніших розладів, що зустрічаються в загальномедичній практиці. Депресія є четвертою провідною причиною захворюваності та інвалідності, до 2020 року депресивні розлади посядуть друге місце в інтеграційній оцінці тягаря хвороб, який несе світова спільнота. В осіб похилого віку депресія є найбільш поширеним психічним розладом. У середньому поширеність депресії у літніх пацієнтів становить 12,3 %, прогресивно збільшується при погіршенні соматичного статусу та інвалідизації. Літні жінки страждають депресією у два рази частіше, літні чоловіки з депресією мають найвищий ризик завершеного суїциду. Наведено інформацію про те, що депресія ускладнює процес реабілітації, погіршує результати лікування, прогноз і перебіг соматичних захворювань, є фактором ризику розвитку деменції, підвищує ри-

зик суїцидальної поведінки. Вік призводить до модифікації клінічної картини депресії у літніх людей. Для експрес-діагностики депресії у літніх людей використовується геріатрична шкала депресії. Терапія депресивних розладів базується на фармакотерапії, психоосвітніх програмах для пацієнтів та їх родичів, а також на психотерапії та психокорекції. При виборі антидепресантів для лікування депресивних розладів у літніх пацієнтів слід керуватися принципами ефективності та безпеки. Антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну мають доведений профіль безпеки та ефективності порівняно з іншими групами антидепресантів. Есциталопрам має високі показники результативності та частоти ремісії, оптимальний для профілактики рецидивів, що робить його препаратом вибору для терапії літніх пацієнтів із депресією.

Ключові слова: діагностика; терапія; депресія; похилий вік

L.N. Yuryeva, T.I. Shusterman

State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

The problem of diagnosis and treatment of depression in the elderly

Abstract. The article discusses the problem of diagnosis and treatment of depression in the elderly. Depression is one of the most common disorders in general medical practice. By 2020, depressive disorders will rank second in the integrative assessment of the burden of disease in the world community. In the elderly, depression is the most common mental disorder. The prevalence of depression in the elderly averages 12.3 %, progressively increasing with deterioration in somatic status and disability. Older women suffer from depression twice as often, older men with depression have the highest risk of completed suicide. Depression complicates the rehabilitation process, worsens the results of treatment, the prognosis and course of somatic diseases, and is a risk factor for the development of dementia and suicidal behavior. Modification of the clinical picture of depression in the elderly

depends on the age. For the express diagnosis of depression in the elderly, the Geriatric Depression Scale is used. The therapy of depressive disorders is based on pharmacotherapy, psychoeducational programs for patients and their relatives, as well as on psychotherapy and psychocorrection. When choosing antidepressants for the treatment of depressive disorders in elderly patients, doctors should take into account the principles of efficacy and safety. Antidepressants from the group of selective serotonin reuptake inhibitors have a proven safety and efficacy profile compared with other antidepressant groups. Escitalopram has high rates of effectiveness and frequency of remission, is optimal for preventing relapses, which makes it the drug of choice in the treatment of elderly patients with depression.

Keywords: diagnosis; therapy; depression; old age