



«Вы страдаете общей вялостью, которую мы называем депрессией. Она затрагивает и умственную деятельность, и половую сферу, и все прочее, как вы говорили. Если желаете, могу направить вас к психиатру. Иногда бывает толк. Иногда нет...»

Немного солнца в холодной воде
Франсуаза Саган

Анатомия депрессии

Депрессия распространена во всем мире — по оценкам ВОЗ, от нее страдают 350 млн человек. Депрессия может вызвать серьезные проблемы со здоровьем, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму, а также приводит к значительным эмоциональным и физическим страданиям и снижению социальной активности. В тяжелых случаях депрессия может стать причиной суицида. Ежегодно более 800 тыс. человек погибают в результате самоубийства — второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15–29 лет [1]

ИЗЛИШНЯЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ ИЛИ БОЛЕЗНЬ?

Депрессией (от лат. *depressio* — подавление) часто называют эмоциональное состояние человека, в котором он переживает подавленность, тоску, отчаяние. Однако в соответствии с определением ВОЗ депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций на повседневные проблемы. Депрессия является психическим расстройством, для которого характерны уныние, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость и плохая концентрация внимания [1].

Представление о депрессии как о самостоятельной болезни ввел немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856–1926), который подчеркивал большую роль наследственного фактора в развитии депрессивного психоза. Между тем депрессия, как и многие другие заболевания, может возникать в результате сочетанного влияния генетических и средовых факторов. Основным фактором окружающей среды, который влияет на формирование депрессии, является неконтролируемый стресс [2]. При этом известно, что женщины в большей мере подвержены депрессии, чем мужчины [1]. Частота возникновения депрессии на протяжении жизни составляет 5–12% у мужчин и 12–20% у женщин [3].

Депрессия развивается в результате сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов. У людей, переживших какие-либо неблагоприятные события (потерю работы, тяжелую утрату, психологическую травму), с большей вероятностью развивается депрессия. В свою очередь, она может усиливать стресс, нарушать нормальную жизнедеятельность, ухудшать жизненную ситуацию страдающего от нее человека и приводить к еще более тяжелой депрессии [1].

СОМАТИЧЕСКИЕ «МАСКИ»

Депрессивные нарушения могут быть и непосредственным проявлением соматического заболевания. Депрессии, принимающие соматические «маски», — так называемые соматизированные депрессии, давно известны врачам общей практики. К примеру, депрессия является наиболее типичным психическим симптомом гипотиреоза, а «помешательство при микседеме» было описано в литературе еще в XIX в. [2]. По некоторым данным, от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ всех пациентов, наблюдающихся у врачей общей практики, а также у специалистов узкого профиля, страдают депрессией, маскированной ипохондрической или соматизированной симптоматикой [4]. Нередко проявления депрессии перекрываются симптоматикой органических неврозов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной кишки, синдром да Коста и др.) [5]. Депрессивные расстройства могут возникать при длительно текущей анемии, ревматоидном артрите, а также в результате применения некоторых ЛС (интерферона-альфа, глюкокортикоидов, резерпина). Депрессии являются самостоятельным фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ассоциируются с тяжелым течением (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии, нарушения сердечного ритма), высокой частотой коронарных катастроф и повышенной смертностью вследствие ИБС. Вместе с тем соматические симптомы могут быть непосредственным проявлением депрессии [3]. Например, депрессия может приводить к сердечно-сосудистым заболеваниям и наоборот [1].

В то же время по данным масштабного многоцентрового исследования с участием 1146 человек, проводимом ВОЗ, было установлено, что у $\frac{2}{3}$ пациентов с депрессией и соматическим заболеванием доминируют множественные, необъяснимые с медицинской точки зрения соматические симптомы [3].

ДЕПРЕССИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Э. Крепелин описал триаду симптомов депрессивного состояния, которая сохраняет диагностическое значение до нашего времени: тоскливое, подавленное настроение; умственно-речевое торможение; двигательная заторможенность [2].

Кроме того, обычно существуют дополнительные симптомы, такие как агедония (потеря интереса ко всем или почти всем обычным занятиям или же отсутствие удовольствия от них); снижение полового влечения; нарушение аппетита (повышение или снижение); психомоторное возбуждение или торможение; астения; идеи самообвинения с ощущением бесполезности существования; суицидальные мысли [2].

Необходимо отметить, что из всех диагностически значимых проявлений депрессии соматический характер носят следующие основные симптомы текущего депрессивного эпизода: утомляемость/слабость/апатия (у 73% пациентов), бессонница/сонливость (у 63%) [6].

В настоящее время в зависимости от количества симптомов и степени их тяжести депрессивный эпизод может быть квалифицирован как легкий, умеренный или тяжелый. У человека с легким депрессивным эпизодом возможны некоторые трудности в выполнении обычной работы и социальной деятельности, но, как правило, привычное функционирование не прекращается полностью. Однако во время тяжелого депрессивного эпизода человек едва ли сможет продолжать социальную жизнь, работу и выполнение домашних обязанностей, за исключением крайне ограниченного круга действий [1].

ДЕПРЕССИЯ КАК СЕЗОННОЕ РАССТРОЙСТВО

Депрессия является основным клиническим проявлением сезонных аффективных расстройств, часто встречающихся в общей практике. При сезонных аффективных расстройствах клинические симптомы возникают исключительно в темное время года — с конца октября по начало марта, а с приходом светлого времени года все симптомы самопроизвольно исчезают. Депрессия при сезонных аффективных расстройствах, как правило, легкая и проявляется сниженным фоном настроения, недовольством собой, подавленностью, постоянным ощущением усталости, сниженной работоспособностью, уменьшением способности получать удовольствие [3]. Характерны такие сопутствующие симптомы, как сонливость, синдром предменструального напряжения, булимия с пристрастием к высокоуглеводной, быстроусвояемой пище и увеличением массы тела на 3–5 кг. Для сезонных депрессий достаточно специфичными являются нарушения сна — отмечается как дневная сонливость, так и увеличение продолжительности ночного сна. При этом, несмотря на длительный ночной сон, утром пациенты просыпаются невыспавшимися и разбитыми, поэтому такой сон и получил название «невосстанавливающий» [3].

Депрессивный эпизод, как правило, завершается полным выздоровлением с возвращением к первоначальному уровню функционирования. У 20–30% больных в состоянии ремиссии отмечается остаточная депрессивная симптоматика (прежде всего астеническая и соматовегетативная), которая без адекватной поддерживающей терапии может сохраняться месяцы и даже годы [5].

Следует отметить, что несмотря на то, что некоторые авторы предлагают рассматривать депрессию как необходимый и неизбежный этап духовного развития личности, как кризис

Є ТАКИЙ ПРОСТИЙ «ЗАКОН»: ПРИ ЗАПОРІ – ПІКОНОРМ



Застосовувати при запорах або станах, які потребують полегшення дефекації.

Склад лікарського засобу: діюча речовина: sodium picosulfate. 1 мл містить натрію пікосульфату 7,5 мг; допоміжні речовини: сорбіту розчин, що не кристалізується, пропіленгліколь, вода очищена. **Лікарська форма.** Кратлі оральні, розчин. Прозора безбарвна рідина. **Фармакотерапевтична група.** Контакти протисні засоби. Код АТС А06А В08.

Показання для застосування. Для короточасного застосування при запорах або станах, які потребують полегшення дефекації. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини, подвійний трифосфат або до інших компонентів препарату. Кишкова непрохідність та виражена диспептична органопатія, гострі захворювання органів черевної порожнини, виразки шлунка, гострі запальні захворювання кишечника, гострий абдомінальний біль, нудота, блювання. **Спосіб застосування та дози.** Піконорм, кратлі, приймають внутрішньо орально, бажано ввечері. Як травило, ефект настає через 10–12 годин. Дорослим і дітям від 12 років призначають по 20–40 крапель (відповідає 5–10 мг натрію пікосульфату моногідрату), дітям у віці від 4– до 12-ти років – по 10–20 крапель (відповідає 2,5–5 мг натрію пікосульфату моногідрату). Застосування препарату повинно бути короточасним. 1 мл препарату містить 30 крапель.

Побічні ефекти. Частота виникнення побічних реакцій, наведені нижче, оцінюється таким чином: дуже часто (≥ 1/10); часто (≥ 1/100, < 1/10); нечасто (≥ 1/1000, < 1/100); рідко (≥ 1/10000, < 1/1000); дуже рідко (< 1/10000); невідомо (неможливо визначити частоту на підставі клінічних даних). Побічні реакції при короточасному застосуванні проявляються

нижчеззначним чином. З боку травного тракту: часто – метеоризм, абдомінальний біль або дискомфорт, діарея. З боку лінійної системи: дуже рідко – алергічні реакції, у тому числі набряк Квінке, шкірні висипання, кропив'янка, свербіж. Прямале застосування часто супроводжується збільшенням виведення води, калію та інших солей з організму. Це, у свою чергу, може спричинити посилення тонусу кишечника, призвести до порушень серцевої діяльності і м'язової слабкості, особливо при одночасному прийомі сечогінних засобів і кортикостероїдів.

Умови зберігання. Зберігати у недоступному для дітей місці, в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Не заморозувати. **Упаковка.** По 10 мл флакон з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею у паці. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **РП №14/12904/01/01**

Інформація приведена в скороченні. Більш детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату. **Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.**

ТРАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця»
02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13



личностного роста, который помогает внутренне преобразиться и выбрать новые ориентиры в жизни, люди с депрессией нуждаются в квалифицированной помощи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИ И МЕДИКАМЕНТОЗНО

Несмотря на то что современная медицина располагает эффективными методами лечения депрессии, необходимую помощь получают менее половины нуждающихся в ней (во многих странах менее 10%). Препятствия для получения эффективного лечения включают отсутствие ресурсов, нехватку подготовленных кадров и социальную стигматизацию (выраженное негативное отношение общества), связанную с психическими расстройствами. Еще одним препятствием является своевременная диагностика депрессии. Во всех странах у пациентов с депрессией часто неправильно расценивают их состояние, в то время как у других людей, не имеющих этого расстройства, иногда устанавливают ошибочный диагноз и назначают антидепрессанты [1].

Существуют эффективные виды лечения депрессии различной степени тяжести. Так, при умеренной и тяжелой депрессии эффективны психологические методы лечения (поведенческая активация, когнитивная поведенческая терапия и межличностная психотерапия) и медикаментозная терапия антидепрессантами (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и трициклические антидепрессанты). При этом следует помнить о возможных побочных эффектах антидепрессантов, а также об индивидуальных предпочтениях пациентов. Антидепрессанты могут быть эффективны в лечении пациентов с умеренной и тяжелой депрессией, но они не являются терапией первой линии при легкой депрессии. Их не следует назначать для лечения депрессии у детей, они не являются терапией первой линии для подростков, у которых их нужно использовать с осторожностью [1].

Психосоциальная терапия эффективна и должна быть терапией первой линии в случае легкой депрессии. В формате различных видов психологического лечения следует рассматривать индивидуальные и/или групповые виды очного психологического лечения, проводимые психологами и психотерапевтами. При этом помощь психолога и психотерапевта имеет свои отличительные особенности. В процессе психологического консультирования акцент делается на том, что происходит «здесь и сейчас». Во время психоаналитической терапии пациент не только говорит о своих проблемах, но и пытается определить их взаимосвязь с прошлым жизненным опытом, приобретенным в детстве или в прежних отношениях. Эти отношения тогда исследуются в контексте психотерапевтического контакта. Психотерапия предполагает предоставление помощи пациенту в понимании того, как им движет бессознательное чувство тревоги.

Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики скандинавские ученые разработали так называемую госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Для более детальной квалификации депрессивного состояния и контроля его дальнейшей динамики используют более чувствительные тесты (шкалу депрессии Гамильтона, опросник депрессии Бека и др.) [7]

ФИТОТЕРАПИЯ

Показания к фитотерапии при лечении аффективных расстройств в общемедицинской практике ограничены. Это связано с тем, что эффект лекарственных растений проявляется в случае превалирования в клинической картине лишь отдельных, преходящих симптомов (лабильность настроения, утренняя вялость, слезливость, раздражительность, расстройства сна и/или аппетита), не складывающихся в устойчивый депрессивный синдром. Положительные результаты наблюдаются при стертых соматизированных депрессиях с минимальной выраженностью подавленности, проявляющихся либо телесными симптомами (ощущение мышечного напряжения, слабости, стягивания в области головы и лица на фоне сниженного настроения), либо сенестезиями (ощущение нечеткости восприятия окружающего, мелькания мушек перед глазами, неустойчивости походки и др.) [5].

Кроме того, фитотерапия может быть включена в лечебные стратегии, дополняющие психофармакотерапию. Препараты растительного происхождения, проявляющие психотропные эффекты, подразделяются на седативные и стимулирующие.

При состояниях, протекающих с явлениями раздражительности и нарушениями сна, показаны средства седативного спектра (галеновые препараты валерианы, пустырника, боярышника, хмеля, пиона, пассифлоры, вереска, душицы). В случаях преобладания в клинической картине депрессии астенических и энергических расстройств предпочтительны лекарственные травы со стимулирующим эффектом (настойка лимонника, женьшеня, мордовник, стержулия, ромашка, экстракты элеутерококка, родиолы розовой). Отдельной группой являются фитоантидепрессанты, среди которых особенно выделяется экстракт из травы зверобоя, обладающий антидепрессивными и стимулирующими свойствами [3, 5].

Препараты растительного происхождения отличают хорошая переносимость препарата, отсутствие нежелательных взаимодействий с соматотропными средствами и развития лекарственной «зависимости» [5].

Подготовила Александра Демецкая, канд. биол. наук

Литература

1. ВОЗ. Депрессия. Информационный бюллетень № 369. — Октябрь 2015 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/>
2. Жуков Д.М. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей. — М.: Альпина нон-фикшн, 2014. — 980 с.
3. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Депрессия и ее соматические проявления // Лечащий врач. — 2009; 9.
4. Gerber P.D., Barrett J.E., Barrett J.A. et al. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients // J Gen Intern Med. — 1992; Vol. 7: 170–173.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. — М., 2000. // <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22/chapter/40>
6. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness) // Br J Psychiatry. — 1989; Vol. 154: 201–206.
7. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. — 1983 Jun; 67 (6): 361–70.