

КОНСУЛЬТАНТ

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ:

1. ДЕПРЕСІЯ

Скорочений виклад

M. D. Feldmann
Managing Psychiatric Disorders in Primary Care: 1. Depression
Hospital Practice, June 15, 2000, 75-90

Гіподіагностика та неадекватне лікування психічних розладів є однією з найважливіших проблем амбулаторної ланки медичної допомоги. У численних повідомленнях, які з'явилися за останні 20 років, стверджують, що часто пацієнти звертаються до сімейного лікаря із скаргами, які явно або опосередковано пов'язані з емоційними проблемами. Досліджено, що частота психічних розладів у пацієнтів першої ланки медичної допомоги сягає 20—33%. Для кожного другого американця, який страждає від емоційних розладів, амбулаторна ланка медичної допомоги — це єдиний етап, на якому він погодиться отримати лікування. На жаль, більшість сімейних лікарів не готові лікувати таких пацієнтів, а через це лише кожен другий або навіть кожен третій такий хворий отримує адекватне лікування.

Незважаючи на те, що за останні роки суспільство стало набагато толерантніше ставитися до осіб із психіатричною патологією, такі пацієнти і надалі часто намагаються приховати емоційні проблеми за соматичними скаргами. Лікар, який не має досвіду в цій ділянці, відчуває розгубленість перед необхідністю упродовж 15-хвилинного візиту виявити джерело проблеми та обрати адекватний план лікування. Деколи це просто неможливо: пацієнт або потребує негайної допомоги психіатра, або діагностичний пошук вимагає глибшого психологічного або лабораторного обстеження, провести яке під час одного візиту неможливо. Знання діагностичних критеріїв найпоширеніших психічних розладів та механізму дії й побічних ефектів психотропних ліків є запорукою ефективного лікування таких хворих. Проте найважливішим тут є вміння, на яке рідко звертають увагу під час навчання студентів-медиків: вміння вислухати і співчутливо зреагувати на страждання пацієнта.

Поширеність депресії та її ціна для суспільства

Дослідження, в яких застосовували структуризовані психіатричні опитування, засвідчили, що депресія є в 5—10% пацієнтів, які звертаються до лікарів первинної ланки. Частота таких розладів ще вища при наявності соматичних хвороб. У дослідженнях, у яких застосовували дані анкет, що їх хворі заповнювали самостійно, виявили симптоматику депресії у 12—25% амбулаторних пацієнтів. Приблизно такою ж є частота гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів та артеріальної гіпертензії. У США витрати суспільства, зумовлені депресією (в т. ч. збитки, викликані втратою працездатності, прямі витрати на медичну, психіатричну допомогу, фармакотерапію, та втрати, зумовлені суїцидом на фоні депресії), перевищують 43 млрд доларів щороку. Якщо взяти до уваги збитки кожного пацієнта зокрема, то стане зрозуміло, що депресія негативно впливає на його функціональну спроможність та добробут. Порівнюючи вплив депресії із впливом інших хронічних хво-

роб (артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця, артриту, болю в спині), Кенет Велс із колегами виявили, що її вплив на функціонування пацієнта в суспільстві не менший, ба навіть більший. Лише при пізніх стадіях ІХС пацієнти були непрацездатні більшу кількість днів, і тільки при артриті хворі більше страждали від хронічного болю. До того ж ефекти депресії та соматичних хвороб взаємно підсилюються; наприклад, при поєднанні депресії та ішемічної хвороби серця функціонування пацієнта в суспільстві було вдвічі гіршим, ніж при кожному з цих станів зокрема.

Найстрашнішим наслідком депресії є суїцид, який вдається безпосередньо пов'язати з депресією в 60% випадків. Той факт, що 70% пацієнтів, які вчинили самогубство, впродовж двох місяців до своєї трагічної смерті зверталися до лікаря, спонукає до особливої настороженості щодо суїциду в пацієнтів з депресією. Будь-які натяки на намір самогубства треба сприймати дуже серйозно. До факторів ризику успішної спроби самогубства належать біла раса, літній вік, зловживання алкоголем і наявність супутніх захворювань.

Фактори ризику

Початок великої депресії може припадати на будь-який вік, проте найчастіше це буває у третій та четвертій декаді життя. Симптоматика розвивається упродовж днів або тижнів, і цей стан, якщо його не лікувати, може тривати від 6 місяців до 2 років, після чого в більшості пацієнтів настає спонтанна ремісія. Проте у 25% таких хворих депресія стає хронічною і помірно вираженою.

Факторами ризику є епізоди депресії в минулому, жіноча стать, недавні пологи, стрес, похилий вік, алкогольна і наркотична залежність (табл. 1). Поодинокий епізод “великої” депресії супроводжується 50% ризику рецидиву, два епізоди — 50—90% ризику, а три і більше — понад 90%. У близьких родичів пацієнта з біполярними розладами існує 12% ризик рецидивуючої “великої” депресії. Також вважають, що цей ризик вищий в осіб із сімейним анамнезом інших форм важкої депресії. Аналогічна закономірність щодо легших форм депресії не така яскрава.

Жінки страждають від депресії удвічі частіше, ніж чоловіки. Якою мірою це зумовлено соціальним тиском, фізіологічними відмінностями або поєднанням цих двох факторів, невідомо. Жінки особливо вразливі в післяпологовому періоді, несприятелю депресія виникає у 15% матерів у перші 6 місяців після народження дитини, натомість справжній післяпологовий психоз — лише в 0,05—0,2% породіль у перші дні після пологів. (Важливо відрізнити ці стани від банальної післяпологової меланхолії, яка може мати аналогічні прояви, проте рідко триває понад тиждень).

Тригером “великої” депресії може бути важкий психологічний стрес, наприклад, смерть когось із батьків, дитини, чоловіка або дружини, втрата роботи, розрив важливих стосунків.

Пацієнти старшого віку часто звертаються до лікаря з атиповими скаргами та симптомами депресії (наприклад анорексія, безсоння, ангедонія, неухвалюваність), які часто неправильно трактують як вікові зміни або наслідки соматичних захворювань. Особливої настороженості стосовно початку “великої” депресії вимагають особи, які недавно потрапили у притулки для літніх людей, оскільки, як свідчать дослідження, частота депресії серед цього контингенту досягає 20%.

Сімейний анамнез депресії
Жіноча стать
Похилий вік
Епізоди депресії в минулому
Недавні пологи
Події, які були сильним стресом
Алкогольна або наркотична залежність

Проте варто пам'ятати, що початок депресії в такому віці є нечастим явищем, тому хворий літнього віку вимагає ретельного обстеження для виявлення метаболічної або зумовленої медикаментами причини.

Соматична патологія і депресія

Супутня депресія є майже у третини хворих з непсихіатричною патологією (табл. 2), отже, усіх таких пацієнтів треба розпитувати, як впливає хвороба на їхнє життя загалом та на стосунки з іншими людьми. Переважно хворі вважають, що їхній сімейний лікар цікавиться лише станом їх фізичного здоров'я, натомість емоційний статус не входить у межі його компетенції. Проте якщо торкнутися цих питань, пацієнт може охоче розповісти про свої емоційні проблеми, і ця інформація дуже важлива для успішного лікування основної хвороби.

Якщо причиною депресії є інша хвороба, наприклад гіпотироз, для поліпшення настрою достатньо розпочати лікування основного захворювання. В іншому випадку депресія може набути незалежного прогресуючого перебігу і вимагати призначення специфічних медикаментів та ретельного лікарського спостереження. Найбільшою проблемою для сімейного лікаря є провести диференціальну діагностику між нормальною реакцією на хворобу, наприклад смутком і зменшенням активності, та симптоматикою персистентної клінічної депресії.

Обстеження

Ключовим моментом встановлення діагнозу депресії є докладний анамнез. Клініцист повинен розуміти, що страх бути затаврованим може спонукати пацієнта дуже стримано висловлювати свої скарги або приховувати їх за соматичними симптомами, отже, питання треба формулювати дуже коректно. У виконанні цього завдання можуть допомогти досить чутливі анкети, які ґрунтуються на самооцінці пацієнтом свого стану. Застосування їх не потребує особливих коштів, проте є повідомлення, що до 25–40% результатів таких опитувань хибнопозитивні. Шкали, побудовані на даних розгорнутого клінічного опитування, наприклад діагностичні таблиці афективних розладів та шизофренії, специфічніші і більше підходять для такого застосування.

Діагностичні критерії "великої" депресії перераховано в таблиці 3. Для підтвердження діагнозу треба виявити п'ять або більше з цих симптомів, одним з яких обов'язково мусить бути пригнічення настрою або ангедонія з тривалістю принаймні два тижні.

Патологія	Частота (%)
Рак	20–38
Синдром хронічної втоми	17–46
Хронічний біль	21–32
Ішемічна хвороба серця	16–19
Синдром Кушинга	67
Деменція	11–40
Цукровий діабет	24
Епілепсія	55
Гемодіаліз	6,5
ВІЛ-інфекція	30
Хвороба Гантінгтона*	41
Гіпертироз	31
Розсіяний склероз	6–57
Хвороба Паркінсона	28–51
Інсульт	27

* Хвороба Гантінгтона (Huntington) — хронічна спадкова хорея. Хвороба починається в дорослому віці (29–44 роки), проявляється мимовільними рухами, зниженням тону м'язів і психічними розладами. (Прим. ред.)

Таблиця 3. Критерії “великої” депресії за DSM-IV (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>)	
У пацієнта треба виявити 5 або більше симптомів, одним із яких обов’язково повинен бути пригнічений настрій або ангедонія з тривалістю принаймні два тижні:	
Пригнічений настрій	
Втрата задоволення від звичної діяльності (ангедонія)	
Відчуття беззмістовності існування або недоречної провини	
Неспроможність зосередитися	
Втома або втрата енергійності	
Безсоння або сонливість	
Психомоторне збудження або пригнічення	
Суттєве зменшення або збільшення ваги тіла	
Нав’язливі думки про смерть або суїцид	

Такі пацієнти не обов’язково відчувають смуток. З’ясовано, що ангедонія є для цієї когорти пацієнтів чутливішим маркером, отже, лікар, розпитуючи пацієнтів з можливою депресією про їх повсякденну активність, повинен обов’язково поцікавитися, чи отримують вони задоволення від діяльності.

Клінічне обстеження дає змогу виявити інші хвороби, які можуть спричинити депресію. Пацієнтів з атипovими симптомами, старшого віку та тих, які не реагують на лікування, потрібно скерувати на лабораторне обстеження, яке передбачає клінічний аналіз крові, визначення рівнів електролітів, кальцію та тиротропного гормону. У жінок віком понад 50 років уперше виявлені симптоми депресії змушують провести ретельне обстеження функції щитовидної залози навіть за відсутності іншої симптоматики.

Ще один ключовий момент — перегляд медикаментозної терапії, яку отримує хворий. Приймання багатьох ліків може супроводжуватися змінами настрою (табл. 4). Якщо в пацієнта виникає ідіосинкратична реакція на якийсь препарат, ліки потрібно тимчасово відмінити і спостерігати за динамікою симптомів.

Частина запитань треба сформулювати так, щоб виявити можливу залежність від алкоголю або наркотиків. Вважають, що 10—30% пацієнтів з алкогольною залежністю страждають від депресії, проте не з’ясовано, що тут є причиною, а що — наслідком. Ідеально було б запропонувати пацієнтам, які приймають психотропні речовини, відмовитись від них, щоби ще раз обстежити таких

Таблиця 4. Медикаменти, які можуть спричинити депресію	
Амфетаміни	
Гіпотензивні (клофелін, пропранолол, тіазиди, резерпін)	
Бензодіазепіни	
Кокаїн	
Оральні контрацептиви	
Інтерферон	
Ізотретиноїн	
Нестероїдні протизапальні препарати	
Циметидин	
Ранітидин	
Стероїди	

**Анкета,
яка допомагає діагностувати депресію
в пацієнтів похилого віку***

H. M. Zal. Treating Depression in the Elderly: Remediating an Underdiagnosed Disorder. *Consultant*, 1999(May): 1565-1579

1. Чи буває у вас тривалий час поганий настрій, відчуття смутку чи спустошеності?
2. Чи є у вас улюблені заняття, чи отримуєте ви задоволення від якоїсь діяльності?
3. Чи немає у вас порушення сну?
4. Чи не відчуваєте ви себе втомленими, не такими енергійними, як колись?
5. Чи добрий у вас апетит? Чи змінилася останнім часом ваша вага?
6. Чи не відчуваєте ви себе непотрібним, винним, безпорадним?
7. Чи не важко вам зосередитися, прийняти рішення?
8. Чи не відчуваєте ви постійно якесь занепокоєння?
9. Чи не відчуваєте ви себе безпорадною людиною, песимістом?
10. Чи буває у вас часто роздратування, занепокоєння, тривога?
11. Чи часто ви плачете?
12. Чи страждаєте ви від хронічного болю або інших соматичних симптомів?
13. Чи бувають у вас настирливі думки про смерть або самогубство?

* Ці запитання треба застосовувати як орієнтир; абсолютного показника, на основі якого можна було б діагностувати депресію, немає. Проте, якщо пацієнт позитивно відповів на 6 питань, підозри на депресію досить суттєві; якщо на 7–13 — ймовірно, це “велика” депресія. Позитивна відповідь на запитання 13 сигналізує про серйозні проблеми і вимагає поглибленого обстеження, незалежно від загальної суми балів.

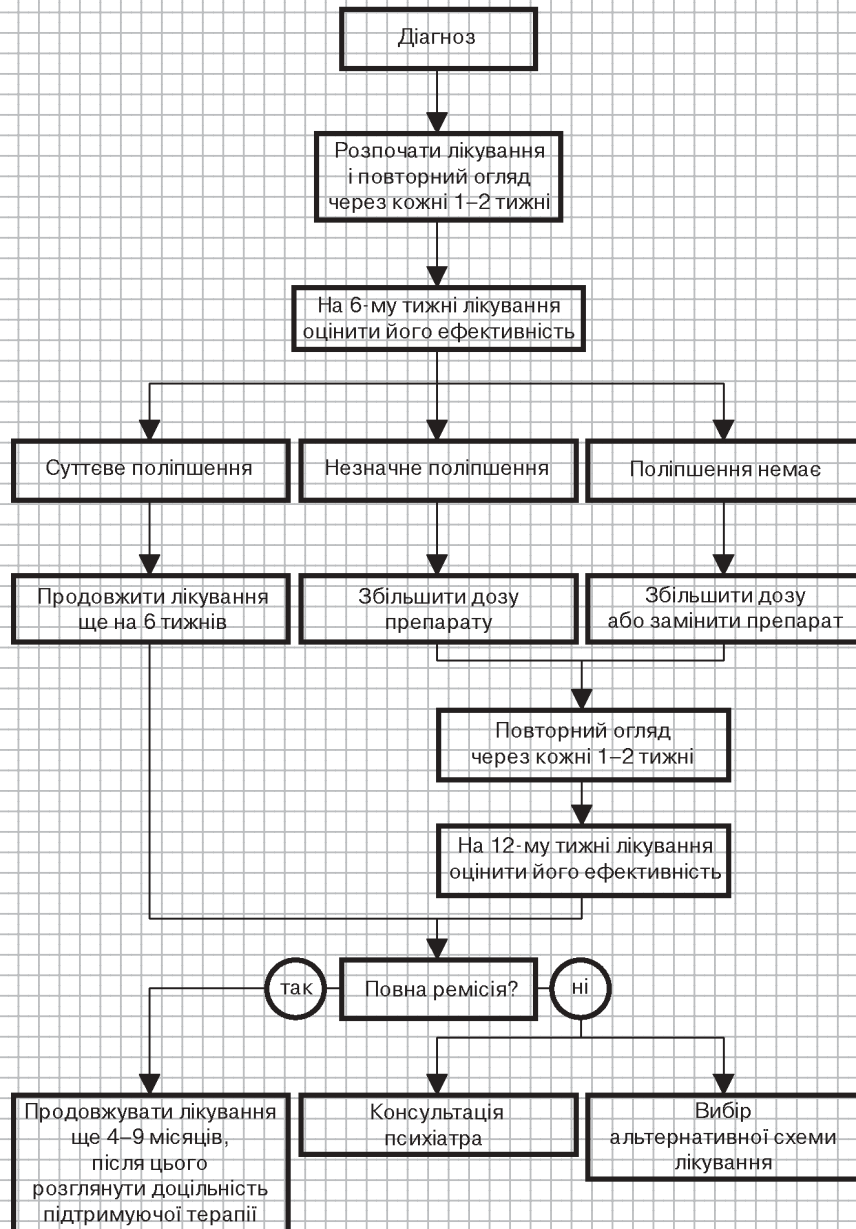
хворих перед тим, як призначати антидепресанти. Зробити це часто неможливо, тому відразу призначають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, які водночас сприяють абстиненції від алкоголю. Трициклічні антидепресанти та інгібітори MAO таким пацієнтам протипоказані.

Фармакотерапія

Медикаментозну терапію розпочинають після підтвердження діагнозу великої депресії та виключення інших можливих станів (рисунок). Клініцист може умовно розділити план лікування на три окремі фази:

1. **Гостра фаза**, яка триває 6–12 тижнів. Її завдання — досягти регресії симптоматики і повернути пацієнта до того рівня повсякденної активності, який

ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ



був до хвороби. У цей період необхідно ретельно спостерігати за пацієнтом, щоб оцінити його реакцію на медикаменти, появу побічної дії, скоригувати дозу та підбадьорити хворого. Усіх пацієнтів лікар повинен оглянути не пізніше ніж через 2–4 тижні від початку фармакотерапії.

Гормональна терапія

Задовго до появи антидепресантів було відомо, що замісна терапія естрогенами у старших жінок позитивно впливає на їх настрій. Вважають, що ці гормони впливають на лімбічну систему та індукують появу позитивних емоцій. Крім того, естрогени підсилюють розпад MAO та підсилюють транспорт серотоніну, чим також можна пояснити їх антидепресивний ефект. Є думка, що тестостерон може позитивно впливати на настрій у літніх чоловіків, а в поєднанні з естрогенами – також у жінок у постменопаузі.

За Н. М. Zal

Можна сподіватися, що в 70% пацієнтів після початкової терапії антидепресантами буде суттєве поліпшення. Якщо через 12 тижнів від початку лікування нема достатньої позитивної динаміки, треба змінити препарат або скерувати пацієнта до психіатра, який би підтвердив діагноз депресії і призначив альтернативне лікування.

2. **Фаза продовження лікування**, яка триває 4–9 місяців. Основна мета цієї фази — запобігти рецидивові хвороби. Ліки призначають у повних дозах принаймні на цей період, незважаючи на згасання симптомів. Передчасна відміна препарату збільшує ризик рецидиву на 20–40%.

3. **Фаза підтримки**, яка триває від одного року і довше, навіть пожиттєво. Її мета — запобігти рецидивові в пацієнтів групи з високого ризику. Підтримуючу терапію призначають тим хворим, у яких було три або більше епізодів “великої” депресії, два або більше епізодів у поєднанні з сімейним анамнезом рецидивуючої “великої” депресії або біполярних розладів, при початку депресії до 20 років та всім пацієнтам з важким, загрозливим для життя перебігом захворювання. Перед призначенням такого лікування обов’язково треба скерувати пацієнта на консультацію до психіатра.

Призначаючи пацієнтові антидепресант уперше, треба попередити його, що поліпшення можна сподіватися не раніш як через 2–4 тижні, а також про те, що можуть проявитися неприємні побічні ефекти ліків, наприклад нервові збудження та безсоння. У цей період треба заохочувати пацієнта до тісного контакту з лікарем. Дослідження свідчать про те, що комплаєнс прийому психотропних препаратів загалом дуже низький, але річ не в тому, що ліки неефективні, а скоріше в тому, що їм не дали шансу проявити ефективність. У багатьох випадках пацієнт навіть не купує виписаних ліків, а якщо купує, то приймає їх заледве кілька тижнів. Приділяючи таким пацієнтам більше уваги, наприклад, даючи їм візитівку з проханням зателефонувати через тиждень чи пославши до них медсестру, яка би заохотила до приймання ліків і підбадьорила, можна тримати пацієнта під контролем і суттєво поліпшити результат лікування.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну є препаратами першої лінії в амбулаторному лікуванні депресії. Вони безпечні та зручні в застосуванні (достатньо приймати їх раз на день, переважно зранку, щоби уникнути розладів сну). Гострі побічні ефекти, що можуть призведе-

сти до ранньої відміни препарату: безсоння, нервозність, шлунково-кишкові розлади, біль голови. Хронічні побічні ефекти: статеві дисфункція, коливання ваги тіла. Хоч ефективність усіх препаратів цієї групи приблизно однакова, індивідуальна чутливість до них може бути різною, отже, при неадекватній відповіді на лікування доцільно перейти від одного препарату цієї групи до іншого. Реакція на дози препаратів також неоднорідна: деякі пацієнти реагують на половину від рекомендованої дози, натомість інші потребують її підвищення понад звичну норму. Той факт, що деякі СІЗЗС мають більший активуючий ефект (флуоксетин, сертралін), ніж інші (циталопрам, пароксетин), можна використати на практиці. Наприклад, флуоксетин доречно призначати депресивним, сонливим пацієнтам, натомість пароксетин або циталопрам — хворим із поєднанням депресії і тривожності.

Лікування флуоксетином розпочинають із 10–20 міліграмів препарату на добу. (Пацієнтам старшого віку або при порушенні функції печінки та нирок рекомендують розпочинати лікування з дози не більше ніж 10 мг.) Метаболізм препарату відбувається у печінці з перетворенням його на норфлуоксетин, час півіснування якого сягає двох тижнів. Це знижує ризик синдрому відміни, проте може призвести до взаємодії ліків, якщо відразу ж після відміни флуоксетину призначають інший препарат.

Сертралін має дещо менший активуючий ефект, ніж флуоксетин. Лікування починають з добової дози 25–50 мг, потім поступово збільшують її на 25–50 мг, досягаючи 100–200 мг на добу.

Пароксетин спочатку призначають по 10 мг на день і поступово збільшують добову дозу до 20–30 мг. Максимальна доза, яка застосовується при депресії, — 50 мг на день. Пацієнтам, у яких препарат спричинює седативний ефект, рекомендують приймати ліки перед сном.

Циталопрам є найбільш селективним з СІЗЗС, зовсім недавно його дозволено до застосування в США. Його початкова доза 20 мг на день, її поступово підвищують до 40–60 мг на день упродовж 4 тижнів. Як і для інших СІЗЗС, пацієнтам старшого віку та особам із порушенням функції печінки або нирок рекомендують призначати половину дози препарату. Типовими побічними ефектами циталопраму є нудота, сухість у роті, сонливість, безсоння, пітливість. Може виникати статеві дисфункція, проте цей ефект порівняно з іншими препаратами цієї групи суттєво менший.

Бупропіон за хімічною будовою не подібний на жодну групу антидепресантів, проте має таку ж ефективність. Оскільки він має активуючу дію, доречно призначати його сонливим пацієнтам, які страждають від постійної втоми. Бупро-

**Дози антидепресантів,
які рекомендують особам
старшого віку
(за Н. М. Zal)**

Препарат	Доза (мг на добу)
Амітриптилін	25–150
Амоксапін	25–300
Бупропіон	100–200
Циталопрам	10–40
Дезипрамін	25–150
Доксепін	25–150
Флуоксетин	5–20
Флувоксамін	50–100
Іміпрамін	25–150
Мапротилін	25–150
Міртазапін	15–45
Нефазодон	50–200
Нортриптилін	10–60
Пароксетин	10–20
Протриптилін	5–30
Сертралін	50–100
Тразодон	50–300
Венлафаксин	75–225

підходить бути адекватним препаратом для хворих, які відмовилися від інгібіторів серотоніну через статурну дисфункцію, він не має цього побічного ефекту. Іноді цей препарат призначають як доповнення до інгібітора серотоніну, оскільки рецептори, на які впливають ці ліки, різні.

Оскільки в одному з досліджень з'ясували, що при застосуванні бупропіону в 0,4% випадків виникали напади судом, препарат вважають протипоказаним для пацієнтів, у яких були судоми в анамнезі або інші стани, які можуть спричинити електролітний дисбаланс. Оскільки ризик судом залежить від дози препарату, бупропіон протипоказаний пацієнтам, які приймають зибан (препарат, що містить аналогічну активну речовину), щоб кинути курити. Початкова доза бупропіону 100—150 мг на день, звичайною ефективною дозою вважають 300 мг на день. Доза цього препарату не повинна перевищувати 450 мг.

Нефазодон — це агоніст серотоніну-2/інгібітор зворотного захоплення серотоніну. Його успішно застосовують для лікування хворих із поєднанням депресії і тривожності. Із побічних його ефектів найпомітніший седативний, який може бути корисним для пацієнтів, що страждають від безсоння. Інші побічні ефекти: біль голови, сухість у роті, нудота, запаморочення. Статурна дисфункція трапляється рідко. Нефазодон призначають у початковій дозі 50—100 мг двічі на день і титрують до остаточної дози 150—300 мг двічі на день.

Міртазапін блокує α_2 -рецептори, спричинюючи водночас норадренергічну і серотонінергічну дію. Подібно до нефазодону, його доцільно призначати пацієнтам із депресією і вираженою тривожністю; так само він рідко спричинює статурну дисфункцію. Часті побічні ефекти: сонливість (у 54% пацієнтів), збільшення ваги тіла (12%) та запаморочення. Початкова доза препарату 15 мг на день, типові межі 15—30 мг на день. Через седативний ефект препарат рекомендують приймати на ніч.

Венлафаксин, який є комбінованим інгібітором зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, може бути ефективним у випадках, коли інші антидепресанти застосовувались безрезультатно або при супутніх тривожних розладах. Побічні ефекти цього препарату типові для групи інгібіторів захоплення серотоні-

Звіробій (*Hypericum perforatum*) віддавна вважають основою фітотерапії депресії. Незважаючи на велику популярність, механізм його дії поки що незрозумілий. Можливо, він впливає на моноаміноксидазу (MAO) чи нейромедіатори (норадреналін та серотонін), тому приймати звіробій одночасно з іншими антидепресантами не рекомендують. Не можна його приймати одночасно з амфетаміном, наркотиками, амінокислотами триптофаном і тирозином, антиастматичними інгаляційними препаратами, ліками для лікування застуди та доступними без рецепта жарознижувачами, які містять симпатоміметики (фенілетиламін). Оскільки це зілля є слабким інгібітором MAO, пацієнт мусить обмежувати вміст у дієті тираміну (якого багато в несвіжому сирі, дріжджах, бобах), бо поєднання інгібіторів MAO і тираміну може спровокувати гіпертонічний криз.

Ginkgo biloba має властивість позитивно впливати на настрій і може поліпшувати стан пацієнта при депресії. Застосування гінґо в осіб старшого віку має ще й ту перевагу, що поліпшує церебральну перфузію, діє як слабкий антикоагулянт, є інгібітором запалення та захищає клітини від вільних радикалів. Водночас цей препарат послаблює симптоматику астми, знімає біль голови та запаморочення, сповільнює прогресування деменції. Як звичайно, рекомендують дозу 120 мг на добу, переважно розділену на три прийоми. Препарат не можна призначати пацієнтам, які приймають дезагреганти (наприклад, аспірин), вітамін Е або антикоагулянти.

За Н. М. Zal

У записник клініциста

☑ Депресія – це найчастіша психіатрична патологія старшого віку. Погіршення стану здоров'я, статевої функції, зовнішнього вигляду, когнітивної функції, які неминуче супроводжують старіння, суттєво погіршують якість життя. Вихід на пенсію пов'язаний із зниженням життєвого рівня, втратою престижу, соціального статусу, а переселення з дому, де людина прожила довгі роки, та втрата родичів і друзів є додатковими психотравматичними факторами.

☑ Часто вважають, що смуток – природна реакція на старіння, що призводить до гіподіагностики депресії у літніх пацієнтів. Це викликає велике занепокоєння, особливо якщо врахувати той факт, що депресію в осіб похилого віку можна ефективно лікувати багатьма засобами.

☑ Клінічно депресія в осіб похилого віку проявляється постійною дисфорією впродовж 2 тижнів і довше, зменшенням енергійності, змінами апетиту, ваги, порушенням сну, плаксивістю, появою відчуття провини, неспроможністю зосередитися і прийняти рішення, втратою інтересу до оточення.

☑ Депресія в літніх пацієнтів має більшу кореляцію з важкістю соматичних захворювань, ніж із сімейним анамнезом. Після корекції соматичних або ятрогенних проблем потрібно знову оцінити психологічний статус пацієнта, і якщо він не поліпшується, застосувати один із специфічних методів лікування депресії.

☑ У лікуванні депресії селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну такі ж ефективні, як і трициклічні антидепресанти та інгібітори MAO. До того ж вони мають менше побічних ефектів, безпечніші, їх ліпше переносять пацієнти старшого віку. Найпоширенішими побічними проявами їх є статева дисфункція, нудота та безсоння.

☑ Вторинні аміни – дезипрамін, нортриптилін, протриптилін – це трициклічні антидепресанти, яким віддають перевагу в лікуванні старших пацієнтів. Вони рідше спричиняють побічні реакції і мають стимулюючу дію, яка є корисною для замкнених, ослаблених осіб.

☑ Незважаючи на високу ефективність інгібіторів MAO, ці препарати застосовуються рідше через можливість взаємодії з іншими ліками та компонентами дієти. Проте траніципромін та фенелзин добре зарекомендували себе в лікуванні депресії в літніх пацієнтів. Дозу цих препаратів добирають повільно, ретельно контролюючи артеріальний тиск.

☑ Лікування карбонатом літню старших пацієнтів вимагає особливої обережності; зменшення маси тіла та інші типові для цього віку зміни можуть суттєво збільшити період півиснування препарату. Застосовуючи карбонат літню як монопрепарат або як додаток до інших антидепресантів, треба пам'ятати про його нефротоксичність, що може вплинути на дію інших ліків.

☑ Ніколи не призначають одночасно інгібіторів захоплення серотоніну та інгібіторів MAO: таке поєднання може бути фатальним! Треба пам'ятати, що навіть малі дози цих препаратів можуть спричинити у старших осіб високу концентрацію їх у сироватці крові. Завжди починайте лікування з низьких доз і поступово підвищуйте їх до появи клінічного ефекту.

За Н. М. Zal

ну; серед них є також статева дисфункція. Також повідомляють про можливість залежної від дози гіпертензії.

Трициклічні антидепресанти для амбулаторного лікування депресії тепер застосовують рідко, незважаючи на їх низьку вартість та підтверджену часом безпечність і ефективність. Основним їх недоліком є відносно вища частота системних побічних ефектів, які особливо небажані для пацієнтів старшого віку та осіб з супутніми соматичними захворюваннями і які можуть зумовити необхідність відміни препарату навіть у хворих молодого віку. Іноді побічні ефекти трициклічних антидепресантів можна використати з клінічною метою. Наприклад, у хворого з втратою ваги і симптоматикою периферичної нейропатії, зумовленими ВІЛ-інфекцією, вони можуть спричинити збільшення маси тіла і регресування нейропатичних симптомів. У пацієнтів із мігренню і депресією застосування цих препаратів може викликати полегшення обох станів.

Вторинні аміни (дезипрамін і нортриптилін) мають менше побічних ефектів, ніж старші третинні аміни (амітриптилін). Проте через потенціал провокувати самогубства трициклічні антидепресанти не можна призначати пацієнтам із ризиком суїциду.

Інгібітори моноаміноксидази не можна призначати без консультації психіатра. Хоча ці ліки ефективні, вони мають серйозні побічні ефекти та взаємодіють з іншими препаратами, що потребує ретельного контролю та поглибленого навчання пацієнта.

Звіробій містить принаймні 10 біологічно активних речовин, які можуть спричинити антидепресивний ефект. Понад 20 рандомізованих досліджень із подвійним-сліпим контролем свідчать, що при легкій та середньоважкій формі депресії ефект звіробою суттєво перевищує ефект плацебо. Проте його ефективності порівняно з традиційними антидепресантами не досліджено. Важливо, що звіробій загалом безпечний у стандартних дозах 300—450 мг тричі на день, хоч і є повідомлення про взаємодію його з іншими ліками (зокрема зниження рівня індивіду в пацієнтів, які одержують антиретровірусну терапію). Можливі побічні ефекти звіробою: шлунково-кишкові розлади, втома, занепокоєність, нетерплячість, висипка, фотосенсибілізація. Також не можна приймати звіробій одночасно з інгібіторами зворотного захоплення серотоніну, оскільки таке поєднання теоретично може спричинити серотонінергічний синдром.

Стратегії підсилення терапії

До 50% пацієнтів не реагує на початкову терапію антидепресантами. Первинні стратегії в таких випадках передбачають: 1) переконатися, що доза препарату адекватна, а час його прийому достатньо тривалий; 2) перейти до іншого препарату цієї ж групи; 3) перейти до препаратів іншої групи (наприклад замінити інгібітор серотоніну бупропіоном).

Ще одна можливість — поєднання двох препаратів. Так, при додатковому призначенні літію у 60% пацієнтів, які до цього неадекватно реагували на лікування, настає суттєве поліпшення впродовж 4 тижнів. У цьому випадку дози літію повинні бути субтерапевтичними. Деяким пацієнтам допомагають низькі дози гормонів щитовидної залози, хоч дослідження їх застосування дає суперечливі результати. Емпірично застосовуються поєднання інгібіторів серотоніну і бупропіону, буспірону (анксиолітика) або трициклічних антидепресантів, хоч дослідження ефективності такого лікування поки що недостатнє. Оскільки СІЗЗС можуть сповільнювати метаболізм трициклічних антидепресантів, пацієнти, які приймають таку комбінацію ліків, потребують моніторингу рівня трициклічних антидепресантів. Не варто також забувати, що ефективним доповненням до медикаментозного лікування може бути психотерапія.

Синдром відміни антидепресантів

Синдром відміни антидепресантів не пов'язаний із рецидивом захворювання і виникає після відміни (частіше після раптової, але не обов'язково) антидепресантів будь-якої групи. Синдром відміни СІЗЗС трапляється найчастіше при застосуванні препаратів з коротким періодом півіснування (пароксетин). Його прояви: тривожність, дратівливість, грипоподібні симптоми, запаморочення, парестезії, загальмованість, безсоння, яскраві, деколи страхітливі сни. Така симптоматика переважно помірна і минає сама по собі. Методом вибору є тимчасове повернення до приймання препарату, який щойно відмінили, симптоматична терапія (наприклад призначення седативних препаратів при безсонні), призначення іншого антидепресанту, відміна якого переноситься легше (наприклад флуоксетину замість пароксетину), або просто заспокоєння пацієнта.

Психотерапія та інші немедикаментозні методи лікування

Вважають, що в лікуванні легкої та середньоважкої депресії психотерапія (когнітивна чи інтерперсональна) настільки ж ефективна, як медикаментозне лікування. Теоретично вона має ще й ту перевагу, що запобігає рецидиву, оскільки навчає пацієнта розуміти проблему і опанувати чинники, які призводять до загострення депресії. У кількох дослідженнях виявлено, що при поєднанні психотерапії і медикаментозного лікування ефект підсилюється. (Натомість для лікування важкої депресії саму лише психотерапію не рекомендують).

Проте на психотерапію, як і на медикаментозне лікування, погоджуються не всі хворі. Таким пацієнтам потрібно дати прості рекомендації, які допоможуть підвищити активність і спонукають до пошуків іншої допомоги. Регулярні фізичні вправи поліпшують настрій і зовнішній вигляд. Можна запропонувати пацієнтові скласти перелік занять, які він виконує з задоволенням, і на його основі дати рекомендації для подолання ангедонії. Особам, які уникали соціальної активності, можна порадити до наступного візиту відвідати якийсь громадський захід. Також доречно рекомендувати вести щотижневий щоденник настрою, в якому занотовувати всі когнітивні "перекручування" (наприклад сприймання усіх подій у чорних або білих тонах, однієї негативної події як показника тотального краху та ін.), що вказує на початок депресивного настрою. Зрозумівши, що такі думки є своєрідним "самопокаранням", пацієнти вчать-ся заміщати їх позитивнішими думками "самоутвердження".

Лікування дистимічних розладів

Дистимія — це хронічна форма депресії. Вважають, що її частота в популяції становить 3%. Як і "велика" депресія, ця патологія у 2—3 рази частіше трапляється в жінок. Діагностичні критерії (за DSM-IV) передбачають депресивний настрій у більшості днів упродовж 2 років і принаймні два інші симптоми "великої" депресії.

Сімейний лікар може злегковажити дистимію як "малою" депресією, проте наслідки її можуть бути дуже серйозними, у тому числі суттєвий негативний вплив на соціальну і професійну діяльність пацієнта. Лікування дистимії таке ж, як і "великої" депресії. Препаратами вибору є СІЗЗС та інші антидепресанти, а також когнітивно-біхевіоральна або інтерперсональна психотерапія. Лікування може тривати довго, оскільки дистимія — це стан, який часто дає загострення після припинення терапії.

Підготувала *Зореслава Городенчук*