

ДЕПРЕССИИ в общей врачебной практике



Булыгина И. Е.
доц. кафедры психиатрии и мед.
психологии

Депрессия

- Состояние сниженного настроения с доминированием эмоций астенического полюса (тоски, апатии, тревоги страха). **Патологическим депрессивное состояние считают тогда, когда специфическая причина недостаточна, чтобы его вызвать; или если само состояние продолжается чересчур долго и (или) его симптомы слишком тяжелы (Лехман, 1959).**
- Депрессия рассматривается как болезнь, когда изменение настроения относительно фиксировано, упорно в течение не только дней, но и недель, месяцев и даже лет; когда изменения настроения сказываются на поведении, мышлении, деятельности и физиологических отправлениях организма (В.Л. Ефименко, 1975).

- Симптомы депрессивного спектра наблюдаются у **71%**.
- По мере увеличения возраста частота депрессии увеличивается, а затем падает: **18—24 года — 5,5%, 25—44 года — 7,8%, 45—64 года — 5,7%, старше 65 лет — 2,3% (П. Пишо, 1990).**

Классификации по типу доминирующего аффекта

```
graph TD; A[Классификации по типу доминирующего аффекта] --> B[Тоскливая]; A --> C[Тревожная]; A --> D[Апатическая];
```

Тоскливая

Тревожная

Апатическая

**Динамическая
(этапно-синдромологическая)**

Дистимическая

Маскированная

Астеническая (субдепрессивная)

Классическая

Анестетическая

Бредовая (с бредом Котара)

10 вариантов депрессивных состояний

Органические депрессии

Симптоматические депрессии

Шизофренические депрессии

Циркулярные (биполярные)
депрессии

Периодические
(монополярные) депрессии

Инволюционные депрессии

Эндореактивные дистимии

Невротические депрессии

Депрессии истощения

Реактивные депрессии

Соматогенные депрессии

Эндогенные депрессии

Психогенные депрессии

Врач общей (семейной) практики может встретиться с этими проблемами намного раньше психиатра и должен уметь определить **тактику ведения больного**, необходимость применения психиатра для наблюдения и лечения и дать грамотный совет членам семьи для оптимизации внутрисемейных отношений, нацеленной на помощь больному.

- Проблемой **первого круга** ответственности врача общей практики является умение грамотно трактовать разнообразные поведенческие стереотипы, обусловленные широким спектром личностных особенностей (от акцентуации до личностного расстройства).
- Большое значение имеет способность к анализу кризисных состояний человека, а также понимание сути психосоматической проблемы в ее конкретных клинических вариантах.

- Состояния **второго круга**, требуют ведения (наблюдения и лечения) совместно с психиатром. К ним относятся состояния, связанные с риском суицидальных действий.
- Семейный врач направляет больного с подобными расстройствами к психиатру, если попытки нормализовать состояние пациента с **помощью психотерапии или психофармакотерапии оказались неудачными.**

К ситуациям, требующим **срочной консультации** психиатра, относятся:

- первичное выявление депрессии в детском возрасте;
- инволюционная депрессия;
- МДП;
- психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ.

Проблемы **третьего круга**, когда больного ведет психиатр, а семейный врач может обеспечить лишь поддержку больного и его семьи, относится решение вопроса о госпитализации в психиатрическую больницу при:

- острой шизофрении;
- состоянии, требующем компетентного экспертного заключения в отношении характера психического расстройства;
- социальной опасности психических расстройств;
- опасности повторения суицидальной попытки.

Факторы риска развития депрессии

Генетические

Психосоциальные

**Конституционально-
психологические**

Пол

Средний и пожилой возраст

Женщины имеют больший риск возникновения депрессий в репродуктивный период жизни.

К специфическим аффективным расстройствам у женщин относят

- *предменструальный синдром,*
- *предменструальное дисфорическое расстройство,*
- *депрессивный синдром беременных,*
- *"синдром грусти рожениц",*
- *послеродовые депрессии.*

К связанным с депрессией заболеваниям относят

- ревматические (системная красная волчанка, ревматоидный артрит);
- сердечно-сосудистые (ССЗ; пролапс митрального клапана, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия);
- эндокринные (гипо- и гипертиреоз, сахарный диабет, гиперкальциемия, синдром Кушинга, состояние после родов);
- желудочно-кишечные (цирроз печени, колиты, панкреатиты, болезни желчевыводящих путей);
- гематологические (серповидно-клеточная анемия);
- нарушения питания (недостаточность витамина В12, фолатов, железа, тиамина, никотиновой кислоты);
- инфекции (энцефалит, гепатит, при инфекционный мононуклеоз, пневмония, туберкулез);
- болезни почек (уремия, пересадка почки);
- опухоли (лейкоз, лимфома, рак поджелудочной железы, внутричерепные опухоли);
- болезни нервной системы (субдуральная гематома, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, неконтролируемая эпилепсия);
- псориаз;
- саркоидоз.

Основные проявления депрессии

- сниженное настроение (бытовые синонимы - грусть, тоска, уныние, печаль, скорбь, подавленность и т. д.);
- утрату прежних интересов и способности получать удовольствие от деятельности, ранее доставлявшей удовольствие;
- снижение активности, энергичности, аппетита;
- бессилие, двигательная заторможенность (иногда - двигательное беспокойство и ажитация), повышенная утомляемость.
- замедление мышления, снижение способности к сосредоточению;
- снижение самооценки, идеи собственной никчемности, виновности, трудности при принятии решений, даже весьма простых;
- мрачное, пессимистическое видение будущего;
- мысли о смерти и нежелание жить, стремление нанести себе повреждение или даже покончить с собой;
- расстройства сна (бессонница, сонливость), ранние утренние пробуждения (хотя бы на 2 часа ранее обычного);
- резкое снижение или утрата полового влечения;
- вегетативные нарушения в виде симпатикотонии - жалобы на тяжесть, сжатие или тупые боли в области сердца ("предсердечная тоска"), сухость во рту, запоры, сухость кожи, тахикардия, колебания артериального давления и др.

Для постановки диагноза "депрессия" (депрессивного эпизода) указанные симптомы должны сохраняться на протяжении как минимум двух недель.

Скрининг депрессии

Обнаруживаете ли вы у себя:

- потерю энергии, усталость, бессилие?
- потерю интереса к жизни?
- отсутствие чувства уверенности в себе?
- чувство безнадежности?

Если пациент дал хотя бы один утвердительный ответ, необходимо задать еще пять вопросов. Обнаруживаете ли вы у себя:

- неспособность к концентрации внимания?
- потерю веса вследствие плохого аппетита?
- ранние утренние пробуждения?
- заторможенность?
- более тяжелое состояние по утрам?

Три и более утвердительных ответа позволяют с умеренностью говорить о депрессии. После этого следует проверить, соответствует ли состояние Пациента приведенным выше диагностическим критериям депрессивного эпизода. При этом могут быть заданы следующие вопросы:

- испытываете ли вы трудности при принятии решений?
- есть ли в вашей жизни какие-либо события, которые доставляют вам удовольствие?
- что вы ждете от будущего?
- не испытываете ли вы чувства вины?
- нет ли у вас ощущения, что окружающие люди энергичнее, сообразительнее, удачливее вас?
- не стало ли вам трудно справляться с работой, особенно умственной?

Если в результате расспроса обнаруживается, что состояние пациента отвечает диагностическими критериям депрессивного эпизода любой степени тяжести, — значит, необходимо начинать лечение.

Тактика поведения врача ОП

- беседовать нужно обязательно наедине;
- пациента нужно усадить максимально удобно, например, в мягкое кресло с подлокотниками и высокой спинкой. Важно, чтобы пациент сидел высоко и его глаза во время беседы были на уровне глаз врача или даже выше (это повышает его самооценку);
- расстояние между врачом и пациентом не должно быть более метра (расстояние вытянутой руки), между собеседниками не должно быть физических барьеров — стола и др.;
- не следует направлять на пациента свет;
- важно начать разговор с открытых вопросов и задавать их дольше, чем обычно, поскольку пациент с депрессией не сразу может ясно сформулировать жалобы и описать свое состояние;
- по этой же причине важно разговаривать пациента, что достигается демонстрацией врачом активного слушания (открытая поза, наклон тела в сторону пациента, фиксация его взгляда, вертикальные кивки головой, перефразирование сказанного им, частое суммирование);
- необходимо стремиться к максимальному уточнению и прояснению предъявляемых пациентом жалоб, не удовлетворяясь его высказываниями общего характера: "мне плохо", "я в стрессе", "мне не по себе" и т. п.;
- врач должен быть немногословным, говорить медленно, возможно более низким голосом, периодически делать паузы, давая пациенту время на ответ.

Депрессивный эпизод следует дифференцировать с некоторыми состояниями, которые имеют с ним некоторое внешнее сходство, но требуют совершенно других лечебных мер. Это, прежде всего, непатологическое снижение настроения в связи с тяжелой психической травмой - потерей близкого человека, жизненной или финансовой катастрофой и т. д. - так называемая **непатологическая реакция горя.**

- Признаки депрессии встречаются у 65 % пациентов с ССЗ (стенокардией, инфарктом миокарда) и у 20 % пациентов без этих заболеваний. Исследования связи между ССЗ и депрессией показали, что:
- у части пациентов признаки депрессии предшествуют развитию ССЗ;
- риск внезапной смерти в течение 6 месяцев после сердечного приступа выше у лиц в состоянии депрессии;
- даже умеренная депрессия является фактором риска артериальной гипертензии;
- признаки депрессии в первый месяц после оперативного лечения ИБС (аортокоронарное шунтирование) часто определяют наличие приступов стенокардии в будущем;
- депрессия повышает частоту госпитализации больных с сердечной недостаточностью.

- В свою очередь ССЗ могут приводить к депрессивным расстройствам или усугублять их течение.
- У лиц, находящихся в депрессивном состоянии на протяжении последних 6 лет, риск рака в течение следующих 4 лет повышается на 88 %.
- Лица, которые теряли интерес к жизни из-за своего заболевания, погибали быстрее по сравнению с теми, которые продолжали вести обычный образ жизни, посещали специальные курсы поддержки и реабилитации

- Разнообразные изменения со стороны эмоциональной сферы составляют важную часть клинических проявлений при бронхиальной астме. Они могут проявляться как повышенной возбудимостью, неустойчивым настроением, так и депрессией.
- Предполагают, что эмоциональное напряжение приводит к тонким изменениям регуляторных систем организма, в т.ч. и иммунной системы, которые провоцируют приступы удушья у таких больных.

Депрессия у больных пожилого возраста

- Такие нарушения, как снижение концентрации внимания, апатия и ухудшение памяти, считаются основными для первичных депрессий в пожилом возрасте. Эти депрессии носят название "псевдодементных".
- Для них характерно большое разнообразие соматических нарушений, преобладание тревожно-ипохондрической симптоматики.
- Депрессия часто сопровождает различные типы деменции как дегенеративные, так и сосудистые.

Типичный вариант простой депрессии

- Характеризуется умеренной выраженностью симптоматики и преобладанием угнетенного меланхолического настроения. В легких случаях это грусть, печаль, уныние, в тяжелых - предсердная тоска с физически тягостными ощущениями в виде "душевной боли", "камня" или "тяжести на душе", которая иногда сопровождается неопределенным чувством грядущего несчастья или отчаяния. Мышление больных проникнуто тотальным пессимизмом, ничто не радует и никогда больше не будет радовать. Весь мир (его прошлое, настоящее и будущее) представляется в мрачном свете. Одно разочарование следует за другим. Резкой критике подвергаются собственные действия. Везде видятся неопределимые трудности; жизнь, кажется бесцельной, а ситуация - безнадежной. С другой стороны, отмечается инертность мышления. Мыслительный процесс затруднен, больной испытывает трудности при сосредоточении, крайнюю нерешительность, выполнение любой ранее легко выполнявшейся задачи требует предельной концентрации внимания и волевых усилий. Нередко больные жалуются на отсутствие мыслей, "пустоту в голове". Довольно часто предъявляются жалобы на снижение памяти.
- Окружающее воспринимается в серых или черно-белых тонах, яркие цвета не находят эмоционального отклика в душе. Течение происходящих вокруг событий и даже самого времени замедляется. Больные часто замечают, что потеряли чувство времени, минуты растягиваются в часы, прежде незамечаемое время "замедлило свой бег", "тянется бесконечно долго" или вовсе "остановилось". Любые события (радостные или печальные) не получают эмоционального резонанса. Эти переживания психологически воспринимаются крайне болезненно, поскольку фактически представляют собой отчуждение личности от окружающего мира. В широком смысле уже на этих ранних этапах заболевания речь идет о феномене депрессивной деперсонализации. При углублении депрессии утрачивается энергия и ощущение витальности существования, нарастает чувство одиночества, отгороженности от мира, появляется страх "сойти с ума".

Апатическая депрессия

на первый план выступают отсутствие или снижение уровня побуждений (мотиваций), интереса к окружающему (в тяжелых случаях - к жизни в целом), эмоционального реагирования на происходящие события, безразличие, апатия или снижение жизненного тонуса (анергическая депрессия), а также недостаточность волевых импульсов с невозможностью преодолеть себя, сделать усилие над собой, принять определенное решение (абулический вариант). У таких больных в состоянии доминирует психическая инертность, они жалуются на "душевную" слабость, лень, "жизнь по инерции". Отчетливо выраженное угнетенное настроение, витальная тоска или тревога встречаются редко или находятся на втором плане, суицидальные тенденции также редки. Идеи малоценности или вины наблюдаются не часто, доминирует чувство жалости к себе и зависти к окружающим. Сомато-вегетативные симптомы выражены слабо. Размах суточных колебаний в состоянии сглажен, хотя некоторые больные отмечают отчетливое повышение активности к вечеру. В последние годы, по-видимому, в связи с лекарственным патоморфозом такие матовые депрессии с преобладанием апато-анергической симптоматики встречаются очень часто и нередко оказываются торпидными к фармакотерапии.

Тревожная депрессия

преобладание тревоги, мало определенного чувства надвигающейся беды, угрозы, неясного беспокойства, неуверенности в будущем, отчаяния, опасений по поводу различных событий, людей, действий, поступков, которые приобретают навязчивый характер. В поведении доминирует суетливость или психомоторная ажитация вплоть до меланхолического далтуса. К вечеру симптоматика может усиливаться. Больные долго не могут усидеть на одном месте, перебирают пальцами рук или сламывают их, кусают ногти, взгляд беспокойный. Тревожный синдром сопровождается характерными соматовегетативными симптомами, связанными с повышением тонуса симпатической нервной системы (повышение артериального давления, тахикардия, мидриаз, увеличение мышечного тонуса, тремор, мышечные спазмы, запоры, одышка, чувство нехватки воздуха, разнообразные алгческие и другие неприятные ощущения, особенно в области сердца и др.). Часто наблюдаются идеи вины, осуждения, наказания, а также ипохондрические переживания или фобии. При тревоге высок риск совершения суицида. Тревожная депрессия более характерна для лиц пожилого возраста.

Маскированные (латентные, скрытые, соматизированные)

характеризуются преобладанием в клинической картине соматических и вегетативных симптомов или нарушений, свойственных другим психопатологическим регистрам. При этом типичные депрессивные аффекты и проявления присутствуют в стертом вале или отсутствуют вовсе. В последнем случае иногда говорят о "депрессии без депрессии" или "депрессивных эквивалентах". Выделений маскированных депрессий в последние десятилетия явилось одним из наиболее существенных достижений феноменологического подхода в психиатрии.

Психопатологическая картина этих состояний приближается к ипохондрическим депрессиям, однако сопровождается отчетливо выраженными сомато-вегетативными функциональными расстройствами, которые находятся на переднем плане и затрудняют правильную диагностику. О принадлежности этих нарушений к депрессиям можно судить по фазности (периодичности) их проявлений, характерной суточной ритмике, наследственной отягощенности аффективными заболеваниями, наличию более типичных аффективных (депрессивных и особенно гипоманиакальных) фаз в анамнезе и хорошей эффективности тимоаналептической терапии.

Анализ сенестопатических переживаний при депрессиях

- динамические (типа парестезии, общего "внутреннего дрожания"),
 - алготермические ("жжение", "горение", "покалывание"),
 - генерализованные (например, "чувство пробегания электрического тока" по всему телу),
 - барические (сжимающие, сдавливающие ощущения),
 - барицентрические (чувство сдавления, щемления висцеральной локализации, связанное с тоскливым аффектом),
 - атонические (общая физическая слабость, расслабленность, мышечная вялость)
 - и анестетические (ощущения "пустоты", "нечувствительности" "одеревенелости" и т.д.) телесные сенсации.

Вегетативные симптомы при депрессиях

- Часто встречаются головокружения, нарушения сердечного ритма, сухость во рту, запоры. Другие частые психосоматические проявления включают в себя снижение аппетита с реальным снижением веса тела, нарушения сна (особенно ранние пробуждения), ощущения боли, холода, сдавления, снижение половой потенции или фригидность и нарушение менструального цикла.
- При тревожном аффекте психосоматические симптомы связаны с более резкой вегетативной дисфункцией и преобладанием симпатикотонии: тахикардия, боли за грудиной, одышка (тахипноэ), ощущение нехватки воздуха, расширение зрачков, тремор, гипергидроз, бледность кожных покровов, сухость во рту, тошнота, диарея, снижение аппетита, ощущение жара или холода, бессонница (преимущественно трудности при засыпании), никтурия, повышение артериального давления и содержания глюкозы в крови.

Наиболее часто встречаются депрессии с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной систем, чаще квалифицируемые терапевтами, как вегето-сосудистые или нейроциркулярные. Больные предъявляют жалобы на головокружения, слабость, потливость, давящие, головные боли, сдавление или жжение в области сердца, приливы жара и похолодание конечностей, нехватку воздуха и т.д. Состояние периодически может прерываться раптусами с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем (лабильность пульса и артериального давления, аритмия, тахикардия, сдвиги на ЭКГ, нарушение дыхательного ритма), похожие на приступы стенокардии, инфаркт миокарда, инсульт, бронхиальную астму, и сопровождающиеся страхом смерти. Реже встречаются маски желудочно-кишечной патологии. При этом больные предъявляют в основном жалобы на диспепсические расстройства (сухость во рту, тошнота, рвота, метеоризм, запоры или диарея) и боли в области живота, иногда имитирующие клиническую картину "острого живота". Функциональные нарушения обычно обнаруживаются в виде различных дискинезий (спазмы глотки и пищевода, дискинезий желчных путей, топкого и толстого кишечника), спастических или атонических явлений (спастический колит, атония толстого кишечника и др.).

- Нередко маски депрессии обнаруживаются в виде функциональных двигательных расстройств. На первый план выступают различные парестезии, неврологические и мышечные боли с достаточно четкой локализацией (лицевые невралгии, пояснично-крестцовые или шейно-грудные боли), иногда паналгия ("все тело болит"), тасикинезия ("синдром беспокойных ног"), акатизия, болевая обездвиженность Мебиуса (*akinesia algera*), различные тики, мышечные подергивания, блефароспазм, неравномерное распределение мышечного тонуса, атактические расстройства и т.д. В рамках ларвированной депрессии описываются также периодическая бессонница, люмбаго, зубная боль, периодическая импотенция и другие нарушения половой сферы, желудочно-кишечные спазмы, экземы, выпадение волос (алопеция) и другие расстройства. В.Ф.Десятников и Т.Т.Сорокина (1978, 1981) выделяют следующие основные синдромы маскированной депрессии:

Обобщенная клиническая картина депрессии у больных, наблюдающихся:



терапевтами

1. ангедония
2. боли в животе



кардиологами

1. сниженное настроение
2. тревога
3. симптомы напоминающие паническую атаку



неврологами



1. сниженное настроение
2. повышенная утомляемость
3. психомоторная заторможенность
4. снижение либидо
5. идеи отношения
6. боли (в голове, спине, шее, руках)
7. конверсионные симптомы

Маски депрессии

- алгически-сенестопатический,
- абдоминальный,
- кардиалгический,
- цефалгический,
- паналгический,
- агрипнический,
- диэнцефальный (вегето-висцеральный, вазо-моторно-аллергический, псевдоастматический),
- обсессивно-фобический,
- наркоманический.

Диагностические признаки соматизированной депрессии

С целью своевременного диагностирования скрытых депрессивных состояний может быть предложен комплекс признаков, представляющийся достаточно надежным:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- фазное течение: в анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании;
- наследственная отягощенность по линии аффективных психозов. Симптоматика заболевания пробанда (родственника) может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников;
- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи - "вечерние интервалы");
- витальный оттенок сниженного настроения ("тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает") с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил. У детей и подростков наблюдается раздражительность;
- заметное уменьшение или прибавление массы тела без использования диеты (более 5% в месяц), длительная потеря аппетита; дети в массе тела не прибавляют;
- заметная потеря интереса ко всем (почти) занятиям (работа, хобби, домашние дела), сохраняющаяся, как правило, изо дня в день в течение почти всего дня (так называемая ангедония);
- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;
- навязчивые мысли о смерти (не только страх смерти), повторные мысли о самоубийстве с планом или без него или попытка самоубийства;
- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания. Тем не менее существуют формы скрытой депрессии, обнаруживающие значительное сходство с проявлениями соматических заболеваний. Термин "маскированная" адекватен именно для этих форм.

Пять перечисленных симптомов должны отмечаться как минимум в течение двух недель, и одновременно должно наблюдаться явное ухудшение в личностном функционировании: сниженное настроение, потеря интереса или удовольствия и т. п.

Различие раптоидной вспышки маскированной депрессии и приступа стенокардии (по А.К. Ануфриеву, 1978; Б.А. Воскресенскому, 1990).

Маскированная депрессия	Стенокардия
<ul style="list-style-type: none">• Суетливость, говорливость, изменчивость внимания• Порывистые движения рук с прижиманием к себе, к сердцу• Субъективная нехватка воздуха• Аффект ужаса, неестественной драматичности• Во взгляде — тревожное ожидание и жалость к себе	<ul style="list-style-type: none">• Больной лежит• Рефлекторное затруднение дыхания, заострение кончика носа, расширение его крыльев• Лицо бледное, постаревшее, на лбу — поперечные складки• Взгляд утомленный, глазные щели сужены, веки приспущены.• При интенсивной боли глаза закрыты. При инфаркте глаза открыты — от боли и страха.• Тени вокруг глаз

Различие маскированной депрессии и гипертонической болезни (по А.К. Ануфриеву, 1978; Б.А. Воскресенскому, 1990).

Маскированная депрессия

Подъемы АД довольно нестойки
Чаще подъем только систолического АД
В ипохондрическом раптусе с подъемом АД — обильная Психопатологическая симптоматика.
Неотчетливость зрения выступает как изменение чувственной реальности восприятия

Гипертоническая болезнь

Достаточно стойкое повышение АД
Подъем и систолического и диастолического АД
При кризе аффективные нарушения просты, реактивны, вторичны по отношению к сосудистому расстройству.
Неотчетливость зрения выступает как собственная неотчетливость

Разграничение эндогенной и психогенной депрессии

Эндогенная депрессия	Психогенная депрессия
<p>Возникает фазно (приступами), без внешних причин (иногда "психологизируется")</p> <p>Сезонные колебания настроения в анамнезе</p> <p>Суточные колебания настроения "выздоровление к пяти часам дня"</p> <p>Нередко — витальный характер депрессии, "предсердечная тоска"</p> <p>Самообвинение больного распространяется на всю его жизнь</p> <p>Симпатикотония (триада Протопопова)</p>	<p>Возникает после психической травмы</p> <p>Обострения связаны с повторной актуализацией психотравмы (например, "обострение в годовщину")</p> <p>К вечеру состояние обычно ухудшается</p> <p>Витальность, как правило, отсутствует, тоска локализуется в голове (как отражение сверхценности переживания)</p> <p>Самообвинение затрагивает только события, связанные с психотравмой</p> <p>Диссоциация вегетативной регуляции</p>

Разграничение сосудистых, инволюционных и реактивных депрессий по И.И. Кутько, 1979, С.М. Плотникову, 1984)

Дифференциально-диагностический признак	Сосудистая депрессия	Реактивная депрессия	Инволюционная депрессия
Предвестники	Повышенная утомляемость, раздражительность	Отсутствуют	Появление или усиление тревожности
Колебания в течение суток	Ухудшение вечером	Без закономерностей	Ухудшение вечером
Выход из состояния депрессии	Улучшение	Выздоровление	Улучшение
Мерцание симптоматики	Характерный признак	Отсутствует	Отсутствует
Ипохондрические явления	Встречаются часто	Редки	Встречаются часто
Навязчивости	Часто	Встречаются	Встречаются
Расстройства памяти и внимания	Обязательны, стойки	Функциональны, редки	Функциональны, редки
Наследственность	Отягощена по линии сосудистых заболеваний	Не отягощена	Отягощена психическими заболеваниями

Разграничение сосудистых, инволюционных и реактивных депрессий по И.И. Кутько, 1979, С.М. Плотникову, 1984)

Дифференциально-диагностический признак	Сосудистая депрессия	Реактивная депрессия	Инволюционная депрессия
Критика к болезненному состоянию	"Окна"	Имеется	Встречается редко
Ассоциативный эксперимент	Удлинение латентного периода, извращенные реакции	Удлинение латентного периода	Ответы с тревожно-депрессивной окраской
Плетизмография	Низкая амплитуда кривой, извращенная реакция	Повышенные сосудистые реакции на эмоциональные слова	Извращение реакции
ЭКГ	Левogramма, патология миокарда, аритмии	Синусовая тахикардия	Патология миокарда
Оптимальное лечение	Кардиотропные препараты, седативные антидепрессанты, бета-блокаторы	Седативные антидепрессанты, психотерапия	Феназепам, нейролептики-седатики, анаболики, ЭСТ
Течение	Монофазное	Монофазное	Несколько приступов
Соматотропность	Часто	Встречается редко	Часто
Прогноз	Неоднозначный	Благоприятный	Чаще благоприятный

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»



Руководство по первичной медико-санитарной помощи

с приложением
на компакт-диске

Рекомендовано
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ
для врачей, оказывающих
первичную медико-санитарную
помощь



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2006



«Лечение легкой и умеренно-тяжелой депрессии проводит врач общей практики (семейный врач), тяжелой депрессии (особенно при наличии суицидальных мыслей) – психиатр.»

Стр.1051

Но «Ведение больного осуществляется психиатром (чаще всего) или при его участии»

Стр. 1052

Медикаментозная терапия

Учитывая тот факт, что в указанных случаях наиболее тягостными проявлениями патологического состояния являются агрипнические нарушения, выбор препаратов для нормализации функции сна требует особого обсуждения. Медикаментозное лечение инсомнии прежде всего обеспечивается назначением антидепрессантов с седативным эффектом (амитриптилин - триптизол, тримипрамин - герфонал, доксефин - синекван, мапротилин - лудиомил, миансерин - леривон и др.) в вечернее время. Если же их прием оказывается недостаточным, для коррекции расстройств сна может быть рекомендовано использование транквилизаторов бензодиазепинового ряда (диазепины - валиум, седуксен, реланиум, сибазон; хлордиазепоксид - либриум, элениум; бромазепам - лексотан; лоразепам - ативан, мерлит; феназепам) и препаратов той же группы с преимущественным гипнотическим действием (нитразепам - эуноктин; радедорм, реладорм, рогипнол, мидазолам - дормикум, триазолам - хальцион, флуразепам - далмадорм и др.).

Основные показатели для назначения антидепрессантов

АНТИДЕПРЕССАНТЫ-СЕДАТИКИ

амитриптилин
доксепин
миансерин
азафен
 trazодон
флувоксамин

Седативный эффект

АНТИДЕПРЕССАНТЫ СБАЛАНСИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

мапротилин
тианептин
сертралин
пароксетин
пиразидол
кломипрамин

АНТИДЕПРЕССАНТЫ-СТИМУЛЯТОРЫ

имипрамин
нортриптилин
флуоксетин
ниаламид, ипрониазид, фенелзин

Стимулирующий эффект