



DOI 10.34883/Pl.2021.24.5.008
УДК 616.24-036.12-07-08

Сушинский В.Э.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Sushynski V.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Пациент с депрессией на приеме у врача общей практики: в вопросах и ответах

Depression in the Work of a General Practitioner
in Questions and Answers

Резюме

Депрессия характеризуется широким распространением в популяции, особенно среди пациентов с сопутствующей соматической патологией. В публикации изложены принципы диагностики депрессий, представлены шкалы для диагностики депрессий. На основе действующих документов определена тактика врача общей практики у пациентов с депрессиями, представлен алгоритм ведения пациента. Изложены общие основы лечения пациентов, освещены принципы назначения антидепрессантов.

Основные проблемные позиции по ведению пациентов с депрессиями врачами общей практики в статье изложены в вопросах и ответах.

Ключевые слова: депрессия, тактика врача общей практики, выявление депрессии, антидепрессанты.

Abstract

Depression is characterized by a wide spread in the population and especially in patients with concomitant somatic pathology. The publication describes the principles of diagnostics of depression, presents the scales for diagnostics of depression. Based on the current documents, the tactics of a general practitioner in patients with depression are determined, the algorithm of patient management is presented. The general principles of patient treatment are outlined, the principles of prescribing antidepressants are described.

The main problematic positions on the management of patients with depression by general practitioners are presented in questions and answers in the article.

Keywords: depression, tactics of a general practitioner, detection of depression, antidepressants.

В Республике Беларусь системой здравоохранения взят курс на развитие института врача общей практики. Во всем мире данная форма оказания первичной медицинской помощи рассматривается как наиболее передовая. Компетенции врача общей практики / семейного врача в сравнении с обязанностями участкового терапевта отличаются

значительным их расширением. Основными перспективными направлениями работы врача общей практики являются профилактика, диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств. Законом Республики Беларусь от 11 ноября 2019 года № 255-3 «Об оказании психиатрической помощи» для врачей общей практики регламентируется порядок оказания психиатрической помощи пациентам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 02.03.2020 г. утвержден Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» [1].

Депрессия является одним из наиболее часто встречаемых психических расстройств как в популяции в целом, так и среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, и сравнима с наиболее распространенными соматическими заболеваниями [2, 3]. Общее количество пациентов с депрессиями в мире в 2015 г. составляло 300 миллионов человек, что эквивалентно 4,4% населения земного шара. Депрессия чаще встречается у женщин (5,1%), чем у мужчин (3,6%) [4]. Распространенность депрессии в Республике Беларусь, по оценке ВОЗ, составляет 5,6% [4]. По данным российского эпидемиологического исследования КОМПАС, расстройства аффективного спектра встречаются у 45,2% амбулаторных и 48,3% госпитализированных пациентов [5].

Симптомы депрессии нередко наблюдаются у пациентов с соматической патологией, затрудняя их диагностику, проведение дифференциальной диагностики и лечение [2, 3, 6]. Наиболее часто депрессия выявляется при артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, последствиях нарушения мозгового кровообращения [5, 7–11].

Следует отдельно выделить проблему гиподиагностики депрессий [2, 6, 12, 13]. Врачи, оказывающие первичную медицинскую помощь, встречают пациентов с психическими расстройствами почти в 2 раза чаще, чем психиатры [14]. Депрессия не распознается примерно у 50% лиц, обращающихся к врачам первичного звена, при этом недостаточное распознавание сопровождается неадекватным лечением [12]. Затрудняет диагностику депрессии и тот факт, что соматические жалобы являются единственными не менее чем у 70% пациентов, а у 1/3 пациентов соматические жалобы сочетаются с симптомами, указывающими на психические и поведенческие расстройства, такими как беспокойство и тревога, раздражительность и плаксивость, подавленное настроение. Очень важно, что сами пациенты связывают эти симптомы с имеющимися тяжелыми заболеваниями и рассматривают как вторичные. Выявление же тех или иных отклонений, обнаруженных при проведении самых современных и высокотехнологичных инструментальных, но при данном виде патологии неинформативных исследований, только поддерживает пациента в его убеждении [13]. Сложности для врачей общей практики возникают при выявлении стертых, маскированных или субклинических форм психопатологии. Затрудняет диагностику и ограниченное время для приема пациента, а также нежелание пациента иметь психиатрический диагноз.



Основами работы врача общей практики / семейного врача являются длительное наблюдение за пациентом, достижение взаимопонимания, доверительный характер отношений между врачом и пациентом, что обеспечивает получение откровенной информации о проблемах со здоровьем пациента, обеспечивая высокий уровень выявления психических расстройств в 74,0% случаев [15, 16].

Для диагностики депрессии в условиях амбулаторного приема необходимо использование общеклинических методов, а также специальных шкал.

Основными проявлениями депрессии являются:

- сниженное, подавленное настроение;
- утрата прежних интересов и способности получать удовольствие (ангедония);
- снижение активности, энергичности, способности к деятельности. К числу дополнительных симптомов депрессии относятся:
 - замедленность мышления;
 - пессимистическая оценка внешнего мира и перспектив на будущее;
 - чувство вины или сниженная самооценка;
 - мысли о смерти и нежелании жить;
 - трудность в принятии решений;
 - расстройство сна в виде ранних утренних пробуждений;
 - чувство физической слабости, разбитости;
 - снижение аппетита, потеря веса;
 - снижение либидо;
 - многочисленные неприятные ощущения в теле без видимой соматической причины;
 - запоры, сухость кожи и слизистых, тахикардия и др. [1].

Современные критерии постановки диагноза депрессии на основании Клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» чрезвычайно прости в использовании. Для постановки диагноза депрессии (депрессивного эпизода) необходимо обнаружить наличие у пациента хотя бы двух из числа основных симптомов и еще хотя бы двух из числа дополнительных симптомов, перечисленных выше. Для постановки диагноза депрессии необходимо также, чтобы эти симптомы сохранялись у пациента изо дня в день не менее двух недель [1].

Для верификации диагноза, определения тактики ведения пациента могут использоваться специальные шкалы, из которых наиболее распространены: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Гамильтона (HAM-D), шкала Бека (BDI), PHQ-9, шкала Монтгомери – Ашбера (MADRS). Для врачей общей практики может быть рекомендована Короткая шкала для определения депрессии (Goldberg D. и др., 1987), которая может быть заполнена пациентом еще до начала приема врачом (см. таблицу) [17].

Интерпретация результатов: за каждый положительный ответ дается один балл.

Состояние депрессии может быть определено при наличии хотя бы 3 баллов. При повышении количества баллов вероятность наличия депрессивных расстройств резко возрастает.

Короткая шкала для определения депрессии для врачей общей практики (Goldberg D. et al., 1987)

Short scale for determination of depression for general practitioners (Goldberg D. et al., 1987)

	Да	Нет
1. Ощущаете ли Вы потерю энергичности?		
2. Испытываете ли Вы утрату интересов?		
3. Испытываете ли Вы утрату уверенности в себе?		
4. Чувствуете ли Вы собственную беспомощность?		
Если Вы положительно ответили хотя бы на один из перечисленных вопросов, продолжите отвечать на следующие:		
5. Испытываете ли Вы трудности при концентрации внимания?		
6. Есть ли у Вас потеря веса (вследствие плохого аппетита)?		
7. Бывают ли у Вас ранние пробуждения?		
8. Чувствуете ли Вы заторможенность?		
9. Хуже ли Вы чувствуете себя по утрам?		

С практической точки зрения для определения тактики ведения пациента необходимо определение степени тяжести депрессии, выявление суициального поведения. Выделяют легкую, умеренную и тяжелую глубину (тяжесть) эпизода. При легком депрессивном эпизоде пациент еще способен, хотя и с видимым затруднением, выполнять привычную работу и социальные функции. При умеренном депрессивном эпизоде пациент испытывает существенные затруднения в выполнении как производственных и социальных обязанностей, так и в ведении домашних дел. При тяжелом депрессивном эпизоде пациент полностью или почти полностью теряет способность выполнять не только свою работу, но и простые домашние обязанности [1].

Следует помнить, что депрессии могут быть и проявлением тяжелых психических нарушений, особая тактика необходима при выявлении суициальных мыслей у пациента.

Показания для консультации врача – психиатра-нарколога:

- сложности в диагностике;
- лечение депрессивного эпизода умеренной или значительной тяжести;
- при сопровождении депрессии психотическими нарушениями;
- при наличии суициальных тенденций или попыток;
- при отсутствии эффекта от лечения, проводимого врачом общей практики;
- при настоящии самого пациента [1].

Тактика ведения пациента с депрессией должна быть существенно изменена у пациентов с суициальным риском. Оценка суициального риска у пациента с депрессией должна проводиться вне зависимости от ее тяжести. Для оценки риска суицида пациенту необходимо задать следующие вопросы:

- Что плохого приносит Вам жизнь?
- Приходят ли мысли о бесцельности жизни вообще?
- Не возникало ли у Вас чувства, что жить не стоит?



Если ответы отрицательные, на этом можно остановиться. Если получен положительный ответ, следует продолжить:

- Не было ли у Вас мыслей покончить с собой?
- Если да, то обдумывали ли Вы, как это сделать?
- Что сейчас удерживает Вас от самоубийства?
- Знает ли кто-нибудь о Ваших чувствах и планах?
- Не пробовали ли Вы прорепетировать свой план?

Положительные ответы на последние вопросы говорят о том, что риск суицида высок, и пациент нуждается в консультации врача-психиатра. Об этом следует проинформировать членов семьи пациента. К факторам, увеличивающим риск суицида, относятся мужской пол, злоупотребление алкоголем или зависимость от него, тяжелые соматические заболевания, а также суицидальные попытки в прошлом [17].

В государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» разработан алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с депрессией в общей медицинской практике (рис. 1) [17].



Рис. 1. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с депрессией в общей медицинской практике

Fig. 1. Algorithm for providing medical care to patients with depression in general medical practice

В соответствии с Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачаами общей практики» депрессивные эпизоды легкой степени лечатся в амбулаторных условиях, эпизоды умеренной степени в зависимости от конкретных условий могут лечиться как в амбулаторных условиях, так и в условиях психиатрического стационара и только тяжелые депрессивные эпизоды требуют госпитализации в психиатрический стационар, в том числе и в порядке принудительной госпитализации.

Результаты проведенного обследования, выявление депрессивного эпизода легкой степени тяжести врачом общей практики должны быть отражены в амбулаторной карте больного.

При проведении лечения необходимо обратить внимание пациента и его близких, что депрессия – обратимое расстройство, хорошо поддающееся терапии. Большая роль в достижении общего результата принадлежит близким пациента. Пациент нуждается в их поддержке, в вовлечении его в любую полезную деятельность, необходимо больше времени проводить рядом с пациентом [18].

Проблема раннего выявления депрессивных нарушений приобрела еще большую актуальность в период пандемии COVID-19, в том числе у пациентов после острой фазы заболевания. Для таких пациентов разработан порядок организации динамического медицинского наблюдения, предусмотрена возможность получения ими психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи по месту жительства [19].

При выявлении легкой депрессии, отсутствии суицидальных намерений сразу необходимо предлагать пациенту фармакотерапию, а также психотерапевтическую и психологическую помощь [17]. В такой клинической ситуации антидепрессанты назначает врач-терапевт или врач общей практики без консультации с врачом-психиатром (психотерапевтом).

При выборе антидепрессанта нужно руководствоваться следующими правилами:

- если пациент ранее переносил депрессию и какой-либо антидепрессант оказался эффективным, назначить его снова в той же дозе;
- лечение следует начинать с минимальной дозы, которую в течение 3–5 дней повышают до средней терапевтической;
- желательно не превышать средние терапевтические дозы лекарственного средства; если депрессия сопровождается тревогой и ажитацией, использовать лекарственное средство с седативным и противотревожным действием (например, флуоксамин 50–150 мг однократно в сутки вечером);
- при депрессиях с заторможенностью, вялостью и апатией следует использовать лекарственное средство со стимулирующим действием (например, флуоксетин, начиная с 20 мг/сут однократно утром, при необходимости увеличивая дозу до 40 мг); при наличии в структуре депрессии тревоги и заторможенности рекомендовано использовать антидепрессанты со сбалансированным действием (например, сертралин – начиная с 50 мг однократно в сутки утром, повышая дозу на 0,25 мг каждые 2–3 дня, доведя ее при необходимости до 100 мг однократно; эсциталопрам – начиная с 10 мг/сут



- однократно, повышая дозу при необходимости до 20 мг; венлафаксин – начиная с 75 мг утром однократно, при необходимости увеличивая дозу на 75 мг каждые три дня до 225 мг/сут);
- пациентам пожилого возраста и при наличии сопутствующих соматических заболеваний назначают антидепрессанты с меньшей выраженностью холинолитических побочных эффектов (чаще всего селективные ингибиторы обратного захвата серотонина); лечение антидепрессантом проводится в виде монотерапии, то есть не допускается одновременное использование двух лекарственных средств этой группы у одного пациента;
 - терапевтический эффект при лечении антидепрессантами возникает не ранее 2–4 недель приема терапевтической дозы; об этом следует проинформировать пациента и его близких [1].

Из представленных данных видно, что антидепрессанты отличаются по своим характеристикам. Например, антидепрессанты преимущественно седативного действия показаны при депрессиях, сопровождающихся тревожностью, безотчетным беспокойством, раздражительностью. При выраженной тревожной депрессии (особенно с суициальными мыслями и намерениями) показаны эсциталопрам, сертралин, мirtазапин, пароксетин, амитриптилин. При проведении метаанализа 117 рандомизированных контролируемых исследований (25 928 участников), в котором проводилась оценка различных антидепрессантов новых поколений, значительно превосходящими остальные были признаны мirtазапин, эсциталопрам, венлафаксин и сертралин [20].

Традиционно врачи общей практики в первую очередь обращают внимание на соматическую патологию, часто не учитывая наличие депрессивных нарушений. Врачам общей практики у пациентов с соматической патологией следует обратить внимание на активное выявление признаков депрессивных состояний, а также проводить необходимую коррекцию, в том числе с назначением антидепрессантов. Высокая частота необходимости в терапии антидепрессантами у пациентов с соматическими диагнозами была представлена в исследовании КОМПАС [5].

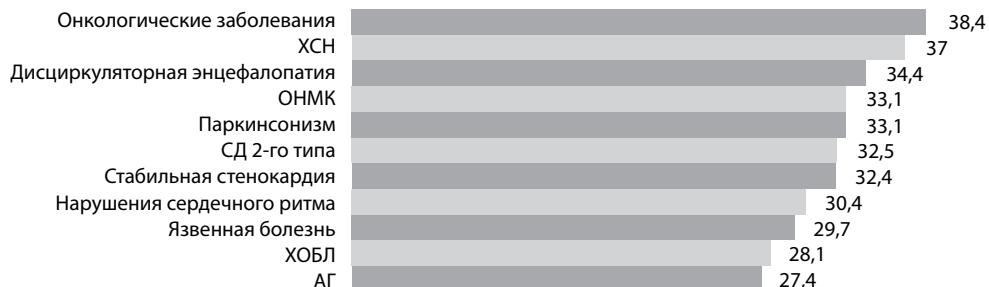


Рис. 2. Необходимость в терапии антидепрессантами у пациентов с соматическими диагнозами по результатам исследования КОМПАС [5]

Fig. 2. The need for antidepressant therapy in patients with somatic diagnoses according to the results of the KOMPAS study [5]

Примечания: по оси ординат – число пациентов с показателем по опроснику CES-D 26 баллов (%). ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.

В настоящее время наиболее распространенными лекарственными средствами для лечения депрессии являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Такой выбор большинства врачей обусловлен как участием нехватки серотонина в формировании патогенеза депрессии, так и с эффективностью и безопасностью лекарственных средств этой группы. В качестве начальной стратегии лечения рекомендовано использовать монотерапию [21]. Важно подчеркнуть, что терапия антидепрессантами должна быть длительной и должна быть продолжена у пациентов даже после полного устранения симптомов депрессии. Если при лечении антидепрессантами симптоматика сохраняется, пациент должен быть направлен к психиатру-наркологу.

Обобщить основные возникающие в клинической практике проблемы можно в кратких вопросах и ответах.

1. Является ли депрессия актуальной клинической проблемой?

Депрессия широко распространена, частота ее в популяции составляет 4–5%, у пациентов с somатической патологией ее распространенность составляет 40% и более.

2. Можно ли говорить о проблеме гиподиагностики депрессий в общей врачебной практике?

Да, врачи общей практики в первую очередь ориентированы на выявление и лечение somатических заболеваний. Инертность мышления, нехватка времени для оценки психологического статуса пациента, необходимость для верификации диагноза использования специальных тестов приводят к редкой диагностике депрессий врачами общей практики.

3. С какими жалобами к врачу общей практики приходят пациенты с депрессивным расстройством?

Это жалобы, как напрямую указывающие на признаки депрессии, такие как тревога, подавленное, тоскливо-тревожное настроение, снижение или утрата способности получать удовольствие, так и жалобы, которые наблюдаются при somатических заболеваниях, – тяжесть в груди, нехватка воздуха, сердцебиение, потливость и др.

4. Может ли врач общей практики установить диагноз депрессии?

Да, это определено Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики».

5. Что необходимо сделать для верификации диагноза депрессии?

Для верификации диагноза могут быть рекомендованы короткие шкалы для определения депрессии для врачей общей практики (Goldberg D., 1987), PHQ-9, при необходимости используются и другие шкалы.

6. Когда врач общей практики после установления предварительного диагноза «депрессивный эпизод» должен начать лечение антидепрессантами?

Согласно клиническому протоколу при депрессивных эпизодах прием антидепрессантов должен быть начат как можно раньше.

7. Все ли пациенты с признаками депрессии должны быть направлены на консультацию к психиатру?



Нет, пациенты с легким эпизодом депрессии могут и должны лечиться у врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь. К психиатрам-наркологам направляются пациенты с суицидальным риском, умеренным и тяжелым эпизодом депрессии.

8. Может ли врач общей практики назначать антидепрессанты без консультации психиатра или психотерапевта?

Да, антидепрессанты, как и другие группы лекарственных средств, могут быть выписаны врачами общей практики.

9. Каким антидепрессантам следует отдавать предпочтение?

Как правило, это современные лекарственные средства, обладающие высокой эффективностью, безопасностью и широко представленные в клинических протоколах. Ингибиторы обратного захвата серотонина могут рассматриваться в качестве препаратов первой линии. По данным ряда исследований сертралин, эсциталопрам, венлафаксин и мirtазапин значительно превосходили остальные антидепрессанты.

10. Какие правила должен соблюдать врач, назначая антидепрессанты?

Лечение следует начинать с минимальной дозы, которую в течение 3–5 дней повышают до средней терапевтической, например, эсциталопрам – начиная с 10 мг/сут однократно, повышая дозу при необходимости до 20 мг. Следует помнить, что терапевтический эффект при лечении антидепрессантами возникает не ранее 2–4 недель приема терапевтической дозы; об этом следует проинформировать пациента и его близких.

11. Что делать если терапия оказывается неэффективной в течение длительного времени?

Лечение депрессии нередко требует тщательного подбора терапии, использования специальных методов лечения, важно чтобы пациент всегда находился под наблюдением медицинских работников, при неэффективности терапии пациент должен быть направлен к психиатру-наркологу.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus of 02.03.2020 № 13 Clinical protocol "Diagnostics and treatment of patients with mental and behavioral disorders by general practitioners."
2. Gilbody S, et al. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care*, 2002, 7(5):1–12.
3. Lepine J, et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 1997, 12(1):19–29.
4. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates// WHO/MSD/MER/2017.2
5. Oganov R.G., Olbinskaya L.I., Smulevich A.B. et all. Depression and depressive spectrum disorders in general medical practice. Results of the COMPASS program. *Kardiologiya*, 2004;9:1–8.
6. Kostyuk G.P., Masyakin A.V., Burygina L.A., Reverchuk I.V.. The problem of diagnostics and treatment of depression by primary care physicians. (*Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(1–2):55–61.
7. Davidson K.W., Kupfer D.J., Bigger J.T., Califf R.M., Carney R.M., Coyne J.C., et al. Assessment and treatment of depression in patient with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report. *Psychosom Med*, 2006;68(5):645–50.
8. Stepanova E.A. Depression in ischemic heart disease (PhD Thesis). M., 2010.
9. Williams LS, Shoma Ghose S, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry*, 2004;161:1090–5.

10. Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Exp Rev Neuroter*, 2008;8:75–92.
 11. Parfenov V.A. Post-stroke depression: prevalence, pathogenesis, diagnostics and treatment. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*, 2012;4:84–8.
 12. Katon W, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 1996;53(10): 924–932.
 13. Vorobjeva O.V., Akarachkova E.S. REPORT on the research work on the topic "Optimization of the algorithm for diagnostics and management of patients with psychovegetative syndrome." The first MSMU named after Sechenov. Moskva, 2011, 21 p. (in Russian)
 14. Wang PS, Berglund P, Olsson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):603–613.
 15. Barlou D. Clinical guidelines for mental disorders. 3rd ed. Translation from English. M., SPb., N. Novgorod: Piter; 2008. (in Russian)
 16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
 17. Diagnostics of depression, determination of treatment tactics in general medical practice. Available at: <https://mentalhealth.by/obshchiesvedeniya/v-pomoshch-vrachu-obschchej-praktiki>
 18. Depression. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 19. Order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus No. 1265 of 30.11.2020 "On the provision of psychiatric, psychotherapeutic and psychological assistance to patients who have had the COVID-19 infection."
 20. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G., Geddes J.R., Higgins J.P., Churchill R., Watanabe N., Nakagawa A., Omori I.M., McGuire H., Tansella M., Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 2009;373(9665):746–758.
 21. Barlow DH, Campbell LA. Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41 (2 suppl 1):55–60.
-

Подана/Submitted: 19.10.2021

Принята/Accepted: 29.10.2021

Контакты/Contacts: sushynskv@rambler.ru