



УДК 616.89-008.454-07-08

СЕМИОТИКА, ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Корнетов Н.А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

РЕЗЮМЕ

Исследование посвящено синтезированному созданию стандарта диагностики, тактики ведения терапии депрессивных расстройств (ДР) в клинической медицине для преподавания в общемедицинской практике.

Настоящее исследование основано на собственных данных и 4 модулях образовательной программы Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и Международного комитета по терапии и профилактике депрессий. Различные части и формы обучающей программы по депрессивным расстройствам в клинической практике врачей различных специальностей были апробированы при участии ВПА в 24 городах России и Украины. Кроме того, с 2004 по 2013 г. были проведены 39 тематических усовершенствований 858 врачам-интернистам в первичной медицинской сети на факультете усовершенствования врачей СибГМУ.

В алгоритм образовательной программы был включен ряд основных положений. Создание оптимального контакта врача с депрессивным пациентом для выявления признаков и симптомов расстройства, выработка навыка встречи. Умение выделять при опросе эмоциональные, когнитивные, вегетативные, психомоторные и невербальные паттерны поведения. Помимо этого, после получения информированного согласия необходимо развивать приверженность терапии и терапевтический альянс. Отдельно проводилось обучение по стандартам применения лекарств, являющихся первым выбором в терапии. Закрепление этих знаний производилось при интерактивных многократных обсуждениях эффективности антидепрессантов в терапии депрессий. Они основаны на трехфазной модели лечения ДР. Процесс выработки тактики ведения депрессивных пациентов основывался на систематике и диагностике депрессивных расстройств (Международная классификация болезней 10-го пересмотра), обсуждениях степени выраженности ДР, развернутой семиотики депрессии и подходах в тактике ведения разных по степени выраженности ДР.

Основу образования врачей составляла идея о том, что ДР в целостном подходе нельзя рассматривать как отдельное психиатрическое заболевание при его легких и умеренных формах проявления. Депрессия наряду с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, сахарным диабетом, остеопорозом и ожирением должна рассматриваться клинической медициной в одном кластере неинфекционных, мультифакториальных хронических заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: депрессивное расстройство, клиническая медицина, врачи-интернисты, образовательная программа, терапия.

Введение

Депрессивное расстройство (ДР) является гетерогенным, часто рецидивирующим и склонным к хронизации при отсутствии лечения заболеванием. Депрессия недостаточно диагностируется и лечится врачами соматического профиля первичной медицинской сети и общемедицинской практики в целом [24, 35, 39].

Наиболее рационально с позиций современной клинической медицины рассматривать ДР как хроническую многофакторную неинфекционную патологию. Общее разделение болезней на психические и соматические, как это традиционно принято в медицинском образовании, основывается на картезианском подходе, который носит несколько технократический характер. Органно-системный медицинский подход с патернализмом должен постепенно заменяться новыми биопсихосоциальными парадигмами образования.

✉ Корнетов Николай Алексеевич, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru

Целостный

подход, усиленный интегративной антропологией [4], с одной стороны, и современными взглядами на индивидуализацию фармакотерапии в рамках персонализированной медицины [53], с другой, представляет собой более адекватную модель развития медицины. В такой целостно-ориентированной модели закономерно рассмотрение в едином ряду ишемической болезни сердца, депрессивных и тревожных расстройств, тучности и ожирения, артериальной гипертонии, сахарного диабета, желудочно-кишечной патологии, остеопороза и других хронических неинфекционных мультифакториальных заболеваний.

Депрессия, сердечно-сосудистые заболевания и диабет являются наиболее распространенными хроническими заболеваниями, влияющими на старение населения. Депрессия поддается лечению у пациентов с соматическими заболеваниями, и сотрудничество врачей общемедицинской практики и психиатров по уходу за больными с полиморбидной патологией может дать лучшее распознавание и лечение ДР в учреждениях первичной медицинской помощи, в которых наблюдаются большинство пациентов с депрессией [22].

Депрессивное расстройство является существенным фактором глобального бремени болезней и, по современным оценкам, поражает 350 млн человек во всем мире. Депрессии часто возникают в молодом возрасте, склонны к рецидивам и снижают социальное функционирование [2]. Это основные причины того, что ДР является ведущим в мире заболеванием по числу общего количества лет, потерянных из-за нетрудоспособности [42]. Социальные и экономические потери от этого хронического страдания являются значительными и часто недооцененными, что обусловлено низким оказанием помощи пациентам с депрессией или недостаточным ее лечением в общемедицинской практике [7]. ДР часто приводит к нарушениям социального функционирования (нарушениям функциональных возможностей), составляя 17,3% от всех психических заболеваний [21]. Большинство людей с депрессивными расстройствами не получают лечения. Одна из основных причин заключается в том, что пациенты в общемедицинской практике скрывают расстройства настроения и предъявляют в основном физические симптомы. Тот факт, что депрессия часто сопровождается физической болезнью, еще больше усложняет диагностику и лечение депрессивных расстройств [47].

Исходя из этого положения, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает приоритетным рассматривать в качестве первого пункта в вопросах охраны психического здоровья распознавание и лечение депрессий в первичной медицинской сети [2].

Данная деятельность должна регламентироваться политикой общественного здравоохранения всех стран. Россия, входящая в ВОЗ, должна осуществлять рекомендуемую этой организацией политику в сфере охраны психического здоровья. Однако лишь в единичных регионах страны проводятся образовательные программы по распознаванию и терапии депрессий. Практически отсутствуют специальные разработанные курсы для врачей территориальных поликлиник и семейных врачей. По нашим данным и первому опыту исследований ДР в различных регионах России, оценка частоты встречаемости ДР весьма разноречива, диагностика и терапия проводится на крайне низком уровне.

Истинная распространенность депрессий, по косвенным предположениям через длительные мониторинговые оценки суицидального поведения, значительно превышает эпидемиологические данные в развитых странах. Врачи первичной помощи играют значительную роль в распознавании депрессии, в оценке вероятности самоубийства и, собственно, профилактике самоубийства [6, 17, 18, 20]. Депрессия является третьей по распространенности причиной для консультаций в службах первичной медицинской помощи [24]. С большой долей вероятности можно предсказать, что недооценка ДР в службах здравоохранения и игнорирование врачами различных специальностей диагностики и терапии ДР во всей клинической медицине показывает нарастание глобального бремени болезни во всем мире [59], а в России низкий уровень финансового, гуманитарного и социального внимания общественного здравоохранения и общества в целом к ДР вносит существенный вклад в сокращение продолжительности жизни населения и общий эффект депопуляции [5].

Эпидемиология депрессии

Депрессивные расстройства в практике клиницистов различных медицинских дисциплин и специалистов в области психического здоровья занимают одно из центральных мест. Депрессия относится к наиболее частым психическим расстройствам и выявляется у соматических и неврологических пациентов [11]. В большинстве промышленно развитых стран за последние 40 лет отмечался неуклонный рост депрессивных состояний. К концу XX в. ДР приобрели характер «большой эпидемии» и стали одной из глобальных проблем мирового сообщества.

Количество случаев смерти в результате самоубийств составляет около 1 млн [2]. Существенная часть суицидов, несомненно, обусловлена ДР и другими психическими и поведенческими расстройствами с депрессивной симптоматикой (например, бипо-

лярной депрессией, пограничными расстройствами личности, алкогольной депрессией).

По данным R.S. Kessler и соавт. [30], в общей американской популяции на момент исследования диагностировано 2,7–4,5% случаев депрессий, в течение 12 мес – 6,6%, в течение жизни – 12,2%. Расстройства настроения обнаруживаются у 26% пациентов в амбулаторных службах первичной помощи и представляют большие проблемы для здоровья, чем общесоматические заболевания [50]. Серия проведенных доказательных исследований по распространенности «большого» депрессивного расстройства в общем взрослом населении показали вариацию распространенности ДР от 4,1 до 8,1% [45, 48, 55, 56].

Чем объясняется увеличение распространенности ДР? Во-первых, растет пожизненный риск развития депрессии. Во-вторых, независимо от пола, снижается возраст начала депрессии, что соответствует росту психиатрической госпитализации среди подростков. В недавно проведенном исследовании установлена высокая распространенность ДР среди студентов, достигавшая в среднем 30% [28].

Пол. Пожизненная распространенность умеренного депрессивного эпизода/большой депрессии (УДЭ/БД) наблюдается у женщин в 3,1–6 раз чаще, чем у мужчин, с большим расхождением этого показателя в США и Западной Европе. Различия в частоте начинают отмечаться в период полового созревания, когда депрессивные симптомы у лиц женского пола учащаются перед началом менструаций. Другими причинами могут являться гормональные различия, психосоциальные стрессоры, роды. Половые различия в частоте ДР уменьшаются после 50–55 лет, когда у женщин наступает менопауза [51]. Женщины больше предъявляют психологических жалоб: характерны беспокойство, приступы плача, чувство беспомощности, одиночества, суицидальные идеи. У мужчин в период УДЭ/БД отмечаются замедление движений и речи, бедность жестов, неспособность выразить жалобы (алекситимия), вероятны проблемы со сном, усталость и потеря интереса к деятельности, которую они любили до развития депрессии, раздражительность, вспышки агрессии [19]. Что касается оказания помощи врачами в первичной медицинской сети во время первого визита с учетом гендерных различий, то вопреки ранним показателям [15], затраченное врачами обоих полов время на интервьюирование депрессивных пациентов существенно не различалось и в целом сокращалось [16].

Возраст. Во всем мире заболеваемость депрессией наблюдается преимущественно в возрастном диапазоне от 18 до 64 лет. Возраст ко времени начала депрес-

сии варьирует от 24 до 35 лет. В настоящее время существует тенденция к развитию депрессии в более раннем возрасте. У 40% лиц первый депрессивный эпизод (ДЭ) возникает в возрасте до 20 лет; у 50% – в период от 20 до 50, у остальных 10% – после 50 лет [44]. Депрессивные симптомы также зависят от возраста. В детстве при депрессии наблюдается больше соматических жалоб в сочетании с раздражительностью и социальной изоляцией. У подростков чаще выражены «атипичные» особенности депрессии (например, переедание, сонливость, беспокойство). У пожилых пациентов депрессия носит меланхолическую окраску. Она может проявляться потерей интереса и удовольствия, отсутствием реакции на положительные события и известия. Исследовано также распределение симптомов ДР. Общий тренд показывает, что в молодом возрасте выражены соматические симптомы депрессии, в среднем – расстройства настроения, чувство вины и суицидальные мысли, в пожилом – расстройства сна, настроения, ипохондрия [1, 5]. Ранее на более крупной выборке при депрессии была показана большая частота ангедонии, анергии у молодых, депрессивное настроение со снижением анергии в зрелом возрасте, выравнивание в частотах основных симптомов депрессии в старшей возрастной группе и нарушение сна в позднем возрасте [3].

Наследственность. Семейные и близнецовые исследования, включая исследования с усыновленными детьми, свидетельствуют о существенном вкладе генетических факторов в развитие ДР. У монозиготных близнецов конкордантность по ДР составляет 46%, это более чем в 2 раза выше, чем у дизиготных (20%). У родственников первой степени родства при наличии у кого-либо из них депрессии также существует риск ее развития в нисходящем поколении [23].

Средовые факторы играют важную роль в развитии депрессии в случае преобладания негативных жизненных событий, особенно за 2–3 мес до эпизода депрессии, за исключением детских факторов риска, которые имеют существенное значение для развития депрессии в более старшем возрасте.

Различные утраты, являющиеся основной темой переживаний:

- смерть супруга;
- развод или раздельное проживание;
- лишение свободы;
- смерть близкого родственника;
- отсутствие работы;
- перемена места жительства;
- миграция.

Факторы детства, повышающие риск депрессии:

- сиротство;
- потеря родителя без адекватной замены;
- сексуальное и (или) физическое насилие;
- избыточная критика и отсутствие любви со стороны родителей.

Социальные факторы, связанные с депрессией:

- низкий социально-экономический статус;
- низкий образовательный уровень;
- социальная изоляция;
- одиночество;
- отсутствие работы;
- низкий уровень социальной поддержки.

Диагностика депрессии

В медицине термин «депрессия» имеет как минимум три различных значения: 1) определенное настроение, чувство, эмоция, аффективное состояние; 2) симптом ДР; 3) собственно ДР. Существует большое количество типов и вариантов ДР, различение которых необходимо в целях эффективного лечения. Вне зависимости от способа их классификации все ДР имеют ряд общих клинических проявлений, которые можно разделить на четыре подгруппы основных признаков.

Настроение и аффект: печаль, сниженная реактивность на приятные и неприятные события, утрата мотивации к деятельности, потеря интереса и (или) удовольствия от ранее приятной деятельности, утрата чувств, ощущение пустоты, апатия, тревога, напряженность, раздражительность, чувство беспомощности (фрустрации), гнев.

Интеллектуальная деятельность: снижение концентрации внимания, нерешительность в принятии решений, снижение уверенности в себе или сниженная самооценка, ощущение своей бесполезности, самообвинение без повода или приписывание себе непомерной вины, беспомощность, пессимизм, чувство безнадежности, мысли о смерти и самоубийстве.

Психомоторная активность: замедление движений тела, снижение или недостаток мимической экспрессии, затруднения при общении с людьми или недостаток коммуникации или, наоборот, беспокойство, неусидчивость, суетливость, бесцельная неконтролируемая гиперактивность.

Соматические проявления. Изменения базовых (физиологических) функций: бессонница и (или) повышенная сонливость, снижение или повышение аппетита и массы тела, снижение сексуального влечения. **Изменения витальности** выражаются чувством усталости, повышенной утомляемости, снижением энергии и тонуса. Характерны неприятные телесные ощущения: боли и болезненные проявления, ощущение

сдавливания, холода в различных частях тела, тяжести своего тела, любые другие плохо вербализуемые, недифференцируемые неприятные телесные ощущения. *Висцеральные симптомы* проявляются расстройством желудочно-кишечных функций, кардиоваскулярными нарушениями, другими ощущениями телесных дисфункций.

В табл. 1 приведены критерии диагностики ДР. В классификации выделяются три степени тяжести ДЭ (F32.0 – легкая, F32.1 – умеренная и F32.2 – тяжелая), что имеет значение в выборе клинического, лечебного и социально-реабилитационного подхода. Для всех трех степеней ДЭ характерны вышеперечисленные сочетания симптомов, степень выраженности которых и их численность нарастают при увеличении тяжести клинической депрессии.

Таблица 1

Диагностические критерии ДЭ по МКБ-10 [60] (адаптировано Н.А. Корнетовым для врачей общей медицинской практики)		
Основные симптомы	Дополнительные симптомы	
	Соматические	Психологические симптомы и признаки
<ul style="list-style-type: none"> • Подавленное настроение, не характерное для данного индивида. • Утрата интереса и удовольствия к большинству видов деятельности, обычно приятной для данного индивида и (или) • Снижение энергии либо повышенная утомляемость 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушения сна любого типа (менее или более 2 ч в сутки, часто с пробуждениями). • Пониженный или повышенный аппетит. • Снижение или увеличение массы тела. • Объективные признаки выраженной психомоторной заторможенности или двигательного беспокойства (отмеченные и другими лицами) 	<ul style="list-style-type: none"> • Затруднение мышления или концентрации внимания, склонность к сомнениям. • Необоснованное самообвинение или чрезмерное и неуместное чувство вины. • Мрачные и пессимистические мысли и ожидания от будущего. • Повторные мысли о смерти и (или) суицидальные мысли, планы, попытки
2–3 симптома в течение не менее 2 нед почти ежедневно и большую часть дня	3–4 симптома, которые сопутствуют основным, удерживаются в течение 2 нед и влекут за собой изменение соматических и психических функций	

Легкий депрессивный эпизод (малая депрессия).

Сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, повышенная утомляемость – типичные симптомы депрессии. Для достоверного диагноза необходимо наличие любых двух из этих трех основных симптомов и хотя бы 2–3 дополнительных. Ни один из симптомов не достигает глубокой степени, но депрессия длится не менее 2 нед. Легкий ДЭ вызывает у человека беспокойство по поводу своего состояния, он затрудняется выполнять обычную работу и быть социально активным, однако обычно не прекращает полностью функционировать.

Умеренный депрессивный эпизод/большая депрессия. Для достоверного диагноза необходимы два из трех основных симптомов депрессии и по меньшей мере 3–4 дополнительных симптома. Несколько симптомов могут быть резко выражены, УДЭ вызывает у человека значительные затруднения в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, в учебе или работе. Как правило, депрессивные пациенты берут больничный лист, используют часть отпуска или ложатся в стационар при наличии какого-либо соматического заболевания вне обострения.

Тяжелый депрессивный эпизод (ТДЭ). Для достоверного диагноза необходимы все три типичных симптома депрессии и не менее четырех выраженных дополнительных симптомов, часть из которых должны быть тяжелой степени. При ТДЭ маловероятно, чтобы человек продолжал социальную, трудовую и домашнюю деятельность. При сильном беспокойстве или заторможенности пациент вряд ли сможет описать другие симптомы, и тогда диагноз ТДЭ оправдан. Когда симптомы особенно тяжелые, а начало острое, то диагноз также оправдан, если длительность такого состояния составляет менее 2 нед.

При ТДЭ также могут быть выраженными потеря самоуважения или чувство вины и никчемности. Суицидальное поведение, несомненно, опасно, особенно в тяжелых случаях. Соматический синдром практически всегда присутствует в развернутом виде. Из-за затрудненного контакта большую роль в диагностике тяжелой депрессии играет оценка невербального поведения: пациент может часами неподвижно сидеть в согбенной позе с опущенной головой, прижатыми к туловищу руками. Глаза опущены вниз, отсутствуют обзор территории и реакция на происходящее вокруг. Губы могут быть плотно сжаты, уголки их опущены. При сдвинутой бровей и их некоторой приподнятости поперечные лобные складки, соединившись с продольными в форме, напоминающей греческую букву омега, сигнализируют о мучительной попытке сосредоточиться. При такой мимике можно говорить о выражении скорби, подавленном настроении и затруднении мышления. Раньше такую узорную складку называли омегой меланхолика.

Походка медленная, шаркающая. В положении лежа – стремление к эмбриональной позе лицом к стене, что может указывать на существование суицидальных замыслов.

Симптоматология депрессивных расстройств

Для понимания содержательной части симптомов, которые часто выражаются в жалобах депрессивных

пациентов, был создан краткий глоссарий по МКБ-10 [29]. Придерживаясь всего перечня этих симптомов, нами изложена расширенная версия этого глоссария с некоторыми дополнениями.

Депрессивное настроение. Пониженное настроение выражается печалью, угнетенностью, страданием. Отмечаются упадок духа, неспособность чему-либо радоваться, мрачность, подавленность. Характерны чувства уныния, тоски, ощущения горя, скорби, душевной боли, удрученности. Такое состояние оценивается патологически тогда, когда оно носит непрерывный, всепроникающий характер, отличается болезненным чувством вплоть до душевной боли. Это угнетенное настроение неадекватно жизненным обстоятельствам индивида.

Утрата интересов и способности испытывать удовольствие (ангедония). Снижение или потеря интереса и удовольствия к обычно приятной деятельности. Отсутствие положительной эмоциональной реакции на радостные известия и сообщения. Обычно охватываются высшие, низшие чувства, изменяются ощущения. Степень снижения интересов должна быть определена (измерена) в контексте величины и глубины обычной деятельности индивида. Уровень снижения удовольствия может быть соотнесен с психофизиологической реакцией на приятные воспоминания или оценен по уменьшению (утрате) способности к предвкушению удовольствия.

Потеря энергии (анергия) или хроническая утомляемость. Постоянное ощущение утраты сил и энергии, слабости, разбитости или истощения. Возможность встать и идти или начать физическую или интеллектуальную деятельность представляется особенно трудной из-за чувства отсутствия сил.

Снижение самооценки, высказывание идей малоценности, самоуничижения. Утрата веры в собственные способности, силу личности, уровень компетентности и квалификации, предчувствие неловкости и неудач в вопросах, зависящих от уверенности в себе, особенно в межличностных и социальных отношениях, явное чувство малоценности и ощущение приниженности по отношению к другим.

Самоупреки или чувство вины, самообвинение. Чрезмерная озабоченность каким-либо своим действием, поступком или поведением, вызывающим неадекватное неконтролируемое болезненное ощущение. Индивид может стыдиться своих поступков, винить или проклинать себя за какую-то мелкую неудачу или ошибку, которую большинство людей не приняли бы всерьез. Имеется осознание преувеличенности вины и чрезмерности чувств по этому поводу, но совладать с ними и избавиться от них невозможно.

Ошибки и неблагоприятные поступки могли быть в действительности, но чувство вины по поводу них чрезмерно велико.

Затруднение мышления и (или) концентрации внимания. Отмечаются заторможенность и неспособность

к ясному мышлению, ощущение и жалобы, что мозг неполноценно функционирует. Характерны неспособность принимать решения даже по простым вопросам, невозможность к удержанию одновременно необходимых элементов информации в сознании, частая забывчивость, монологическое мышление и однообразная, сбивчивая речь. Также отмечается затруднение концентрации внимания, которое проявляется в неспособности фокусировать мысли или обращать внимание на те предметы и явления окружающего мира, которые этого требуют. Постоянный спутник данного симптома – склонность к сомнениям, чувство потери сообразительности, памяти, особенно у пожилых людей.

Нарушение сна. Расстройство характера сна с эпизодами пробуждения или раннее пробуждение после периода ночного сна, когда индивид не засыпает снова. Выраженное нарушение суточного ритма сна, когда человек бодрствует почти всю ночь и спит днем. При гиперсомнии наблюдается увеличение продолжительности сна не менее чем на 2 ч дольше обычного.

Усиление депрессии по утрам. Печальное (угнетенное) настроение более выражено в раннее время дня. Характерны ночные и ранние пробуждения с отсутствием сна и невозможностью встать и встретить новый день. Возникает чувство отчаяния перед необходимостью какой-либо деятельности. У многих женщин в утренние часы отмечаются тремор, беспокойство, тревога. В течение дня депрессия уменьшается, и к вечеру общее состояние может значительно улучшиться.

Изменение аппетита и массы тела. Пониженный или повышенный аппетит, ведущий к потере или увеличению обычной массы тела на 5% и более за последний месяц (месяцы). При пониженном аппетите характерны сухость во рту, потеря вкуса пищи, неприятное чувство наполненности желудка. Выраженная потеря массы тела требует дифференциации гипертиреоза, онкологического заболевания и депрессии.

Частый плач (слезы). Постоянное чувство близости слез, частые периоды рыданий без психологически понятной и побудительной причины. Отмечаются отсутствие облегчения после плача, чувство неспособности справиться с рутинной ответственностью, ухудшение выполнения ежедневных обязанностей в определенной деятельности.

Ступор. Состояние, характеризующееся сильным уменьшением, отсутствием или блокированием спонтанных либо ответных движений, мутизмом, отсутствием психомоторных реакций.

Пессимизм в отношении будущего. Мрачный взгляд на будущее и чувство безысходности независимо от реальных обстоятельств. Личные и общественные дела могут быть заброшенными из-за чувства безнадежности перспективы. Пессимистические мысли и взгляды в связи с будущим могут быть причиной суицидальных замыслов и поступков.

Суицидальные мысли или поведение. Повторяющиеся мысли о смерти или нежелании жить. Постоянные мысли о причинении себе вреда, упорное обдумывание или планирование способов самоповреждения. О серьезности намерения можно судить по осведомленности индивида о летальности выбранного метода, попыткам скрыть суицидальные намерения, замыслы, а также по признакам подготовки и поступкам, указывающим на уверенность, что попытка будет успешной.

Соматические жалобы, заболевания и депрессия

Кроме описанных выше взаимосвязанных симптомов ДР в первичной медицинской службе врачу-терапевту, неврологу и другим специалистам предъявляются различные соматические жалобы, которые создают своеобразную окраску депрессии и непосредственно связаны с ней.

N. Sartorius обобщил несколько важных положений по поводу сложных вопросов сочетанности соматических болезней и жалоб, отражающих депрессивные симптомы. Эти положения были детально рассмотрены в ряде последующих работ. Во-первых, многие симптомы депрессии практически идентичны симптомам соматических заболеваний. Пациенты очень часто жалуются на различные боли в спине, шее, плечах. Испытывают головные боли, боли в животе, расстройство функций желудочно-кишечного тракта, чувство тяжести в груди, усталость, проблемы с аппетитом и сном. Соматические симптомы присутствуют также явно, как и эмоциональные симптомы, но нередко считаются менее важными [31]. При этом в ходе выздоровления физические жалобы часто сохраняются дольше, чем эмоциональные проблемы.

Нередко отмечаются необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы. У большинства пациентов физические симптомы, независимо от их причины, исчезают в течение 2 нед после консультации, но у каждого четвертого-пятого пациента устойчивые соматические жалобы сохраняются в течение месяцев, а иногда и

лет [33]. Количество таких симптомов значимо коррелирует с вероятностью депрессии [26], которая составляет 7% при наличии двух-трех симптомов; если же их как минимум 9, то вероятность депрессии возрастает до 48% [34, 35]. Головокружения, вестибулопатия коррелируют с ДР, соматизацией, повышением функциональных нарушений [32, 57].

Те соматические жалобы, которые с высокой вероятностью сочетаются с депрессией, необъяснимой с медицинской точки зрения, нехарактерной многочисленностью и нередко размытостью. Такие жалобы и симптомы склонны к хронизации и проявляются у лиц, часто прибегающих к медицинской помощи.

Нередко одновременно присутствуют тяжелые соматические заболевания и депрессии. В общей популяции распространенность депрессий составляет 3–5%.

В популяции людей, страдающих хроническими заболеваниями, этот показатель достигает 7–10%. Среди людей, страдающих хроническими желудочно-кишечными заболеваниями, распространенность депрессии составляет 25–30%, среди пациентов с развившимся раком – 30–35%, среди переживших инсульт – 30–55%. В среднем около 8% людей, страдающих депрессией, имеют какое-либо соматическое заболевание. У пациентов с ДР также проявляются разнообразные психические расстройства. Каждая четвертая депрессия сочетается с тревожным или паническим расстройством, 22% депрессий сочетаются с соматоформными расстройствами. Когда депрессия проявляется совместно с другим психическим заболеванием, ухудшается прогноз для обоих расстройств.

Среди лиц, страдающих депрессией, показатели смертности от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, равно как от несчастных случаев и суцидов, выше, чем в общей популяции. Лечение ДР антидепрессантами снижает смертность, продлевает длительность жизни и дает меньше суцидов, чем в нелеченных случаях депрессии. Вместе с тем, процент смертности среди леченных депрессивных пациентов никогда не достигает средних показателей в здоровой популяции [13].

ВОЗ проведены исследования (Psychological Problems in General Health Care (PPGHC)), посвященные психологическим проблемам при общем медицинском обслуживании, которые охватили страны Европы, Азии, Северной и Южной Америки [40, 54]. В результате были получены данные относительно того, насколько диагноз «депрессия» в первичном звене медицинской помощи зависит от присутствия психологических жалоб. Если при депрессии психологические жалобы не выходили на первый план, то депрессия как таковая распро-

знавалась лишь в 29% случаев. При наличии психологических жалоб этот показатель возрастал до 79%. Согласно результатам исследования PPGHC, частота соматических жалоб варьировала от 15,2 до 61,6% (средний показатель в мире – 30,1%). Почти с такой же частотой выявлялись жалобы на боль: они присутствовали в среднем у 29,1% пациентов. Наиболее частыми соматическими симптомами депрессии являются: боль в спине, головная боль, суставная боль, слабость, боль в руке и головокружение. По этой причине такие пациенты часто обращаются к врачу не с тревожными и депрессивными симптомами, а с физическими страданиями. Во всех центрах, участвовавших в данном исследовании, выявлена прямо пропорциональная зависимость между количеством физических и психических жалоб.

Тактика ведения депрессивных расстройств врачами общей практики

При первой встрече с любым пациентом во врачебном кабинете врачу следует привстать, доброжелательно поздороваться и предложить сесть. При этом стол не должен служить барьером. После приветствия следует представиться и спросить имя, отчество человека, пришедшего на консультацию. Врачу лучше всего расположиться так, чтобы он был полностью в поле зрения пациента, создать хороший визуальный контакт. Невербальное поведение должно быть открытым. После знакомства, прежде чем начать собеседование, следует предложить пациенту с его информированного согласия заполнить специальный скрининговый вопросник, выявляющий симптомы и признаки депрессии. Если пациент насторожен, то лучше провести диагностическое интервью, а лишь затем попросить заполнить вопросник (табл. 2). Можно обучить этой технике медицинскую сестру, тогда у доктора будет время записать общие положения в амбулаторной карте пациента.

Выраженность депрессии (в баллах): 0–4 – отсутствие депрессии; 5–9 – легкая депрессия; 10–14 – умеренная депрессия; 15–19 – умеренно тяжелая депрессия; 20–27 – тяжелая депрессия.

Начинать врачебное собеседование (интервью) лучше всего с открытых вопросов: «Что привело вас в нашу поликлинику?», «Расскажите, пожалуйста, о своем самочувствии?». Следует дать возможность высказать пациенту свои жалобы и переживания в течение не менее 1,5 мин. Стиль интервью должен включать сопереживающие комментарии, врач должен замечать вербальные и невербальные сигналы, уточнять и прояснять высказывания, меньше задавать вопросов о прошлом состоянии. К числу важных коммуникативных навыков также относятся активное

слушание, поддержка беседы кивками головой, фиксацией взгляда, наклоном тела в сторону пациента.

После открытых вопросов следует переходить к закрытым. При высказываниях о психологических проблемах или неотчетливых соматических жалобах в

качестве одного из вариантов краткой версии собеседования и оценки состояния пациента может быть применена модель краткого интервью оценки депрессии и суицидального поведения.

Таблица 2

Вопросник здоровья пациента PHQ-9*				
ФИО _____ Дата _____				
Как часто за последние 2 недели и более Вас беспокоили следующие проблемы. Пожалуйста, обведите ваш ответ.				
Проблема	Не беспокоили	Несколько дней	Более чем половина дней	Почти каждый день
1. Снижение интереса или удовольствия от деятельности	0	1	2	3
2. Пониженное настроение, чувство подавленности или безнадежности	0	1	2	3
3. Трудности засыпания, сохранения сна, избыточный сон	0	1	2	3
4. Чувство усталости или снижение энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Снижение самооценки, чувство неудовлетворенности собой или нежелание общаться в семье	0	1	2	3
7. Трудности концентрации на деятельности, такой как чтение газет или просмотр телепередач	0	1	2	3
8. Замедление движений или речи до степени заметной окружающим. Или противоположное – суетливость и беспокойство, которые вызывают большую подвижность, чем обычно	0	1	2	3
9. Мысли о нежелании жить, лучше умереть или нанести себе какое-нибудь самоповреждение	0	1	2	3
Общий счет по 9 пунктам				
10. Если Вы обнаружили у себя какую-либо из проблем, то насколько эти проблемы затрудняли вашу работу, работу по дому или общение с другими людьми?	Вообще не затрудняли	Несколько затрудняли	Очень затрудняли	Крайне затрудняли

* Вопросник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) адаптирован из «PRIME MD TODAY», разработан докторами L.R. Spitzer, K. Kroenke, J.V.W. Williams (1999). Разрешение для обучения и исследований получено профессором Н.А. Корнетовым.

Диагностика: клиническое интервью

•Старайтесь держаться с пациентом в рамках партнерских отношений.

•Начните с открытых вопросов.

•Выявите симптомы, например такими вопросами:

– «Как вы чувствуете себя, ваши нервы в порядке?»

– «Как вы спите?»

– «Что вы делаете для своего удовольствия?»

•Слушайте.

•Поощряйте:

– «Продолжайте!»

– «Что еще?»

•Демонстрируйте интерес.

•Позвольте пациенту выразить свои чувства и опасения.

•Делайте обобщающие высказывания.

Диагностика: наблюдение

•Психомоторное возбуждение или торможение.

•Контакт (взглядом).

•Внешний вид, запущенность (пренебрежение в уходе за собой).

•Вздохи, плач.

Диагностика: оценка суицидального риска

•«Думаете ли вы о смерти?»

•«Приходили ли когда-либо вам в голову мысли о том, что жить не стоит?»

•«Думаете ли вы, что вам было бы лучше не жить?»

•«Думаете ли вы о том, чтобы нанести себе повреждение?»

•«У вас есть план?»

•«Что помогает вам не сделать этого?»

Приведенная последовательность клинического интервью при хорошем навыке врача и установленном контакте с пациентом дает достаточно информации для диагностики ДР. Более стандартизированный и развернутый алгоритм диагностики депрессии представлен на рис. 1.

Обоснование терапии депрессивных расстройств в общей медицинской практике

На основе прогноза «общего бремени болезней» с проекцией до 2020 г., сделанного Гарвардской школой

здравоохранения от имени ВОЗ и Всемирного банка, были получены данные о том, что униполярная депрессия займет второе место после ишемической болезни сердца [42]. В связи с высоким бременем болезни ДР и прогнозом увеличения его распространенности, инвалидности и повышенной смертности, были выдвинуты три принципиальные стратегические задачи:

1) обеспечение сотрудничества между учреждениями первичной медицинской сети и службой охраны психического здоровья;

2) учет гуманитарных и экономических последствий основной группы неинфекционных заболеваний;

3) переориентация на предупреждение инвалидизирующих заболеваний и преждевременной смерти.

Современную парадигму терапевтической тактики ведения пациентов с депрессией в общемедицинской практике можно свести к нескольким основным положениям. Депрессия является основной причиной ин-

валидности в мире, увеличивает смертность и вносит значительный вклад в глобальное бремя болезней. Депрессия может стать причиной серьезного нарушения здоровья, особенно если она затягивается и протекает в умеренной или тяжелой форме. Депрессивные расстройства способны приводить к значительным страданиям человека, к сложностям на работе, в школе и в семье, в худших случаях – к самоубийству. Ежегодно происходит около 1 млн случаев смерти в результате самоубийств, вклад депрессии в которые наиболее значителен [2].

Новые данные в области доказательной медицины, знание определенных нейробиологических, психологических и социальных аспектов ДР, а также появление эффективных и безопасных классов антидепрессантов создали возможность относительно несложной терапии ДР в первичной медицинской сети (табл. 3).

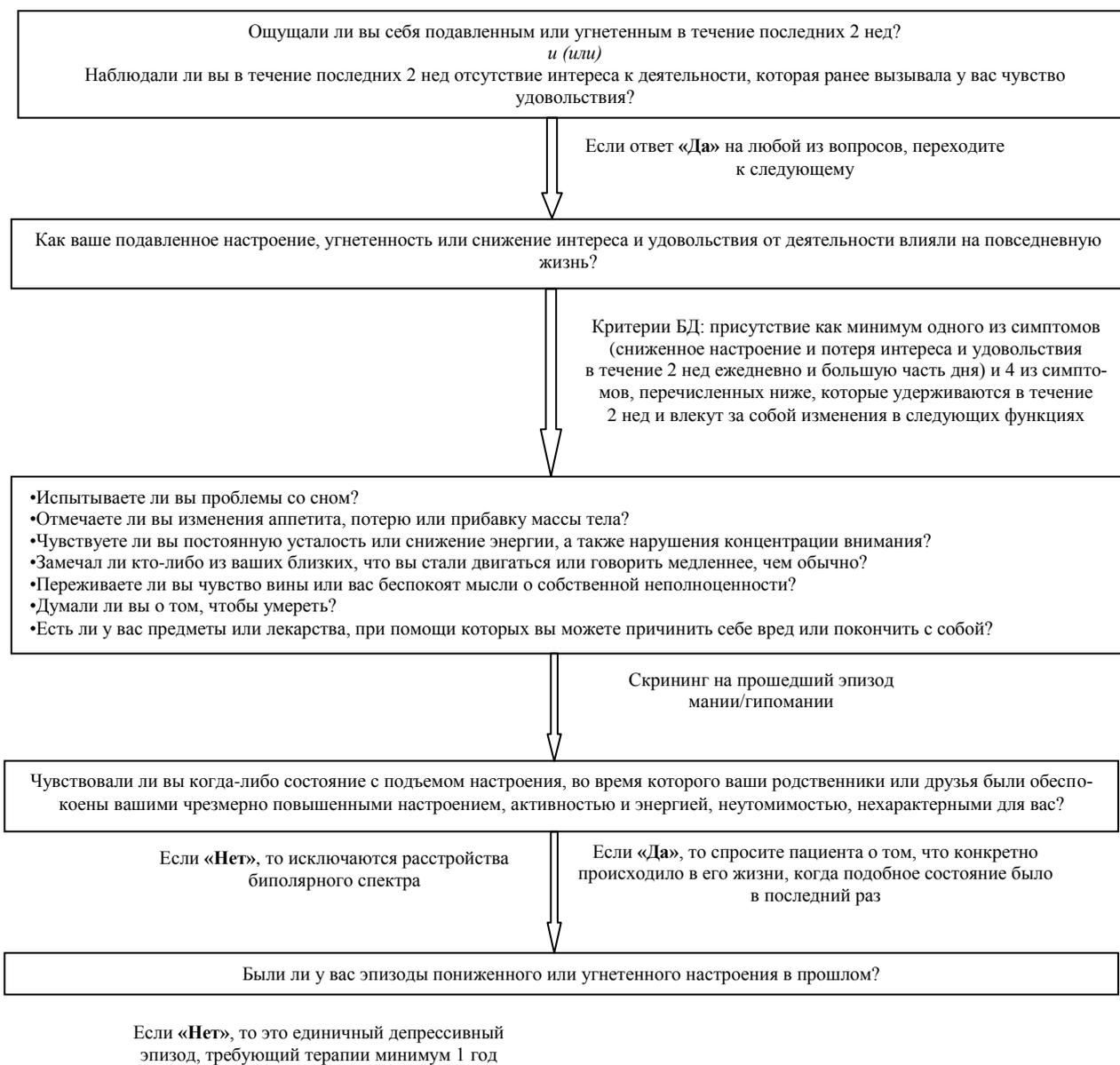


Рис. 1. Диагностический алгоритм опроса [41] (адаптировано Н.А. Корнетовым для врачей общей медицинской практики и амбулаторной службы)

Т а б л и ц а 3

Основные антидепрессанты первой линии терапии ДР

Название	Начальная* доза, мг/сут	Терапевтическая доза, мг/сут	Клинические указания
<i>1. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)**</i>			
Сертралин (золофт®)	50	50–150	Ингибитор реаптейкадопамина и серотонина. Возможны ранние и временные диарея и тошнота. Низкое взаимодействие с лекарствами
Пароксетин (паксил®)	12,5–20	20–40	Выраженный антихолинергический и антигистаминный побочный эффект (п/э). Риск седации, прибавка массы тела, сухость во рту. Короткий T _{1/2} . Большая вероятность перехода в маниакальный синдром. Высокое взаимодействие с лекарствами
Флуоксетин (прозак®)	20	20–40	Большой T _{1/2} . Идеален для лиц с нестабильными жалобами. Относительно недорогой. Высокое взаимодействие с лекарствами.
Флувоксамин	50	50–150	Редко назначается из-за частых п/э: тошноты, рвоты,

(феварин®)			иногда головной боли. П/э снижаются, если прием осуществляется на ночь
Циталопрам (ципрамил®)	20	20–40	Мягкие п/э, низкое взаимодействие с лекарствами
Эсциталопрам (ципралекс®)	10	10–20	Хорошая переносимость
<i>2. Мелатонинергический антидепрессант</i>			
Агомелатин (вальдоксан®)	25	25–50	Нормализация циркадианного ритма, сна

* В общемедицинской практике стартовые дозы часто могут являться и терапевтическими.

** Высшие дозы СИОЗС не указаны, поскольку они требуют специализации в сфере охраны психического здоровья.

Совокупность этих данных позволяет прийти к точке зрения, что психиатрический этап систематики в диагностике ДР сменился на общемедицинский этап систематики более 30 лет назад, с момента описания ДЭ и выделения нозологической самостоятельности униполярной депрессии [12]. Исходя из этого, общественное здравоохранение на разных уровнях своей организации должно уделять программам диагностики и терапии ДР приоритетное внимание и стремиться к созданию условий для врачей различных специальностей, позволяющих научиться распознавать и лечить ДР в подавляющем большинстве случаев и на уровне мировых стандартов.

Стандарты терапии депрессивных расстройств

Основные положения при терапии депрессии складываются:

- из устранения симптомов и признаков ДР;
- восстановления социально-ролевых функций до преморбидного уровня;
- минимизации риска ухудшения состояния, рецидива.

Отметим некоторые особенности, обуславливающие необходимость длительного периода лечения ДР. Первичный ДЭ, независимо от аутохтонности его возникновения или ассоциированности со стрессом, в случае прекращения терапии существует риск рецидивного течения, особенно высокий в первые годы [43].

Психосоциальные стрессоры при возникновении первого ДЭ выступают в качестве преципитирующих, «проявляющих» факторов, однако вывод о том, что стрессовые события являются причиной этих ДР, недостаточно обоснован, поскольку в дальнейшем часто наблюдается их рецидивное течение. Рецидивом депрессии считается новый ДЭ, возникший после 6-месячного бессимптомного периода.

Риск последующего ДЭ зависит от степени выраженности предыдущих, частоты их возникновения. К 5–6-му эпизоду увеличивается продолжительность периода депрессии и уменьшается до года и менее

время светлого промежутка. Имеются также доказательства, что такие хронобиологические факторы как циркадианные и циркануальные ритмы, предменструальные расстройства настроения увеличивают риск рецидивности, равно как и половые, возрастные, нейробиологические факторы, включая накопление неблагоприятных жизненных стрессовых событий.

Исходя из этих основных данных, подход к терапии ДР постепенно менялся с терапии текущего ДЭ на перспективное и (или) постоянное лечение предполагаемой или существующей рецидивности заболевания. Основной смысл данной парадигмы сопоставим с антибактериальной терапией инфекционных заболеваний, когда в зависимости от резистентности или чувствительности возбудителя врач планирует назначение антибиотиков первого и (или) второго ряда в оптимальных терапевтических дозах, препятствуя хронизации инфекционного процесса.

Современная терапия ДР состоит из трех фаз – острой, или активной; продолжающейся, или стабилизирующей; поддерживающей, или профилактической [36, 37].

Легкое ДР. Лечение в основном состоит из поддержки и ободрения пациента при его очередных визитах к врачу, изменения образа жизни в соответствии с оптимальным стереотипом сна и бодрствования, работы и отдыха, увлечений и развлечений. Рекомендуются кратковременные аэробные упражнения с постепенным переходом на долгосрочную аэробную физическую активность до закрепления новой привычки. Физическая активность стимулирует выработку эндорфинов, которые вызывают чувство радости, длящейся в течение нескольких часов после того, как упражнения закончены. Мышечные нагрузки также могут способствовать нейромедиации серотонина.

Назначение антидепрессантов оправдано в тех случаях, когда все симптомы легкой депрессии относятся к нейровегетативным, в случае сочетания с соматическим заболеванием и психосоциальными проблемами или если в анамнезе была умеренная или тяжелая депрессия. В целом терапия зависит от выбора пациента. Если пациент будет считать необходимым

прием антидепрессанта, то врачу следует подобрать минимальную терапевтическую дозу [41]. Если в течение 12 нед депрессивные симптомы не исчезают, то рекомендуется антидепрессивная терапия в общемедицинской практике по стандарту, описанному для умеренной депрессии.

Умеренное ДР. При диагностике УДЭ/БД препаратами первой линии терапии являются СИОЗС, в некоторых случаях хороший эффект оказывает мелатонинстимулирующий (MT1 и MT2), действующий на 5-HT_{2B} и 5-HT_{2C} рецепторы антидепрессант агомелатин [27]. Так же как и при легкой депрессии, мнение пациента после проведения образовательной программы по поводу терапии должно быть осознанным. В условиях первичной медицинской сети указанные антидепрессанты достаточно безопасны, эффективны и менее затратны в динамике терапии депрессии.

После диагностики депрессии и всех имеющихся заболеваний важным моментом в тактике ведения пациентов является знание последовательности редукции симптомов депрессии. В процессе лечения врач должен знать, что первыми чаще подвергаются редукции соматические симптомы ДР, тогда как значимое улучшение настроения наступает только через несколько недель терапии. Это обстоятельство должно учитываться в ходе полного курса терапии. Привлечение внимания пациента к устранению ранних симптомов играет роль важных для него иллюстраций правильности лечения, что способствует его большему вовлечению в терапевтическое содружество и определяет согласие на длительный курс лечения. Кроме того, следует обращать внимание на динамику изменений в соматическом состоянии пациента. Как правило, антидепрессанты положительно влияют на многие соматические и неврологические заболевания [5]. Следует также иметь в виду, что в общественном сознании не без основания психиатрическая «стигма» у многих людей связывается с «залечиванием» таблетками.

В недавнем исследовании было показано, что у лиц с депрессией выше приверженность к монотерапии антидепрессантами, чем к их комбинации [56]. Пациенты часто относятся с предубеждением к приему лекарств, поэтому краткая образовательная программа необходима уже на первом собеседовании с пациентом. Еженедельно оценивается динамика психопатологической симптоматики.

Побочные эффекты, связанные с приемом антидепрессантов, больные нередко соотносят с началом терапии. Для того чтобы не возникали заблуждения по этому поводу, необходимо при первом клиническом интервью с пациентом зафиксировать все жалобы и

симптомы, которыми манифестирует депрессия. Сухость во рту, слабость, головная боль, колебания артериального давления, тошнота, запоры, головокружения, сердцебиение являются частыми витальными (соматическими) признаками заболевания. Далее необходимо корректное объяснение аннотации к лекарству, которую лучше прочитать вместе с пациентом. Следует также помнить о селективно негативном мышлении депрессивных пациентов, поэтому не стоит фиксировать внимание на побочных эффектах. Если на следующий день пациент заявляет, что у него тошнота от СИОЗС, то ему следует напомнить, что она была и до приема препаратов. Как показывает практика, после нескольких дней приема антидепрессантов, если побочные эффекты действительно отсутствуют, у тревожных и настороженных пациентов исчезают жалобы на «побочные» эффекты. Другие пациенты, наоборот, имея выраженные побочные эффекты, не сообщают о них, хотя их признаки фиксируются объективно. Врач должен хорошо знать частоту и дозозависимость побочных эффектов того или иного антидепрессанта, чтобы обеспечить максимальную эффективность и безопасность лечения [9]. Особое внимание при терапии СИОЗС следует уделять эректильной дисфункции, снижению либидо, аноргазмии и объяснению пациентам того, что это типичное временное явление, связанное с приемом антидепрессантов данного типа.

Тяжелое ДР. Тяжелый депрессивный эпизод обычно лечится психиатрами в специализированных стационарных отделениях.

Острая, или активная, фаза терапии. Данная фаза охватывает период от начала лечения до полного устранения симптомов расстройства (рис. 2).

При диагностике депрессии на первом же собеседовании необходимо осуществить опрос на вероятность суицидального поведения. Самоубийство представляет собой основной риск у пациентов с УМД/БД. Оценка должна быть произведена в самом начале терапии и регулярно пересматриваться в течение лечения. Насторожить врача поликлинической службы или стационарной помощи должны следующие факторы: наличие в анамнезе аффективного расстройства со стационарным лечением в психиатрической больнице, низкий контроль импульсивности, пол и возраст – мужчины от 20 до 30 лет, мужчины и женщины от 40 до 60 лет. Наиболее важным фактором является суицидальная попытка в анамнезе. Также необходимо уточнить семейный анамнез суицидального поведения, имели ли место ранее ДЭ, злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем, наличие финансовых проблем, одинокое проживание, потеря работы,

нежелательный выход на пенсию и отсутствие социальной поддержки. Если у пациента есть суицидальные мысли или намерения, требуется немедленная консультация психиатра, при необходимости госпитализация без согласия пациента и стационарное лечение в психиатрическом отделении.

Серотонинергический антидепрессант в начальной дозе следует назначать с первого визита пациента, когда диагностировано УМД/БД. Эта доза часто является и терапевтической на всех этапах лечения. Визиты пациента в данный период депрессии должны происходить 1 раз в неделю. Конечная цель терапии – ремиссия – должна быть доминирующей идеей в тактике ведения врачами-интернистами депрессивных пациентов в общемедицинской практике. У отвечающих на терапию пациентов к концу 1-й нед действие антидепрессанта еще не наступает, поскольку в крови только достигается равновесная концентрация препарата. Редукция симптомов чаще всего отмечается к концу 2-й нед. Если у пациента вместе с депрессивной симптоматикой выражены тревога и беспокойство, то в течение первых 2 нед можно назначить анксиолитические препараты. При нарушениях сна в первые 2–4 нед терапии в случае необходимости при ранней инсомнии можно рекомендовать зопиклон или золпидем. В зависимости от индивидуальных особенностей пациентов частичное улучшение наступает на 4–6-й нед. Симптоматика к этому периоду снижается на 40–60%.



Рис. 2. Схема терапии острой фазы терапии ДР

Если к 6-й нед существенных изменений в состоянии пациента не происходит или отмечается частичное улучшение, то врачу следует поставить три вопроса: «Принимает ли пациент лекарство?», «Достаточна ли доза?», «Правильный ли был поставлен диагноз?». При правильном диагнозе и регулярном приеме препарата дозу следует повысить. Если наступает выраженное улучшение, которое в среднем составляет 50%, лечение в острой фазе терапии продолжается еще 6 нед. К 12-й нед обычно наступает полная ремиссия. В ходе активной фазы терапии адекватный ответ на лечение антидепрессантами, достижение бессимптомного состояния характеризуются функциональным восстановлением до преморбидного уровня. Полная ремиссия является достижимым и важным показателем соответствующей терапии антидепрессантами [38].

При начале депрессии с тревожной симптоматикой на 2-й нед она обостряется, происходит сдвиг реперных точек действия антидепрессантов примерно на 2–3 нед [25]. Врачи-интернисты первичной помощи нуждаются в программе, учитывающей сочетание депрессии и тревожных расстройств [20]. Если сохраняются достаточно выраженные симптомы депрессии даже в случае значительного улучшения, рекомендуется консультация психиатра для изменения терапии с повторным циклом в 12 нед. При отсутствии эффекта от антидепрессантов пациенту следует рекомендовать обращение в службу охраны психического здоровья.

Продолжающаяся, или стабилизирующая, фаза терапии. Этот период определяется с момента полного восстановления прежнего состояния по достижению клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого окончания фазы [10]. Дозы препаратов необходимо оставлять такими же, как и в активную фазу терапии. На этом этапе необходимы встречи с пациентом сначала не реже 1 раза в 2 нед для поддержания осознанной его мотивации к регулярному приему препарата, затем может быть достаточно 1 визита к врачу в 4 нед.

Многие пациенты, которые не имеют четкой информации по поводу длительности лечения, бросают принимать антидепрессанты, в результате чего возникает возврат прежних симптомов депрессии. После-

дующее лечение будет более трудным и длительным. Поэтому необходимо настойчиво удерживать пациента в рамках стандартной схемы лечения. Каждый раз полезно повторять основные положения этой фазы терапии, подчеркивая партнерство и разделенную ответственность. Следует также постоянно напоминать пациенту о том, что прием препарата должен быть регулярным, поскольку от серьезности его отношения к этой фазе терапии зависят будущее благополучие и качество жизни. Вместе с тем следует активировать пациента на различные виды деятельности, приносящие интерес и удовольствие, поощрять расширение социальных контактов и положительных эмоций и стараться поддерживать желания к развитию новых увлечений, занятиям физкультурой или игровыми видами спорта. На современном этапе длительность этой фазы терапии при первичной депрессии должна составлять от 6 до 12 мес. При легкой депрессии длительность терапии во время этого периода может не превышать 4 мес после полного становления ремиссии. Если врач принимает решение о завершении курса терапии на этом этапе, то отмена препарата должна быть постепенной и происходить не менее 3 нед при 6-месячном курсе и 4–6 нед – при 12-месячном курсе терапии. Нейрохимические процессы в головном мозге и метаболизм организма достаточно чувствительны к быстрым изменениям при длительном приеме лекарств. Поэтому резкое прекращение терапии можно рассматривать как «психотропный эксцесс», который вызывает гриппоподобную симптоматику с гиперестезией, хотя привыкания к антидепрессантам не бывает. В нашей практике при крайне медленном снижении препарата с гибкими уменьшающимися дозами, увеличивающимися каникулярными днями отсутствовали физические и психологические синдромы отмены при многолетнем опыте терапии серотонинергическими антидепрессантами.

Поддерживающая, или профилактическая, терапия. После завершения 6–12-месячного курса антидепрессивной терапии пациента, перенесшего УДЭ/БД, следует пригласить на прием для оценки необходимости дальнейшего лечения. В течение 3–6 нед снижается доза препарата и оценивается психическое состояние пациента. В случае терапии СИОЗС доза препарата должна быть минимальной, индивидуально подобранной. Если состояние оценивается как хорошее, то в дальнейшем проводятся контрольные осмотры 1 раз в 2 мес в течение полугода. При отказе пациента от продолжения терапии или противоречивого лечения в условиях свободного выбора и осознания всех врачебных рекомендаций эти данные должны быть документально оформлены.

При показаниях к профилактической терапии основными задачами являются долгосрочное наблюдение и лечение для предотвращения самоубийства, рецидивов и развития хронической депрессии. Рассмотрение истории болезни пациента имеет важное значение для решения вопроса о поддерживающей терапии. Прежде всего необходимо выделить факторы, связанные с высоким риском рецидива.

Основными элементами долгосрочного лечения рецидивирующего ДР являются психиатрическая тактика ведения, психофармакотерапия и мониторинг выполнения режима. Около 25% пациентов сообщают о некоторых беспокоящих их симптомах. Неполная ремиссия имеет высокую тенденцию к рецидиву, и антидепрессивная терапия должна быть продолжена на данной фазе терапии [46]. Поддерживающая терапия может продолжаться неопределенно долго, иногда пожизненно.

Индивидуальная тактика ведения ДР в общей медицинской практике. При оценке симптомов депрессии собеседование начинается с установления доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом. Врач должен быть абсолютно убежден в своей компетентности относительно диагностики депрессии и умения донести до пациента и его родственников понимание основных признаков расстройства в доступной форме. Врач-терапевт или невролог должен искать возможность обеспечить наилучшее лечение, доступное для данного пациента, концентрируя свое внимание на способах лечения, получивших научное обоснование

с адекватным подбором доз. Далее следует обсудить с пациентом план лечения и рассказать об эффективности, безопасности и побочных эффектах препарата.

Информированное согласие. Информированное согласие на применение того или иного медикаментозного метода лечения включает в себя этическое и юридическое определение взаимоотношений между врачом и пациентом. Информированное согласие – не одномоментный зафиксированный акт, а многоступенчатый процесс взаимодействия. Он подразумевает свободу пациента и его способность к принятию решений. При таком подходе от врача требуется открытое обсуждение возможных способов лечения, включающее оценку риска и безопасности применяемых лекарственных средств, в том числе экономические вопросы терапии (особенно в наших современных условиях). Врач должен внимательно прислушиваться к возражениям или сомнениям больного, стараться понять их природу. В целом под полным информированным согласием подразумевается свободный выбор пациентом лечения при условии его способности по-

нимать, сопоставлять, давать оценку своему выбору. В нашей культуре многие пациенты строят отношения с врачом на принципе доверия, что не освобождает врача от разъяснения терапевтических процедур и программы лечения.

Терапевтический альянс. Под терапевтическим альянсом следует понимать развитие доверительных и осознанных отношений между врачом и пациентом, в ходе которых пациент готов равноправно сотрудничать с врачом, следовать его предписаниям и рекомендациям на основе полученной информации. Депрессивные пациенты в силу особенностей симптоматики склонны к сомнениям, нерешительности, неверию

в благополучный исход из-за чувства безысходности, вины, апатии и анергии. В этой связи, а также с учетом когнитивных расстройств при депрессии, врач должен неоднократно возвращаться к механизмам формирования депрессии. Для депрессивного пациента важно понимание, что постоянное чувство угнетения и печали является излечимым состоянием и имеет медицинскую природу. Следует объяснить ему, что лекарственные средства, которыми она лечится, не изменяют умственных способностей и не вызывают привыкания. По мере появления положительной динамики

в состоянии можно обсудить особенности стиля жизни и рекомендовать изменение шаблонов поведения, актуализировать прошлые увлечения, которые ранее доставляли удовольствие. Пациенту также важно объяснить, что современные психотерапевтические методы имеют такое же значение, как и лечение антидепрессантами, особенно при их комбинации. Переживания больного о стигме психического расстройства можно снизить за счет подчеркивания биологической природы заболевания, его высокой частоты у многих людей. Важно убедить, что депрессия не является проявлением слабости характера, неспособностью с чем-то справиться, наказанием за прошлые «грехи» или чьим-то «сглазом».

Психотерапевтическая работа с контекстуальными факторами. После 50%-й редукции симптоматики часто на первый план в переживаниях пациентов начинают выходить факторы и обстоятельства жизни, которые могут удерживать депрессивную симптоматику. Например, неполное отреагирование давней утраты, проблемы с детьми, супругом, конфликты на работе. На этом этапе пациенту важно помочь изменить отношение к различным жизненным обстоятельствам в стиле рациональной психотерапии. «Разговорная терапия» опытного врача может дать очень

многое в осознании проблем пациента и улучшить комплайенс.

Развитие терапевтического процесса. Обеспечение пациента дополнительной информацией относительно его заболевания, демонстрация прогнозируемости результатов лечения в терминах, доступных пониманию, общая ориентация терапевтического процесса на продолжение лечения после достижения исходного психического состояния являются необходимыми составными частями всего плана лечения. В ходе этого общего плана важен постоянный контроль выполнения частных задач терапии, ее побочных эффектов, восприимчивости к лечению и обсуждение текущих проблем и опасений пациента с параллельным вовлечением родственников и ближайшего окружения. Полезно еженедельное заполнение вопросника PHQ-9 для оценки динамики основных симптомов депрессии. Сами вопросы, выбранные из скринингового вопросника, могут обсуждаться с пациентом для демонстрации положительных сдвигов в состоянии, которые на раннем этапе терапии пациенты часто не осознают ввиду медленной динамики действия антидепрессантов на редукцию депрессивных симптомов. В процесс выздоровления желательно вовлекать родных,

близких и друзей для социальной поддержки и расширения информационного поля. Практика показала, что те врачи, которые овладели диагностикой и терапией депрессий, меньше времени тратят на лишние разговоры с пациентами и ощущают себя с более высокой самооценкой. Пациенты также уважительно относятся к врачу и демонстрируют высокую приверженность терапии. Итак, тактика ведения депрессивного пациента включает мониторинг приема препаратов, образовательные программы, постоянную обратную связь и развитие многопрофильных бригад [8, 14, 24]. В национальной программе должна разрабатываться связь врачей и медицинских сестер общей практики, участковых врачей и специалистов, работающих в первичной медицинской сети, с амбулаторными службами по проблемам психического здоровья.

Заключение

Нейробиологические, психологические факторы и психическое состояние человека в его общих показателях здоровья, продолжительности и качестве жизни стали особенно широко пониматься в последнее десятилетие. Это обстоятельство неудивительно, поскольку пролонгированный социальный, экономический, психологический и нравственный кризис в период кардинального изменения в странах с постсоциалистической экономикой показал роль психосоциальных

стрессоров и степень их влияния на развитие и утяжеление клинических проявлений многих полифакториальных заболеваний. Еще раз жизненный «эксперимент» продемонстрировал, насколько тесно связаны соматическое, психическое и социальное функционирование. Сегодня для многих специалистов различных областей медицины стала понятной закономерность сочетания психических и соматических болезней. Появились доказательные работы, иллюстрирующие изменение течения и эффективности терапии многих соматических заболеваний, которые осложняются психическими, поведенческими и психосоциальными расстройствами.

Депрессивные расстройства являются наиболее распространенными как в общей популяции, так и среди посетителей первичных медицинских служб, пациентов соматических стационаров. Они наблюдаются примерно с равной частотой в разных странах мира. Депрессии как медицинские заболевания ложатся тяжелым психофизическим грузом на пациентов, их родственников, часто остаются нераспознанными и неадекватно лечатся. Они являются причиной высокой заболеваемости, смертности и больших расходов для здравоохранения и общества в целом. Врачи общей медицинской практики и различных медицинских специальностей с помощью консультантов-психиатров и тьюторов образовательных программ могут обеспечить больным с депрессией эффективное и безопасное лечение. Медицинские сестры, психотерапевты, клинические психологи, социальные работники также должны уметь распознавать признаки депрессии и входить равными партнерами в междисциплинарные бригады, работающие по профилактике и терапии ДР.

Из представленных данных следует, что современная модель терапии депрессий осуществляется прежде всего в первичной медицинской сети, поскольку большинство депрессивных пациентов из-за страха «стигмы» не обращаются к психиатрам. Если раньше врач-интернист направлял пациентов с депрессией к психиатру, то теперь многие терапевты, неврологи и другие специалисты самостоятельно лечат депрессию после постоянно проводимых образовательных программ по их распознаванию, тактике ведения и терапии. Вызов психиатра необходим в учреждении общемедицинской помощи лишь при сложных случаях, тяжелой депрессии и депрессии с суицидальным риском, которые требуют терапии в психиатрических службах. Приведенные данные о тактике ведения и стандарте терапии могут быть вполне освоены специалистами общемедицинской практики.

Новые селективные антидепрессанты, широкие возможности современной психотерапии и психосо-

циальных методов воздействия создают терапевтический оптимизм, на основе которого становится делом профессионализма и врачебного гуманизма желание распознавать и пытаться лечить ДР всякий раз, когда и где это только возможно.

Литература

1. *Аведисова А.С., Захарова К.В., Миронова Н.В., Аносов Ю.А.* Особенности возрастного патоморфоза непсихотических депрессивных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. 2013. Т. 11, вып. 2. С. 7–13.
2. *Всемирная Организация Здравоохранения.* Депрессия. Информационный бюллетень № 369, 2012. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/> (дата обращения: 12.01.13).
3. *Корнетов А.Н.* Онтогенетические аспекты депрессивных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. 2003. Т. 103, вып. 8. С. 80–85.
4. *Корнетов Н.А.* Концепция клинической антропологии в медицине (Передовая статья) // Бюл. сиб. медицины. 2008. № 1. С. 7–31.
5. *Корнетов Н.А.* Депрессивные расстройства в пожилом возрасте // Тр. XVIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Лекции для практикующих врачей. Москва, 11–15 апреля 2011 г. С. 464–489.
6. *Краснов В.Н.* Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники: метод. рекомендации МЗ РФ. М., 2000. 19 с.
7. *Корнетов Н.А.* Депрессивные расстройства (диагностика, систематика, семиотика, терапия). 2-е изд., испр. и доп. Томск: Сиб. изд. дом, 2003. 119 с.
8. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
9. *Мосолов С.Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Мединформ агентство, 1995. 568 с.
10. *Мосолов С.Н.* Основы психофармакологии. М.: Восток, 1996. 288 с.
11. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б.* Депрессия – актуальные проблемы систематики // Журн. неврологии и психиатрии. 2012. Т. 11, вып. 2. С. 11–20.
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1987. P. 567.
13. *Angst F. et al.* Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years // J. Affect. Dis. 2002. V. 68 (2–3). P. 167–181.
14. *Badamgarav E., Weingarten S.R., Henning J.M., Knight K., Hasselblad V., Gano A.Jr., Ofman J.J.* Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review // Am. J. Psychiatry. 2003. Dec. V. 160, № 12. P. 2080–2090.
15. *Bertakis K.D., Helms L.J., Callahan E.J., Azari R., Robbins J.A.* The influence of gender on physician practice style // Med. Care. 1995. V. 33, № 4. P. 407–416.
16. *Bertakis K.D., Franks P., Azari R.* Effects of physician gender on patient satisfaction // J. Am. Med. Womens Assoc. 2003. V. 58, № 2. P. 69–75.
17. *Bijl D., van Marwijk H.W., de Haan M., van Tilburg W., Beekman A.J.* Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care // Eur. J. Gen. Pract. 2004. Mar. V. 10, № 1. P. 6–12.
18. *Bijl R.V., de Graaf R., Hiripi E.* The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries // Health.

- Aff. 2003. V. 22. P. 122–133.
19. *Branney P., White A.* Big boys don't cry: Depression and men // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008. V. 14, № 4. P. 256–262.
 20. *Casini F., Sighinolfi C., Tedesco P., Bologna M., Colombini N., Curcetti C., Magnani M., Morini M., Serio A., Tarricone I., Berardi D., Menchetti M.* Primary care Physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna // *BMC Family Practice*. 2013. V. 14, № 75.
 21. *Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A.* World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries. New York: Oxford University Press, 1995. 382 p.
 22. *Fenton W.S., Stover E.S.* Mood disorders: cardiovascular and diabetes Comorbidity // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2006. July. V. 19, № 4. P. 421–427.
 23. *Gershon E.S., Hamovit J., Guroff J.J.* A family study of schizoaffective, bipolar I, unipolar, and normal control probands // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982. V. 39. P. 1157–1167.
 24. *Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R.* Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review // *Jama*. 2003. V. 289, № 23. P. 3145–3151.
 25. *Gollan J.K., Fava M., Kurian B., Wisniewski S.R., Rush A.J., Daly E., Miyahara S., Trivedi M.H.* What are the clinical implications of new onset worsening anxiety during the first two weeks of SSRI treatment for depression? // *Depress. Anxiety*. 2012. V. 29, № 2. P. 94–101.
 26. *Greden J.F.* Physical symptoms of depression: unmet needs // *J. Clin. Psychiatry*. 2003. V. 64, Suppl. 7. P. 5–11.
 27. *Guaiana G., Gupta S., Chiodo D., Davies S.J.C., Haederle K., Koesters M.* Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression (Review). John Wiley & Sons, Ltd, The Cochrane Collaboration. 2013. Issue 12. 132 p.
 28. *Ibrahim A.K., Kelly S.J., Adams C.E., Glazebrook C.* A systematic review of studies of depression prevalence in university students // *J. Psychiatr. Res.* 2013. Mar. V. 47, № 3. P. 391–400. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.015. Epub. 2012. Dec. 20.
 29. *Janca A., Ustun T.B., Isaac M.* МКБ-10. Evaluation list of symptoms and Glossary of mental disorders. Saint-Petersburg, 1994. 57 p. (in Russian).
 30. *Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., Rush A.J., Walters E.E., Wang P.S.* The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // *Jama*. 2003. Jun. V. 289, № 23. P. 3095–3105.
 31. *Kirmayer L.J., Robbins J.M., Dworkind M., Yaffe M.J.* Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care // *J. Psychiatry*. 1993. May. V. 150, № 5. P. 41.
 32. *Kroenke K., Lucas C.A., Rosenberg M.L., Scherokman B., Herbers J.E., Wehrle P.A., Boggi J.O.* Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care // *Ann. Intern. Med.* 1992. Dec. V. 117, № 11. P. 898–904.
 33. *Kroenke K., Jackson J.L.* Outcome in general medical patients presenting with common symptoms: a prospective study with a 2-week and a 3-month follow-up // *Fam. Pract.* 1998. Oct. V. 15, № 5. P. 398–403.
 34. *Kroenke K., Lucas C.A., Rosenberg M.L., Scherokman B.J.* Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness // *J. Gen. Intern. Med.* 1993. Oct. V. 8, № 10. P. 5.
 35. *Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., Linzer M., Hahn S.R., de Gruy F.V. 3rd, Brody D.* Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment // *Arch. Fam. Med.* 1994. Sep. V. 3, № 9. P. 9.
 36. *Kupfer D.J.* Long-term treatment of depression // *J. Clin. Psychiatry*. 1991. V. 52, Suppl. B. 12. P. 28–34.
 37. *Kupfer D.J.* Management of recurrent depression // *J. Clin. Psychiatry*, 1993. V. 54, Suppl. 2. P. 29–33.
 38. *Lecrubier Y.* How do you define remission? // *Acta. Psychiatr. Scand. Suppl.* 2002. V. 415. P. 7–11.
 39. *Lecrubier Y.* Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European countries // *J. Clin. Psychiatry*. 2007. V. 68, Suppl. 2. P. 36–41.
 40. *Leuchter A.F., Husain M.M., Cook I.A., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., Gilmer W.S.* Painful physical symptoms and treatment outcome in major depressive disorder: a STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) report // *Psychol. Med.* 2010. V. 40, Suppl. 2. № 51. P. 239–251.
 41. *Mccarron R.M., Xiong G.L., Bourgeois J.A.* Lippincott's Primary Care Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 2009. 272 p.
 42. *Murray C., Lopez A.* (eds). Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. (Global Burden of Disease and Injury Series). Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996. 356 p.
 43. *Neumeyer-Gromen A., Lampert T., Stark K., Kallischnigg G.* Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Med. Care*. 2004. Dec. V. 42, № 12. P. 1211–1221.
 44. *Parikh S.V., Lam R.W.* Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence, and health burden // *J. Psychiatry*. 2001. Jun. Suppl. 46. P. 13–20.
 45. *Patten S.B., Wang J.L., Williams J.V.* Descriptive epidemiology of major depression in Canada // *Can. J. Psychiatry*. 2006. V. 51, № 2. P. 84–90.
 46. *Paykel E.S., Ramana R., Cooper Z., Hayhurst H., Kerr J., Barocka A.* Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression // *Psychol. Med.* 1995. Nov. V. 25, № 6. P. 80.
 47. *Sartorius N.* Physical symptoms of depression as a public health concern // *J. Clin. Psychiatry*. 2003. V. 64, Suppl. 7. P. 3–4.
 48. *Scott K.M., Oakley Browne M.A., Wells E.J.* Prevalence, impairment and severity of 12-month DSM-IV major depressive episodes in Te Rau Hinengaro: New Zealand Mental Health Survey 2003 // *N. Z. J. Psychiatry*. 2010. Aust. V. 44, № 8. P. 750–758.
 49. *Slade T., Johnston A., Oakley Browne M.A., Andrews G., Whiteford H.* 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2009. Jul. V. 43, № 7. P. 594–605.
 50. *Spitzer R.L., Hahn S.R.* Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the prime-md 1000 study // *Jama*. 1995. Nov. V. 274, № 19. P. 1511–1517.
 51. *Steiner M., Yonkers K.A.* Depression in Women: Mood Disorders associated with reproductive cyclicity. Martin Dunitz Ltd, 1998. 89 p.
 52. *Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings* // *N. Z. J. Psychiatry*. 2009. Aust. V. 43, № 7. P. 594–605.
 53. *Tutton R.* Personalizing medicine: futures present and past // *Soc. Sci. Med.* 2012. Nov. V. 75, № 10. P. 1721–1728. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.031. Epub. 2012. Aug 4.

54. *Ustun T.B.* WHO collaborative study: an epidemiological survey of Psychological Problems in General Health Care in 15 centres worldwide // *Int. Rev. Psych.* 1994. V. 6. P. 357–363.
55. *Wang J., Langille D.B., Patten S.B.* Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors // *Psychiatr. Serv.* 2003 V. 54, № 6. P. 878–883.
56. *Warden D., Trivedi M.H., Carmody T., Toups M., Zisook S., Lesser I., Myers A., Kurian K.R., Morris D., Rush A.J.* Adherence to antidepressant combinations and monotherapy for major depressive disorder: a CO-MED report of measurement-based care // *J. Psychiatr. Pract.* 2014. Mar. V. 20, № 2. P. 118–132.
57. *Warner E.A., Wallach P.M., Adelman H.M., Sahlin-Hughes K.* Dizziness in primary care patients // *J. Gen. Intern. Med.* 1992. Jul.–Aug. V. 7, № 4. P. 454–463.
58. *Williams J.W. Jr., Gerrity M., Holsinger T., Dobscha S., Gaynes B., Dietrich A.* Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2007. Mar.–Apr. V. 29, № 2. P. 91–16.
59. *World Health Organization (WHO).* The global burden of disease: 2004 update. Geneva (CH): WHO; 2008. Table 13. P. 44.
60. *World Health Organization ICD-10, Chapter V. Classification of Mental and Behavioural Disorders / ed. J.E. Cooper. Diagnostic Criteria for Research, Geneva: WHO, Churchill Livingstone, 1994. 419 p.*

Поступила в редакцию 05.04.2014 г.

Утверждена к печати 07.05.2014 г.

Корнетов Николай Алексеевич – заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

✉ **Корнетов Николай Алексеевич**, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru

SEMIOTICS, DIAGNOSTICS AND THERAPY TACTICS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN CLINICAL MEDICINE

Kornetov N.A.

Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Study objectives are dedicated to brief synthesized establishment of diagnostics general standard, management and therapy of major depressive disorders (MDD) in clinical medicine to provide education in medical practice.

Study methods are based on short-term, medium-term and long-term educational programs in 24 Russian and Ukraine cities, which were based on original educational programs under the direction of World Psychiatric Association (WPA) and International Committee For Prevention and Treatment of Depression (PTD). There, about 1450 doctors of different occupations were acquainted with the detection, management and treatment of MDD. The Russian version of WPA/PTD programs was created. The program of education included 4 modules. The Core module included an overview of the epidemiology, impact, concepts and classification, and etiology of depressive disorders as well as their recognition, diagnosis, and management in the primary care setting. The second module focused on depressive disorders in physical illness and covered those major illnesses for which is reasonable evidence for an association with depressive disorders. The third module included the development of the depressive disorders in older persons. The fourth module included training physicians in mental health skills. 39 theme improvements for 858 primary care setting physicians within the framework of faculty training program of physicians' development were the part of other programs of physicians' occupations.

Results. A number of highlights were included in the general algorithm of the educational programs. The creation of optimum «physician-depressive patient» contact demands a number of new skills to establish effective communication. These skills involve training of meeting of depressive patient and physician, the ability to follow a certain communication style; identify emotional, cognitive, psychomotor and nonverbal patterns of behavior. Besides that, the education included adherence to therapy and therapeutic alliance during the period of informed agreement. There was an education of fluent grasp of medicaments, which are the first choice in therapy. Integration of this knowledge is done during the periods of repeated interactive discussions of antidepressants' effectiveness in depression therapy which is based on three-phased MDD therapy model. The process of working out the depressive patients' management was based on systematization and diagnostic of depression disorders (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, or International Classification of Diseases, Revision 10); detailed discussions of manifestation and thorough depression symptomatology; management approaches in depression disorders, different in manifestation.

Conclusion. The basis of physicians' education was the idea that depressive disorder in holistic approach can't be considered as an independent psychiatric disease in its mild and moderate forms of manifestation. Depression, along with coronary artery disease, cerebrovascular diseases, diabetes, osteoporosis, obesity and fatness should be considered by clinical medicine within one cluster of noninfectious multifactorial chronic diseases.

KEY WORDS: depressive disorder, clinical medicine, physicians, educational program, treatment.

Bulletin of Siberian Medicine, 2014, vol. 13, no. 3, pp. 5–24

References

1. Avedisova A.S., Zakharova K.V., Mironova N.V., Anosov Yu.A. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 2013, vol. 11, iss. 2, pp. 7–13 (in Russian).
2. The World Health Organization. Depression. Newsletter no. 369, 2012. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/> (Accessed: 12.01.13) (in Russian).
3. Kornetov A.N. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 2003. vol. 103, iss. 8, pp. 80–85 (in Russian).
4. Kornetov N.A. *Bulletin of Siberian Medicine*, 2008, vol. 7, no. 1, pp. 7–31 (in Russian).
5. Kornetov N.A. *Proceedings of the XVIII Russian National Congress "Human and medicine". Lectures for practicing physicians*. Moscow, 2011. Pp. 464–489 (in Russian).

6. Krasnov V.N. *The organizational model of care to persons suffering from depression, in terms of territorial polyclinics*. Moscow, 2000. 19 p. (in Russian).
7. Kornetov N.A. *Depressive disorder (diagnostics, systematics, semiotika, therapy)*. 2nd ed. Tomsk, Siberian publishing house, 2003. 119 p. (in Russian).
8. Krasnov V.N. *Affective spectrum disorders*. Moscow, Practical medicine Publ., 2011. 432 p. (in Russian).
9. Mosolov S.N. *Clinical application of modern antidepressants*. Saint-Petersburg, 1995. 568 p. (in Russian).
10. Mosolov S.N. *Basis of psychopharmacology*. Moscow, East Publ., 1996. 288 p. (in Russian).
11. Smulevich A.B., Doubnitskaya E.B. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*, 2012, vol. 11, iss. 2. pp. 11–20 (in Russian).
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, American Psychiatric Association, 1987. P. 567.
13. Angst F. et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J. Affect. Dis.*, 2002, vol. 68 (2–3), pp. 167–181.
14. Badamgarav E., Weingarten S.R., Henning J.M., Knight K., Hasselblad V., Gano A.Jr., Ofman J.J. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am. J. Psychiatry*, 2003, Dec., vol. 160, no. 12, pp. 2080–2090.
15. Bertakis K.D., Helms L.J., Callahan E.J., Azari R., Robbins J.A. The influence of gender on physician practice style. *Med. Care*, 1995, vol. 33, no. 4, pp. 407–416.
16. Bertakis K.D., Franks P., Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 2003, vol. 58, no. 2, pp. 69–75.
17. Bijl D., van Marwijk H.W., de Haan M., van Tilburg W., Beekman A.J. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur. J. Gen. Pract.*, 2004, Mar., vol. 10, no. 1, pp. 6–12.
18. Bijl R.V., de Graaf R., Hiripi E. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff.*, 2003, vol. 22, pp. 122–133.
19. Branney P., White A. Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2008, vol. 14, no. 4, pp. 256–262.
20. Casini F., Sighinolfi C., Tedesco P., Bologna M., Colombini N., Curcetti C., Magnani M., Morini M., Serio A., Tarricone I., Berardi D., Menchetti M. Primary care Physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna. *BMC Family Practice*, 2013, vol. 14, no. 75.
21. Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press, 1995. 382 p.
22. Fenton W.S., Stover E.S. Mood disorders: cardiovascular and diabetes Comorbidity. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2006, July., vol. 19, no. 4, pp. 421–427.
23. Gershon E.S., Hamovit J., Guroff J.J. A family study of schizoaffective, bipolar I, unipolar, and normal control probands. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, vol. 39, pp. 1157–1167.
24. Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. *Jama*, 2003, vol. 289, no. 23, pp. 3145–3151.
25. Gollan J.K., Fava M., Kurian B., Wisniewski S.R., Rush A.J., Daly E., Miyahara S., Trivedi M.H. What are the clinical implications of new onset worsening anxiety during the first two weeks of SSRI treatment for depression? *Depress. Anxiety*, 2012, vol. 29, no. 2, pp. 94–101.
26. Greden J.F. Physical symptoms of depression: unmet needs. *J. Clin. Psychiatry*, 2003, vol. 64, suppl. 7, pp. 5–11.
27. Guaiana G., Gupta S., Chiodo D., Davies S.J.C., Haederle K., Koesters M. *Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression* (Review). John Wiley & Sons, Ltd, The Cochrane Collaboration, 2013, issue 12. 132 p.
28. Ibrahim A.K., Kelly S.J., Adams C.E., Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J. Psychiatr. Res.*, 2013, Mar., vol. 47, no. 3, pp. 391–400. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.015. Epub. 2012. Dec. 20.
29. Janca A., Ustun T.B., Isaac M. МКБ-10. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств. СПб.: Оверлайд, 1994. 57 с.
30. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., Rush A.J., Walters E.E., Wang P.S. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 2003, Jun., vol. 289, no. 23, pp. 3095–3105.
31. Kirmayer L.J., Robbins J.M., Dworkind M., Yaffe M.J. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *J. Psychiatry*, 1993, May, vol. 150, no. 5, p. 41.
32. Kroenke K., Lucas C.A., Rosenberg M.L., Scherokman B., Herbers J.E., Wehrle P.A., Boggi J.O. Causes of persistent dizziness. A prospective study of 100 patients in ambulatory care. *Ann. Intern. Med.*, 1992, Dec., vol. 117, no. 11, pp. 898–904.
33. Kroenke K., Jackson J.L. Outcome in general medical patients presenting with common symptoms: a prospective study with a 2-week and a 3-month follow-up. *Fam. Pract.*, 1998, Oct., vol. 15, no. 5, pp. 398–403.
34. Kroenke K., Lucas C.A., Rosenberg M.L., Scherokman B.J. Psychiatric disorders and functional impairment in patients with persistent dizziness. *J. Gen. Intern. Med.*, 1993, Oct., vol. 8, no. 10, p. 5.
35. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., Linzer M., Hahn S.R., de Gruy F.V. 3rd, Brody D. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch. Fam. Med.*, 1994, Sep., vol. 3, no. 9, pp. 9.
36. Kupfer D.J. Long-term treatment of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 1991, vol. 52, suppl. B. 12, pp. 28–34.
37. Kupfer D.J. Management of recurrent depression. *J. Clin. Psychiatry*, 1993, vol. 54, suppl. 2, pp. 29–33.
38. Lecrubier Y. How do you define remission? *Acta. Psychiatr. Scand.*, suppl., 2002, vol. 415, pp. 7–11.
39. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European countries. *J. Clin. Psychiatry*, 2007, vol. 68, suppl. 2, pp. 36–41.
40. Leuchter A.F., Husain M.M., Cook I.A., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., Gilmer W.S. Painful physical symptoms and treatment outcome in major depressive disorder: a STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) report. *Psychol. Med.*, 2010, vol. 40, suppl. 2, no. 51, pp. 239–251.
41. Mccarron R.M., Xiong G.L., Bourgeois J.A. *Lippincott's Primary Care Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2009. 272 p.
42. Murray C., Lopez A. (eds). *Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. (Global Burden of Disease and Injury Series). Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996. 356 p.
43. Neumeier-Gromen A., Lampert T., Stark K., Kallischnigg G.

- Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med. Care*, 2004, Dec., vol. 42, no. 12, pp. 1211–1221.
44. Parikh S.V., Lam R.W. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence, and health burden. *J. Psychiatry*, 2001, Jun., suppl. 46, pp. 13–20.
45. Patten S.B., Wang J.L., Williams J.V. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can. J. Psychiatry*, 2006, vol. 51, no. 2, pp. 84–90.
46. Paykel E.S., Ramana R., Cooper Z., Hayhurst H., Kerr J., Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol. Med.*, 1995, Nov., vol. 25, no. 6, p. 80.
47. Sartorius N. Physical symptoms of depression as a public health concern. *J. Clin. Psychiatry*, 2003, vol. 64, suppl. 7, pp. 3–4.
48. Scott K.M., Oakley Browne M.A., Wells E.J. Prevalence, impairment and severity of 12-month DSM-IV major depressive episodes in Te Rau Hinengaro: New Zealand Mental Health Survey 2003. *N. Z. J. Psychiatry*, 2010, Aust., vol. 44, no. 8, pp. 750–758.
49. Slade T., Johnston A., Oakley Browne M.A., Andrews G., Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2009, Jul., vol. 43, no. 7, pp. 594–605.
50. Spitzer R.L., Hahn S.R. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. results from the prime-md 1000 study. *Jama*, 1995, Nov., vol. 274, no. 19, pp. 1511–1517.
51. Steiner M., Yonkers K.A. *Depression in Women: Mood Disorders associated with reproductive cyclicity*. Martin Dunitz Ltd, 1998. 89 p.
52. Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *N. Z. J. Psychiatry*, 2009, Aust., vol. 43, no. 7, pp. 594–605.
53. Tutton R. Personalizing medicine: futures present and past. *Soc. Sci. Med.*, 2012, Nov., vol. 75, no. 10, pp. 1721–1728. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.031. Epub. 2012. Aug 4.
54. Ustun T.B. WHO collaborative study: an epidemiological survey of Psychological Problems in General Health Care in 15 centres world wide. *Int. Rev. Psych.*, 1994, vol. 6, pp. 357–363.
55. Wang J., Langille D.B., Patten S.B. Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. *Psychiatr. Serv.*, 2003, vol. 54, no. 6, pp. 878–883.
56. Warden D., Trivedi M.H., Carmody T., Toups M., Zisook S., Lesser I., Myers A., Kurian K.R., Morris D., Rush A.J. Adherence to antidepressant combinations and monotherapy for major depressive disorder: a CO-MED report of measurement-based care. *J. Psychiatr. Pract.*, 2014, Mar., vol. 20, no. 2, pp. 118–132.
57. Warner E.A., Wallach P.M., Adelman H.M., Sahlin-Hughes K. Dizziness in primary care patients. *J. Gen. Intern. Med.*, 1992, Jul.–Aug., vol. 7, no. 4, pp. 454–463.
58. Williams J.W. Jr., Gerrity M., Holsinger T., Dobscha S., Gaynes B., Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2007, Mar.–Apr., vol. 29, no. 2, pp. 91–16.
59. *World Health Organization (WHO). The global burden of disease: 2004 update*. Geneva (CH): WHO; 2008. Table 13. P. 44.
60. *World Health Organization ICD-10, Chapter V. Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Ed. J.E. Cooper. Diagnostic Criteria for Research, Geneva: WHO, Churchill Livingstone, 1994. 419 p.

Kornetov Nikolai A. (✉), Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ **Kornetov Nikolai A.**, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru