

**ГБОУ ВПО МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.И.  
ЕВДОКИМОВА**

**КАФЕДРА НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

# **ДЕПРЕССИЯ В НЕВРОЛОГИИ**

**Лекцию подготовила к.м.н. Сазонова А.Г.**

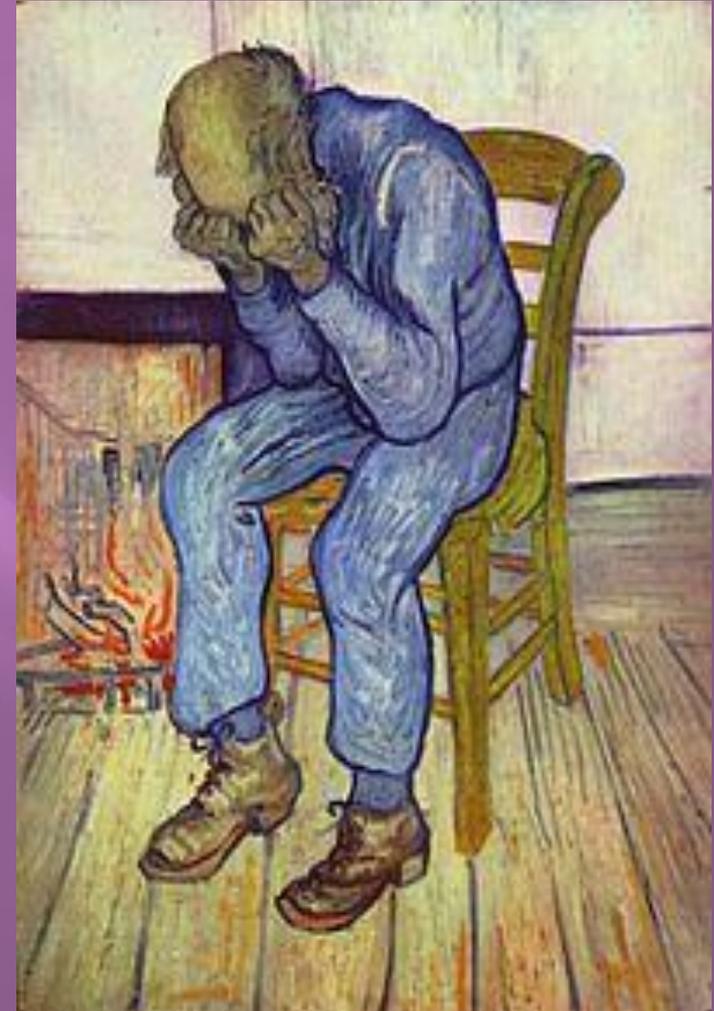
Эксперты ВОЗ относят депрессию к наиболее распространенным психическим заболеваниям.



По статистическим данным в мире депрессию испытывают от 10 до 26% женщин и от 5 до 12% мужчин. Очевидно, что эти данные далеко не полны, так как многие больные депрессией не попадают в поле зрения психиатров.

# Что же такое депрессия?

- **Депрессия** (от лат. *deprimo* — «давить», «подавить») — это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной заторможенностью.



- Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в три раза чаще. Также депрессии и депрессивным состояниям подвержено около 5 % детей и подростков в возрасте от 10 до 16 лет. Общая распространённость депрессии в *юношеском возрасте* составляет от 15 до 40 %, чему соответствует и *большая*



# Депрессия в истории

- Знаменитый древнегреческий врач Гиппократ подробно описывал под названием «меланхолия» состояние, очень напоминающее наше сегодняшнее определение депрессии.
- Лечение депрессии по Гиппократу состояло в назначении настойки опия, тёплых очистительных клизм, в психологической поддержке (рекомендовалось больного «ободрять и веселить»), длительных тёплых ваннах, массаже и питье минеральной воды одного из известных источников на Крите (как выяснилось позднее, уже во времена Парацельса, эта вода содержала большое количество ионов брома, магния и лития).
- Гиппократ также обратил внимание на зависимость состояния многих депрессивных больных от погоды и времени года, на сезонную периодичность депрессий у многих больных, на улучшение состояния некоторых больных после бессонной ночи.

# Этиология депрессии

- Депрессия может быть результатом драматических переживаний, например потери близкого человека, работы, общественного положения. В таких случаях речь идёт о реактивной депрессии. Она развивается как *реакция* на некое внешнее событие, ситуацию. Согласно некоторым теориям, депрессия иногда возникает при чрезмерной нагрузке мозга в результате стресса, в основе которого могут лежать как физиологические, так и психосоциальные факторы.
- Если психологические или соматические причины депрессии отсутствуют или не очевидны, такая депрессия называется эндогенной, то есть как бы «происходящей изнутри». Приблизительно в одной трети (около 35%) случаев манифестные депрессии возникают без

# Депрессия

## формальные критерии диагностики

*Депрессивные симптомы разделяются на типичные (основные) и дополнительные. При наличии депрессии должны присутствовать два основных симптома и не менее трёх дополнительных (МКБ-10).*

**К типичным (основным) симптомам депрессии относятся:**

- Подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- Ангедония - потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- Выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (не менее месяца).

# Депрессия

## формальные критерии диагностики

### Дополнительные симптомы:

- Пессимизм;
- Чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
- Заниженная самооценка;
- Неспособность концентрироваться и принимать решения;
- Мысли о смерти и (или) самоубийстве;
- Нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе;
- Нарушенный сон, присутствие бессоницы или сонливости.

- **Легкий** депрессивный эпизод (субдепрессия) – два из трех основных симптомов + два дополнительных, снижения социального или профессионального функционирования не наблюдается, ни один из симптомов болезни не выражен значительно
- Депрессия **средней тяжести** – два основных проявления + три-четыре дополнительных симптома, выражены умеренно, определяются затруднения в социальном и профессиональном функционировании
- **Тяжелая** депрессия – три основных симптома выражены ярко и отчетливо + более четырех дополнительных, выявляются суицидальные тенденции, выраженные нарушения социального функционирования и

■ Если депрессивные эпизоды продолжительностью не менее 2-ух недель повторяются с интервалом в несколько месяцев, по меньшей мере дважды, то диагностируют повторные или рекуррентные депрессивные эпизоды.



# Соматические жалобы пациента с депрессией



- Чувство усталости
- Общая слабость
- Сниженная работоспособность
- Повышенная раздражительность
- Вегетативные проявления (сердцебиение, одышка, тошнота, сухость во рту, несистемное головокружение)
- Болевые ощущения в различных частях тела
- Нарушения сна
- Расстройства аппетита
- Снижение полового влечения и расстройства менструального цикла

# За многочисленными мотивационными, соматическими и вегетативными жалобами нередко скрывается депрессия.

- Такие пациенты не осознают свое депрессивное расстройство, убеждены в существовании и них редкого, не диагностированного соматического или неврологического заболевания, настаивают на продолжении обследования, повторении анализов и на повторных



- Распознать депрессию возможно, лишь будучи хорошо информированным о клинических проявлениях депрессии и нацеленным на ее диагностику.
- Необходимо целенаправленно расспрашивать пациента обо всем спектре его негативных ощущений, оценивать его внешний вид, анализировать все изменения, произошедшие в его повседневной жизни за последнее время, выявлять психотравмирующие ситуации их причинно-следственную связь с основными симптомами болезни.



# Ряд клинических проявлений, которые должны насторожить врача и заставить его подумать о депрессии.

- Многочисленность, противоречивость, изменчивость жалоб, которые не соответствуют конкретному заболеванию.
- Несоответствие жалоб, которые предъявляет больной данным, полученным при осмотре или при помощи дополнительных методов обследования.
- Ранние утренние пробуждения на 2-3 часа раньше обычного с чувством разбитости, плохого настроения, тоски и с отсутствием ощущения



- Снижение аппетита, существенное снижение количества принимаемой пищи и быстрое снижение массы тела за последние месяцы.
- Суточное распределение проявлений болезни с пиком плохого самочувствия в утренние часы и некоторое его улучшение к вечеру.
- Постоянное чувство усталости, которое не следует за какой-либо деятельностью, а чаще всего предшествует умственной или физической нагрузке.
- Настойчивое и постоянное обращение за медицинской помощью, несмотря на полное отсутствие результатов лечения.



# Особенности анамнеза у пациентов с депрессией

- Сведения о депрессии у родственников, особенно первой степени родства
- Наличие в анамнезе эпизодов плохого самочувствия со сходными симптомами, особенно сезонные обострения в осенне-зимний период
- Депрессивные эпизоды и суицидальные попытки в анамнезе самого пациента
- Алкоголизм у самого больного или в семье
- Указания в анамнезе на применение психотропных средств



# Внешний вид пациента с депрессией



- ▣ Одевается без особой тщательности, чаще небрежно
- ▣ Походка вялая, осанка сутулая, голова опущена, жесты замедлены и лишены выразительности
- ▣ Могут присутствовать общая заторможенность или же моторное беспокойство и суетливость
- ▣ Мимика бедная (гипомимия), речь тихая, монотонная, лишенная модуляций
- ▣ Взгляд чаще не направлен на врача, тусклый, безразлич-ный или напротив несчастный, страдальческий
- ▣ Больной может быть слезлив, крайне фиксирован на своем соматическом жалобе

Обычно больной легко соглашается с диагностикой органического неврологического заболевания, но любое подозрение на расстройство психики воспринимает негативно. Это связано со многими причинами.



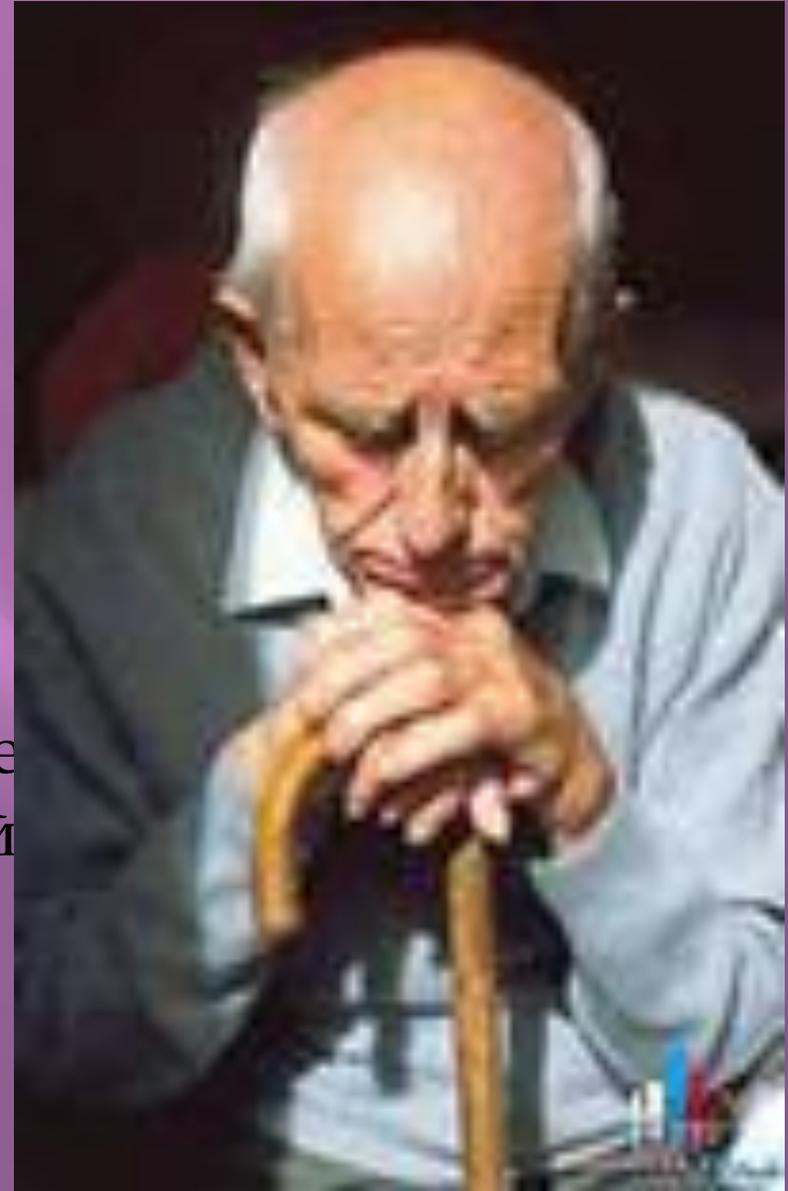
- Одна из них – социальная. Прежде всего неприемлемость психического заболевания как для самого больного, так и для его родственников.
- Вторая причина – отношение к депрессии не как к болезни, а как к чему-то несерьезному. Депрессия воспринимается как слабость характера, которую нужно перебороть самостоятельно, ее стыдятся и скрывают от окружающих.
- Третья – неосознание своего эмоционального неблагополучия, непонимание своих внутренних ощущений. Пациенту трудно отличить душевное переживание от соматического (тоска-тяжесть за грудиной и др.).
- Четвертая причина – неправильные причинно-следственные связи, которые сводятся к убежденности во вторичности всех депрессивных симптомов, пациент считает, что если убрать неприятные вегетативно-соматические симптомы, то к нему вернется радость

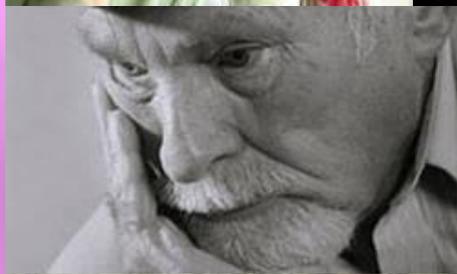
Депрессия у неврологических больных чаще всего протекает в скрытой, атипичной форме и нередко сочетается с органической патологией.



- Подобная депрессия вторична по отношению к основному заболеванию и является прямым следствием поражения мозговых структур.
- Наиболее часто различная выраженность депрессивной симптоматики наблюдается при паркинсонизме, хорее, сосудистых поражениях головного мозга, рассеянном склерозе, болезни Альцгеймера, опухолях, алкогольной и посттравматической энцефалопатии.

- При паркинсонизме депрессия диагностируется в 30-90% случаев. Иногда заболевание дебютирует с депрессивной симптоматикой, опережая двигательные проявления болезни.
- Постинсультная депрессия развивается у 20-50% пациентов в первый год после развития инсульта (в поздний восстановительный период), чаще при поражении левой лобной доли и левых базальных ганглиев.





- Частота встречаемости депрессий в позднем возрасте у больных с верифицированными цереброваскулярными заболеваниями привела к появлению концепции «сосудистой депрессии».
- Предлагаются следующие отличительные черты: поздний возраст начала депрессии (после 50 лет), потеря интересов, инициативы, явное преобладание апатии (*равнодушное, безучастное ко всему отношение, пассивное, нетворческое состояние*) и психомоторной заторможенности над чувством вины и тоски, повышенная

- Депрессивные расстройства могут развиваться одновременно с симптомами прогрессирующей деменции, причем депрессия наблюдается чаще при сосудистой деменции, чем при болезни Альцгеймера.
- Дифференциальная диагностика этих состояний весьма сложна, т.к. ряд симптомов у этих состояний идентичны.
- В связи с этим широко используется термин псевдодеменция, которым обозначают снижение когнитивных функций, характерных для депрессии.
- Различают: 1.-минимальную депрессию, 2.-большую депрессию без когнитивных нарушений, 3.-большую депрессию с когнитивными нарушениями, 4.-деменцию без депрессии, 5.-деменцию с депрессией, 6.-независимое существование деменции и депрессии.



# Депрессия может быть ответом на длительную лекарственную терапию.

*Перечень препаратов достаточно велик, многие из них достаточно часто используются в повседневной практике:*

- ▣ *Гипотензивные препараты* (резерпин, клонидин,  $\beta$ -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов – верапамил, нимотоп, нифедипин)
- ▣ *Гормональные средства* (кортикостероиды, глюкокортикоиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы)
- ▣ *Противосудорожные препараты* (клоназепам, барбитураты)
- ▣ *Анальгетики и НПВС*
- ▣ *Сердечные гликозиды* (из группы препаратов наперстянки, прокаинамид)
- ▣ *Антибиотики* (циклосерин, гризеофульвин, налидиксиновая кислота), *сульфаниламиды*
- ▣ *Химиотерапевтические средства* (метотрексат, винбластин, винкристин и др.)

- Депрессия может возникать после отмены длительно применявшихся *транквилизаторов*, а иногда и на фоне их приема
- Нейролептические депрессии возникают на фоне длительного приема больших доз *нейролептиков* (флуфеназин, бутерофеноны, рисперидон), которые протекают с явлениями психической анестезии, нарушениями сна, экстрапирамидными расстройствами, акатизией (неспособность больного долго сидеть спокойно в одной позе или долго оставаться без движения)
- После длительного применения *противопаркинсонических средств* (леводопа, мидантан)
- Перечисленные варианты относят к соматогенным, т.е. к депрессиям, при которых основную роль в их возникновении играет органическое неврологическое заболевание, соматическое заболевание или применяемые средства терапии



■ Другой вариант депрессии – реактивная или психогенная депрессия как следствие воздействия психотравмирующей ситуации или как ответ на острый эмоциональный стресс.



■ Она может предшествовать соматическому или неврологическому заболеванию или сосуществовать вместе с ним. Один из вариантов развития такой депрессии – это реактивное состояние в ответ на болезнь.



■ Присоединившаяся депрессия всегда видоизменяет клиническую симптоматику основного органического заболевания и ухудшает его течение.



Нередко у больного наблюдается сразу несколько причин развития депрессии:

- Депрессия, как «психологический ответ» на множественный неврологический дефект, возникший в результате заболевания ЦНС
- Депрессия, как прямое следствие локального поражения мозга
- Депрессия, как ответ на длительно применявшуюся лекарственную терапию
- Психогенная или эндогенная депрессия, существовавшая еще до развития неврологического заболевания, которая лишь усугубилась при присоединении неврологической патологии

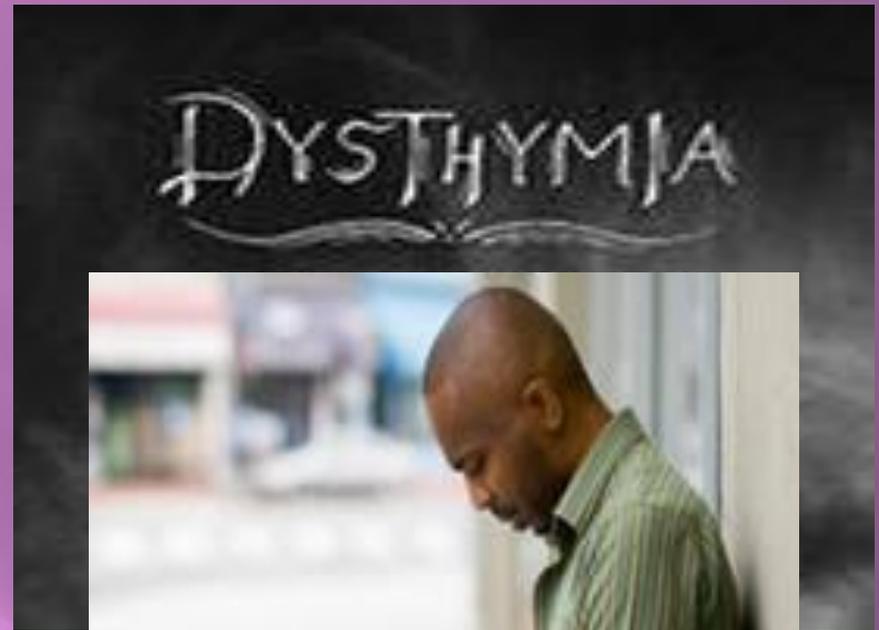
- Наибольшие трудности испытывает врач столкнувшись с атипично протекающей, соматизированной депрессией. Основные жалобы у таких пациентов на постоянное чувство усталости и хроническую боль.
- Хронические болевые синдромы и депрессия сочетаются в 50-60%. Стойкие идиопатические алгии – одна из «масок» депрессии. Болевой синдром может иметь различную локализацию. При активном расспросе выясняется, что локализация болей шире, чем первоначально представляется, нередко формируется «болевое поведение». Наиболее часто депрессия лежит в основе формирования ежедневных хронических головных болей. Но лидером по представленности депрессии является фибромиалгия.
- Депрессия может быть реакцией и на выраженный, длительно существующий болевой синдром. Таким образом, депрессия может быть как *первичной*, так и *вторичной* по отношению к

- При депрессиях может наблюдаться плохой аппетит и снижение массы тела (чаще при больших депрессиях). В ряде случаев – повышенный аппетит, когда больные «заедают» свою депрессию (чаще при маскированных, малых депрессиях).
- Нарушения сна (инсомния-расстройство, связанное с трудностями инициации или поддержания сна). По течению выделяют острые- длительностью менее 3-х недель и хронические – длительностью более 3-х недель. Инсомнию длительностью менее 1-недели определяют как транзиторную или ситуационную



■ Хронический затяжной вариант течения депрессии носит название дистимии.

■ О дистимии говорят в том случае, когда депрессивное состояние продолжается у больного *не менее двух лет*.



# Нарушения пищевого поведения

- При депрессии чаще наблюдается снижение аппетита, что сопровождается снижением массы тела.
- **Анорексия и истощение** настолько часто сопровождают депрессию, что считаются одним из облигатных ее признаков и включаются в качестве критериев диагностики депрессии практически во все известные опросники.
- Наблюдается не только снижение аппетита или его отсутствие, но нередко пища становится безвкусной или начинает вызывать отвращение. Отвращение может вызывать запах или вид пищи. Прием пищи не сопровождается удовольствием (едят, потому что нужно есть или их заставляют принимать пищу), часто сочетается с повышенной насыщаемостью (после приема малых количеств пищи ощущает переполнение желудка, тошноту).

# Нарушения пищевого поведения

- Анорексия приводит к резкому сокращению количества пищи и снижению массы тела.
- Тесно связана с другими проявлениями депрессии, наиболее выражена в первой половине дня.
- Необходима дифференциальная диагностика с нервной анорексией.



# Нарушения пищевого поведения

- Нервной анорексией болеют в основном девушки. Пик заболеваемости - подростковый и юношеский возраст.
- Основные признаки - снижение массы тела более чем на 15% от исходной, болезненная убежденность в собственной полноте, даже несмотря на низкую массу, аменорея.
- В основе болезни лежит стремление похудеть, которое больные реализуют посредством диеты, изнурительных физических упражнений, а нередко клизм, слабительных и



# Нарушения пищевого поведения

- При депрессивных расстройствах может наблюдаться **эмоциогенное пищевое поведение** (гиперфагическая реакция на стресс).
- Переедание может наступать не сразу, а после короткой аноректической реакции.
- Переедание в период стресса можно назвать **пищевым пьянством**, при котором тучные люди заедают свои горести
- 30% популяции «заедают» дистресс.
- Эмоциогенная еда наблюдается у трети здоровых



# Нарушения пищевого поведения

- Высокоуглеродная пища приводит к быстрому и значительному повышению сахара в крови.
- При гиперинсулинемии меняется проницаемость гематоэнцефалического барьера, он становится избирательно более проницаем для триптофана.
- В ЦНС увеличивается количество триптофана, и в результате усиливается синтез серотонина.
- Наступает о



# Нарушения пищевого поведения

У эмоциогенного пищевого поведения существует несколько подвидов, к которым относят

- **синдром ночной еды** (утренняя анорексия + вечерняя и ночная булимия + инсомния),
- **компульсивное пищевое поведение** (прием больших количеств пищи в дискретный период, не превышающий 2 часов + чувство потери контроля над приемом пищи),
- **булимию в рамках сезонных аффективных расстройств** (только в темное время года с конца октября по начало марта; сочетает в себе депрессию, дневную гиперсомнию, синдром предменструального напряжения, булимию, повышение массы тела).

# Нарушение полового влечения

- Достаточно частым симптомом депрессии является нарушение половой функции: снижение полового влечения, импотенция и фригидность, снижение интенсивности оргазма или аноргазмия.
- Многие больные отказываются от сексуальных отношений, так как не испытывают удовольствия; после полового акта может отмечаться усиление депрессивной симптоматики.
- Нарушения половой функции у мужчин в большинстве случаев (до 90%) имеют психогенную природу.
- У молодых женщин депрессия может приводить к различным нарушениям менструального цикла (дис – или аменорея, ановуляторные циклы, бесплодие). Эти нарушения облигатно сопровождаются нарушением полового влечения и

# Нарушение полового влечения

- Синдромом, демонстрирующим особую связь мотивационных и аффективных нарушений с функцией половых желез, является синдром предменструального напряжения.
- Встречается в выраженной форме примерно у 25% женщин (синонимы - предменструальное дисфорическое заболевание или поздняя лютеиновая дисфорическая фаза).
- Клиническая симптоматика - за 7-10 дней до начала очередной менструации, исчезает с ее наступлением. Отмечаются подавленное настроение, раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, обидчивость, агрессивность, враждебность. Женщинам кажется, что их жизнь потеряла смысл, появляется ощущение собственной беспомощности и ненужности, у некоторых - страх сойти с ума. Наряду с этим вегетативные расстройства, головные боли, боли и чувство дискомфорта внизу живота. Может повышаться аппетит, наблюдаются нарушения сна (дневная сонливость и увеличения продолжительности сна, при этом сон прерывистый, беспокойный и не приносит ощущения отдыха).

# Нарушения сна

- У 83 - 99% больных, страдающих депрессией, наблюдаются нарушения сна.
- У одних пациентов они являются ведущей жалобой, у других отмечаются в ряду других клинических симптомов, характерных для депрессии. Так или иначе, они являются одним из критериев диагностики депрессии.
- Взаимосвязь нарушений сна и депрессии является чрезвычайно тесной: наличие упорных нарушений сна всегда служит основанием для исключения скрытой депрессии, проявляющейся под маской указанных нарушений.

# Нарушения сна

- Клинические проявления нарушений сна при депрессии имеют ряд характерных черт. Отмечаются, как правило, *постсомнические расстройства*. Эти больные говорят о том, что они засыпают более-менее удовлетворительно, но рано пробуждаются и уже не могут больше заснуть. Утренние часы - это тяжелые часы для больных депрессией, именно в это время обостряется симптоматика, а к вечеру состояние больных улучшается. Такие пациенты чаще страдают тоскливой депрессией.
- У пациентов с тревожной или ажитированной депрессией нередко нарушено засыпание (*пресомнические расстройства*) и отмечается даже противоположное явление - компенсаторное удлинение утреннего сна.

# Нарушения сна

Различают 4 вида расстройств сна:

- Инсомнии
- Гиперсомнии
- Нарушения режима сна и бодрствования
- Парасомнии (нежелательные события (поведенческие реакции) происходящие во время сна или другими словами -деструктивное нарушения сна -ночные кошмары, ночные страхи, лунатизм, пробуждение со спутанным сознанием и др.)



# Нарушения сна



- В МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна совокупно подразумеваются «первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна».

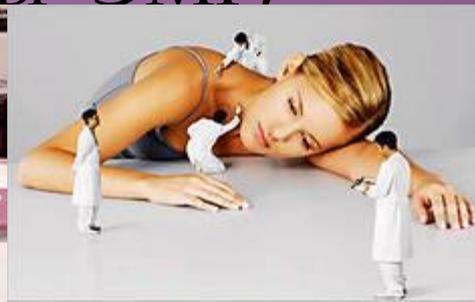
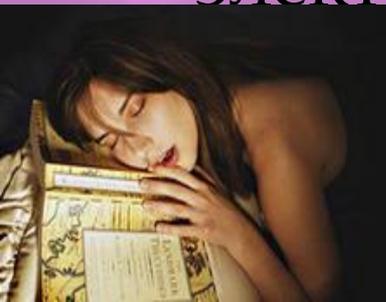


- Инсомния – расстройство, связанное с трудностями инициации или поддержания сна.
- В DSM-IV инсомния определяется как дефицит качества и количества сна, необходимый для нормальной дневной деятельности.



# Инсомния

- По течению выделяют острые (длительностью менее 3-х недель) и хронические (длительностью более 3-х недель) инсомнии.
- Если длительность менее 1 недели, то инсомнию определяют как транзиторную или ситуационную.
- Объективное исследование больных обязательно включает полисомнографию (одновременная регистрация ЭЭГ, электромиограммы -ЭМГ,



# Базовые функциональные состояния организма

- **Бодрствование** (может быть расслабленным и напряженным).

*Расслабленное бодрствование (ЭЭГ)-  $\alpha$ -ритм, преобладающий в затылочных долях, в передних отведениях доминирует  $\beta$ -ритм.*

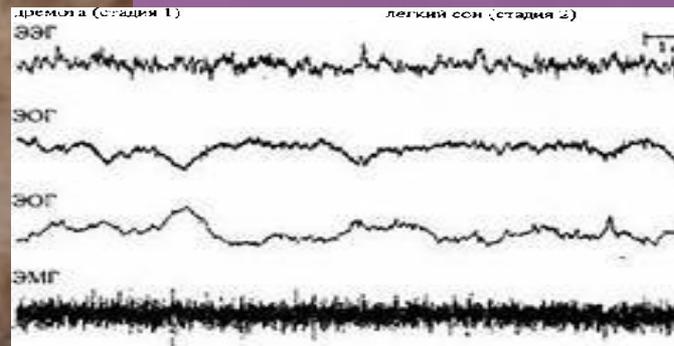
*Напряженное бодрствование – уплощение кривой, возрастание частоты и уменьшение амплитуды колебаний, т.е. десинхронизация.*

- **Сон** (*фаза медленного сна или сна без сновидений, ортодоксального сна и фаза быстрого сна или сна со сновидениями, парадоксального сна, сна с быстрыми движениями глаз*).

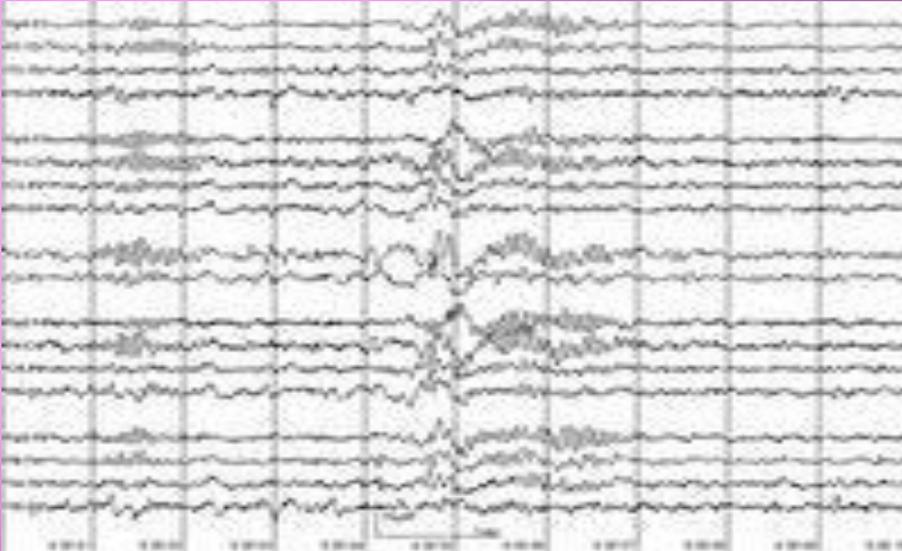
# Фазы медленного сна (сон без сновидений, ортодоксальный сон)



- 1-ая фаза (дремота) – замедление частоты основного ритма (характерного для бодрствования), появление  $\beta$ - и  $\theta$ -волн (ЭЭГ), снижение ЧСС, ЧДД, АД и мышечного



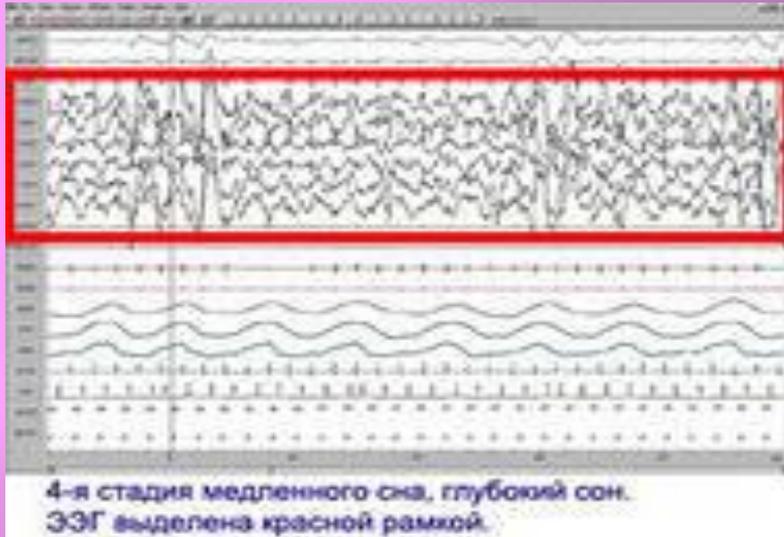
# Фазы медленного сна (сон без сновидений, ортодоксальный сон)



- 2-ая фаза (стадия «сонных веретен») – основной феномен (ЭЭГ)-колебания синусоидальной формы с частотой 11,5-15 Гц и амплитудой около 50 мкВ ( $\sigma$ -ритм) + К-комплексы (двух- и трехфазные волны, превосходящие фоновые), могут быть апноэ (менее 10 сек).



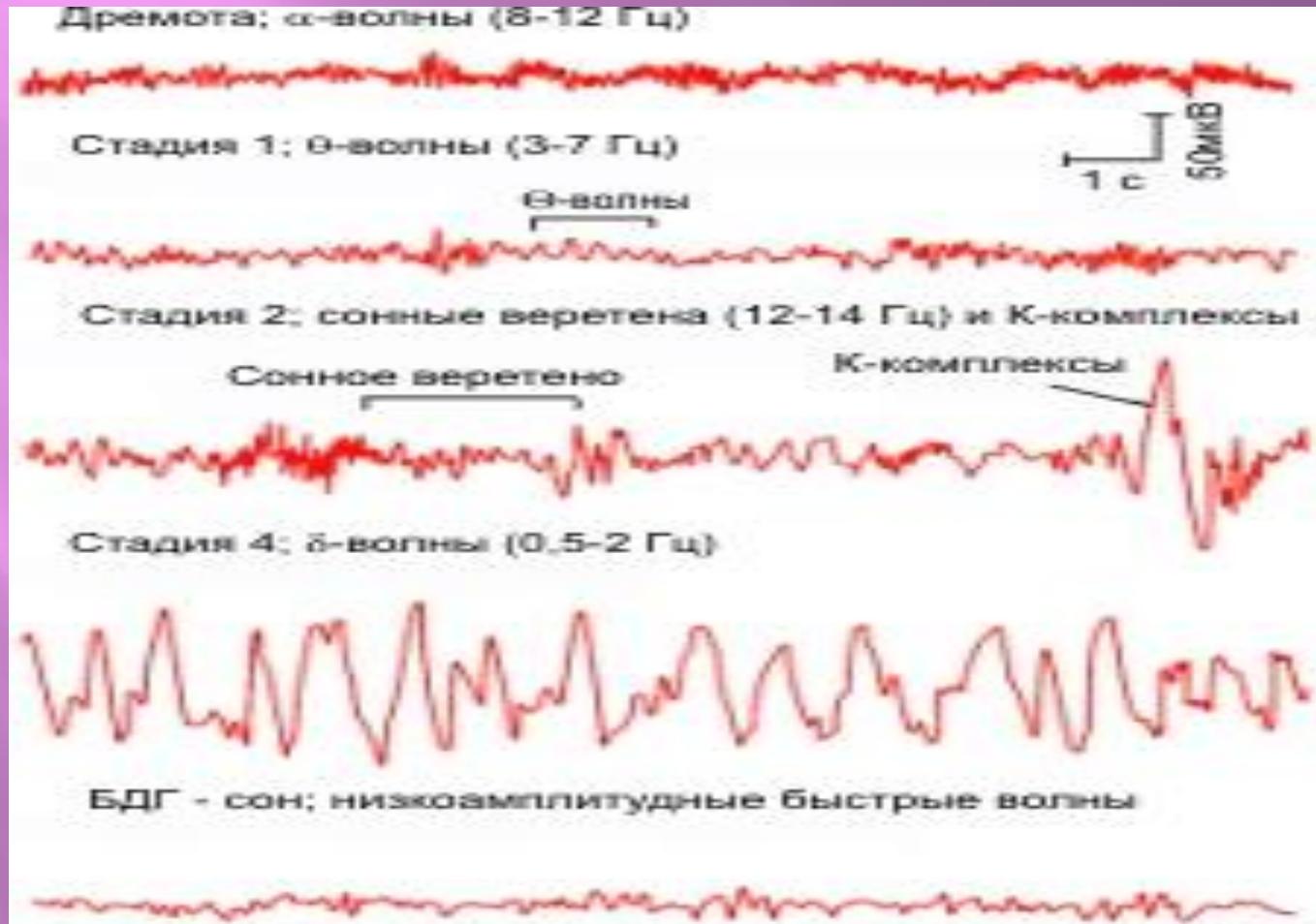
# Фазы медленного сна (сон без сновидений, ортодоксальный сон)



3 и 4 фазы (дельта-сон)- характеризуется медленными колебаниями  $\delta$ -диапазона (ЭЭГ), дыхание ритмичное, медленное, АД снижено, ЭМГ имеет низкую амплитуду, движение глаз в 4-ую стадию прекращается. Наиболее глубокие стадии сна. (2007г.- Американская ассоциация медицины сна объединяет их в общую 3-

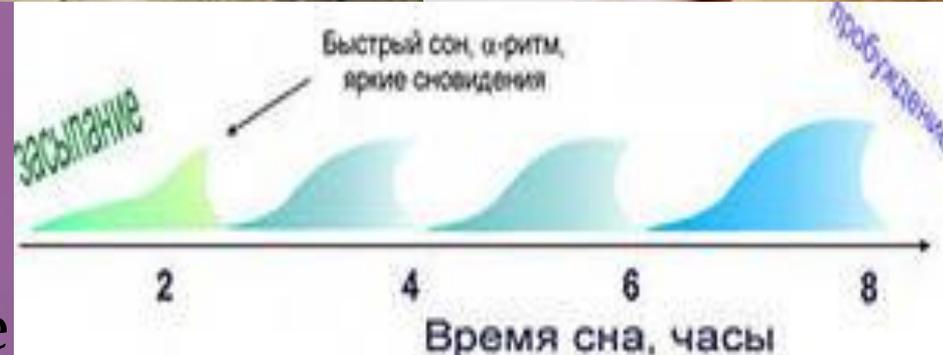
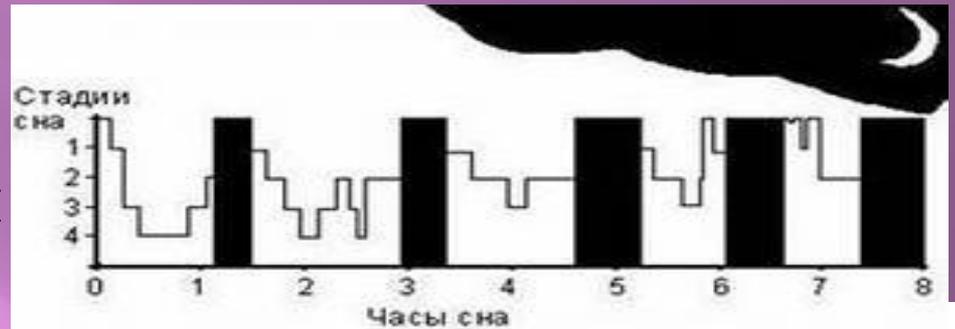
# Фазы медленного сна (сон без сновидений, ортодоксальный сон)

## ЭЭГ феномены



# Фаза быстрого сна (сон со сновидениями, парадоксальный сон)

- Фаза быстрого сна характеризуется быстрыми движениями глаз (БДГ), очень низкой амплитудой ЭМГ, «пилообразным»  $\theta$ -ритмом, сочетающимся с нерегулярной ЭЭГ, при этом – «вегетативная буря» с дыхательной и сердечной аритмией, колебаниями АД, эпизодами апноэ (менее 10 сек.), эрекцией.



# Функции сна

- Традиционно считается, что основная функция ФМС – **восстановительная** (метаболическая, трофотропная). Доказательство тому – максимальная секреция соматотропного гормона в дельта-δ-сне, значительное увеличение синтеза клеточных белков и рибонуклеиновых кислот, фосфатергических связей.
- Функция ФБС – переработка информации и создание программы поведения на будущее (**функция поиска решений**, не найденных в бодрствовании – «утро вечера мудренее»).

# Функции сна

- Во время ФБС клетки мозга чрезвычайно активны, однако информация от органов чувств к ним не поступает и на мышечную систему не подается. В этом и заключается парадоксальный характер этого состояния. При этом интенсивно перерабатывается та информация, которая была получена в предшествующем бодрствовании и хранится в памяти.
- В ФБС происходит передача наследственной, генетической информации, имеющей отношение к организации целостного поведения, в оперативную память, реализуемую на нейрональном уровне.
- Подтверждением такого рода интенсивных психических процессов служит появление эмоционально окрашенных сновидений



# Функции сна

- ФБС сменяет ФМС обычно каждые 90-100 мин. (1,5 часа). Выход из ФМС осуществляется последовательно сменой 4-й, 3-й, 2-й стадий ФМС, после чего возникает ФБС.
- В течение ночи наблюдается 4-5 циклов сна.
- Первый цикл сна является голограммой (матрицей) всего сна. В нем максимально представлен дельта-сон и минимально быстрый сон. Физическая и умственная нагрузка перед сном влияют в наибольшей степени на первый цикл.
- Потребность в сне обратно пропорциональна возрасту: максимальна у младенцев и минимальна в старческом возрасте.

# Патогенез депрессии

- Основная «классическая» – **моноаминовая** теория депрессий и «рецепторная» модификация моноаминовой гипотезы.
- В основе – функциональные нарушения синтеза и обмена моноаминов: в основном **серотонина** и **норадреналина**, а также нарушение числа и чувствительности постсинаптических моноаминергических рецепторов.
- Имеет значение *нарушение нейрональной пластичности* мозговых структур, связанная с длительной гиперреактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (данные нейровизуализации свидетельствуют о структурных повреждениях мозга).



# Терапия депрессий

## антидепрессанты

- **Необратимые ингибиторы МАО-** (ипразид, нардил) необратимое ингибирование фермента моноаминооксидазы, которая находится в митохондриях нервной клетки. Роль ферментов МАО- инактивация моноаминов. Т.о. данные препараты препятствуют разрушению биологически активных моноаминов (норадреналина, допамина, серотонина) → увеличение количества нейромедиаторов. Имеют много побочных эффектов, в настоящее время не используются.
- **Обратимые ингибиторы МАО -избирательные ингибиторы МАО А** (аурорикс) и



# Терапия депрессий

## антидепрессанты

- Трициклические антидепрессанты (амитриптилин-триптизол, имипрамин-мелипрамин, кломипрамин-анафранил).
- Блокируют пресинаптический захват как норадреналина, так и серотонина → повышается их свободное содержание в синаптической щели → увеличивается длительность воздействия на рецепторы постсинаптической мембраны → улучшение синаптической передачи.
- ТЦА блокируют  $\alpha$ -адренергические, и мускариновые, и H-1 гистаминовые рецепторы → побочные действия (ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, снижение интеллектуально-мнестических функций, диплопия, сухость во рту, запоры, задержка мочи, сонливость, усиление аппетита, увеличение массы тела, снижение полового влечения, ослабление эрекции задержка эякуляции аноргазмия)



# Терапия депрессий

## антидепрессанты

- **Тетрациклические антидепрессанты** (мапротилин-лудиомил, миансерин-леривон, мirtазапин-ремерон)- препараты второго поколения.
- Лудиомил блокирует обратный захват норадреналина, обладает адренолитической и холинолитической активностью (широко применяется в геронтологии).
- Леривон – агонист норадреналина.
- Ремерон – смешанное норадреналин- и серотонин-позитивное действие, практически лишен адренолитических и холинолитических свойств, умеренный антигистаминный эффект.



# Терапия депрессий

## антидепрессанты

- **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)-флуоксетин (прозак, портал, флуоксетин-акри), сертралин (золофт, стимулотон), пароксетин (паксил, рексетин), флувоксамин (феварин), циталопрам (ципрамил).**
- **Обладают широким спектром действия с выраженным антипаническим, противотревожным, анальгетическим, анорексигенным эффектами (анорексигенный эффект максимально представлен у флуоксетина и флувоксамина,**



# Терапия депрессий

## антидепрессанты

- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)- милнаципран (иксел-100 мг\сут)-хорошо переносится, мягкое активирующее действие, нет седативного, терапевтический эффект на 3-10 день, минимально взаимодействует с другими лекарственными средствами и алкоголем, наиболее эффективен в лечении легких и средних депрессий, атипичных депрессий у соматических больных. применяется амбулаторно.





# Терапия депрессий

## антидепрессанты

- Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС)- тианептин (коаксил)- селективно улучшает синтез и обмен серотонина.
- Хорошо зарекомендовал себя в лечении тревожно-депрессивных расстройств, панических атак, алкоголизма, депрессивных состояний у соматических и неврологических больных, в геронтологической практике.
- В дозировках, значительно (в десятки раз) превышающих терапевтические, используется наркоманами для внутривенных инъекций многочисленными осложнениями.



# Правила назначения антидепрессантов

- Учитывать представленность у антидепрессантов других клинических эффектов: противотревожного, антипанического, седативного, стимулирующего, анальгетического, вегетостабилизирующего, гипнотического (т.е. всегда учитывать не только выраженность депрессии, но и сопутствующие ей симптомы).
- Индивидуальный подбор дозы (минимальные и средние).
- Длительность лечения должна быть достаточной и составлять не менее 8 недель (в ряде случаев до 6 месяцев).
- Клинический эффект отставлен и проявляется, как правило, к концу второй недели терапии.

# Правила назначения антидепрессантов

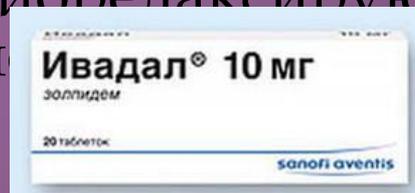
- Учет побочных действий, о которых следует заранее предупредить пациентов, возможно назначение ограничительных мероприятий (запрет на вождение автомобиля, избегать приема алкоголя и др. лекарств). Врачу не психиатру не следует сочетать два антидепрессанта друг с другом, а также с другими серотонинмиметическими средствами (фенфлюраминами, солями лития), также необходимо учитывать поведенческую токсичность (особенно у препаратов первого поколения)- замедление психомоторных функций, нарушение когнитивных, интеллектуально-мнестических процессов- наименьшая токсичность у СИОЗС, ССОЗС.

# Правила назначения антидепрессантов

- Медленное снижение дозы при отмене (у препаратов непролонгированного ряда в течение 1-2 месяцев), симптомы отмены обычно развиваются через 1-5 дней после прекращения терапии.
- Привыкания к антидепрессантам не развивается. Задача врача объяснить это пациенту.
- Учитывать предшествующий негативный или позитивный опыт пациента и его индивидуальные пристрастия (хоть мнение пациента не является определяющим, его следует принимать во внимание).
- Учитывать степень токсичности препарата (изменения на ЭКГ, возможность летального исхода при случайной или преднамеренной /попытка суицида/ значительной передозировке препарата).

# Терапия депрессий

- Психотерапия
- Снотворные средства (зопиклон- имован, сомнол, золпидем-ивадал: близки по фармакологической активности к бензодиазепинам- миорелаксирующий, анксиолитический, седативный, снотворный, противосудорожный эффекты. Специфическое агонистическое воздействие на центральные  $\omega$  / омега-рецепторы (бензодиазепиновые рецепторы I и II типа), относящиеся к макромолекулярным ГАВА-рецепторным комплексам, вызывающим открытие нейрональных анионных каналов для хлора, селективно взаимодействует с центральными бензодиазепиновыми рецепторами I типа (подтипом  $\omega$ -рецепторов 1 типа, поэтому седативное действие препарата наблюдается при меньших дозах, чем для необходимые для развития миорелаксирующего и противосудорожного и анксиолитического действия).
- Симптоматическая терапия



# Шкала Гамильтона (HDRS)

- **1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)** 0 = отсутствие; 1 = выражение указанного чувства только при прямом вопросе; 2 = высказывается в жалобах спонтанно; 3 = определяется не вербальным выражением, а посредством наблюдения: мимика, поза, голос, плаксивость; 4 = пациент выражает только эти чувства как в спонтанных высказываниях, так и невербально.
- **2. Чувство вины** 0 = отсутствует; 1 = самоуничижение; считает, что подвел других; 2 = чувство собственной вины или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах; 3 = настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности; 4 = вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания.
- **3. Суицидальные намерения** 0 = отсутствует; 1 = чувство, что жить не стоит; 2 = желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти; 3 = суицидальные высказывания или жесты; 4 = суицидальные попытки (любая серьезная попытка оценивается как «4»)

# Шкала Гамильтона (HDRS)

## ■ 4. Ранняя бессонница

0 = отсутствие затруднений при засыпании; 1 = жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (дольше чем 30 мин); 2 = жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

## ■ 5. Средняя бессонница

0 = отсутствует; 1 = жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи; 2 = многократные пробуждения в течение всей ночи - любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности).

## ■ 6. Поздняя бессонница

0 = отсутствует; 1 = раннее пробуждение утром с последующим засыпанием; 2 = окончательное раннее утреннее пробуждение

# Шкала Гамильтона (HDRS)

- *7. Работоспособность и активность* 0 = отсутствие трудностей; 1 = мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (работа или хобби); 2 = утрата интереса к деятельности (работе или хобби), выраженная непосредственно в жалобах или опосредовано, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность); 3 = уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности; активность пациента проявляется в течение не менее 3 ч в день (работа в стационаре или хобби); 4 = отказ от работы вследствие настоящего заболевания; пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи.
- *8. Заторможенность (замедление мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)* 0 = норма; 1 = легкая заторможенность в беседе; 2 = заметная заторможенность в беседе; 3 = выраженные затруднения при проведении опроса; 4 = полный ступор.

# Шкала Гамильтона (HDRS)

- ▣ **9. Ажитация (тревожное возбуждение)**  
0 = отсутствие; 1 = беспокойство; 2 = беспокойные движения руками, теребление волос и пр.; 3 = подвижность, неусидчивость; 4 = постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ.
- ▣ **10. Психическая тревога**  
0 = отсутствует; 1 = субъективное напряжение и раздражительность; 2 = беспокойство по незначительным поводам; 3 = тревога, отражающаяся в выражении лица и речи; 4 = страх, выражаемый и без расспроса
- ▣ **11. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги: гастроинтестинальные - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; сердечно-сосудистые - сердцебиение, головные боли; дыхательные - гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание; повышенное потоотделение)**  
0 = отсутствие; 1 = слабая; 2 = средняя; 3 = сильная; 4 = крайне сильная

# Шкала Гамильтона (HDRS)

- **12. Желудочно-кишечные соматические симптомы**  
0 = отсутствие; 1 = утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения; чувство тяжести в животе; 2 = прием пищи только с упорным принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов.
- **13. Общие соматические симптомы**  
0 = отсутствие; 1 = тяжесть в конечностях, спине или голове, мышечные боли; чувство утраты энергии или упадка сил; 2 = любые резко выраженные симптомы
- **14. Генитальные симптомы (утрата либидо, менструальные нарушения)** 0 = отсутствие симптомов; 1 = слабо выраженные; 2 = сильно выраженные
- **15. Ипохондрия** 0 = отсутствие; 1 - поглощенность собой (телесно); 2 = чрезмерная озабоченность здоровьем; 3 = частые жалобы, просьба о помощи и пр.; 4 = ипохондрический бред.

# Шкала Гамильтона (HDRS)

- **16. Потеря в весе** (оценивается либо пункт А, либо Б)  
А. По данным анамнеза:  
0 = отсутствие потери в весе; 1 = вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием; 2 = явная (со слов пациента) потеря в весе; 3 = не поддается оценке
- Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно  
0 = потеря в весе менее 0,5 кг в неделю; 1 = более 0,5 кг в неделю; 2 = более 1 кг в неделю; 3 = не поддается оценке
- **17. Критичность отношения к болезни**  
0 = осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием; 1 = осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.;

# Шкала Гамильтона (HDRS)

- **18. Суточные колебания** А. Уточните, когда симптомы выражены в более тяжелой форме, утром или вечером 0 = отсутствие колебаний; 1 - ухудшение утром; 2 = ухудшение вечером
- Б. Если суточные колебания имеют место, оцените их выраженность; при отсутствии колебаний маркируйте пункт «отсутствуют» 0 = отсутствуют; 1 = слабые; 2 = сильные
- **19. Деперсонализация и дереализация** (например, ощущение нереальности окружающего) 0 = отсутствует; 1 = слабая; 2 = умеренная; 3 = сильная; 4 = непереносимая
- **20. Параноидальные симптомы** 0 = отсутствуют; 1 = подозрительность; 2 = идеи отношения; 3 = бред отношения и преследования
- **21. Обсессивные и компульсивные симптомы** (синдром навязчивых состояний - это нарушение психики, при котором человека постоянно преследуют навязчивые мысли, ведущие к повторяющимся действиям-ритуалам). 0 = отсутствуют; 1 = легкие; 2 = тяжелые

# Шкала Гамильтона (HDRS)

## Интерпретация

- 0-6 - отсутствие депрессивного эпизода,
  - 7-16 баллов – легкий депрессивный эпизод;
  - 17-27 баллов – умеренный депрессивный эпизод;
  - > 27 баллов – тяжелый депрессивный эпизод
- 
- Время обследования – 20-30 мин.
  - Время оценки определяется как «сейчас» или «в течение последней недели».
  - Сумма баллов в результате оценки лиц, не страдающих депрессией, равна нулю. Максимально возможный общий балл составляет 52 и отражает крайнюю степень тяжести депрессивного синдрома.



В лекции использованы оригинальные публика

- Проф. А.М.Вейна,
- Проф. Т.Г.Вознесенской,
- Проф. В.А.Карлова,
- Проф. Я.И.Левина.

