

ДЕПРЕССИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

Бахтиярова Юлия Рашитовна

студент Башкирского государственного медицинского университета, РФ, Республика Башкортостан, г. Уфа

Таипов Тагир Эдуардович

студент Башкирского государственного медицинского университета, РФ, Республика Башкортостан, г. Уфа

Депрессия – это опасное для жизни расстройство настроения, которое входит в группу психических расстройств и расстройств поведения (F00-F99). Диагностический класс «Аффективные расстройства» (F30 – F39) в МКБ-10 включает категории: текущий депрессивный эпизод (F32), рекуррентную (повторяющуюся) депрессию (F33), биполярное расстройство со сменой депрессивных и маниакальных фаз (F31), а также хронические расстройства настроения (F34), объединяющие циклотимию (F34.0) и дистимию (F34.1) [1].

Смертность, связанную с депрессией трудно определить количественно, но летальность от депрессии можно измерить числом совершенных самоубийств. По данным ООН, количество суицидов в разных странах колеблется от 10 до 25 на 100 000 человек; число суицидальных попыток превышает эту цифру в 8–10 раз.

Экономические затраты при этом оцениваются в 30–40 миллиардов долларов ежегодно, в то время как человеческие потери не оценимы.

Прогнозируется, что через 20 лет униполярная депрессия займет 2е место в мире среди причин нетрудоспособности и первое место – в странах с высоким уровнем доходов.

2/3 людей с депрессией не считают, что у них есть заболевание и не ищут лечения. Только 50 % больных с диагностированной депрессией получают какое-либо лечение и только 20 % – лечение в соответствии с практическими рекомендациями психиатрической ассоциации [4]. Более тревожными оказались результаты Канадского исследования, согласно которым 48 % пациентов с суицидальными мыслями и 24 % с попыткой самоубийства не получили должного ухода или даже не ощущают необходимости в нем [5].

Этиология депрессии.

Депрессия относится к мультифакторным заболеваниям. Семейная история депрессии сходна среди родственников с данным заболеванием. Помимо депрессии такие факторы, как злоупотребление алкоголем / наркотиками (особенно кокаина и опиатов), импульсивность, наследственность повышают риск суицида.

Другие факторы риска включают предварительную попытку самоубийства, наличие огнестрельного оружия в доме, заключения, суицидальное поведение членов семьи, коллег или даже знаменитостей.

Физиологические факторы в развитии депрессии.

Считается, что в процесс развития депрессии вовлекаются изменения в системе рецептор –

нейротрансмиттер, затрагиваются компоненты лимбической системы – префронтальная кора, гиппокамп, миндалина. Серотонин и норадреналин считаются основными медиаторами, участвующими в патогенезе заболевания.

Как правило, нейротрансмиттеры передаются от нейрона к нейрону. Впоследствии они либо они поглощаются нейроном, где хранятся до необходимости, либо они разрушаются под действием фермента моноаминоксидазы (МАО), расположенного в митохондриях.

Снижение баланса этих нейромедиаторов вызывает определенные типы депрессии (т. е., снижение норадреналина вызывает тупость и вялость, и снижение серотонина приводит к раздражительности, враждебности, суицидальным мыслям).

Изменения в балансе нейромедиаторов и / или их функции включают следующее:

- Нарушение синтеза нейротрансмиттеров,
- Повышенный метаболизм нейромедиаторов,
- Увеличенный обратный захват нейротрансмиттеров.

Помимо локальных химических изменений, в развитии депрессии участвуют генетические и средовые взаимодействия, эндокринные, иммунологические и метаболические процессы [3].

Антидепрессанты и самоубийства.

В октябре 2003 года Американская организация по управлению за качеством еды и лекарственных средств (US Food and Drug Administration – FDA) выпустила рекомендации для общественного здравоохранения, основанные на данных о самоубийствах среди педиатрических пациентов, проходивших лечение антидепрессантами от основных депрессивных расстройств. В сентябре 2004 года результаты исследований показали, что среди детей и подростков, принимающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, был риск суицидального поведения. FDA рекомендует следующее:

- этикетки на упаковках антидепрессантов, предупреждающие о повышении риска появления суицидальных мыслей и поведения,
- информационный лист (лекарственное руководство), предоставляемый пациенту или его воспитателю с каждым выписанным рецептом,
- включения результатов контролируемых педиатрических исследований депрессии на лекарственных этикетках.

Признаки депрессии.

Депрессия является пагубным и всеохватывающим расстройством, что в целом влияет на тело, чувства, мысли и поведение, в той или иной степени. Однако заболевание манифестирует различными путями. Например, некоторые индивиды испытывают апатию, в то время как другие могут стать раздражительными и взволнованными. Сон и прием пищи могут быть чрезмерными или почти исключаться. Наблюдаемые или поведенческие симптомы могут быть минимальными, несмотря на глубокую внутреннюю нестабильность.

Симптомы депрессии включают следующее:

- Грусть, тревогу, апатию,
- Ангедонию,
- Чувство беспомощности, вины, бесполезности,
- Плач, безнадежность, пессимизм,
- Усталость или снижение энергии,
- Потеря памяти, концентрации, или возможности принятия решений,
- Обеднение абстрактного мышления,
- Беспокойство, раздражительность,
- Нарушения сна,
- Изменение аппетита или веса,
- Соматические симптомы, которые не поддаются традиционному лечению,

- Мысли о самоубийстве, суицидальные попытки,
- Сниженную самооценку.

Критериями диагноза является наличие одного из первых двух пунктов и, по крайней мере, пяти других перечисленных симптомов. Такие нарушения должны присутствовать практически ежедневно в течение 2 недель. Симптомы могут длиться в течение нескольких месяцев или лет. Симптомы могут вызвать значительные изменения личности и привычек, что мешает окружающим сопереживать депрессии человека. В очень тяжелых случаях, люди, страдающие депрессией, не в состоянии есть или даже встать с кровати.

Физические проявления депрессии: психомоторная ретардация в виде замедления речи, вздохов и длинных пауз, замедленное движение тела вплоть до неподвижности или кататонии, рассеянный внешний вид, отсутствие зрительного контакта с окружающими, плаксивость.

Дифференциальный диагноз.

Дифференциальная диагностика депрессии проводится со следующими заболеваниями: злоупотребление алкоголем и наркотиками, нервная анорексия, тревожные расстройства, делирий, деменция, деменция, связанная с синдромом приобретенного иммунодефицита, гиперпаратиреозидизм, миопатии, шизофрения, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), авитаминоз и др.

Лабораторные исследования.

Депрессия является клиническим диагнозом. Лабораторные тесты в основном используются, чтобы исключить другие заболевания. Используются следующие лабораторные исследования: общий анализ крови, электролитный состав крови (включая кальций, фосфаты, магний), мочевины, креатинин в крови, тиреоидные гормоны (T_3 , T_4 , ТТГ).

Отделение скорой помощи.

Врачам отделения скорой помощи нужно поддерживать высокий уровень диагностики депрессии, особенно в популяциях с повышенным риском самоубийств.

Отделение скорой помощи может стать последней возможностью для вмешательства в прогрессирующую депрессию, которая приводит к смерти значительной части больных. Хотя врач никогда не всегда может увидеть результаты предупредительного вмешательства, статистические данные свидетельствуют о том, что предоставление больным с депрессией и суицидальным поведением помощи в лечебно-профилактических учреждениях – возможность спасти жизнь. Каждый день жизни может быть сохранен в результате своевременных усилий и вмешательств квалифицированных специалистов, которые хорошо осведомлены и мотивированы для эффективной борьбы с депрессией.

Выявление пациентов, находящихся в группе риска.

Хотя первичные группы риска включают в себя молодых и пожилых людей, депрессии и склонность к суицидам может встречаться в любой возрастной группе, включая детей.

Необходимо заподозрить депрессию в случае злоупотребления алкоголем, наркотиками или их передозировки; травмы, причинённой самому себе, или даже в случае умышленной травмы, в которой нападавший известен жертве. Для любого такого пациента скрининг диагностических симптомов депрессии и суицидального поведения является обязательным. Когда у пациента предполагается или есть попытка самоубийства, сложность для врача заключается в непосредственном изучении ситуации с пациентом настолько подробно, насколько это возможно. Это необходимо для определения наличия суицидальных мыслей, а также доступных средств и планов для завершения самоубийства. Обсуждение врачом скорой помощи ситуации является наиболее важным этапом в попытке предотвратить самоубийство пациента, который находится в опасности.

Если склонность к суициду присутствует, осуществляется госпитализация с согласия пациента или принудительно, в случае чрезвычайной ситуации должны быть предприняты меры до тех пор, пока не будет полная уверенность в его безопасности и начато амбулаторное лечение. Ребенок, который осуществил самоубийство или предпринял попытку самоубийства, должен находиться под защитой, пока им не займется социальная служба.

Лечение в условиях скорой помощи.

В условиях скорой помощи терапию антидепрессантами не начинают, хотя региональные различия в этом аспекте существует. Вопрос о фармакологическом лечении решает врач-психиатр. После консультации, может быть целесообразным назначение небольшой дозы препарата для поддержания пациента до последующего наблюдения. Также возможно продление ранней эффективной схемы лечения, которая является доступной и приемлемой для пациента. В медицинской литературе внутривенное введение низких доз кетамин рассматривается как быстрая помощь при острой депрессии. Лечение у психотерапевта должно синергически действовать с фармакологической терапией.

Стационарное лечение.

Когда депрессия диагностируется, особенно в случаях со склонностью к суициду, лечащий врач, консультируясь с психиатром, разрабатывает план лечения в соответствии с диагностикой и степенью риска. В этом случае может потребоваться постановление о том, что пациент нуждается в постоянном наблюдении, неотложной помощи или в коротком курсе лечения. Тогда все медицинские сотрудники должны принять меры, обеспечивающие безопасность и сохранность пациента.

Применяются современные антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флувоксамин, флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам; селективные стимуляторы обратного захвата серотонина – тианептин; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина – венлафаксин, дулоксетин (при наличии выраженного тревожного компонента). При наличии в структуре соматизированной депрессии диссомнических расстройств вплоть до агрипнии (бессонницы) показан антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда – агомелатин. Кроме того, проводится психотерапевтическая коррекция методом когнитивно-поведенческой терапии [2].

Обучение пациентов.

Пациентам необходимо четко и убедительно сообщить, что депрессия хорошо поддается лечению. Нужно тщательно информировать пациентов о важности принятия лекарства, которые им назначены, а также о возможных побочных эффектах лекарств.

Рекомендована литература для пациентов. Хорошим источником информации о депрессии является Национальный Альянс о психических заболеваниях.

Список литературы:

1. Смулевич А.Б. Подходы к терапии депрессий в общемедицинской практике – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: http://www.rmj.ru/articles_786.htm (Дата обращения 04.12.2015).
2. Бабанов С.А., Татаровская Н.А. Депрессивный синдром в клинике профессиональных болезней – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: http://www.rmj.ru/articles_8833.htm (Дата обращения 04.12.2015).
3. Louise B Andrew, MD, JD; Barry E Brenner, MD, PhD, FACEP. Depression and Suicide – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://emedicine.medscape.com/article/805459-overview#showall> (Дата обращения 30.11.2015).
4. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder (Revision). Am J Psychiatry 2002; 159.

5. Pagura J., Fottt S., Katz L.Y., Sareen J.,. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. Psychiatr Serv. 2009 Jul. 60 (7):943-9. - [Medline].