Тенденции

Шаг за шагом от устойчивых депрессий

Сегодня есть наиболее оптимальная стратегия преодоления таких расстройств

В наше время депрессию называют «болезнью века». ВОЗ прогнозирует, что при сохранении нынешних темпов роста заболеваемости к 2020 г. депрессии станут одной из основных причин заболеваемости и инвалидности, обогнав сердечно-сосудистые и онкологические недуги.

В наиболее широком, общефилософском смысле любую депрессию можно считать «терапевтически резистентной» просто потому, что по-настоящему лечить депрессии мы ещё не умеем, да и природа депрессивных состояний до конца не изучена. На этот счёт пока существуют лишь гипотезы, более или менее обоснованные. А все известные нам методы лечения депрессий являются по факту симптоматическими. Этиотропного лечения у нас ещё нет. В частности, мы пока не в состоянии устранить генетическую предрасположенность больного к депрессивным состояниям (например, мутацию в гене SERT – гене белка-переносчика серотонина) и не можем гарантировать больному излечение, то есть отсутствие рецидивов болезни в будущем. Однако такое определение «резистентности» депрессий, хотя и очень красиво и философски правильно и задаёт для нас планку, к которой необходимо стремиться, ничего не даёт практическому врачу.

Поэтому для практического использования необходимо другое определение терапевтически резистентной депрессии (ТРД). Сегодня на этот счёт не существует единого мнения в среде специалистов. Разные авторы предлагают свои определения (их известно более десятка). Одно из наиболее распространённых и удобных для практики определений такое: «депрессия считается терапевтически резистентной, если у больного не была достигнута ремиссия после двух адекватных курсов антидепрессивной терапии, при достаточной дозе и достаточном сроке приёма антидепрессантов». Однако это определение, в свою очередь, порождает новые вопросы: а что такое «ремиссия» и как определить её полноту и качество? Что такое «адекватный курс антидепрессивной терапии»? Какую дозу антидепрессанта (АД) и какую длительность его приёма следует считать адекватной, прежде чем констатировать резистентность? На все эти вопросы специалисты тоже отвечают по-разному. Есть сторонники более «жёсткого» определения (при котором, например, курс АД считается «адекватным», если доза была как минимум среднетерапевтической, а лучше – максимально переносимой, и не менее 8 недель) и более «мягких» определений (при которых любой курс АД в дозе выше или равной минимальной терапевтической и не менее 4-6 недель засчитывается).

Но независимо от принятого определения ТРД ясно, что основой лечения резистентных депрессий является первичная профилактика резистентности – «нулевой шаг» алгоритма лечения. Как и везде в медицине, состояние резистентности легче предупредить, чем лечить. А для этого важно своевременно диагностировать депрессию, правильно квалифицировать её форму, адекватно оценить её тяжесть. Выявить всю сопутствующую психическую и соматическую патологию, которая может приводить к резистентности или утяжелять состояние. И назначить правильное лечение соответственно форме депрессии, степени её тяжести, наличию сопутствующих патологий. В частности, ключевое значение имеет правильный выбор АД, дозы и длительности терапии.

Однако практикующий врач может столкнуться с ситуацией, когда, несмотря на, казалось бы, адекватное лечение и всестороннее обследование на предмет сопутствующих патологий, депрессивный больной всё же не выходит в ремиссию. Что же делать в этом случае?

Разработано множество способов преодоления резистентности, которые можно обобщённо свести в «пошаговый» алгоритм. И на первом шаге нам необходимо оценить адекватность предшествующей терапии, правильность выбора АД, дозу и длительность его приёма. Если терапия была недостаточно адекватной – оптимизировать её, например, заменить антидепрессант на более мощный, увеличить дозу и т.д. Но и это не всегда помогает. В таком случае на втором шаге следует попробовать комбинировать 2-3 антидепрессанта с разными механизмами действия. Если возникла необходимость в третьем шаге, попробовать потенцировать действие АД с помощью сочетания их с некоторыми лекарствами, называемыми потенцирующими агентами, например, литием, противосудорожными препаратами, гормонами щитовидной железы, атипичными антипсихотиками, психостимуляторами. Если же и это не принесло успеха, то на четвёртом этапе пробовать применять такие немедикаментозные методы лечения, как электросудорожная терапия или транскраниальная магнитная стимуляция. Пятый шаг, рассматриваемый во многом как «терапия отчаяния» – это психохирургические операции, такие как вживление стимулятора блуждающего нерва или цингулотомия.

Разумеется, вышеприведённый алгоритм является неким обобщением и может меняться в конкретной клинической ситуации. Например, современная электросудорожная терапия может быть применена на любом этапе алгоритма, в том числе и как терапия первой линии.

Роман БЕККЕР,
исследователь,
популяризатор медицины
(Израиль).

Юрий БЫКОВ,
психиатр-нарколог,
кандидат медицинских наук
(Ставрополь).

Максим РЕЗНИКОВ,
психиатр,
кандидат медицинских наук
(Воронеж).