



Сушинский В.Э.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Депрессия в работе врача общей практики: проблемные вопросы в диагностике и лечении

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 25.11.2022

Принята: 28.11.2022

Контакты: sushynskv@rambler.ru

Резюме

В публикации изложены результаты анкетирования врачей общей практики по вопросам выявления и лечения депрессий. Рассматриваются факторы, затрудняющие диагностику депрессий, современные критерии и требования к диагностике депрессий, определена роль врачей общей практики в лечении пациентов с депрессиями. В статье на основе действующих документов сформулировано требование к раннему назначению антидепрессантов, а также выявлены причины отсутствия их назначения в клинической практике. Изложены принципы назначения антидепрессантов, требования к дифференцированному подходу их назначения с учетом особенностей клинических проявлений заболевания.

Ключевые слова: депрессия, врач общей практики, выявление депрессии, тактика ведения пациентов, назначение антидепрессантов

Sushynski V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Depression in the Work of a General Practitioner: Problematic Issues in Diagnosis and Treatment

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 25.11.2022

Accepted: 25.11.2022

Contacts: sushynskv@rambler.ru

Abstract

The publication presents the results of a survey of general practitioners on the identification and treatment of depression. Factors complicating the diagnosis of depression, modern criteria and requirements for the diagnosis of depression are considered, the role of general practitioners in the treatment of patients with depression is determined. In the article, on the basis of existing documents, the requirement for the early appointment of antidepressants is formulated, and the reasons for their lack of appointment in clinical



practice are identified. The principles of prescribing antidepressants, the requirement for a differentiated approach to their appointment, taking into account the peculiarities of clinical manifestations of the disease, are outlined.

Keywords: depression, general practitioner, detection of depression, patient management tactics, prescription of antidepressants

Неинфекционные заболевания занимают ведущее место в структуре смертности, заболеваемости, инвалидизации в странах европейского региона, в том числе в Республике Беларусь. Очень важно, что в повседневной практике, за исключением периодов подъема заболеваемости инфекционными болезнями, такими как COVID-19 или грипп, именно неинфекционные заболевания формируют структуру приема врача, оказывающего первичную медицинскую помощь.

Оказывая медицинскую помощь пациентам с неинфекционными заболеваниями, врачи зачастую не в полной мере учитывают высокую частоту у таких пациентов психических и поведенческих нарушений и их влияние на течение других заболеваний.

Порядок оказания медицинской помощи врачами общей практики пациентам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, определяется Законом Республики Беларусь от 11 ноября 2019 г. № 255-З «Об оказании психиатрической помощи» и Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 02.03.2020 г., которое утвердило клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики».

К врачу общей практики обращаются пациенты с инсомниями, тревожными расстройствами, деменцией. Депрессии очень часто наблюдаются у пациентов с соматической патологией, прежде всего при таких неинфекционных заболеваниях, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, последствия нарушения мозгового кровообращения [5, 7–11].

При этом наличие депрессии не только снижает качество жизни пациентов, но и затрудняет диагностику и дифференциальную диагностику соматических заболеваний, оказывает влияние на их лечение [1, 2, 4]. Общее количество пациентов с депрессиями в мире растет. В 2015 г. насчитывалось 300 миллионов человек с депрессиями, что эквивалентно 4,4% всего населения планеты. Депрессия чаще встречается у женщин (5,1%), чем у мужчин (3,6%) [20]. В Республике Беларусь, по оценкам ВОЗ, распространенность депрессии составляет 5,6% [20].

Врач общей практики длительно наблюдает за пациентом, имеет возможность наладить с ним контакт, знает обо всем комплексе имеющихся у него заболеваний и факторов риска, может динамически отслеживать изменения его соматического и психического здоровья. В то же время врачи общей практики по-прежнему настроены на диагностику и лечение соматических болезней, не совершенствуют свой уровень подготовки в области психического здоровья и поведенческих расстройств, что является одной из причин гиподиагностики депрессий [1, 3, 4]. Затрудняет диагностику и акцентирование внимания как врача, так и пациента на соматические жалобы, которые остаются единственными проявлениями не менее

чем у 70% пациентов [6]. Ограниченное время для приема пациента, наличие маскированных или субклинических форм психопатологии, нежелание пациента иметь «психиатрический» диагноз также определяют сложности диагностики психических и поведенческих расстройств.

Цель настоящего исследования – на примере депрессий изучить место психических и поведенческих расстройств в работе врача общей практики, оценить уровень знаний по ведению пациентов с депрессией при оказании амбулаторной помощи.

Исследователями была разработана анкета, состоящая из 17 вопросов, позволяющая оценить место депрессий в работе врача общей практики, знания по диагностике и лечению депрессий, тактику ведения таких пациентов. Анкетирование проводилось в период с 19.04.2022 по 27.05.2022, в период стабилизации уровня заболеваемости инфекцией COVID-19.

В опросе принимали участие 200 врачей общей практики (ВОП) из амбулаторных организаций здравоохранения всех регионов. Среди опрошенных наибольший процент (62%) составили лица в возрасте от 18 до 35 лет; 18,5% – 36–45 лет; 7,0% – 46–55 лет; 11% – 56–65 лет и 1,5% – старше 66 лет; женщин было 85%, мужчин – 15%. Стаж работы до 3 лет был у 27,5%; 3–5 лет – 17,5%; 5–10 лет – 21,5%; 10–20 лет – 14%; 20 лет и более – 19,5%. Результатом выполнения программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2022 гг. стал повсеместный переход на оказание медицинской помощи врачами общей практики. В настоящее время ВОП оказывают медицинскую помощь не только в сельской местности, но и в городских учреждениях здравоохранения. Среди опрошенных врачей общей практики 90,5% работали в условиях городских учреждений и лишь 9,5% – в сельских.

По результатам опроса 76,5% ВОП утверждали, что знают про клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики», утвержденный Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 02.03.2020 г. № 13. При этом 68% ВОП утверждали, что используют его в своей клинической практике.

Врачи отметили, что наиболее часто в своей практике они встречаются с расстройствами сна – 76%; с астеническим синдромом – 68%; с тревожными расстройствами – 57%; с депрессивными расстройствами – 42,5%.

Клинические проявления депрессии характеризуются значительным разнообразием и степенью выраженности. В клиническом протоколе для врачей общей практики «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» определены основные проявления депрессии. К ним относятся: сниженное, подавленное настроение; утрата прежних интересов и способности получать удовольствие (ангедония); снижение активности, энергичности, способности к деятельности. При проведении анкетирования одновременно на все три основных проявления депрессии указали только 9% ВОП. В качестве клинического проявления депрессии врачами наиболее часто указывался такой клинический признак, как утрата прежних интересов и способности получать удовольствие (ангедония) – 79,5%, на нарушение сна – часто наблюдающийся при депрессии признак, но не отнесенный к основным, указали 48,5% врачей. 52% врачей заявили, что используют в своей практике опросники и шкалы для диагностики психических и поведенческих расстройств (шкала депрессии Бека, анкета HADS и т. д.).



Наиболее часто в случае выявления у пациентов легкого депрессивного расстройства врачи считали правильной тактикой сразу направить пациента на консультацию к врачу-психотерапевту – 40,5%; рекомендовать безрецептурные препараты – 28,5% ВОП; сначала наблюдать за пациентом 2–4 недели, а затем выписать антидепрессант – 24,5%; направить пациента на консультацию к врачу – психиатру-наркологу – 5,5%. Предусмотренную клиническим протоколом тактику ведения пациента – после установления диагноза сразу назначить лечение и выписать антидепрессант избрали лишь 23% врачей.

Среди опрошенных врачей 60% утверждали, что самостоятельно рекомендуют антидепрессанты, в то же время 40% врачей отметили, что самостоятельно антидепрессанты не назначают, несмотря на требование клинических протоколов.

Среди важнейших причин неназначения антидепрессантов врачи отметили (допускалось несколько вариантов ответа): отсутствие опыта назначения – 32%; опасения самостоятельно лечить психические и поведенческие расстройства – 24%, недостаточное количество знаний по теме – 23%; мнение, что назначение антидепрессантов в компетенции психиатра – 19%; страх побочных эффектов – 11% и только 3% врачей заявили, что не видят у себя на приеме пациентов для назначения антидепрессантов (см. рисунок).



Причины неназначения антидепрессантов врачами общей практики у пациентов с депрессией
Reasons for not prescribing antidepressants by general practitioners in patients with depression

Среди используемых лекарственных средств наиболее часто врачи указывали на назначение седативных препаратов – 72%; антидепрессантов – 50%; транквилизаторов – 14,5%; нейролептиков – 10%, реже указывались другие группы препаратов. Среди лекарственных средств, используемых в лечении депрессии, врачи упоминали хлорпротиксен – 37,5%; эсциталопрам (элицея, позитива, эспрам) – 35%; тофизопам (грандаксин) – 34%; пароксетин (рексетин, паксил) – 29,5%; амитриптилин – 29%; сертралин (асентра, стимулотон, мистрал) – 26,5%; карбамазепин (финлепсин, зептол) – 21,5%; миртазапин (мирзатен) – 6%.

Несмотря на то что многие врачи указывали на недостаточный уровень знаний, большинство врачей отметили, что к правилам назначения антидепрессантов относятся: назначение ЛС в начале терапии в минимальных дозах с постепенным нарастанием до средней терапевтической (87%), назначение лечения длительностью до 6 месяцев и более (60,5%). При наличии в структуре депрессии тревоги и заторможенности отметили, что рекомендовано использовать антидепрессанты со сбалансированным действием (например, сертралин, эсциталопрам) – 32%. Лишь небольшая часть врачей считают, что терапию антидепрессантами начинают с ударных доз (1%), терапия должна проводиться короткими курсами (3,5%), необходимо назначать наиболее проверенные антидепрессанты (например, амитриптилин) – 7%.

Таким образом, проведенное исследование выявило наиболее проблемные вопросы диагностики и лечения депрессий и психических и поведенческих расстройств при оказании первичной медицинской помощи.

Чаще всего, несмотря на то что клинические проявления депрессий разнообразны, диагностика депрессий доступна для любого врача-специалиста. Для диагностики депрессий врач учитывает поведение пациента на приеме, манеру говорить, мимику и др. Клиническим протоколом для врача общей практики определены основные критерии, которые легко доступны для оценки. К основным проявлениям депрессии относятся:

- сниженное, подавленное настроение;
- утрата прежних интересов и способности получать удовольствие (ангедония);
- снижение активности, энергичности, способности к деятельности.

Среди других симптомов следует отметить замедленность мышления; пессимистическую оценку внешнего мира и перспектив на будущее, чувство вины или сниженную самооценку, трудность в принятии решений, расстройство сна в виде ранних утренних пробуждений, многочисленные неприятные ощущения в теле без видимой соматической причины, запоры, сухость кожи и слизистых, тахикардия и др. [13].

Современные критерии постановки диагноза депрессии на основании клинического протокола чрезвычайно просты в использовании. Для постановки диагноза депрессии (депрессивного эпизода) необходимо выявить у пациента хотя бы два из числа основных симптомов и еще хотя бы два из числа дополнительных, перечисленных выше. Для постановки диагноза депрессии необходимо также, чтобы эти симптомы сохранялись у пациента изо дня в день не менее двух недель [13].

Даже выявив у пациента основные и одновременно еще и дополнительные диагностические признаки, ВОП зачастую сомневается в необходимости выставления диагноза, а главное, в дальнейшем не проводит адекватной терапии. Для разрешения этой ситуации, верификации диагноза депрессии предлагается использовать



диагностические шкалы и опросники, которые в данной ситуации являются еще одним аргументом в пользу правильно выставленного диагноза, определения тактики ведения пациента. Для диагностики депрессии наиболее распространены в клинической практике госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Гамильтона (HAM-D), шкала Бека (BDI), PHQ-9, шкала Монтоммери – Асберг (MADRS). Для врачей общей практики может быть рекомендована Короткая шкала для определения депрессии (Goldberg D. и др. 1987), которая может быть заполнена пациентом еще до начала приема врачом [14].

С практической точки зрения для определения тактики ведения пациента необходимо определение степени тяжести депрессии, выявление суицидального поведения. Выделяют легкую, умеренную и тяжелую глубину (тяжесть) эпизода. При легком депрессивном эпизоде пациент еще способен выполнять привычную работу и социальные функции, хотя и с видимым затруднением. При умеренном депрессивном эпизоде пациент испытывает существенные затруднения как в выполнении производственных и социальных обязанностей, так и в ведении домашних дел. При тяжелом депрессивном эпизоде пациент полностью или почти полностью теряет способность выполнять не только свою работу, но и простые домашние обязанности [13]. Клиническим протоколом определено, что пациентов с легким депрессивным эпизодом наблюдает ВОП. Пациент направляется на консультацию к врачу – психиатру-наркологу только при наличии особых показаний, таких как сложности в диагностике; лечение депрессивного эпизода умеренной или значительной тяжести; а также при сопровождении депрессии психотическими нарушениями; при наличии суицидальных тенденций или попыток; при отсутствии эффекта лечения, проводимого врачом общей практики; по настоянию самого пациента [13].

В то же время у пациентов с признаками депрессии необходимо определить суицидальный риск. Оценка суицидального риска – обязательное требование для всех пациентов с признаками депрессии, она должна проводиться вне зависимости от ее тяжести. Для оценки суицидального риска предложено много шкал и методик. Представленная в клиническом протоколе методика отличается удобством, простотой и предусматривает три обязательных вопроса:

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

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

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

Если получены положительные ответы на последние вопросы, то у пациента риск суицида высок, он нуждается в консультации врача-психиатра. Об этом следует проинформировать членов семьи пациента. К факторам, увеличивающим риск суицида, относятся мужской пол, злоупотребление алкоголем или зависимость от него, тяжелые соматические заболевания, а также суицидальные попытки в прошлом [14].

Депрессивные эпизоды легкой степени лечатся в амбулаторных условиях, эпизоды умеренной степени в зависимости от конкретных условий могут лечиться как амбулаторно, так и в условиях психиатрического стационара, и только тяжелые депрессивные эпизоды требуют госпитализации в психиатрический стационар, в том числе в порядке принудительной госпитализации. Каждый пациент с признаками депрессии нуждается в поддержке родственников, близких людей, в вовлечении его в любую полезную деятельность. Важно больше времени проводить рядом с пациентом. Психосоциальная терапия эффективна и должна быть терапией первой линии в случае легкой депрессии [19].

Традиционно большой проблемой ведения пациентов с депрессивными и поведенческими расстройствами является мнение многих врачей, что все пациенты с признаками депрессии нуждаются в незамедлительной консультации психиатра, без которой назначать терапию нельзя, ошибочным является и мнение, что антидепрессанты может назначать только психиатр. Существование таких заблуждений выявлено и по результатам проведенного исследования. В действительности же пациентам с легким депрессивным эпизодом без суицидальных намерений необходимо сразу предлагать фармакотерапию, а также психотерапевтическую и психологическую помощь [14]. Врач общей практики назначает таким пациентам лекарственные средства и прежде всего показанные им антидепрессанты без консультации с врачом – психиатром-наркологом (психотерапевтом).

Правила назначения антидепрессантов подробно изложены в клиническом протоколе:

- если пациент ранее переносил депрессию и какой-либо антидепрессант оказался эффективным, назначить его снова в той же дозе;
- лечение следует начинать с минимальной дозы, которую в течение 3–5 дней повышают до средней терапевтической;
- желательно не превышать средние терапевтические дозы лекарственного средства; если депрессия сопровождается тревогой и ажитацией, использовать лекарственное средство с седативным и противотревожным действием (например, флувоксамин 50–150 мг однократно в сутки вечером);
- при депрессиях с заторможенностью, вялостью и апатией следует использовать лекарственное средство со стимулирующим действием (например, флуоксетин, начиная с 20 мг/сут однократно утром, при необходимости увеличивая дозу до 40 мг); при наличии в структуре депрессии тревоги и заторможенности рекомендовано использовать антидепрессанты со сбалансированным действием (например, сертралин – начиная с 50 мг однократно в сутки утром, повышая дозу на 0,25 мг каждые 2–3 дня, доведя ее при необходимости до 100 мг однократно; эсциталопрам – начиная с 10 мг/сут однократно, повышая дозу при необходимости до 20 мг; венлафаксин – начиная с 75 мг утром однократно, при необходимости увеличивая дозу на 75 мг каждые 3 дня до 225 мг/сут);
- пациентам пожилого возраста и при наличии сопутствующих соматических заболеваний назначают антидепрессанты с меньшей выраженностью холинолитических побочных эффектов (чаще всего селективные ингибиторы обратного захвата серотонина); лечение антидепрессантом проводится в виде монотерапии, то есть не допускается одновременное использование двух лекарственных средств этой группы у одного пациента;



- терапевтический эффект при лечении антидепрессантами наступает не ранее чем через 2–4 недели приема терапевтической дозы; об этом следует проинформировать пациента и его близких [13].

Из результатов проведенного исследования следует, что по-прежнему врачи наиболее часто используют седативные препараты, а среди лекарственных средств для лечения депрессии наиболее часто указывают «мягкий» нейролептик хлорпротиксен. Антидепрессанты – достаточно разнородная по своим характеристикам группа. Каждый из антидепрессантов имеет свои преимущества в различных клинических ситуациях. При депрессиях, сопровождающихся тревожностью, безотчетным беспокойством, раздражительностью, показаны антидепрессанты преимущественно седативного действия. При выраженной тревожной депрессии (особенно с суицидальными мыслями и намерениями) показаны эсциталопрам, сертралин, мirtазапин, пароксетин, амитриптилин. По результатам анкетирования в клинической практике наибольшее количество пациентов отдало предпочтение эсциталопраму. По результатам крупного метаанализа с включением 117 рандомизированных контролируемых исследований (25 928 участников) значительно превосходящими остальные были признаны мirtазапин, эсциталопрам, венлафаксин и сертралин. Именно эти лекарственные средства для лечения депрессии оказались наиболее распространенными.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина широко назначаются в клинической практике вследствие нехватки серотонина как фактора патогенеза депрессии, а также в связи с эффективностью и безопасностью лекарственных средств этой группы. В качестве начальной стратегии лечения рекомендовано использовать монотерапию [18]. Важно подчеркнуть, что терапия антидепрессантами должна быть длительной и должна продолжаться у пациентов даже после полного устранения симптомов депрессии. Если при лечении антидепрессантами симптоматика сохраняется, пациент должен быть направлен к психиатру-наркологу.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gilbody S. et al. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care*, 2002;7(5):1–12.
2. Lepine J. et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 1997;12(1):19–29.
3. Katon W. et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 1996;53(10):924–932.
4. Kostyuk G., Mosyakin A., Burygina L., Reverchuk I. The problem of diagnosis and treatment of depression by primary care physicians. *Journal of neuropathology and psychiatry named after S. S. Korsakov*. 2019;119(1–2):55–61. (in Russian)
5. Oganov R., Olbinskaya L., Smulevich A., et al. Depression and depressive spectrum disorders in general medical practice. The results of the COMPASS program. *Cardiology*, 2004;9:1–8. (in Russian)
6. Vorobyova O., Akarachkova E. Report on the research work on the topic "Optimization of the algorithm of diagnosis and management of patients with psychovegetative syndrome". *Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University)*. Moscow, 2011;21 p. (in Russian)
7. Davidson K.W., Kupfer D.J., Bigger J.T., Califf R.M., Carney R.M., Coyne J.C., et al. Assessment and treatment of depression in patient with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report. *Psychosom Med*, 2006;68(5):645–50.
8. Stepanova E. Depression in coronary heart disease (PhD Thesis). M.; 2010. (in Russian)
9. Williams L.S., Shoma Ghose S., Swindle R.W. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry*, 2004;161:1090–5.
10. Gaete J.M., Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Exp Rev Neurother*, 2008;8:75–92.
11. Parfenov V. Post-stroke depression: prevalence, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, 2012;4:84–8. (in Russian)
12. Wang P.S., Berglund P., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B., Kessler R.C. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):603–613.

13. Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus 02.03.2020 No. 13 Clinical Protocol "Diagnosis and treatment of patients with mental and behavioral disorders by general practitioners". (in Russian)
14. Diagnosis of depression, determination of treatment tactics in general medical practice. Available at: <https://mentalhealth.by/obshchie-svedeniya/v-pomoshch-vrachu-obshchej-praktiki>
15. Order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus No. 1265 dated 30.11.2020 "On the provision of psychiatric, psychotherapeutic and psychological assistance to patients who have suffered COVID-19 infection". (in Russian)
16. Barlow D. *Clinical guidelines for mental disorders*. M., SPb., N. Novgorod: Piter; 2008. (in Russian)
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
18. Barlow D.H., Campbell L.A. Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(2 suppl 1):55–60.
19. Depression. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>
20. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates// WHO/MSD/MER/2017.2
21. Cipriani A., Furukawa T. A., Salanti G., Geddes J.R., Higgins J.P., Churchill R., Watanabe N., Nakagawa A., Omori I.M., McGuire H., Tansella M., Barbui C. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 2009;373(9665):746–758.