



Оптимизация подходов к диагностике и терапии депрессии при шизофрении

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Оптимизация подходов к диагностике и терапии депрессии при шизофрении

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/133 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка программ комплексной терапии коморбидных психических расстройства тревожного и депрессивного спектра»

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

Разработан новый подход для диагностики и выбора терапевтической тактики для ведения пациентов с депрессией при шизофрении. В качестве научного базиса для разработки диагностического алгоритма использованы современные гипотезы патогенеза депрессивных нарушений при шизофрении, а также оригинальные данные авторов, полученные при изучении клинических характеристик и терапевтической динамики пациентов с депрессией в структуре шизофрении.

Определены диагностические принципы, которые позволяют провести более точный дифференциальный диагноз депрессии в структуре шизофренического приступа и, следовательно, оптимизировать терапевтические подходы. Предложены клинические ориентиры для выбора терапевтической тактики. Такой подход повысит как эффективность терапии, так и, соответственно, качество постприступных состояний, что окажет положительное влияние на качество жизни пациентов и их социальное функционирование.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров амбулаторной и стационарной сети.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: Г.Э. Мазо, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отделения биологической терапии психически больных,
К.В. Казанцева, врач-психиатр Отделения биологической терапии психически больных

Обозначения и сокращения

МКБ-10 — Международная классификация болезней (10-й пересмотр)

ППД — постприступные депрессии

ААП — атипичный антипсихотик

ЭПС — экстрапирамидная симптоматика

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Нормативные ссылки

Без ссылок на нормативные документы

Введение

Вопрос взаимосвязи шизофрении и депрессии является предметом оживленных дискуссий в психиатрии, начиная еще с рубежа XIX–XX столетий. Аффективные симптомы рассматривались как важный критерий, позволяющий отграничить раннее слабоумие (*dementia praecox*) от маниакально-депрессивного психоза. На начальных этапах изучения этого вопроса, присутствие депрессивных проявлений у процессуальных пациентов вызывало удивление у врачей и воспринималось как малопонятная и необъяснимая случайность. По современным представлениям, регистрацию аффективных нарушений, в частности депрессии у больных шизофренией, можно считать скорее правилом, чем исключением. Депрессивные нарушения встречаются на любом этапе развития шизофрении и при любой форме её течения. До 60% пациентов, страдающих шизофренией, в течение заболевания переносят депрессию. И поэтому понятно, что в настоящее время все убедительней становится положение, утверждающее о существовании депрессивного сдвига в течении шизофрении.

В клиническом мышлении традиционно еще со времен разделения эндогенных расстройств на шизофрению и маниакально-депрессивный психоз термин «депрессия» ассоциируется с термином «периодичность», что предполагает относительно благоприятное течение. Однако в настоящее время прогностическая оценка присутствия депрессии в структуре шизофрении изменилась. Депрессию при шизофрении рассматривают как резистентный симптом, наличие которого отрицательно влияет на терапевтический

прогноз, усиливает субъективные страдания пациента, существенно повышает риск суицида, увеличивает продолжительность сроков госпитализации, может привести к ухудшению течения болезни. Все это, в свою очередь, существенно увеличивает стоимость лечения. Присутствие депрессии при шизофрении требует коррекции терапевтических подходов. Именно эти обстоятельства диктуют особо внимательное отношение к распознаванию депрессивных проявлений при шизофреническом процессе.

Но диагностика депрессии у больных шизофренией представляет собой значительные трудности в клинической практике. Это связано, прежде всего, с тем, что в более ранних классификациях депрессивные нарушения в структуре шизофрении вообще не упоминались. Впервые возможность диагностировать депрессию при шизофрении была представлена только в МКБ-10, где в отдельную диагностическую категорию была выделена постшизофреническая депрессия (F20.4). Это связано как с высокой распространенностью ППД, так и с особенностями течения заболевания, которые требуют применения особых терапевтических подходов. Но в отношении депрессии на других этапах шизофренического процесса рекомендаций по диагностике нет. Кроме того, трудности представляет собой распознавание депрессивной симптоматики, т.к. в рамках шизофрении она имеет свои клинические особенности.

Таким образом, несмотря на то, что проблема депрессии при шизофрении является одной из актуальных в современной психиатрии, в настоящее время отсутствует общепринятый подход, как к диагностике этих состояний, так и к практическим рекомендациям по оптимизации терапевтических подходов. В предлагаемых методических рекомендациях приводится новый диагностический алгоритм, который поможет практическому врачу распознавать депрессивные симптомы на различных этапах шизофрении, дифференцировать их с другими состояниями в рамках данного заболевания. Здесь же обсуждаются вопросы выбора оптимизации терапевтической тактики у этой категории пациентов.

Основная часть

Оптимизация подходов к диагностике и терапии депрессии при шизофрении

Депрессия имеет высокие коморбидные связи с шизофренией. Согласно современным взглядам депрессию рассматривают как осевой симптом шизофрении. Это связано с тем, что депрессия может возникать на всех этапах течения шизофрении и на любых этапах лечения. Диагностика депрессивных нарушений, протекающих в структуре шизофренического приступа, представляет собой определенные сложности. Сосуществование депрессии и симптомов шизофренического круга существенно влияет на клинические проявления депрессии, которые отличаются от депрессии, протекающей в рамках аффективного расстройства.

Таблица № 1

Клинические характеристики депрессии при шизофрении
«Поверхностность собственно аффективных нарушений
Стертость витальных проявлений депрессии
Стертость циркадных ритмов
Выраженная психомоторная заторможенность
Чувство беспомощности, безнадежности
Выраженные суицидные мысли с тенденцией к реализации
Выраженная апатия, анергия
Психическая анестезия
Присутствие дисфорических проявлений

Одной из основных клинических характеристик депрессии при шизофрении является субсиндромальный уровень депрессивных проявлений, который регистрируется практически у половины пациентов с шизофренией. Субсиндромальная депрессия подразумевает стертость витальных проявлений депрессии, отсутствие или существенно редуцированные циркадные ритмы (отсутствие типичных суточных колебаний в настроении). Пациенты с депрессией в рамках шизофрении часто обнаруживают выраженную психомоторную заторможенность, апатию, анергию. Им характерны своеобразные дисфорические проявления. Клинические проявления при депрессии, представленные в таблице №1, позволяют врачу при осмотре пациентов с депрессией заподозрить наличие шизофренического процесса и провести более углубленный осмотр для исключения базовых симптомов шизофрении.

Депрессия при шизофрении может выявляться на всех этапах течения шизофренического процесса.

Депрессия на доманифестном этапе шизофрении

Депрессия на доманифестных этапах развития шизофрении встречается очень часто и иногда длительное время может целиком определять клиническую картину состояния. Однако в этот период больные редко попадают в поле зрения врача-психиатра. Поэтому в клинической беседе необходимо тщательно расспрашивать больного и его родственников, подробно собирать анамнез. Наличие аффективных расстройств на доманифестных этапах течения заболевания может свидетельствовать о наличии у пациента депрессивной уязвимости. Пациенты, у которых депрессивные нарушения регистрировались на доманифестных этапах, имеют повышенный риск развития депрессивных проявлений на других этапах течения болезни. Это должно учитываться и при назначении фармакотерапии – выбор антипсихотиков с наименьшей депрессивогенной активностью.

Депрессия на продромальном этапе шизофрении

Депрессивные нарушения часто регистрируются на продромальных этапах шизофрении, как при первом приступе, так и при повторных эпизодах. У 60% пациентов депрессивные проявления предшествуют обострению шизофрении. Для их выявления необходим тщательный опрос пациентов и их родственников. Клинические проявления депрессивных нарушений на начальных этапах приступа шизофрении по доминирующему аффекту подразделяются на 2 группы.

Первую группу составляют пациенты, у которых доминирующее проявление — постепенное нарастание симптомов тревоги. Больные описывают эти состояния как трудно объяснимый дискомфорт, временами раздражительность, которая сменяется плаксивостью. Некоторые пациенты отмечают, что стали суетливыми, временами испытывают неясное, неопределенное чувство тоски. Отмечается трудность в концентрации внимания, постепенно снижается работоспособность. По мере прогрессирования болезни более четко контурируются тревожные нарушения. Большинство пациентов первые проявления тревоги описывают, как беспокойство, которое было связано с определенной реально существующей ситуацией, т.е. семейными проблемами, ситуацией на службе или учебе, в редких случаях — соматическим неблагополучием. Причем, большинство пациентов отмечают, что волнующая их

проблема существовала уже достаточно давно, но ранее не вызывала серьезных опасений, не воспринималась так остро. Вместе с тем, присутствующее волнение не было постоянным. Временами волнующая тема воспринимается как разрешимая ситуация, вполне оптимистично оценивается выход из нее. Пациенты могли отвлечься от беспокоящей проблемы, выполнять повседневные работы, справлялись с учебой и обязанностями по службе. Практически все больные описывают, что наиболее часто волнения возникают, когда остаются одни или перед сном. Беспокойство в вечернее время, как правило, и определяет трудности при засыпании. По мере прогрессирования болезни тревожные расстройства становятся более выраженными. Тревога нарастает и лишается предметности. Этот этап больные описывают как «предчувствие беды». Тематика тревожных размышлений постоянно калейдоскопически сменяется и по касательной затрагивает все происходящее с пациентом. Временами тревога полностью лишается тематического оформления. На этом этапе существенно нарастают собственно депрессивные проявления, доходящие до витализации аффекта. Резко нарушается сон, аппетит, появляются вегетативные нарушения. Состояние полностью захватывает пациента, нет возможности отвлечься. Реальные проблемы утрачивают свою значимость перед ожиданием чего-то непонятного, неизвестного. На этом фоне происходит формирование продуктивной шизофренической симптоматики, кристаллизация бреда или появление галлюцинаторной симптоматики.

Вторую группу составляют больные, у которых аффективные нарушения на инициальных этапах приступа были представлены симптоматикой астенического круга. В первую очередь это касалось когнитивных нарушений. Первичные жалобы относятся к интеллектуальной несостоятельности, трудно стало понимать прочитанный текст, приходится несколько раз перечитывать каждый абзац. Имеются затруднения и в восприятии услышанной информации, а иногда и смысл бытовых разговоров «доходит» не сразу. Некоторые пациенты говорят и о затруднениях в восприятии зрительной информации. Появлялись трудности в просмотре телепередач. Отмечаются затруднения в концентрации внимания. Было тяжело сосредоточиться, закончить начатую мысль, поддерживать разговор, «сформулировать мысль». Уменьшается продуктивность в учебе и работе. Пациенты тратят много времени на выполнение работы, которую прежде делали с легкостью. Сужается круг интересов, они избегают контактов со знакомыми и ограничивают общение с близкими людьми. У некоторых пациентов на

этом фоне формируются сенесто-ипохондрические нарушения. Появившиеся нарушения больные связывают с тяжелой болезнью — опухолью или приближающимся инсультом. При этом отмечают необычные ощущения в голове — «тяжелая, ватная голова», «что-то сжимает голову». На этом фоне усиливается физическая слабость. Все больше времени больные проводят в постели. Из инсомнических нарушений чаще встречается повышенная сонливость в течение дня. На этом этапе больные тяжело переживают свою неполноценность, формируются идеи малоценности, бесперспективности. Фон настроения снижается, появляются тревожные включения, но ведущим аффектом остается апатия. Первичные процессуальные нарушения подступают исподволь и определяются сочетанием как продуктивных, так и негативных расстройств.

Развитие аффективных симптомов, вне зависимости от их клинических проявлений с одной стороны отражает психологическую реакцию на приближающееся обострение, с другой — биологический процесс, лежащий в основе развития описываемых симптомов и шизофренической (продуктивной и негативной) симптоматики.

Депрессия на остром этапе шизофрении

Депрессивная симптоматика может сочетаться с острой психотической симптоматикой в структуре шизофренического приступа. При этом соотношение депрессивных и собственно шизофренических симптомов может быть различным. С учетом клинической картины можно выделить 2 основных типа развития депрессии в структуре острого приступа шизофрении:

В первой группе пациентов наравне с выраженностью параноидной симптоматики четкое звучание получает аффективный симптомокомплекс. У большинства пациентов ведущим в клинической картине является тревожный аффект, сопровождающийся снижением настроения и вегетативными депрессивными проявлениями. Параноидная симптоматика определяется бредовыми идеями отношения и преследования, которые тесно сплетаются с депрессивными идеями малоценности. В ряде случаев у пациентов регистрируются элементы острого чувственного бреда. В этой группе пациентов при всем многообразии продуктивных процессуальных нарушений, отмечается их соответствие ведущему аффекту. Проявления негативного симптомокомплекса у этой группы больных представлены не слишком выразительно. В этом случае, клиническая картина в большей степени определяется взаимодействием продуктивных и аффективных симптомов. О выра-

женности негативных нарушений на остром этапе болезни в этих группах судить не представляется возможным, т.к. создается впечатление о перекрытии негативных нарушений лидирующим в клинической картине психопатологическим симптомокомплексом.

Во второй группе в аффективной симптоматике ведущим выступает апато-анергический аффект. В этой группе пациентов потенцирующие коморбидные отношения возникают между аффектом и негативным симптомокомплексом. В этом случае преобладает усиление выраженности только негативных нарушений. Аффективная симптоматика остается лишенной витальной окраски, размытой, монотонной, на уровне субсиндромальных проявлений. Позитивная симптоматика мало взаимодействует с аффективным симптомокомплексом, она остается обособленной. Обращает на себя внимание то, что больные остаются безучастными даже при выразительной тематике бреда, включающей идеи преследования и воздействия, мысли о переоценке своей личности.

Депрессия на постприступном этапе шизофрении

Критерии для диагностики постпсихотической депрессии приведены в МКБ-10 (таблица №1). Однако использование этих критериев дает возможность диагностировать весьма неоднородную группу пациентов. Поэтому мы считаем целесообразным разделение этой группы, используя две характеристики: первая — по признаку полноты редукции продуктивной психотической симптоматики; вторая – по времени наступления депрессии.

В первой группе пациентов в структуре актуального приступа при стартовом обследовании депрессивные нарушения не регистрировались. Лишь в редких случаях удается определить депрессивные знаки, не образующие целостного симптома. В этих случаях имелась депрессивная окраска галлюцинаторно-параноидной симптоматики. Состояние определялось симптомами параноидного регистра. На ранних этапах терапии происходит трансформация синдрома, и на фоне менее ярких проявлений бреда и галлюцинаций просвечиваются депрессивные нарушения. На этих этапах состояние пациента описывается как депрессивно-параноидное. Тематика депрессивных переживаний часто конгруэнтна продуктивной шизофренической симптоматике. У этих пациентов при дальнейшем лечении редукция продуктивной симптоматики опережает влияние на депрессивные нарушения. Анализ анамнеза этих пациентов показывает, что у большинства из них доманифестные и инициальные проявления болезни определяются симпто-

матикой аффективного регистра. Здесь, вероятно, в процессе лечения происходит расслоение синдрома и выявление ранее завуалированных его составляющих. Таким образом, эту группу можно охарактеризовать как пациентов с демаскированной (раскрываемой) депрессией.

Вторую группу составляют больные, у которых развитие депрессии происходит вслед за купированием, или минимизацией выраженности продуктивной шизофренической симптоматики и совпадает с поздними этапами терапии. После редукции продуктивных нарушений, депрессивная симптоматика обретает более четкое звучание, очистившись от грубых психопатологических нарушений. У этих пациентов депрессия рассматривается как этап становления ремиссии. Структура приступа этих пациентов определяется в большей степени параноидной симптоматикой. Депрессивные проявления возникают при практически полной редукции ведущей параноидной симптоматики. Депрессивные симптомы существуют достаточно изолированно, и в депрессивных идеях не отражается тематика перенесенных бредовых расстройств. Часто проявляется нарастание соматической озабоченности, которое находит отражение в депрессивной идеаторике. Выраженность депрессивных нарушений не достигает уровня развернутой депрессии и протекает на субсиндромальном уровне.

В этой группе необходимо выделить отдельную подгруппу пациентов, у которых на определенных этапах депрессивные проявления принимают черты монотонности и ригидности. Постепенно развивается своеобразная депрессия, лишенная яркости депрессивных переживаний. Эта депрессия по своей структуре ближе к проявлениям негативного полюса и в большинстве случаев представляет собой резистентный синдром в течение шизофрении.

В третью группу входят пациенты, состояния которых можно расценить в рамках постшизофренической депрессии. Развитие депрессии у этих пациентов происходит в период стабилизации состояния на этапе поздней ремиссии. В эту группу входят пациенты вне зависимости от существования депрессивных проявлений на начальных этапах приступа. После достаточно длительного периода стабильного состояния начинает контурироваться тревога, которая, как правило, не достигает психотического уровня. При этом как вторичный элемент выступает снижение самооценки и общего фона настроения. При дальнейшем течении происходит уменьшение выраженности тревожных проявлений при нарастании снижения настроения, нарастание дистимических проявлений, которые имеют сильные корреляции с негативным симпто-

мокомплексом. Происходит формирование своеобразного депрессивного состояния, лишенного остроты.

Депрессия на этапе ремиссии шизофренического процесса

На данном этапе депрессивная симптоматика обычно представлена на субсиндромальном уровне, как правило, не носит характера витальности, имеет тенденцию к затяжному, хроническому течению, сопровождается проявлениями негативного симптомокомплекса. Поэтому диагностика депрессии на данном этапе представляет собой значительные трудности. Следует обращать внимание на наличие базовых соматических симптомов депрессии, таких как нарушение сна, сопровождающееся ранними пробуждениями, снижение аппетита. Длительность аффективных проявлений может быть от нескольких недель до нескольких месяцев. Появление депрессии не сопровождается рецидивами основной шизофренической симптоматики. При таком течении в структуре депрессии имеется существенный анергический компонент. Большинство пациентов только при расспросе вспоминают о таких состояниях, или они выявляются при плановом осмотре пациента.

Дифференциальная диагностика депрессии при шизофрении

Вопросы дифференциальной диагностики депрессии при шизофрении представляют существенные трудности за счет необходимости анализа многочисленных факторов. Депрессия в структуре шизофрении диагностируется по остаточному признаку, т.е. при исключении всех клинически значимых проявлений, которые могли бы свидетельствовать о другой природе депрессивоподобных нарушений. Основные направления для дифференциальной диагностики приведены на рисунке №1.

Исключение диагностических ошибок

При сочетании депрессивных симптомов с продуктивной психотической симптоматикой в период острого приступа шизофренического процесса необходимо проводить дифференциальную диагностику между шизофренией, шизоаффективным расстройством и психотической депрессией.

С момента включения диагноза шизоаффективного расстройства в классификацию психических заболеваний, эта нозология остается одной из самых противоречивых концепций в психиатрии. Принято считать, что клинический прогноз при данном расстройстве лучше, чем при шизофрении, но хуже по сравнению с аффективными расстройствами.

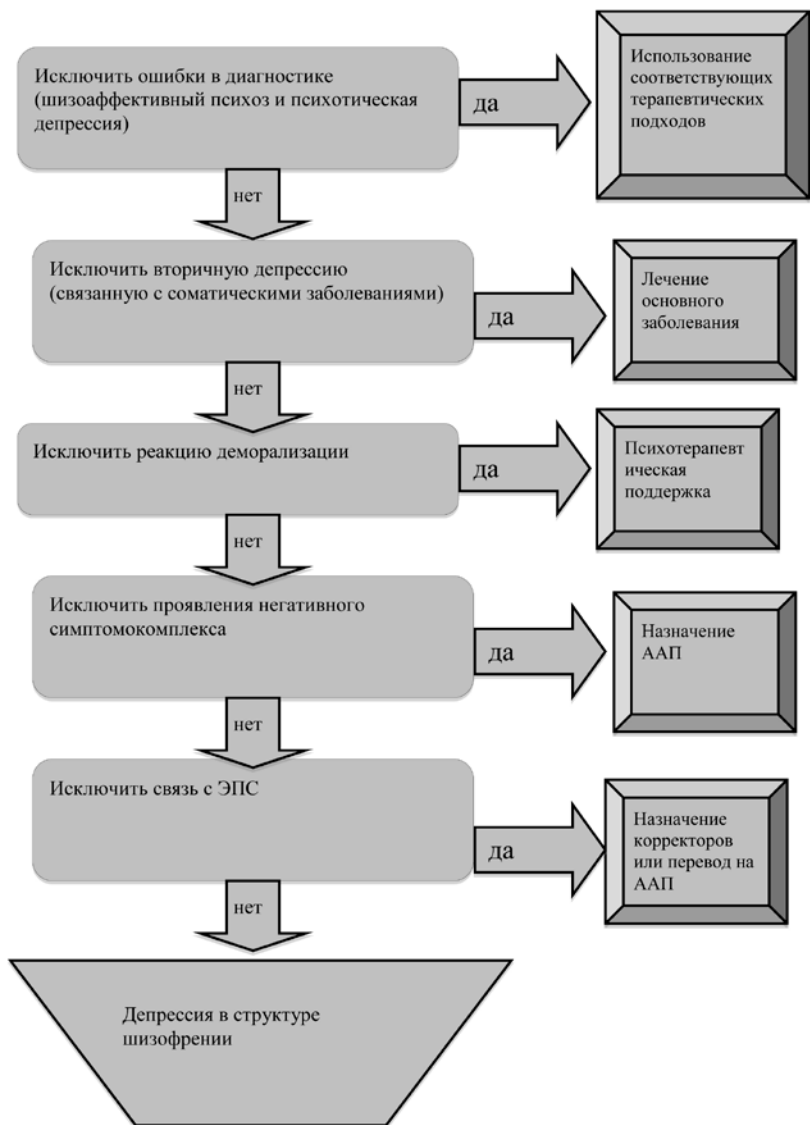


Рис. №1. Алгоритм дифференциальной диагностики депрессии при шизофрении

Исключение диагностических ошибок

При сочетании депрессивных симптомов с продуктивной психотической симптоматикой в период острого приступа шизофренического процесса необходимо проводить дифференциальную диагностику между шизофренией, шизоаффективным расстройством и психотической депрессией.

С момента включения диагноза шизоаффективного расстройства в классификацию психических заболеваний, эта нозология остается одной из самых противоречивых концепций в психиатрии. Принято считать, что клинический прогноз при данном расстройстве лучше, чем при шизофрении, но хуже по сравнению с аффективными расстройствами.

Согласно МКБ-10 диагноз шизоаффективного расстройства может быть поставлен только в том случае, если выражены как шизофренические, так и аффективные симптомы одновременно или последовательно в течение нескольких дней во время одного и того же приступа, и приступ вследствие этого не отвечает критериям ни шизофрении, ни маниакального или депрессивного эпизода. Если аффективная симптоматика недостаточно представлена в структуре психотического приступа и не входит в структуру всех перенесенных приступов, то данный термин не может быть использован.

Для психотической депрессии характерно резко сниженное настроение, иногда сопровождающееся сильным беспокойством, достигающим до уровня агитации или наоборот выраженной заторможенности. Депрессивная симптоматика здесь дополняется наличием бреда и галлюцинаций. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера "голоса", запахи гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению.

При проведении дифференциальной диагностики с психотической депрессией необходимо учитывать тот факт, что при данном расстройстве аффективная симптоматика является превалирующей, психотические переживания чаще конгруэнтны аффекту. Нормализация аффективного статуса сопровождается редукцией психотических симптомов.

Вторичные депрессии могут развиваться на фоне многих соматических заболеваний. Например, в результате развивающегося

онкологического процесса, при анемиях различного генеза, при эндокринопатиях. Особое внимание следует уделить исследованию функции щитовидной железы. Недостаточность функции щитовидной железы может проявляться депрессивно-подобными симптомами, такими как сниженное настроение, повышенная усталость, трудностями концентрации внимания.

Органические заболевания и травмы головного мозга также могут быть причиной вторичных депрессий. Поэтому необходимо тщательно обследовать больного, у которого есть основания подозревать наличие депрессивных симптомов. В первую очередь следует выполнить клинический, биохимический анализы крови, анализ крови на гормоны щитовидной железы и гормоны надпочечников. При необходимости использовать ультразвуковую диагностику, компьютерную томографию, МРТ.

Состояние деморализации, возникающее как реакция на заболевание шизофренией, может проявляться в виде сниженного настроения, пессимистическими мыслями, отсутствием веры в будущее, и представляет собой диагностические трудности для врача. Пациенты испытывают страх потери контроля над симптомами заболевания, ощущение собственной измененности и того, что никогда не смогут стать такими как прежде. От истинных депрессивных проявлений такое состояние отличается отсутствием базовых соматических симптомов депрессии. Искаженная внутренняя картина болезни может сохраняться годами, что в свою очередь представляет собой серьезное препятствие для социальной адаптации пациента, способствует повышению риска суицида. Кроме того, состояние хронического морального дистресса само по себе является провоцирующим фактором развития повторных психотических приступов. Таким пациентам требуется психологическая поддержка, проведение психообразовательных программ, как для самих пациентов, так и для их родственников.

Разграничение депрессии и негативных симптомов представляет собой диагностические трудности, т.к. эти состояния имеют клиническое сходство. Отсутствие энергии, ангедония и социальная отгороженность, трудности концентрации внимания — симптомы, встречающиеся при обоих состояниях. Однако, подавленное настроение и депрессивная идеаторика обычно не характерны для негативного симптомокомплекса. Пациенты с негативными нарушениями не жалуются на свое состояние, в их состоянии преобладающим является заметное уплощение аффекта. Поэтому для разграничения депрессии и проявлений негативного симптомокомплекса основной акцент надо делать на жалобы пациента и его характеристику своего состояния.

Симптомы депрессии, могут быть ассоциированы с экстрапирамидными побочными эффектами нейролептической терапии. Например, в рамках акинезии и акатизии. Нейролептически индуцированная акинезия обычно проявляется в виде общего снижения моторной активности и гипомимии. Указанная симптоматика напоминает утрату аффективного резонанса, что характерно для депрессии. Нейролептически индуцированная акатизия обычно не вызывает диагностических трудностей, за исключением ее абортных форм. В этом случае в состоянии пациентов превалируют дисфорические расстройства, сопровождающиеся суицидными мыслями и поведением, в то время как двигательные нарушения практически отсутствуют. Поэтому предъявляемая симптоматика может быть ошибочно принята за симптомы агитированной депрессии. Хорошим диагностическим признаком может послужить добавление антихолинергического препарата или уменьшение дозировки применяемого нейролептика.

Терапевтические подходы при депрессии в структуре шизофрении

Присутствие депрессии в структуре шизофрении ведет к необходимости изменения терапевтических подходов. Обладая отличающимся от традиционно применяемых нейролептиков механизмом действия, атипичные антипсихотики имеют ряд преимуществ. В отличие от традиционных препаратов, их применение в существенно меньшей мере связано с развитием экстрапирамидных нарушений. Атипичные нейролептики оказывают влияние не только на продуктивные, но и на негативные процессуальные нарушения. Кроме того, эти препараты влияют на купирование резистентных психопатологических нарушений, обладают антидепрессивной активностью. Применение атипичных антипсихотиков существенно снижает риск развития депрессии на всех этапах шизофренического процесса. Поэтому атипичные антипсихотики имеют убедительные преимущества перед традиционными нейролептиками для ведения пациентов с депрессией в структуре шизофрении.

Но основной вопрос, с которым приходится сталкиваться врачу при ведении этой категории пациентов — в каком случае рационально назначение антидепрессантов. Это связано с тем, что назначение антидепрессантов может привести к усилению продуктивных шизофренических симптомов. Именно поэтому, терапевтическая тактика при ведении данной категории пациентов будет зависеть от того, на каком этапе шизофренического процесса развиваются депрессивные нарушения.

Кроме этого, при подборе терапии для данной категории пациентов необходимо учитывать возможность лекарственных взаимодействий при одновременном назначении антипсихотика с антидепрессантом. Следствием этого может быть развитие тяжелых побочных эффектов. Поэтому наиболее предпочтителен выбор антидепрессантов из группы СИОЗС, которые одновременно обладают доказанной терапевтической эффективностью и хорошо переносятся больными.

Терапия депрессии в структуре острого шизофренического приступа

Если депрессия регистрируется во время острого приступа шизофрении, при этом сочетается с массивно представленной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, то предпочтительно назначение атипичного антипсихотика. Препарат необходимо использовать в адекватных терапевтических дозах, применяемых для терапии острых приступов шизофрении, способствующих купированию продуктивных шизофренических симптомов. Зачастую депрессивные проявления в структуре острого шизофренического приступа поддаются коррекции атипичными антипсихотиками. Наиболее хорошо себя зарекомендовали такие препараты как кветиапин, оланзапин, арипипразол. Кроме того, показано применение азалептина, препарата одновременно хорошо купирующего острую психотическую симптоматику и аффективные нарушения. Препарат высокоэффективен в отношении суицидной активности.

В случае если на фоне приема атипичных антипсихотиков сохраняется тяжелая депрессивная симптоматика, сопровождающаяся выраженной витальностью, допустимо использование антидепрессанта из группы СИОЗС, до полного купирования депрессивных проявлений. Длительное применение антидепрессантов на этапе шизофренического приступа может привести к усугублению острой психопродуктивной симптоматики и утяжелению состояния пациента.

Терапия депрессии в постприступном периоде

При наличии депрессивных нарушений на постприступном этапе шизофренического процесса следует постепенно перевести больного с типичного нейролептика на атипичный антипсихотик в адекватных терапевтических дозах. При отсутствии эффекта в течение 2-3 недель показано назначение антидепрессанта из группы СИОЗС.

Терапия депрессии на этапе ремиссии шизофренического процесса

Данный период характеризуется, как правило, отсутствием продуктивной психотической симптоматики, или она представлена в незначительном объеме. Поэтому на этом этапе при регистрации депрессии будет правомерным присоединение антидепрессантов из группы СИОЗС к используемому антипсихотическому препарату.

Нераспознавание депрессии в структуре шизофрении и как следствие отсутствие адекватной терапии приводит к удлинению приступов заболевания, увеличению продолжительности сроков госпитализации больного и значительно повышает стоимость лечения. В представленном пособии изложены вопросы распознавания, дифференциальной диагностики и основные терапевтические подходы при депрессии в структуре шизофрении. Предложенный алгоритм диагностики депрессии при шизофрении и методы дифференцированного подхода к выбору терапевтических тактик в зависимости от стадии заболевания позволяют оптимизировать помощь данной категории пациентов.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 09.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80