

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии
(наименование кафедры)

Рецензия зав кафедрой ДМН Березовская Марина Александровна
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психиатрии
Серебрянников Максим Александрович
(ФИО ординатора)

Тема реферата депрессия эйзена

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+/-
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+/-
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>хорошо</u>

Дата: «15» 02 2024 год

Подпись рецензента

БС
(подпись)

Березовская М.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

СР
(подпись)

Серебрянников МА
(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Депрессивный эпизод»

Выполнил:

Ординатор специальности психиатрия

Серебренников М.А

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Красноярск 2023

Оглавление

Актуальность	3 стр.
Определение	4 стр.
Эпидемиология заболевания или состояния	5 стр
Классификация	5 стр
Диагностика	8 стр
Лечение	10 стр.
Медицинская реабилитация	14 стр.
Органазация оказания мед. помощи	14 стр
Заключение	15 стр.
Список литературы	16 тр

Актуальность

Депрессия и депрессивные эпизоды являются весьма актуальными проблемами в современном обществе. Согласно Всемирной организации здравоохранения, депрессия – одна из наиболее распространенных психических расстройств, и она влияет на более чем 264 миллионов людей по всему миру.

Актуальность изучения и понимания депрессивных эпизодов обусловлена несколькими факторами. Во-первых, депрессия в значительной мере ухудшает качество жизни людей, ставя под угрозу их физическое и психическое благополучие. Такие симптомы, как потеря интереса к жизни и утрата радости, могут существенно ухудшить производительность на работе, учебу и семейные отношения.

Во-вторых, депрессивные эпизоды требуют адекватного лечения и поддержки. Несмотря на то, что существует множество эффективных методов лечения, большая часть людей с депрессией не получает необходимую помощь. Это связано с недостатком информированности об этом заболевании и стигмой, сопровождающей психические расстройства.

Важно отметить, что депрессивные эпизоды могут возникать в любом возрасте и у любого человека, независимо от пола, социального статуса или культурных особенностей. Это показывает, что депрессия является всеобщим и коснувшимся всех проблемой, которая требует широкой осведомленности и действий.

Наконец, депрессивные эпизоды связаны с возрастающей нагрузкой на общественные системы здравоохранения и экономику в целом. Согласно исследованиям, депрессия является одной из основных причин потери рабочей способности и экономического ущерба. Поэтому раннее обнаружение и лечение депрессивных эпизодов могут сыграть важную роль в снижении непосредственных и косвенных затрат.

В итоге, рассматривая все эти факторы, можно сделать вывод о высокой актуальности изучения и борьбы с депрессией и депрессивными эпизодами. Необходимо продолжать исследования, повышать общественную осведомленность и предоставлять доступную и эффективную помощь людям, страдающим от депрессивных эпизодов, чтобы обеспечить им наилучшую возможность для выздоровления и повышения качества жизни.

Определение

Депрессивный эпизод (ДЭ) – аффективное расстройство, характеризующееся в типичных случаях снижением настроения, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и унижения (даже при легком типе эпизода); мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит

Этиология и патогенез заболевания или состояния

Этиология и патогенез ДЭ и РДР до настоящего времени окончательно не установлены. По всей видимости, возникновение депрессивных расстройств детерминировано сочетанием множества факторов: биологических (конституционально- генетических), психологических и социальных. Среди биологических концепций традиционной является моноаминовая теория депрессии, постулирующая в качестве основного патогенетического механизма недостаточность синаптической активности моноаминов (серотонина, дофамина, норадреналина) головного мозга. В качестве значимых рассматриваются и другие патофизиологические процессы, в числе которых проявления психосоциального и биологического дистресса, хронобиологическая гипотеза, нарушение процессов нейропластичности, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, гиппокампа, миндалевидного тела (амигдалы), прилежащего ядра и других областей мозга, вовлеченность кортикотропин-рилизинг-фактора, глюкокортикоидов, мозгового нейротрофического фактора (BDNF) и транскрипционного фактора CREB

Эпидемиология заболевания или состояния

ДЭ относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям. Эти расстройства, как правило, полностью редуцируются в периоды ремиссий, и степень социальной дезадаптации пациентов определяется частотой, длительностью и тяжестью

Классификация

В большинстве классификаций в качестве основного критерия группировки умственной отсталости используется степень глубины интеллектуального дефекта.

Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

F32.0 - Депрессивный эпизод
легкой степени;

F32.1 - Депрессивный эпизод
средней степени;

F32.2 - Депрессивный эпизод тяжелой степени без
психотических симптомов;

F32.3 - Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими
симптомами.

Клиническая картина

Представлены следующие основные симптомы:

сниженное настроение;

отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности,
обычно связанной с положительными эмоциями;

снижение энергии и повышенная утомляемость;
а также дополнительные симптомы:
сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);
мрачное и пессимистическое видение будущего;
идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
нарушенный сон;
нарушенный аппетит
в анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных
симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода;
эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или
органическому психическому расстройству.

В МКБ-10 также может выделяться соматический синдром депрессии
(кодируется отдельным пунктом), представленный как минимум
четырьмя из следующих симптомов:

снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно
приятной для больного;
отсутствие обычной реакции на события или деятельность;
пробуждение утром за два или более часа до обычного времени;
депрессия тяжелее по утрам;
объективные свидетельства заметной психомоторной
заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные
другими лицами);
заметное снижение аппетита;
снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);
заметное снижение либидо.

Большое значение для оценки состояния больного и определения
места и метода лечения, а также дальнейшего маршрута оказания

медицинской помощи имеет дифференциация депрессий по степени тяжести .

Степень тяжести депрессии	Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Легкая	2 или 3	2 и более
Средняя	2 или 3	3 и более
Тяжелая: • без психотических симптомов • с психотическими симптомами	3 бред, галлюцинации, депрессивный ступор	4 и более

ДЭ тяжелой степени с психотическими симптомами дополняется наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи – гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например, бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Всем пациентам в качестве первичной диагностики рекомендуется проведение мероприятий по выявлению симптомов депрессии в психическом статусе пациента.

Всем пациентам, у которых в психическом статусе были выявлены симптомы депрессии, в качестве обязательных шагов рекомендовано:

- оценить соответствие имеющейся у пациента симптоматики критериям диагностики депрессивного эпизода.
- получить данные анамнеза или медицинской документации о наличии предшествовавших депрессивных эпизодов.

Всем пациентам с первичным или повторным депрессивным эпизодом рекомендовано провести тщательный целенаправленный опрос, направленный на:

- выявление маниакальных, гипоманиакальных и смешанных эпизодов в анамнезе.
- сбор анамнестических данных о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествовавших развитию депрессивных симптомов.
- сбор анамнестических данных об употреблении психоактивных веществ или лекарственных препаратов, которые могут вызвать симптомы депрессии, непосредственно перед началом депрессивного эпизода.

Физикальное обследование.

В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или

лекарственных препаратов, которые могут вызывать депрессивные симптомы -следов различных повреждений, в том числе самопорезов (с учетом их давности)

Лабораторная диагностика

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам пациента рекомендовано провести дополнительные методы обследования, к которым относятся:

общий (клинический) анализ крови

для оценки функции почек – исследование уровня креатинина в крови и в моче,

общий (клинический) анализ мочи

для оценки функции щитовидной железы - исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови.

Для оценки функции печени – исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови

Для оценки метаболического синдрома – исследование уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови, уровня липопротеинов в крови, уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, уровня глюкозы в крови.

Инструментальная диагностика

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования, к которым относятся:

электрокардиография (ЭКГ)

электроэнцефалография

реоэнцефалография (РЭГ)

магниторезонансная томография (МРТ) (предпочтительно)/ компьютерная томография (КТ)

Иная диагностика

Всем пациентам рекомендуется в обязательном порядке направленное клинико-анамнестическое обследование с целью выявления факторов риска суицида.

Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, исключения противопоказаний к ряду препаратов, которые назначаются при ДЭ, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендована:

- консультация врача-терапевта
- консультация врача-невролога.
- консультация врача-офтальмолога.
- для женщин – консультация врача-гинеколога.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

До начала терапии следует составить индивидуальный план лечения, учитывающий преемственность различных этапов терапии, эффективность и переносимость предшествующей терапии, клинические особенности состояния (например, наличие психотической симптоматики, возбуждения, тревоги, нарушений сна или атипичных симптомов), тяжесть болезни и риск суицида, комплаентность больного, злоупотребление ПАВ, наличие сопутствующих заболеваний и принимаемую в связи с ними терапию, возможность наступления беременности и другие индивидуальные факторы, способные повлиять на эффективность и переносимость назначаемого АД. При наличии показаний (например, в случае сочетания психотических симптомов и суицидальных мыслей) следует рассмотреть вопрос о стационарном лечении. Проведение тимоаналептической терапии в острой фазе заболеваний требует также как минимум еженедельного динамического наблюдения за психическим и соматическим состоянием пациента, включая периодическую ревизию диагноза и оценку суицидального риска, мониторингирование ответа на терапию и развитие

побочных эффектов, а также проверку комплаентности больного и формирование приверженности терапии с использованием различных психообразовательных методик.

В соответствии с этой моделью в лечении ДЭ важно следовать всем трем основным терапевтическим этапам: 1) купирующая (активная) терапия, 2) продолженная или стабилизирующая терапия и 3) длительная противорецидивная (профилактическая) терапия.

Консервативное лечение

Для пациентов, удовлетворяющих современным диагностическим критериям ДЭ и РДР (МКБ-10), рекомендуется применение тимоаналептической фармакотерапии: назначение АД в минимальных эффективных дозах; при отсутствии побочных эффектов или при редукции побочных эффектов в течение нескольких дней рекомендуется производить увеличение дозы в пределах стандартных дозировок до тех пор, пока симптоматика не начнет ослабевать. В случае отсутствия динамики или недостаточного эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) через 3-4 недели рекомендуется наращивание дозы до максимальной.

Купирующая терапия легкого ДЭ

Лечение легких ДЭ обычно осуществляется амбулаторно в рамках первичного звена психиатрической помощи.

Пациентам с легким ДЭ рекомендуется назначение АД (преимущественно используются СИОЗС, агомелатин**, а также другие препараты новых поколений) в пероральной форме

Купирующая терапия ДЭ средней степени.

Лечение больных с умеренным ДЭ в зависимости от особенностей депрессии и социальных условий проводят амбулаторно, полустационарно или в стационаре. С учетом высокого риска резкого изменения состояния у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, а также вероятного появления суицидальных мыслей лечение предпочтительнее осуществлять в условиях стационара или полустационара.

Рекомендуется назначение АД в пероральной форме: препаратами первого ряда являются СИОЗС, СИОЗСН, мirtазапин, вортиоксетин и агомелатин**, ТЦА

обычно рассматривают как препараты второго выбора.

Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени

Рекомендуется выбрать препарат с широким спектром нейрехимического механизма действия (СИОЗСН, мirtазапин, ТЦА), обладающих несколько большей эффективностью при лечении депрессий тяжелой степени по сравнению с СИОЗС.

Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени с психотическими симптомами

Лечение тяжелого ДЭ с психотическими симптомами рекомендовано проводить в условиях стационара.

Рекомендовано с первых дней назначение АД с широким спектром нейрехимического механизма действия (СИОЗСН, ТЦА, тетрациклические антидепрессанты) в сочетании с АВП.

Купирующая терапия ДЭ на 2-м этапе

Минимум в 30-50 % случаев ДЭ у пациентов не достигается достаточная эффективность любого из выбранных АД при адекватно проведенной терапии первой линии. В такой ситуации необходимо еще раз проверить, правильно ли был поставлен диагноз, достаточна ли доза назначенного препарата и степень комплаентности пациента. С целью выявления фармакокинетических причин недостаточной эффективности (псевдорезистентность) целесообразно определение концентрации препарата в крови и проведение генотипирования для выявления лиц с замедленным или ускоренным метаболизмом определенных АД. Это особенно важно при проведении сочетанной терапии препаратами, метаболизируемыми теми же изоферментами цитохрома P450.

В случае отсутствия динамики или недостаточного клинического эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) в течение 3-4 недель терапии, либо плохой переносимости антидепрессивной фармакотерапии следует переходить ко второму курсу или этапу терапии. Доказательства обоснования приведенных стратегий весьма ограничены, поскольку РКИ на больших выборках больных не проводилось. В настоящее время нет четкого консенсуса о предпочтительности какой-либо из стратегий при лечении пациентов, не отвечающих на терапию. Особенно это касается препаратов второго выбора. При анализе данных проекта STAR*D было показано, что процент пациентов с

ремиссиями можно увеличить с 27%, достигнутых при использовании терапии первого выбора, до кумулятивного уровня 67% – после всех четырех последующих шагов терапевтических вмешательств. Однако вероятность достижения ремиссии после первых двух курсов терапии была выше (20–30%), чем после двух последних (10–20%) [70].

С целью преодоления возможных явлений псевдорезистентности рекомендуется нарастить дозу АД до максимальной или частично перейти на парентеральный путь введения (при применении ТЦА).

Купирующая терапия ДЭ на 3-м этапе

При недостаточности клинического эффекта и отсутствии явных причин такой неэффективности, включая ошибочную диагностику (например, БАР II), некомплаентность, коморбидные психические и соматические заболевания и другие факторы, считается, что больному свойственна относительная резистентность и нужно переходить к третьему этапу терапии, т. е. собственно противорезистентным мероприятиям. В зависимости от ситуации можно выбрать любой вариант терапии с длительностью курса 3-4 недели, однако предпочтение следует отдавать средствам с доказанной эффективностью и хорошей переносимостью, а также учитывать возможные лекарственные взаимодействия, в том числе возникающие вследствие конкурентного печеночного метаболизма.

Рекомендована комбинированная терапия с использованием сочетаний АД с комплементарными механизмами действия для достижения синергического тимоаналептического эффекта: комбинирование ТЦА и СИОЗС; комбинирование одного из средств, блокирующих обратный захват моноаминов (СИОЗС, СИОЗСН или ТЦА) с блокаторами альфа-2-адренергических ауторецепторов (например, миртазапин, миансерин и др.).

Иное лечение

В дополнение к фармакотерапии для усиления или ускорения терапевтического эффекта АД возможно применение различных нелекарственных методов

воздействия.

На любом этапе лечения в качестве дополнительного воздействия рекомендуется подключение адекватной психотерапии, которая больше фокусируется на текущих проблемах пациента и включает элементы психобразования. Это особенно важно у пациентов с недостаточной комплаентностью.

Медицинская реабилитация.

Даже при единичном ДЭ вслед за купирующей терапией рекомендуется проведение стабилизирующей терапии с использованием эффективного в купирующий период АД и сохранением прежней дозы в течение 4-6 месяцев. Целью стабилизирующей терапии является предотвращение обострения состояния и достижение полного восстановления пациента после перенесенного ДЭ.

С целью повышения осведомленности больного и его родственников о природе заболевания, его течении, прогнозе и методах лечения рекомендуется применение психообразовательных методик. Пациенту и его родственникам разъясняются порядок и правила приёма лекарственных средств, необходимость госпитализации в психиатрический стационар или амбулаторного лечения и наблюдения врачом-психиатром

Организация оказания медицинской помощи

Лечение пациентов с депрессивным эпизодом легкой и средней степени при отсутствии суицидального риска (низком суицидальном риске) рекомендовано проводить в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета).

Лечение пациентов с депрессивным эпизодом умеренной степени у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, с учетом высокого риска резкого изменения состояния и появления суицидальных мыслей, рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара или полустационара

Лечение пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени без психотических симптомов или с психотическими симптомами, а также при наличии высокого суицидального риска независимо от степени тяжести депрессии рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара

Заключение

В заключение можно сказать, что депрессивные эпизоды представляют собой серьезную проблему, требующую внимания и поддержки. Они оказывают негативное влияние на физическое и психическое состояние человека, а также на его качество жизни.

Важно понимать, что депрессивные эпизоды могут возникать у любого человека, независимо от возраста, пола или социального статуса. Поэтому необходимо осведомленность и понимание со стороны общества, чтобы предоставить поддержку и помощь тем, кто страдает от депрессии.

Эффективное лечение депрессивных эпизодов состоит из комбинации психотерапии и фармакотерапии. Когнитивно-поведенческая терапия и антидепрессанты могут помочь улучшить настроение и справиться с симптомами депрессии.

Профилактика депрессивных эпизодов также играет важную роль. Здоровый образ жизни, поддержание социальных связей, умение справляться со стрессом и обращаться за поддержкой позволяют снизить риск развития депрессии.

Важно продолжать исследования в области депрессивных эпизодов, чтобы развивать новые подходы к их диагностике, лечению и профилактике. Также необходимо бороться со стигмой, связанной с психическими расстройствами, чтобы люди не стеснялись обращаться за помощью и получали своевременное лечение.

В целом, депрессивные эпизоды являются актуальной проблемой, которая требует внимания общества, профессионалов в области психологии и психиатрии. Продвижение осведомленности о депрессии, доступность и эффективность лечения и поддержки помогут справиться с этим состоянием, улучшить жизнь людей и создать более здоровое и гуманное общество.

Список использованной литературы

- Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 2018; 528 с.
- Алексеева Д.Н., Ларских М.В. Патопсихологическое обследование как

диагностический инструмент врача-психиатра. Прикладные информационные аспекты медицины. 2020. Т. 17. № 1. С. 8-13.

Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 2022; 191 с.

Мазо Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия 2019; №4 (14): с. 59-65.

Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Терапевтически резистентные депрессии. СПб.: Береста, 2021; 448 с.