

ФГБОУ ВО «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. Рекуррентное депрессивное расстройство

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ:	3
Введение	3
Актуальность	3
Этиология и патогенез.....	4
Классификация.....	5
Клиническая картина.....	6
Критерии установления диагноза/состояния	7
Диагностика.....	8
Лечение	10
Вывод.....	11
Используемая литература.....	11

Введение

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 уничижения (даже при легком типе эпизода); мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, как указано в F32, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода (F30)

Актуальность

ДЭ и РДР 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 развивающихся у них рецидивов депрессивной симптоматики. Больные РДР относятся к контингенту наиболее «сохранных» страдающих психическими расстройствами пациентов, однако смертность при РДР лишь немного уступает смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, поскольку до 15% депрессивных больных совершают суициды.

В настоящее время **депрессия** занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди лиц молодого возраста (до 45 лет) она уже давно держит пальму первенства по этому показателю. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения, к 2030 г РДР выйдет на первое место по этим показателям.

Высокая распространенность РДР (среди мужчин - около 6%, среди женщин – до 15%), частое рецидивирование (у 85% больных отмечаются повторные эпизоды), склонность к затяжному течению и хронификации эпизодов, утяжеление течения и исходов соматических и психических коморбидных расстройств, а также другие многочисленные проблемы, связанные с ущербом, наносимым этим заболеванием, определяют высокий интерес специалистов к новым возможностям в области терапии депрессии.

Этиология и патогенез

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**, согласно которой основным патогенетическим механизмом ее возникновения

является недостаточность синаптической активности моноаминов (серотонина, дофамина, норадреналина) головного мозга.

Как значимые рассматриваются и другие патофизиологические процессы: проявления психосоциального и биологического дистресса, хронобиологическая гипотеза, нарушение процессов нейропластичности, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, синтеза нейротрофинов, транскрипционного фактора CREB, а также нейроанатомические особенности гиппокампа, миндалевидного тела (амигдалы), прилежащего ядра и других областей мозга.

К возможным причинам рекуррентного депрессивного расстройства относят **сочетание** следующих источников дистресса:

- Личностно-психологические факторы: повышенная чувствительность и эмоциональность, меланхолия, ипохондрия.
- Психосоциальные факторы: психотравмирующие обстоятельства, хронический стресс, неблагоприятная семейная обстановка.
- Биологические факторы: гормональный сбой, травма или операция, инфекционные заболевания.
- Биохимические изменения. Нарушение баланса нейромедиаторов в головном мозге и их способности к передаче нервных импульсов.
- Наследственная предрасположенность.
- Неправильный образ жизни: неполноценный сон, нарушения питания, чрезмерные нагрузки, отсутствие полноценного сна.

Классификация

Систематика депрессий, представленная в МКБ-10 (диагностические классы F32 - F33), опирается на синдромальный подход с использованием операциональных критериев, обеспечивающих максимальную клиническую однородность, воспроизводимость и сопоставимость выделяемых диагностических категорий.

Центральное место в систематике занимает категория "депрессивный эпизод". В соответствии с вариантами течения выделяются следующие формы заболевания: единичный ДЭ и РДР. Основанием для такого разделения является то, что значительная часть больных переносит только один эпизод.

Ввиду важности для лечения и определения тактики ведения выделяют три степени тяжести ДЭ: **легкую, среднюю (умеренную) и тяжелую.**

Три степени тяжести так обозначены, чтобы включить большой диапазон клинических состояний, которые встречаются в психиатрической практике. Больные с легкими формами ДЭ часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, в то время как стационарные отделения в основном имеют дело с больными, у которых депрессия более тяжелой степени. Дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью основывается на сложной клинической оценке, которая включает число, тип и тяжесть присутствующих симптомов. Полнота обычной социальной и трудовой деятельности зачастую может помочь в определении тяжести ДЭ.

В зависимости от выраженности соматических проявлений в клинической картине депрессий легкой и средней степени тяжести выделяются депрессивные эпизоды с соматическими и без соматических симптомов. Симптомы, которые обозначаются как "соматические", могли бы также называться "меланхолическими", "витальными", "биологическими" или "эндогенормными". Предполагается, что при тяжелом депрессивном эпизоде соматический синдром почти всегда присутствует.

Депрессивный эпизод (F32):

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.

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33):

F33.0 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени;

F33.1 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени;

F33.2 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;

F33.3 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Клиническая картина

В типичных случаях больной с ДЭ страдает от *сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, снижения 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 уничижения (даже при легком типе эпизода), мрачное и пессимистическое видение будущего, идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид, нарушенный сон, сниженный аппетит.*

Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, и часто нет реакции на окружающие обстоятельства, но могут быть характерные суточные колебания. В некоторых случаях тревога, отчаяние и двигательная ажитация временами могут быть более выраженными, чем депрессия, а изменения настроения также могут быть маскированы дополнительными симптомами: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерическим поведением, обострением предшествующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями.

Некоторые из вышеуказанных симптомов могут быть выраженными и обнаруживают характерные признаки, которые считаются как имеющие специальное клиническое значение. Наиболее типичными примерами являются соматические и психотические симптомы.

В некоторых случаях в структуре депрессивного эпизода наблюдаются субсиндромальные маниакальные симптомы, независимо от того, возникают ли они в рамках БАР или РДР. МКБ-10 не разделяет смешанные состояния по доминирующему аффекту. В отличие от МКБ-10, в DSM-5 вводится уточняющий спецификатор "смешанные черты" и выделяются депрессивный эпизод со смешанными чертами и маниакальный эпизод со смешанными чертами.

Диагностические критерии депрессии со смешанными чертами идентичны для депрессивного эпизода в рамках РДР и БАР. Пациент должен удовлетворять критериям депрессивного эпизода и иметь 3 или более симптома мании/гипомании:

- приподнятое или экспансивное настроение;
- завышенная самооценка или напыщенность;
- повышенная разговорчивость или речь с напором;
- полет идей или скачка мыслей;
- увеличение энергии или целенаправленной активности;
- рискованное поведение;
- снижение потребности во сне.

Симптомы должны определяться большую часть времени в период депрессивного эпизода и быть заметны окружающим, поведение должно отличаться от обычного

Самым трагическим исходом депрессии является самоубийство. Из совершаемых ежегодно 10-20 миллионов попыток самоубийства (в их числе 1 миллион завершается фатально) значительная доля (до 50%) приходится на больных, страдающих депрессией.

Критерии установления диагноза/состояния

Диагностические критерии депрессивного эпизода (по МКБ-10) включают:

1) Снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;

2) Должны быть 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 унижения (даже при легких депрессиях);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
- нарушенный сон;
- нарушенный аппетит

3) В анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода;

4) Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или органическому психическому расстройству.

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.

Диагностические критерии РДР (текущий эпизод) по МКБ-10 включают:

- по крайней мере, один ДЭ в прошлом, легкой (F32.0), средней (F32.1) тяжести, либо тяжелый (F32.2 или .3), длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов;
- отсутствие в прошлом эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-);
- текущий эпизод должен удовлетворять критериям ДЭ легкой, средней или тяжелой степени.

Диагностика

Основным методом диагностики депрессии до сих пор остается клинический (психопатологический). Каких-либо достоверных инструментальных методик для диагностики депрессии, обладающих достаточной чувствительностью и специфичностью, в настоящее время не существует.

Вспомогательную роль могут играть стандартизированные психометрические шкалы (шкала Гамильтона для оценки депрессий – HDRS, госпитальная шкала депрессий

– HADS, шкала Монгомери-Асберг – MADRS). Однако их применение в основном ограничивается объективизацией и определением степени тяжести состояния в научных исследованиях. Некоторые из шкал вполне пригодны для скрининга на аффективную патологию, но ни в коей мере не могут заменить собой целенаправленный расспрос жалоб и выявление в анамнезе большого эпизодов депрессии, суицидального поведения, хронических соматических заболеваний, стойких нарушений сна, аппетита, длительных болевых синдромов.

Заподозрить наличие депрессии зачастую позволяет принадлежность пациента к группе риска по аффективной патологии (отягощенный аффективной патологией и/или суицидами семейный анамнез, сведения о конституциональном складе пациента – расстройства личности аффективного или тревожного круга).

Рекуррентное депрессивное расстройство симптомами отвечает критериям классической депрессии. В ее основе лежит **депрессивная триада**, которую выдвинул немецкий психиатр **Эмиль Крепелин на рубеже XIX и XX веков**:

1. Снижение настроения.
2. Снижение двигательной активности.
3. Замедление мыслительной активности.

Эти признаки должны значительно влиять на личную и профессиональную жизнь пациента !

Лечение

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.

Важной для понимания течения и терапии ДЭ и РДР является динамическая модель заболевания, предложенная D.J. Kupfer (1991). В соответствии с этой моделью в лечении ДЭ важно следовать всем трем основным терапевтическим этапам:

- 1) купирующая (активная) терапия,

2) продолженная или стабилизирующая терапия

3) длительная противорецидивная (профилактическая) терапия.

В лечении рекуррентного депрессивного расстройства применяют следующие антидепрессанты:

- Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (классические трициклические и тетрациклические антидепрессанты - ТЦА2, к которым относятся *амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, нифопезин*);
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (*флуоксетин, пароксетин, флувоксамин*);
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (*венлафаксин, дулоксетин, милнаципран*);
- Селективные ингибиторы обратного захвата дофамина и норадреналина (*бупропион*);
- Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (*пирлиндол, моклобемид*);
- Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (*миртазапин, миансерин*);
- Специфические серотонинергические антидепрессанты (*тразодон*);
- Мелатонинергические антидепрессанты (*агомелатин*).

Терапию начинают с малых доз, повышая их постепенно до оптимальных терапевтических. Если после 3-4 недель лечения отсутствует положительный клинический эффект, антидепрессант заменяют препаратом с иным механизмом действия. При частичной реакции на проводимую в течение 6-8 недель терапию назначают более высокие дозы препарата, или применяют лекарственные средства, усиливающие эффект антидепрессантов, или же проводят замену антидепрессанта.

Если ответ на терапию негативный или лечение одним препаратом неэффективно, применяют комбинированную терапию (присоединяют второй антидепрессант, используют комбинацию антидепрессанта с транквилизатором).

Среди методов лечения рекуррентного депрессивного расстройства можно выделить и **психотерапию**. Она является психотерапевтическим инструментом, который наиболее эффективно помогает справиться с депрессивными расстройствами. В ходе сеансов психотерапевт ведет работу с причинами возникшего состояния, обучает техникам борьбы со стрессом, учит пациента контролировать негативные мысли. Врач помогает человеку найти любимые увлечения и хобби, наладить взаимоотношения с близкими, адаптироваться.

Вывод

По данным ВОЗ, более 264 миллионов людей по всему миру страдают депрессией. Это заболевание оказывает влияние абсолютно на все сферы жизни человека и может приводить к серьезным последствиям, вплоть до совершения суицида.

Последствия рекуррентного депрессивного расстройства затрагивают различные сферы жизни человека. Заболевание может привести к следующим проблемам:

- алкоголизму и наркомании;
- возникновению других психических расстройств;
- безработице, снижению социального уровня жизни;
- инвалидизации;
- расстройствам пищевого поведения;
- нарушениям сна;
- попыткам суицида.

Осложнения рекуррентного депрессивного расстройства намного чаще встречаются при позднем обращении за медицинской помощью. Чем раньше будет диагностирована патология - тем выше шансы больного на его дальнейшую благополучную жизнь. Пока заболевание не сильно запущено, можно успешно избежать осложнений путем своевременно начатого лечения.

Стоит помнить, что, если вы стали замечать, что ваш близкий человек большую часть времени находится в плохом настроении, замкнулся в себе, испытывает постоянное чувство грусти и тревоги, нужно незамедлительно обращаться к врачу-психиатру!

Используемая литература

- Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г
- Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия: Издательство «ГЭОТАРМедиа», 2020г.
- «Психопатология. Учебник и практикум для вузов» В.А. Дереча, Москва, Юрайт, 2019
- Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Республиканский центр развития здравоохранения. Клинические рекомендации РФ 2021 (Россия).
- <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/14/chapter/5>, 2020г
- «Депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство» Ахапкин Р.В, Букреева Н.Д, Вазагаева Т.И, Электронное издание, Проект/ Москва, 2021.
- «Лечение больных с рекуррентным депрессивным расстройством» Мосолов С.Н, Костюкова Е.Г и др, Москва, 2021г

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 с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____

Должецкая Д.О.

(ФИО ординатора)

Тема реферата «Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство»

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)	3 / удовлетворительно

Дата: «24» 12 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Должецкая Д.О.