

Діагностика та лікування депресії в практиці фтизіатра: психологічний аспект

У статті відображені сучасні погляди на масковану депресію, яка часто зустрічається у хворих на туберкульоз. Виявлені основні критерії діагностики маскованої депресії. Відзначені основні принципи лікування таких пацієнтів, проведений короткий аналіз сучасних антидепресантів.

Ключові слова: туберкульоз, маскована депресія, антидепресанти.

В статье отражены современные взгляды на скрытую депрессию, которая нередко встречается у больных с туберкулезным процессом. Показаны основные критерии диагностики скрытой депрессии. Обозначены основные принципы лечения таких пациентов, проведен краткий анализ современных антидепрессантов.

Ключевые слова: туберкулез, скрытая депрессия, антидепрессанты.

Ще в 1995 році за висновками ВООЗ в Україні оголошена епідемія туберкульозу. З тих пір захворюваність в країні виросла і перевищила епідпоріг більш ніж у 3 рази. Якщо раніше до туберкульозу більш схильні були неблагополучні верстви населення, громадяни, що ведуть в основному асоціальний спосіб життя – без постійного місця проживання, алкоголіки, наркомани, то зараз наголошується на зростанні захворюваності серед цілком благополучних і адекватних в цьому сенсі людей [17].

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в боротьбі з туберкульозом, морально-етичні проблеми у фтизіатрії, на жаль, не посіли належного місця в науці і практиці. Частина хворих, схильних до фтизіофобії, при виявленні специфічного легеневого захворювання швидко звертається до лікаря. Інші ж, неуважні до свого здоров'я, або ті, що лякаються діагнозу туберкульоз, його розголосу, думки оточуючих і родичів, при відсутності відчуття захворювання уникають своєчасного звернення до спеціалізованих установ – протитуберкульозних диспансерів [15,17].

Особливості психічного стану хворих на туберкульоз зумовлені також своєрідністю побуту, багатодітністю, усталеними традиціями, умовами проживання, характерними для деяких регіонів, особливо сільських. У зв'язку з цим фтизіатрові доводиться проводити наполегливу роботу, доводити необхідність обстеження й лікування, визначати, до якої групи психологічної реакції належить хворий і провести йому відповідну психотерапевтичну підготовку [17].

Вже в перший період туберкульозної інфекції у багатьох хворих виникає типова картина розладів вегетативної нервової системи. Для таких пацієнтів характерні підвищені рефлекси, розлитий яскраво виражений дермографізм, блискучі очі з розширеними зіницями та інші вегетативні симптоми і синдроми. Водночас можна виявити і зміни особистості. Вони проявляються гарячковістю, хоча частіше спостерігається ейфорія. Деякі хворі стають балакучими, гіперактивними, інколи при цьому розвивається гіперсексуальність [17,18].

Для хворих на туберкульоз характерні як агнозичні ставлення до свого захворювання, так і гіпергнозичні з розвитком реактивного депресивного стану. При розвитку агнозії хворі часто уникають лікування, відмовляються від нього або переривають його.

Зважаючи на те, що захворювання на туберкульоз є значною подією в житті людини, це спричиняє велику кількість відчуттів, емоційних, психологічних і невротичних порушень. Туберкульоз прямо чи опосередковано впливає на особистість, змінює її, може призвести до переоцінки системи цінностей, до виникнення нових мотивів діяльності.

При діагностуванні у хворого може бути різна реакція, що залежить від самої хвороби (одна реакція на грип, а цілком інша – на туберкульоз чи рак); від особистості хворого (неоднаково переживають свою хворобу особи спокійні, врівноважені, мужні та тривожні, балувані, а також ті, що страждають на невроз); від життєвої ситуації, за якої людина захворіє. Одна справа, коли захворіє єдиний працездатний член родини, що годує сім'ю, інша – член родини, за яким забезпечений догляд; по-різному хворий сприймає хворобу, що розвивається поступово і виникає раптово.

При виявленні туберкульозу у того, хто захворів, може розвинутися реактивний субдепресивний стан. При вивченні психологічних особливостей хворих на туберкульоз виявляється неадекватне ставлення до свого захворювання і негативне ставлення до лікування [17,23].

Проблема депресивних розладів завжди була однією з найактуальніших у медицині. Досі її розглядали як суто психіатричну, проте останнім часом вона набула загальнономедичного значення. Нині в багатьох випадках діагностувати та лікувати депресивні розлади доводиться лікарям загальної практики, зокрема фтизіатрам [9,17]. На це є кілька причин.

По-перше, поширення захворюваності на депресію. Згідно з даними ВООЗ, у світі депресія спостерігається у 4,7 – 25,8% жінок та 2,5 – 12,3% чоловіків [7]. Вважають, що в кожній сьомої людини був хоча б раз протягом життя депресивний епізод. Швидкий темп

життя, урбанізація, висока частота стресових ситуацій сприяють збільшенню кількості таких хворих. У економічно розвинених країнах актуальним став так званий синдром менеджера, який виявляють в осіб з тривалою нервово-емоційною напругою, зумовленою професійними чинниками [1, 2]. У багатьох людей депресія зазвичай повторюється або спонтанно, або під впливом несприятливих зовнішніх факторів. Фахівці ВООЗ прогнозують подальше збільшення поширення депресивних розладів протягом наступних десятиліть.

По-друге, помічено тенденцію до зміни співвідношення між випадками тяжкої та неглибокої депресії убік переважання останньої.

І нарешті, одна з найголовніших причин недуги – так звана маскована депресія, коли психоемоційні зміни відходять на другий план, а в клініці переважають симптоми, що нагадують соматичні [5, 8].

Майже 80% пацієнтів з маскованою депресією по медичну допомогу вперше звертаються до лікарів загальної практики [3, 6]. Проте світовий досвід свідчить, що, на жаль, найчастіше лікарі не володіють достатнім рівнем знань з цього питання. Тому масковану депресію виявляють лише в кожного четвертого хворого на неї та половині з них призначають адекватне лікування. Нерідко з такими випадками стикаються фтизіатри, тому вони повинні мати повну уяву щодо маскованої депресії [9, 14, 17].

Більшість потенційних самогубців страждають від депресії, яка часто починається поступово з тривоги й апатії. Традиційно вважається, що депресія маніфестує стійким зниженням настрою, ідеаторною та рухомою загальмованістю [4, 7]. Нижче наведемо низку симптомів, при цьому в окремого хворого встановлюють лише частину з них.

Додаткові симптоми у діагностиці депресії:

- зниження концентрації уваги або зниження здатності обміркування;
- зниження самооцінки та почуття впевненості в собі;
- самозвинувачування без причини або неопоясане почуття провини;
- похмура та песимістичне бачення майбутнього;
- думки, що повертаються, про смерть чи самогубство або суїцидальна поведінка;
- розлади сну будь-якого типу;
- зміни апетиту (зниження або підвищення) з відповідними змінами ваги тіла.

Симптоми часто можна помітити під час цілеспрямованого розпитування хворого. Деякі пацієнти активно заперечують, що в них знижений настрій, або не звертаються до лікарів зовсім, остерігаючись “ярлика” психічно нездорової людини. Інколи, особливо в підлітків, депресивні розлади виявляються асоціальною поведінкою.

Треба наголосити, що про депресію можна говорити, якщо відповідна симптоматика триває не менше 2 тижнів [10, 11, 16].

Класифікації депресивних розладів досить різноманітні. Серед них найзручніша та, що дає змогу вибрати адекватну терапію. Ця класифікація заснована на встановленні форми депресії за основними симптомами-мішенями (туга, тривога, апатія), відповідно до яких розрізняють 3 форми депресії – тужливу, тривожну й апатичну.

За тужливої (меланхолійної) депресії на перший план виходять туга, відчуття безвиході, песимізм, різке зниження працездатності, немотивована слабкість, розумова загальмованість. Характерним є поліпшення стану ввечері й погіршення його зранку.

Для тривожної депресії теж можуть бути характерними перераховані вище симптоми, однак у клінічній картині переважають рухове занепокоєння, хитливий погляд, швидка мова, очікування неприємностей у майбутньому. У таких пацієнтів, навпаки, стан погіршується ввечері та поліпшується зранку.

Третя форма депресії – апатична. Характеризується вона млявістю, безініціативністю, емоційним спустошенням, нечутливістю, повільністю [16, 18].

Останнім часом спостерігається тенденція до поширення тривожної форми. Нерідко поєднуються окремі форми депресії, найчастіше – тривожна та тужлива.

Як уже сказано, останнім часом рідше спостерігаються тяжкі форми депресії. На сьогодні значно переважають депресії з легким перебігом, які, однак, тяжче діагностувати.

Одним із різновидів легких форм депресивних розладів є маскована депресія – така форма депресивного ураження, за якої психоемоційні вияви перебувають у тіні соматичних симптомів, тобто на перший план виходять не порушення настрою, а скарги на захворювання внутрішніх органів. У разі маскованої депресії також можливі перелічені вище симптоми, однак їхня кількість та виразність менші, а переважають соматичні вияви. Маскована депресія може мати вигляд будь-якої форми або їхнього поєднання. Встановити це захворювання найскладніше внаслідок неспецифічності симптомів [11, 26].

Спробуємо розібратися з головними критеріями її діагностики. Передусім це численність та поліморфність соматичних виявів, які

не вдається пояснити одним соматичним захворюванням. У одного й того самого пацієнта можуть поєднуватися біль кількох локалізацій (наприклад, абдомінальний і головний), запаморочення, диспептичні розлади тощо. Ця неспецифічна симптоматика зазвичай супроводжується вегетативними змінами та має схильність до мінливості. Пацієнти скаржаться на безсоння, загальну слабкість, підвищене потовиділення, відчуття несвіжості після сну. Може змінюватися локалізація болю та інші відчуття в період сезонних загострень, особливо навесні та восени. Часто змінюються скарги в різні часи доби [8, 10]. Звертає на себе увагу низький больовий поріг. За описом пацієнта біль має пекучий, сверблячий відтінки, у вигляді колюк, стискання. Хворий часто не може схарактеризувати власні відчуття, з трудом підбирає слова, щоб детально про все розповісти. Нерідко зазначає, що біль став відрізнятися від того, яким був раніше [5, 8].

Ще однією особливістю маскованої депресії є поява симптомів чи їхнє посилення під впливом негативних психоемоційних чинників під час або після нервово-психічного перенапруження, зміни стереотипів, на тлі міжособистісних конфліктів. У такого пацієнта завжди можна виявити симптоми депресії, однак вони незначні та маскуються соматичними скаргами. Багато хворих пояснюють депресивні ознаки саме наявністю численних соматичних виявів, наполягаючи на їхній вторинності [8]. Клінічні вияви маскованої депресії можуть тривати роками, періодично зменшуючись або посилюючись, інколи на певний час зникаючи. Середня тривалість, за деякими оцінками, сягає 6 – 7 років.

Під час обстеження з'ясовується невідповідність скарг хворого даним об'єктивного дослідження. Результати фізикального та лабораторно-інструментального досліджень свідчать про те, що соматичні зміни незначні, щоб ними пояснити суб'єктивні вияви [8].

Пацієнти з маскованою депресією часто звертаються до лікарів різного профілю. У медичних картках таких пацієнтів вказують на численні обстеження з призначенням різноманітного лікування, однак ефекту або немає, або він частковий. Усе це поглиблює депресію, змушуючи хворих шукати нові засоби лікування [20].

Багато авторів у діагностиці маскованої депресії головним критерієм вважають ефективність антидепресивної терапії [4, 13]. Суттєвий регрес, а інколи навіть повне зникнення соматичної симптоматики на тлі прийому антидепресантів підтверджує, що саме "маскована" депресія спричинила соматичні скарги хворого. Певну допомогу надають спеціальні тести-опитування, зокрема тест Бека, шкала Гамільтона та ін. [18].

Таким чином, діагноз маскованої депресії є діагнозом винятку, тобто він правомірний лише тоді, коли немає ознак органічного ураження будь-якої системи організму. Тут дуже важливо не припуститися серйозних помилок. Перш ніж робити висновки, кожного пацієнта з ознаками маскованої депресії треба ретельно обстежити. Гіпердіагностика цієї хвороби є небезпечною, бо відвертає увагу лікаря від соматичної патології [19]. Не треба також забувати, що нерідко органічні хвороби (в тому числі й тяжкі) та депресивні розлади поєднуються (це буває приблизно в третині випадків). Отже, потрібно ретельно обстежити таких хворих. Депресія також може бути вторинною, супроводжувати інші хвороби, які тривалий час не піддавалися лікуванню. У хворих похилого віку депресивні симптоми можуть бути пов'язані з органічними процесами головного мозку, зокрема цереброваскулярними. Це так звані соматогенні депресії. Інші форми депресій у пацієнтів старшого віку також зустрічаються нерідко [18,19].

У практиці фтизіатра інколи складно розподілити симптоми, що їх виявляють у хворого, на вияви функціональних порушень дихальної, серцево-судинної, травної системи або маскованої депресії. Певна частина пацієнтів має функціональні розлади травного каналу (функціональна диспепсія, аерофагія, дискінезії жовчовивідних шляхів, синдром подразненого кишечника тощо). При цьому, якщо немає органічних уражень, спостерігаються зміни моторної активності органів травлення, а також гіперальгезія за рахунок зниження порогу больової чутливості. Тому належить ретельно проводити диференціальну діагностику, пам'ятаючи, що вразі маскованої депресії різний за локалізацією, характером та інтенсивністю біль спостерігається досить часто. Скажімо, хронічний больовий синдром є приблизно у 60% хворих на депресію.

Ще частіше пацієнти з масковою депресією скаржаться на диспептичні симптоми – печію, відрижку та зльовування, аерофагію, нудоту, блювання, сухість, гіркоту та металевий присмак у роті. У багатьох пацієнтів буває діарея або закреп, нерідко закреп чергується з проносом, частим є метеоризм. Разом із цим належить звертати увагу, що у таких пацієнтів часто бувають симптоми “грудки в горлі”, “тужливого вдиху”, серцебиття, головний біль, запаморочення, почастішання сечовипускання тощо [9]. Для виявлення їхніх причин проводили ретельне лабораторне та інструментальне дослідження.

У разі виявлення більшості ознак маскованої депресії призначали антидепресанти. Якщо вони були ефективні, підтверджували наявність у хворого депресивних розладів. За поєднання туберку-

льозного процесу та маскованої депресії проводили терапію у двох напрямках: протитуберкульозного лікування та психоемоційної корекції.

Проте не слід зловживати діагностикою маскованої депресії. Якщо разом з її симптоматикою виявляють такі ознаки, як немотивована втрата маси тіла, тривалий кашель, наявність крові в мокротинні, підвищення температури тіла тощо, слід призначити додаткове обстеження.

Для лікування депресивних розладів застосовували як медикаментозну, так і немедикаментозну терапію. Антидепресанти набули значного розповсюдження в світі. Сучасні засоби не тільки усувають депресивні розлади, вони здатні корегувати інші психоемоційні зміни (тривожні, нав'язливі, іпохондричні тощо). Під час вибору препарату враховували переважання його седативного або стимулювального ефекту, що важливо для напрямку корекції клінічної картини депресії.

Зазвичай терапію починали з малих доз. Поступово збільшуючи їх, підбирали оптимальну дозу. Пацієнтові пояснювали, що під час курсу лікування антидепресанти належить приймати щодня, а ефект від більшості ліків цієї групи з'являється через певний час, найчастіше через 1 – 2 тиж від початку лікування, максимальний – у середньому через 3 – 4 тиж. Редукція симптомів відбувається поступово, в певній послідовності залежно від препарату. Лікування повинно тривати не менше 1 – 3 міс після одержання позитивного ефекту. Передчасна відміна антидепресанту може призвести до рецидиву депресії. Часто перед відміною препарату поступово знижували його дозу.

Літнім людям спочатку призначали меншу дозу, ніж хворим молодого та середнього віку. Їм також уникали призначення препаратів з антихолінергічними або кардіоваскулярними побічними ефектами та ретельніше проводили контроль протягом курсу лікування.

Переважно призначали монотерапію, оскільки комбінувати антидепресивні препарати різних груп недоцільно, а часто й небезпечно, особливо це стосується комбінації з інгібіторами моноамінооксидази (МАО). Якщо під час попереднього лікування досягнуто доброго терапевтичного ефекту від антидепресанта, повторно призначали саме цей препарат.

Враховували можливість негативної взаємодії деяких антидепресантів з іншими препаратами та алкоголем. Антидепресивна дія сучасних ліків приблизно однакова, тому у виборі препаратів на перший план виходив профіль безпечності антидепресанту. Отже,

призначали такий антидепресант і в такій дозі, щоб він був насамперед безпечним для організму [24].

Тривалий час для лікування депресивних розладів застосовували трициклічні антидепресанти амітриптилін та подібні до нього препарати іміпрамін, кломіпрамін (так звані великі антидепресанти). Вони блокують зворотне захоплення норадреналіну та серотоніну, що зумовлює значний антидепресивний ефект. Призначають головним чином у таблетках, інколи – парентерально під контролем артеріального тиску.

Однак амітриптилін та його аналоги (іміпрамін, кломіпрамін) здатні спричинити помітні побічні ефекти, пов'язані з антихолінергічною та антигістамінною дією (порушення акомодатції, спрага, сухість, закріп, порушення сечовипускання, диспептичні вияви, лабільність пульсу та артеріального тиску, порушення серцевого ритму та провідності, судоми та ін.), тому вони протипоказані при органічних хворобах серця, глаукомі, атонії сечового міхура, туберкульозі, цукровому діабеті, гіперфункції щитоподібної залози, вагітності тощо.

Враховуючи значні побічні ефекти та протипоказання, застосовувати “великі” антидепресанти для лікування маскованої депресії є недоцільним і навіть часто небезпечним, особливо в осіб старшого віку. Отже, нині їх використовують переважно при глибоких депресіях у психіатричній практиці.

Для лікування маскованої депресії ми використовували антидепресанти, які мають значно вищий профіль безпеки. Серед таких препаратів слід назвати міансерин (леривон), ефект дії якого переважно пов'язаний з блокадою зворотного захоплення норадреналіну, та міртазепін (ремерон), що належить до класу норадренергічних і специфічних серотонінергічних антидепресантів. Обидва препарати мають тимоаналептичні (піднімають настрій) та анксиолітичні (зменшують тривогу) властивості. Особливо успішно їх застосовували при тривожних депресіях. З обережністю їх призначали при супутніх захворюваннях: цукровому діабеті, хворобах печінки та нирок. Не поєднували з інгібіторами MAO. Анксиолітична дія міансерину подібна до такої бензодіазепінових транквілізаторів. Він поліпшує сон. Початкову дозу препарату (30 мг/добу) поступово збільшують до 60 – 90 мг/добу, у літніх людей вона була невисокою. Міансерин не є кардіотоксичним засобом (можна застосовувати навіть при інфаркті міокарда).

Міртазепін (ремерон) за своєю дією нагадує міансерин. Середні дози міртазепіну – 15 – 45 мг/добу. Призначали переважно ввечері. Початкова доза – 15 мг/добу, через 4 доби її збільшували до 30 мг/добу.

Доксепін добре зарекомендував себе як засіб для психоемоційної корекції при супутньому алкоголізмі. Початкова його доза становила 30 - 75 мг, підтримувальна – 25 – 50 мг/добу.

Мапротилін за силою антидепресивної дії не поступається амітриптиліну, є антидепресантом збалансованої дії, тому його застосовують у разі як загальмованості, так і тривоги. Менш ефективний при іпохондричних розладах. Початкова доза – 25 – 50 мг/добу, за потреби її поступово підвищували до 75 мг/добу. Мапротилін не призначали при супутніх захворюваннях: глаукомі, аденомі передміхурової залози, хворобах печінки та нирок, серцево-судинній патології, особливо в разі аритмії [2, 13].

Тразадон (тритико) переважно блокує зворотне захоплення серотоніну, має седативний, анксиолітичний, антифобічний та помірний тимоаналептичний ефекти, його з успіхом застосовували при неглибоких депресіях, деменціях. Початкова добова доза становила 150 мг, середня доза – 300 мг/добу. Тразадон призначали пацієнтам похилого віку, однак не використовували при інфаркті міокарда та під час лікування дигоксіном [13].

Селективний стимулятор зворотного захоплення серотоніну тіанептин (коаксил) також є збалансованим антидепресантом. Його застосовували при невираженій депресії та тривозі, добре себе зарекомендував у пацієнтів похилого віку. Важливою позитивною якістю тіанептину є зменшення сомато-вегетативних порушень (у тому числі й сенестоалгій). Здатний зменшувати алкогольну абстиненцію, не має негативного впливу на серцево-судинну систему. Тіанептин зазвичай призначали у дозі 12,5 мг 3 рази на добу перед їдою. У людей літнього віку доза тіанептину не перевищувала 25 мг/добу. Відміняли препарат поступово. Його не комбінували з інгібіторами MAO [13].

Останні роки для лікування депресивних станів призначали препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Це такі лікарські засоби: флуоксетин (прозак, продеп, портал), флувоксамін (феварин), сертралін (золіфт, стимулотон, асентра), пароксетин (паксил), циталопрам (ципраміл) та найсучасніший із СІЗЗС – есциталопрам (ципралекс) [12].

Саме з дефіцитом серотоніну, на думку багатьох авторів, пов'язані дратливість, агресивність, численні фобії. Тому препарати, що збільшують вміст серотоніну в синапсах центральної нервової системи, ефективні при цих симптомах [25]. Препарати призначали у разі як виражених, так і неглибоких депресій. Позитивних змін у разі застосування препаратів СІЗЗС очікували не раніше ніж через 1–2 тиж від початку лікування. Головною перевагою СІЗЗС є високий

профіль безпеки: вони мають мінімальні холінолітичну, адренолітичну, антигістамінну дії.

Належить пам'ятати, що флуоксетин, сертралін, пароксетин у разі виражених тривожних реакцій можуть призвести до їхньої активації, особливо в перші дні лікування. Тому в деяких випадках при тривожних депресіях їх призначали разом із анкіолітиками [13].

Звичайна доза флуоксетину становить 20 мг (одноразово вранці). За потреби її підвищували до 40 мг/добу. Літнім людям препарат призначали у дозі 5 – 10 мг/добу. Можливі побічні ефекти флуоксетину – диспепсія, дратливість, безсоння. У разі попереднього прийому інших антидепресантів робили перерву перед початком приймання флуоксетину. З обережністю його призначали при супутніх хворобах печінки та нирок. [14].

Флувоксамін (феварин) дещо поступається флуоксетину за силою тимоаналептичної дії, однак на відміну від нього володіє анкіолітичним та вегетостабілізуювальним ефектом. Тому флувоксамін призначали при тривожних депресіях, ліпше ввечері (або за 2 прийоми). Оптимальна доза препарату – 100 – 200 мг/добу. Не призначали при супутніх хворобах печінки та нирок, епілепсії. Не поєднували флувоксамін з іншими антидепресантами, еуфіліном, анаприліном.

Сертралін (золофт, стимултон) за своєю дією нагадує циталопрам. Порівняно з флуоксетином повільніше зменшує депресію, однак швидше гальмує тривожні розлади. Початкова доза препарату становить 50 мг/добу, в разі потреби її підвищували до 100 мг/добу. Побічні ефекти та застереження в разі застосування сертраліну – як інших СІЗЗС.

Пароксетин (паксил) є найспецифічнішим СІЗЗС, має помірну холінолітичну дію. Застосовують для терапії тривожної форми та гальмування неглибокої й глибокої депресій. Препарат поліпшує сон, не зумовлюючи сонливості. Пароксетин є безпечним, його призначали й літнім людям. Початкова доза – 10 мг/добу, оптимальна – 20 мг/добу, за потреби її поступово підвищували до 40 мг/добу (на 10 мг на 1 тиж). Побічні ефекти та протипоказання до призначення пароксетину – як інших антидепресантів із групи СІЗЗС.

Циталопрам (ципраміл) має всі позитивні властивості СІЗЗС. Крім того, поліпшує інтелектуальну функцію (зокрема у хворих з судинними та постінсультними порушеннями), тому його часто призначали літнім людям. Середня доза становила 20 мг на добу, за потреби її підвищували до 40 мг/добу. Препарат добре переноситься, є одним із найбезпечніших антидепресантів. Не поєднували циталопрам з інгібіторами MAO.

Подібний до циталопраму препарат есциталопрам (ципралекс) застосовували у вдвічі меншій дозі (10–20 мг/добу).

Легкий антидепресивний ефект виявляють рослинні антидепресанти. Їх виготовляють на основі звіробою. Це геларіум гіперікум, деприм. Екстракт трави звіробою помірно пригнічує МАО, що супроводжується зменшенням депресивних та астено-невротичних реакцій. Призначали зазвичай по 1 драже 3 рази на добу протягом щонайменше 4 тиж.

Антидепресивні властивості має також гепатопротекторний препарат S-аденозилметіонін (гептрал), який справляє синергичний психотропний та соматотропний вплив. Його призначали при хронічному гепатиті, цирозі печінки, холестазі, алкогольному ураженні печінки, печінковій недостатності, а також тоді, коли в разі тяжкої соматичної патології були протипоказання до прийому традиційних антидепресантів. Зазвичай застосовували у дозі 400 мг двічі на добу [24].

Дуже популярний нейролептик з антидепресивними властивостями сульпірид (еглоніл). Препарат має протитривожну, помірно антидепресивну, а також виражену вегетостабілізуючу дію. Середня добова доза – 100 – 200 мг [21, 22]. Важливу роль відігравала також немедикаментозна терапія (психотерапія, світлотерапія, голко-рефлексотерапія, розвантажувально-дієтична терапія та ін.), виважений підхід лікаря до пацієнта з маскованою депресією.

Треба пам'ятати, що хворий на масковану депресію страждає як фізично, так і психологічно. В цьому аспекті важливою є емпатія – встановлення доброзичливих довірливих стосунків між пацієнтом та лікарем, коли хворий певен, що його проблеми близькі лікареві. Розуміння хворого, вислуховування його, поважне ставлення значно підвищує ефективність терапії [17, 23]. Обов'язково треба пам'ятати, що в разі середньої або тяжкої депресії, суїцидального ризику, поєднання депресії з наркоманією або алкоголізмом, буде недостатньо ефекту від антидепресивного лікування. В таких випадках проводили протиалкогольну, дезінтоксикаційну терапію, по можливості направляли на стаціонарне лікування в обласну психоневрологічну лікарню або в обласний протитуберкульозний диспансер.

Список використаних джерел

1. Арана Д. Фармакотерапия психических расстройств / Д.Арана, Д.Розенбаум. – М.: Бином, 2004. – 415 с.
2. Бурчинский С.Г. Стратегия выбора препаратов антидепресантов: традиционность и современность / С.Г.Бурчинский // Журн.практ. лікаря. – 2003. – № 2. – С. 54 – 57.
3. Бурчинский С.Г. Пиразидол (Нормазидол) и его место в фармакотерапии депрессий / С.Г.Бурчинский// Таврический журнал психиатрии. – 2005. – Т.9, №3. – С. 45 – 48.

4. Вербенко Н.В. Терапия депрессий в общесоматической практике / Н.В.Вербенко // Таврический журнал психиатрии. – 2003. – Т.7, №2. – С. 22 – 27.
5. Вітенко І.С. Психосоматичні проблеми в діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря / І.С.Вітенко// Нова медицина. – 2003. – № 3. – С. 33 – 35.
6. Галярник І. Роль сімейного лікаря у діагностиці, профілактиці та лікуванні депресій / І.Галярник // Нова медицина. – 2003. – № 3. – С. 25 – 26.
7. Депрессивные состояния в общемедицинской практике. В помощь практическому врачу. – К., 2003. – 24 с.
8. Десятников В.Ф. Скрытая депрессия в практике врачей / В.Ф.Десятников, Т.Т.Сорокина. – Минск, 1981. – 240 с.
9. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями / Э.Б.Дубницкая // Психиатр. и психофармакотер. – 2000. – № 2. – С.40 – 49.
10. Крылов А.А. Неврозы в современной клинике внутренних болезней / А.А.Крылов, Г.С.Крылова// Клин. мед. – 1998. – № 9. – С. 60 – 63.
11. Кузнецов В.М. Депресія: клініка, етіологія, діагностика, вікові особливості, принципи терапії / В.М.Кузнецов// Нова медицина. – 2003. – № 3. – С. 14 – 18.
12. Монтгомери С.А. Эсциталопрам и депрессия / С.А.Монтгомери. – К., 2003. – 90 с.
13. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н.Мосолов. – СПб., 1995.
14. Нурмухаметов Р. Лечение депрессивных расстройств // Мед. вісник України / Р.Нурмухаметов . – 2002. – № 1 – 4. – С. 12.
15. Пилипчук Н.С. Рациональная химиотерапия больных туберкулезом легких с сопутствующим хроническим алкоголизмом / Н.С.Пилипчук, В.П.Мельник, С.М.Срибный, И.Е.Петрова, С.В.Кулаков, В.И.Потайчук//Тезисы докладов X Всесоюзного съезда фтизиатров. К. – 1986. – С. 123 – 124.
16. Пилягина Г.Я. Психические расстройства в общетерапевтической практике / Г.Я. Пилягина // Doctor. – 2002. – № 6. – С. 17 – 21.
17. Процюк Р.Г. Морально-етичні аспекти у фтизіатрії // Здоров'я України. – 2007. – № 7. – С. 40 – 45.
18. Психіатрія (клініко-діагностичні алгоритми) / За ред. Л.М. Юр'євої. – Дніпропетровськ: Арт-прес, 2002. – 168 с.
19. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б.Смулевич. – М., 2000. – 160 с.

20. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Психиатр. и психофармакотер / А.Б.Смулевич. – 2000. – № 2. – С. 35 – 40.
21. Смулевич А.Б. Терапия психосоматических расстройств. Клинические эффекты эглонила (сульпирида) / А.Б.Смулевич, С.В.Иванов // Психиатр. и психофармакотер. – 2000. – № 3. – С. 6 – 8.
22. Сыропятов О.Г. Диагностика и лечение больных с психическими расстройствами в практике врача-интерниста. Роль эглонила / О.Г.Сыропятов, И.И.Дегтярёва, Н.А.Дзеружинская и др. // Укр. мед. часопис. – 2002. – № 5. – С. 50 – 58.
23. Чуприков А.П. Депрессии в общеврачебной практике / А.П. Чуприков, Г.Я.Пилягина // Лікування та діагностика. – 1998. – № 1. – С. 28 – 34.
24. Ярош О.К. Сучасна фармакотерапія депресивних станів // Нова медицина / О.К.Ярош. – 2003. – № 3. – С. 29 – 32.
25. Fuller R. W. Serotonin uptake inhibitor // Prog. Drug Res. – 1995. – № 45. – P. 167 – 204.
26. Lopez Ibor I. Masked depression. – Stuttgart–Vienna, 1973. – P. 97 – 112.

The article presents the up to date opinion concerning the latent depression which is often presented in patients with tubercular process. The main criteria of latent depression diagnostics are shown. The main principles of treatment of these patients are presented and brief analysis of modern antidepressants is done.

Keywords: tuberculosis, latent depression, antidepressants.

Отримано: 3.09.2010

УДК 316.613

В.В. Москаленко, О.О. Міщенко

Особливості регулятивної функції соціальних образів

У статті йдеться про особливості дослідження соціального образу як соціально-психологічного феномена, який є носієм людських взаємовідносин і регулятором життєдіяльності особистості.

Ключові слова: соціальний образ, свідомість людини, соціальні образи-ідеали, “образ світу”, соціально-історичний тип людини.

В статті йде про особливості дослідження соціального образу як соціально-психологічного феномена, який є носієм людських взаємовідносин і регулятором життєдіяльності особистості.