

Депресия в късна възраст –

клинични особености и принципи на лечение.

сп. "Българска неврологична и психиатрична практика", София, брой 03/2004г.

Днес 6% от световното население е над 65-годишна възраст, очаква се до края на столетието около 5% да бъдат над 80 г. Болестността от депресия в общата популация възрастни индивиди е между 10 - 15%. Обобщената заболяемост от депресия при индивиди до 70 г. възраст (в световен мащаб) е 26,9% за мъжете и около 45% за жените. Въпреки, че са доста високи тези проценти, около 2/3 от заболяелите не търсят лекарска помощ. Близко 60% от тези, които се консултират със своите лекари, получават погрешна диагноза, биват лекувани неправилно или получават неадекватна фармакологична намеса.

При правилно лечение авторите дават до 80% повлияване на депресивните пациенти.

Макар причините за депресиите в късна възраст да са мултифакторни, могат да се систематизират няколко важни рискови фактора:

I. *Естествения процес на остаряване*

II. *Патологични състояния* (мозъчно-съдова болест, др. невродегенеративни разстройства, СС – заболявания, ендокринни нарушения и неоплазми)

III. *Недостиг на есенциални хранителни вещества* (vit. B12, фолиева киселина)

IV. *Лекарствена терапия* (антихипертензивни, кортикостероиди, имunosупресори, невротрофици, бензодиазепини, H2 блокери)

V. *Психо-социогенни въздействия* (пенсионирание, смърт на брачен партньор, живеене в социални домове)

ОСОБЕНОСТИ В КЛИНИЧНАТА КАРТИНА

При възрастни пациенти се наблюдава същата амплитуда депресивни симптоми, която е налице при млади хора:

1. СПАД В НАСТРОЕНИЕТО
2. АСТЕНИЯ и АДИНАМИЯ
3. АЖИТАЦИЯ ~ (неспокойствие + безцелна активност). Честотата на тревожност сред възрастните се оценява на около 15% и се доближава до честотата на депресия. В сравнение с младите пациенти, възрастните болни с голям депресивен епизод показват по-голяма честота на тревожност. Този висок коморбидитет сочи, че депресията при възрастни е част от един тревожно - депресивен синдром, в които преобладават или понижено настроение или ажитация.
4. СОМАТИЧНИ СИМПТОМИ ~ Депресията често се прикрива зад соматични симптоми или поради засилване на съпътстваща телесна болест. Най-честите телесни симптома наблюдавани при възрастни с депресия, диагностицирани чрез скалата на Montgomery - Asberg (MADRS) са показани на таблицата:

Симптом	Честота (%)
1. Астения + Безсъние	29
2. Главоболие	25
3. Палпитации	17
4. Замаяност	12
5. Коремна болка	11
6. Диспнея	10
7. Гастроинтестинални смущения	6

5. КОГНИТИВНО “ЗАМЪГЛЯВАНЕ” ~ Когато е причинено от депресия, се нарича “псевдодеменция” или “депресия с деменция”. Такива пациенти често отказват да се подложат на когнитивна оценка и съзнават паметовите си нарушения, докато при дементни пациенти такава критичност липсва. Неспособността на пациентите да споделят симптомите на своята депресия (*алекситимия*) често води до неправилна диагноза.
6. ПСИХОТИЧНИ СИМПТОМИ ~ Идеите са песимистични в унисон на съществуващото понижено настроение. При възрастни пациенти с тежка депресия хипохондричните симптоми са чести, а по някога се наблюдават и халюцинации. Съдържанието на параноидните идеи и халюцинаторните изживявания винаги е във връзка с депресивното настроение

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА ТЕРАПИЯТА

- A. *Монотерапия*
- B. *Съобразяване на фармакотерапията със конкретните симптоми, възрастта и придружаващите телесни заболявания.*
- C. *Придържане към ниски дозови режими* (Фармакокинетиката при възрастни е обвързана с ниски нива на Alb, понижена скорост на метаболизиране в черния дроб и понижена скорост на гломерулната филтрация)
- D. *Избягване на медикаменти с антихолинергична активност*
- E. *Необходимост от продължително лечение + психотерапия + социални и рехабилитационни мероприятия.*

Фармакологични интервенции – основни правила:

1. Точна диагноза
2. Избор на антидепресант (STEPS)

Safety (сигурност)	При свръхдозирание; При продължително л-е; ФК и ФД интеракции
Tolerability (поносимост)	По време на острата фаза
Efficacy (ефективност)	АД-ефект; Уникален профил на действие; Профилактичен ефект
Payment (стойност на лечението)	
Simplicity (простота на употреба)	Лесно титриране на дозата; Разпр. на дневната доза; Лесно оптимална дозиране

3. Избор за начало на лечението
4. Оптимално дозиране
5. Продължителност на терапията
6. При липса на терапевтичен отговор (т.е. редукция на 50% от интензивността на депресивните симптоми) се прави оценка на диагнозата, адекватността на дозата и продължителността на прием и преценка на комплайанса.
7. Създаване на нова терапевтична стратегия !!!

Рискът от нежелани ефекти е по-голям при възрастните и този контингент може да понесе по-неблагоприятно всеки появил се страничен ефект. Лечението с ТАД е успешно при млади индивиди в 60-70%. Освен повлияването на моноаминергичните системи, те имат и антихолинергични (сухота в устата, зрителни смущения, запек), антихистаминергични (седация, припадъци) и кардиотоксични ефекти. Те са рискови при ИБС-стенокардия, защото повишават тромбоцитната агрегация и коагулацията на кръвта.

Кардиотоксичността им се изразява в:

- а) Промени в ЕКГ – Удължаване на QT и RT интервалите поради мембраностабилизиращия (хинидиноподобен) ефект на ТАД
- б) Предизвикват тахикардия вследствие антихолинергичния (ваголитичен) ефект и превалиране на симпатикуса
- в) Предизвикват ортостатична хипотензия, вследствие блокиране на някои алфа-адренорецептори.

По своя антидепресивен ефект СИСТ-овете са сравними с ТАД. От тях се повлияват до 65% от пациентите. В сравнение с ТАД тези медикаменти имат подобрени профили на поносимост, по-малко и по-леки странични ефекти, сред които гадене, трудно заспиване и седиране.

При възрастни тези ефекти са по-редки и практически не пречат на успешното лечение. То започва обикновено с ниска доза (в идеалния случай ненадхвърляща половината от рутинно препоръчваната доза) и с постепенно бавно покачване. Не трябва да се забравя, че СИСТ потискат метаболизма на опр. лекарства и комбинираната терапия трябва стриктно да се прецизира. Използването на Венлафаксин (без антихолинергични и тромбоагрегиращи качества) е алтернатива при пациенти със СС заболявания. При неповлияни пациенти след 4 - 12 седмично лечение със СИСТ, се препоръчва “подсилване” с Li.

Кратките депресивни епизоди се лекуват с отнемане на медикамента след 6-12м. Ако пациентът е имал и предишни депресивни фази се обмисля лечение 1-2г., а ако епизодите са били чести и тежки се препоръчва доживотно профилактично лечение. Добавянето на вит. B12 и Фолиева киселина може да бъде полезно, т.като с напредване на възрастта се получават хипотрофични изменения на стомашната лигавица. В тази връзка има съобщения за по-добро повлияване от СИСТ (Флуоксетин и Сертралин) при нормални нива на фолиевата киселина в серума.

“Когнитивни” ефекти на АД

Антидепресант	Обработка на информацията	Психомоторна бързина	Работна памет
ТАД	<i>нарушават</i>	<i>нарушават</i>	<i>нарушена</i>
СИСТ	повишават	неутрални	неутрални
ОИМАО	неутрални	неутрални	неутрални
Ребоксетин	неутрални	неутрални	неутрални

Електроконвулсивна терапия – Възрастта и деменцията не са противопоказания за ЕКТ. До 90% от възрастните пациенти с депресивна симптоматика, достигаща психотични измерения, се повлияват добре. ЕКТ се прилага само при пациенти резистентни на медикаментозно лечение или при болни с тежка психотична депресия. **Суицидното поведение, налудностите, мутизмът и отказът от храна** са симптоми налагащи ЕКТ. Единственото дифинитивно противопоказание е повишения вътречерепен натиск.

Психотерапия – Препоръчва се когнитивния подход т.като възрастните често имат ригидно, негативно и нелогично мислене, което може да бъде повлияно полъжително. Работа със семейството като основен източник на подкрепа също е печеливша стратегия. Самостоятелния психотерапевтичен подход може да е ефективен при леки депресии. Той може да бъде добавка към фармакотерапията при умерени и тежки депресии.

Д-р З. Зарков

ЛИТЕРАТУРА:

1. Готфрис, К. Г. & Карлсон, И., Катедра по психиатрия и неврохимия; Университет Гьотеборг. *Депресия в късната възраст*
2. Танчев, О. (20.06.2000). *Лечение с антидепресанти – лекционен курс*
3. Бенет, К. Ж.. *Медикаментозно предизвикана депресия – диагноза и лечение*
4. Маринов, П. (1999). *Фармакопсихиатрия и психофармакология*
5. Аюзо - Гутиерес, Х. (2002). *Депресия в късна възраст*
6. Katona, CLE. (1994). *Depression in old age*
7. Burt, VK. & Altshuler, LL. & Rasgon, N. (1998). *Depressive symptoms in the perimenopause: prevalence, assessment, and guidelines for treatment. Harv Rev Psychiatry*