
Šiuolaikinis depresijų gydymas somatinėje medicinoje

V. Danilevičiūtė*

V. Adomaitienė**

**Vilniaus universiteto*

Medicinos fakulteto

Psichiatrijos klinika

***Kauno medicinos universiteto*

Psichiatrijos klinika

Santrauka. Depresija yra dažna liga, kuria serga daug žmonių įvairiose šalyse. Dauguma mano, kad depresijos diagnozė dažnai nenustatoma arba nustačius gydoma nepakankamai veiksmingai. Depresija yra didelė visuomenės sveikatos problema, atsispindinti socioekonominių ligų kaštų sąrašė. 1990 m. pasaulyje depresijos socioekonominiai kaštai užėmė ketvirtąją vietą. Tačiau prognozuojama, kad 2020 m. jie užims antrąją vietą. Daugiau nei 10% gyventojų per gyvenimą gali susirgti depresija. Kai kurie žmonės, persirgę depresija, visiškai pasveiksta, tačiau 50–85% liga gali kartotis.

Antidepresantų farmakoterapijos istorija prasideda nuo triciklių antidepresantų (TCA) bei monoamino oksidazės inhibitorių (MAOI).

Šiuolaikinių antidepresantų klasifikacija pagrįsta veikimo mechanizmais, pirmiausia atsižvelgiant į tai, kokį neuromediatorių antidepresantas labiausiai veikia. Antidepresantų cheminė struktūra tampa ne tokia svarbi. Farmakodinaminė klasifikacijos sistema turi pranašumą, kadangi apima pagrindines dabartines depresijos patofiziologines teorijas. Į šią sistemą lengva įtraukti naujus vaistus, nes ji grindžiama farmakologinėmis vaistų savybėmis. Pastaruoju metu lengva rasti naujų žinių apie antidepresantų veiksmingumą, saugumą, šalutinius poveikius, todėl klinikinėje praktikoje rekomenduojama naudoti pačią naujausią informaciją.

Antidepresantai yra veiklūs tiems ligoniams, kurie serga ir somatine liga, ir depresija. Jeigu šios ligos yra kartu, rekomenduojama depresiją pradėti gydyti skiriant mažas dozes, jas iš lėto didinant iki reikiamos terapinės antidepresanto dozės.

Raktažodžiai: antidepresantai, depresija ir somatinė liga, antidepresantai ir somatinė liga, antidepresantų saugumas.

Neurologijos seminarai 2005; 9(24): 102–106

IVADAS

Depresija yra dažna liga, kuria įvairiose šalyse serga daug žmonių ir kaskart vis jaunesni. Dauguma mano, kad depresijos diagnozė dažnai nenustatoma arba nustačius gydoma nepakankamai veiksmingai. Kaupiasi vis daugiau įrodymų, kad, negydant depresijos, ateityje gali kartotis sunkesni epizodai, kuriuos gydyti bus sunkiau, o gydymo sąnaudos bus didesnės. Depresija yra didelė visuomenės sveikatos problema, atsispindinti socioekonominių ligų kaštų sąrašė. 1990 m. pasaulyje depresijos socioekonominiai kaštai užėmė ketvirtąją vietą. Tačiau prognozuojama, kad 2020 m. jie užims antrąją vietą [1]. Daugiau nei 10% gyventojų per gyvenimą gali susirgti depresija. Moterų didžiosios depresijos pasireiškimo rizika yra 10–25%, o vyrų – 5–12%. Vienu metu depresija gali sirgti 5–6% moterų ir 2–3% vyrų [2]. Kai kurie žmonės, persirgę depresija, visiškai pasveiksta, tačiau 50–85% ji gali kartotis.

Depresija gali pasireikšti kartu su kitais psichikos sutrikimais, taip pat depresija dažnai pasitaiko sergant įvairiomis somatinėmis ligomis, dažniau lėtinėmis. Sunki lėtinė

psichikos liga šizofrenija su depresija būna 25% ligonių, priklausomybė nuo alkoholio kartu su depresija – 25–50% atvejų, kitos priklausomybės kartu su depresija pasireiškia 35% atvejų. Sergant valgymo sutrikimais, depresija stebima 65–84% asmenų. Dažna afektinė patologija, tokia kaip nerimo sutrikimai (generalizuoto nerimo sutrikimas, panikos sutrikimas, įvairios fobijos ir kt.), kartu su depresija pasitaiko 50% atvejų [3].

Pastaraisiais metais vis daugiau atliekama tyrimų, siekiant įvertinti depresijos dažnį bei diagnostikos ypatybes, sergant įvairiomis somatinėmis ligomis. Dažnai stebima depresija sergant Parkinsono liga (50% atvejų), vėžiu (42%), diabetu (27%), miokardo infarktu (25%), po insulto (23–30%) [3]. Jei sergant lėtinėmis ligomis depresija nediagnozuojama ir negydoma, pasunkėja ligonio būseną, gali būti daugiau komplikacijų, žmogus ilgiau būna nedarbingas, dar labiau blogėja gyvenimo kokybė. Pvz., sergant išemine širdies liga ir depresija, miokardo infarkto rizika padidėja keletą kartų.

Kodėl sunku diagnozuoti depresiją lėtinės somatinės ligos atveju? Pirmiausia dėl to, kad ligonio nusiskundimai yra somatinio pobūdžio, neretai jo emocinės būsenos svyravimai vertinami kaip nesiekiantys depresijos lygio. Kita vertus, labai svarbu aktyviai klausinėti ir įvertinti, ar yra depresijos požymių.

Šiandien turime galimybių skirti tinkamą antidepresantą, nes daugumą pasaulinėje klinikinėje praktikoje

Adresas:

Doc. V. Danilevičiūtė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika

Vasaros g. 5, 10309 Vilnius

Tel. (8-5) 261 10 43, mob. 8-685 41494

esančių antidepresantų turime ir Lietuvoje. Antidepresantai, kaip psichotropinių vaistų grupė, turi daug indikacijų, o pats vaistų grupės pavadinimas jau tarsi nevisiškai atitinka tą spektrą, kur antidepresantai vartojami klinikinėje praktikoje.

Antidepresantų, kaip psichotropinių vaistų klasės, indikacijos yra labai plačios [4, 5], depresijos gydymas jau yra tik viena iš antidepresantų vartojimo sričių. Pagrindinės šios vaistų grupės indikacijos yra:

1. Antidepresantų indikacijos, atsižvelgiant į diagnozes:

1.1. Nuotaikos (afektiniai) sutrikimai: depresiniai sutrikimai, bipolinis afektinis sutrikimas, ciklotimija, distimija.

1.2. Psichoziniai sutrikimai su depresija.

1.3. Psichoaktyviųjų medžiagų sukelti nuotaikos sutrikimai (alkoholinės bei kitų psichotropinių medžiagų sąlygotos depresijos).

2. Antidepresantų indikacijos – kiti psichikos sutrikimai ir somatinės būsenos:

2.1. Miego sutrikimai.

2.2. Nerimo sutrikimai.

2.3. Valgymo sutrikimai.

2.4. Priklausomybių ligos.

2.5. Kitos būsenos: skausmo sindromai, įskaitant somatoforminio skausmo sutrikimą (psichalgijas) bei organinės kilmės skausmo sindromą, dirgliosios žarnos sindromas, enurezė, aritmijos, kai kurios imuninės disfunkcijos.

Antidepresantų farmakoterapijos istorija prasideda nuo triciklių antidepresantų (TCA) bei monoamino oksidazės inhibitorių (MAOI). Šios antidepresantų klasės yra veiksmingos, tačiau šių grupių antidepresantams būdingas įvairus šalutinis poveikis. Tačiau, nepaisant šalutinio poveikio, vienas iš pagrindinių triciklių klasės antidepresantų – amitriptilinas – ir šiandien dėl antidepresinio poveikio išlieka labai reikšmingas, bet dėl šalutinio poveikio profilio yra kur kas blogesnis nei nauji antidepresantai. Monoamino oksidazės inhibitorių šiandien Lietuvoje neturime. Tai veiklūs antidepresantai, tačiau turintys sudėtingą veikimo mechanizmą, juos sunku pakeisti kitais antidepresantais, nes paprastai tenka daryti ne mažesnę kaip dviejų savaičių pertrauką, prieš pradėdant vartoti kitą antidepresantą. Taigi pirmieji antidepresantai, būtent tricikliniai ir monoamino oksidazės inhibitoriai, pradėti vartoti klinikinėje praktikoje šeštojo dešimtmečio pabaigoje.

Naujos antidepresantų generacijos poreikis kilo daugiausia dėl to, kad ankstesnės generacijos antidepresantų šalutinis poveikis buvo gana įvairus. Naujų antidepresantų registravimo reikalavimai buvo nuolat griežtinami, todėl nauji šiuolaikiniai dabar vartojami depresiją gydantys vaistai yra kokybiški, turintys antidepresinį poveikį, pakankamai saugūs perdozavus, pasižymintys kur kas palankesniu šalutinio poveikio profiliu.

Šiuolaikinių antidepresantų klasifikacija pagrįsta veikimo mechanizmais, pirmiausia atsižvelgiant į tai, kokį neuromediatorių antidepresantas labiausiai veikia. Antidepresantų cheminė struktūra tampa ne tokia svarbi. Farmakodinaminė klasifikacijos sistema turi pranašumų, nes

apima pagrindines dabartines depresijos patofiziologines teorijas. Į šią sistemą lengva įtraukti naujus vaistus, nes ji grindžiama farmakologinėmis vaistų savybėmis. Tačiau apie antidepresantų veikimą atsiranda vis naujų duomenų, rodančių, kad šios grupės vaistai turi ir neuroplastinį poveikį. Tai reiškia, kad pakankamai ilgai vartojant antidepresantus depresijos metu pakenkti ir žuvę neuronai pakeičiami kitais, kurie diferencijuojasi iš neuronų pirminių ląstelių (*neural progenitor cells*) [6, 7].

Dauguma autorių, naudodami funkcinę klasifikacijos sistemą, šiuolaikinius antidepresantus skirsto į tokias grupes [9, 10, 11, 12, 13]:

1. Neselektyvūs antidepresantai:

1.1. Serotonino ir noradrenalino reabsorbcijos inhibitoriai, turintys poveikį daugeliui kitų receptorių bei veikiantys natrio transportą (tricikliai antidepresantai – TCA-amitriptilinas, klomipraminas, doksepinas, imipraminas, nortriptilinas ir kt.).

1.2. Monoamino oksidazės inhibitoriai (MAOI).

2. Selektyvūs reabsorbcijos inhibitoriai:

2.1. Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI): citalopramas, fluoksetinas, fluvoksaminas, paroksetinas, sertralinas.

2.2. Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitorius su dvigubu veikimo mechanizmu (pirminiu ir alosteriniu): escitalopramas.

2.3. Selektyvūs noradrenalino reabsorbcijos inhibitorius (NARI): reboksetinas.

2.4. Serotonino ir noradrenalino reabsorbcijos inhibitoriai (SNRI): duloksetinas, milnacipranas, venlafaksinas (mažomis dozėmis veikiantis tik serotonino reabsorbciją).

2.5. Noradrenalino ir dofamino reabsorbcijos inhibitorius (NDRI): bupropionas.

3. Receptorių blokeriai:

3.1. Serotonino (5-HT_{2A} ir 2C, 5-HT₃) receptorių blokeris ir presinapsinių alfa 2 adrenoreceptorių blokeris – noradrenerginis ir specifinis serotonerginis antidepresantas (NaSSA): mirtazapinas.

3.2. Serotonino (5-HT_{2A}) receptorių blokeris ir serotonino reabsorbcijos inhibitorius: trazodonas; (anksčiau plačiai vartoto nefazodono labai didelis hepatotoksiškumas).

4. Kiti: tianeptinas, agomelatinas.

Svarbu pažymėti, kad antidepresantai yra veiksmingi ir reikalingi vaistai, gydant pacientus, sergančius somatine liga ir depresija. Kita vertus, sergantiems somatine liga ir depresija šalutiniai poveikiai gali pasireikšti dažniau, todėl labai svarbu atkreipti dėmesį į vaistų derinius bei jų tarpusavio sąveiką. Pradedant gydyti antidepresantais somatine liga ir depresija sergančius pacientus, būtina laikytis šių principų:

- 1) pradėti gydyti mažomis antidepresantų dozėmis,
- 2) dozę didinti ir titruoti pamažu,
- 3) svarbu pasiekti reikiamą terapinę dozę.

Minimalios antidepresinės pagrindinių antidepresantų gydymosi dozės yra tokios: escitalopramas – 10 mg/parai, citalopramas – 20 mg/parai, fluoksetinas – 20 mg/parai, fluvoksaminas – 50 mg/parai, paroksetinas –

20 mg/parai, sertralinas – 50 mg/parai, mirtazapinas – 30 mg/parai, reboksetinas – 8 mg/parai, trazodonas – 150 mg/parai, venlafaksinas – 75 mg/parai [14]. Siekiant minėtų antidepresinių terapinių dozių, kai pacientas serga ir somatine liga, būtina pradėti titruoti nuo gerokai mažesnių dozių. Nors psichiatrijos mokslinėje literatūroje neaprašyta, tačiau kartais tenka pradėti gydyti nuo ketvirčio tabletės ar net mažiau (vadinamasis drožlelių metodas). Jeigu pradėdame gydyti mažomis dozėmis, daug didesnė tikimybė, kad šalutiniai poveikiai bus mažesni, pacientas labiau patikės vaistu, tada turėsime galimybę didinti antidepresanto dozę iki rekomenduojamos depresijai gydyti.

Parinkant antidepresantą svarbu žinoti naujausius duomenis apie konkretaus vaisto saugumą, o iš naujos antidepresantų generacijos – apie venlafaksiną. Tai antidepresantas su neabejotinai antidepresiniu poveikiu, tačiau turintis specifinių saugumo savybių. Patys naujausi duomenys apie venlafaksiną pateikiami internetinėje duomenų bazėje [15]. 2004 metų gruodžio mėnesio apibendrinimuose pateikti tokie perspėjimai dėl venlafaksino: prieš skiriant venlafaksiną būtina įvertinti EKG bei AK (arterinį kraujospūdį), nerekomenduojama skirti venlafaksino sergant širdies ir kraujagyslių ligomis. Ligoniams, kurie vartoja venlafaksiną, rekomenduojama stebėti širdies veiklos funkcijas, stebėti AK, ypač vartojantiems didesnes dozes. Skiriant venlafaksiną būtina prisiminti, kad šis vaistas turi daugiau šalutinių poveikių nei SSRI grupės antidepresantai (ankstesnės generacijos bei naujausi), staiga nutraukus vaistą gali būti sunkūs nutraukimo simptomai, įskaitant psichozės reiškinius, be to, venlafaksinas toksiškas perdozavus. Suprantama, kad nauji konkretūs duomenys apie vaistą padeda kliniciams jį vartoti kryptingiau ir tais atvejais, kai šio vaisto vartojimas yra pagrįstas.

Kardiovaskulinės ligos, įskaitant ir išeminę širdies ligą bei miokardo infarktą, klinikinėje praktikoje yra dažnos. Sergant išemine širdies liga depresija pasitaiko dažnai, o nerimo buvimas leidžia prognozuoti depresijos išsivystymą [16]. Kadangi dabartiniame medicinos etape tiek depresiniai, tiek nerimo sutrikimai gydomi antidepresantais, vaistais, kuriems pripratimas neišsivysto, todėl svarbu žinoti apie šios grupės vaistų rizikos laipsnį (1 lentelė) [17]. Kaupiantis duomenims, antidepresantų grupavimas gali pasikeisti. Ypač svarbu atkreipti dėmesį, kad iš naujųjų antidepresantų venlafaksinas esant kardiovaskulinei patologijai turi būti skiriamas atsargiai ir pagrįstai.

Dažnai gydytojai savo kasdieninėje praktikoje susiduria ir su tais pacientais, kurie serga diabetu. Kaip ir kitų lėtinių ligų atvejais, sergant diabetu depresija yra gana dažna. Svarbu skirti tą antidepresantą, kuris turėtų mažiausią riziką, jei ligonis tokį vaistą toleruoja. Norėtusi priminti, kad sergantys diabetu turi ir kitokios somatinės patologijos, todėl pravartu atsižvelgti ir į kitas ligas bei antidepresantų riziką kitų ligų atžvilgiu. Antidepresantų rizikos laipsniai išvardyti 2 lentelėje [17].

Ypač neurologijos srityje dirbantys gydytojai dažnai kuruoja ligonius, sergančius epilepsija. Žinoma, kad sergant epilepsija gali būti labai įvairūs paroksizmai, o vietoj jų arba greta jų gali būti įvairūs psichikos sutrikimai, taip

1 lentelė. Kardiovaskulinės ligos

Rizika		
Mažiausia	Vidutinė	Didelė
Mianserinas Mirtazapinas SSRI Trazodonas	MAOI Moklobemidas Reboksetinas Venlafaksinas	TCA

Bazire, 2003

2 lentelė. Diabetas

Rizika		
Mažiausia	Vidutinė	Didelė
Moklobemidas Reboksetinas SSRI Trazodonas Venlafaksinas	Fluoksetinas Mianserinas Mirtazapinas TCA	MAOI

Bazire, 2003

3 lentelė. Epilepsija

Rizika		
Mažiausia	Vidutinė	Didelė
MAOI Moklobemidas Reboksetinas SSRI	Mianserinas Mirtazapinas Trazodonas TCA (dauguma) Venlafaksinas	Amoksapinas Maprotilinas

Bazire, 2003

4 lentelė. Glaukoma

Rizika		
Mažiausia	Vidutinė	Didelė
MAOI Mirtazapinas Moklobemidas Trazodonas Venlafaksinas	SSRI	TCA

Bazire, 2003

5 lentelė. Kepenų ligos

Rizika		
Mažiausia	Vidutinė	Didelė
Mianserinas Paroksetinas	Mirtazapinas Moklobemidas Reboksetinas SSRI Trazodonas TCA Venlafaksinas	MAOI

Bazire, 2003

pat ir depresija. Parinkti antidepresantus, kai sergama šia liga, yra nelengva, nes dauguma senesnės generacijos vaistų turi poveikį traukuliniam aktyvumui, todėl triciklių anti-

depresantų reikėtų vengti. Duomenys apie visų antidepresantų vartojimą nuolat kaupiami, atnaujinami, pagrindinius pasirinkimo kriterijus pateikiame 3 lentelėje [17]. Dar viena dažna problema neurologijoje – insultai. Atlikti įdomūs tyrimai su išeminiu insultu sergančiais ligoniais. Vienai tiriamųjų grupei pačią pirmą dieną buvo skiriama 30 mg mirtazapino, o kiti gavo placebo. Pacientai stebėti 360 dienų. Tiems ligoniams, kurie negavo antidepresanto, 40% visų atvejų išsivystė depresija, tuo tarpu gydomiems mirtazapinu tik 5,7% buvo depresija. Taigi mirtazapinas labai ryškiai sumažino depresijos išsivystymą po insulto [18]. Mirtazapinas veiksmingai vartojamas įtampos galvos skausmams gydyti [19].

Dažna liga yra glaukoma. Jau seniai sukaupti duomenys, kad glaukomos atveju nepageidautini tricikliai antidepresantai. Duomenys apie antidepresantų pasirinkimo principus pateikti 4 lentelėje [17].

Visų sričių gydytojai susiduria su tokiais ligoniais, kurių kepenys būna pakenktos. Savaiame suprantama, kad tokiais atvejais geriau vengti ne tik antidepresantų, bet ir kitų vaistų. Tačiau būtina pamatuoti naudos ir žalos santykį. Vis dėlto negydoma depresija turi daug pavojų, taip pat ir savižudybės riziką bei gerokai blogesnę gyvenimo kokybę. Todėl rekomenduojama rinktis tuos antidepresantus, kurie turi mažiausią poveikį kepenims (5 lentelė) [17].

Apskritai duomenys apie antidepresantus nuolat kaupiami, atnaujinami. Pačius naujausius duomenis galima rasti Amerikos psichiatrų asociacijos tinklapyje (www.psych.org), skirsnyje „psychiatric practice“. Pačius naujausius duomenis apie vaistus greitai pateikia kita JAV institucija – Maisto ir vaistų administracija (www.fda.gov; www.fda.gov/cder). Apie vaistų derinius galima paskaityti internetiniame puslapyje www.mhc.com.

Kokie antidepresantai somatinėje klinikoje labiau saugūs? Tai pirmiausia tie, kurie turi palankų šalutinių poveikių profilį bei palyginti nedidelę sąveiką su citochromu P450 izofermentais. Paminėtini tokie antidepresantai: escitalopramas, citalopramas, mirtazapinas, sertralinas.

Dažnai pacientai klausia, ar prie antidepresantų nepriprantama. Šiai vaistų grupei priklausomybės išsivystymas nebūdingas, apie tai svarbu informuoti. Tačiau būtina žinoti, kad baigus gydymą kai kuriuos antidepresantus reikia nutraukti lėtai, nes būna vadinamasis nutraukimo sindromas. Sunkus nutraukimo sindromas iš naujųjų antidepresantų būdingas:

1. Venlafaksinui,
2. Paroksetinui.

Dažnai kyla klausimas, ar ilgai reikia gydyti antidepresantais? Gydymo trukmė turi būti individuali. Tačiau vieningai visi autoriai bei institucijos rekomenduoja, kad nublankus depresijos simptomams, gydymą ta pačia antidepresanto doze (nemažinant) būtina tęsti ne trumpiau kaip 4–6 mėnesius. Kartais daroma klaida, kai sakoma, kad bendra depresijos gydymo trukmė 4–6 mėnesiai. Tačiau jeigu depresija kartojasi ar nustatytas sunkus depresijos epizodas, tenka gydyti metus ar net ilgiau. Sunkių ir dažnai besikartojančių depresijų atvejais antidepresantų gali reikėti vos ne visą gyvenimą.

Taigi sergant lėtinėmis ligomis svarbu depresiją įtarti ir atpažinti, skirti reikalingą gydymą, stengtis, kad būtų pasiekta remisija, pakankamai ilgai skiriant antidepresantus tęstiniam ir palaikomajam gydymui. Skiriant antidepresantus somatinės ligos atveju, tikslinga atsižvelgti į pačius naujausius šios grupės vaistų saugumo bei sąveikos su kitais medikamentais duomenis.

Gauta:
2005 06 02

Priimta spaudai:
2005 06 23

Literatūra

1. LopezAD, Murray CJ. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990–2020 and projected to 2020. Boston, MA: Harvard University Press, 1996.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, 2000.
3. Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. Treating depression effectively. Applying clinical guidelines. Martin Dunitz, 2004.
4. Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ. Principles and practice of psychopharmacotherapy. 3rd ed. Lippincot Williams & Wilkins, 2001.
5. Danilevičiūtė V, Sveikata A. Šiuolaikinis požiūris į farmakologines ir kliniškes naujų antidepresantų savybes. Medicina 2002; 38(12): 1147–56.
6. Olie JP, Silva CE, Macher JP. Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression. Science press Ltd, 2004.
7. Danilevičiūtė V. Antidepresantų poveikis neuromediatoriams bei neuroplastiškumui. Neurologijos seminarai 2004; 1(19): 21–4.
8. Beers MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17th ed. Merck & Co., Inc., 1999.
9. Kent JM. SNRIs, NaSSAs and NaRIs: new agents for the treatment of depression. Lancet 2000; 355: 911–8.
10. Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff Ch, eds. Neuropsychopharmacology. The fifth generation of progress. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
11. Stahl SM. Psychopharmacology of antidepressants. 2nd ed. Martin Dunitz, 1998.
12. Boer JA, Westenberg HGM, eds. Focus on psychiatry. Antidepressants: selectivity or multiplicity. Benecke N.I. Amsterdam: The Netherlands, 2001.
13. Chen F, Larsen MB, Sanchez C, Wiborg O. The enantiomer of R,S-citalopram increases inhibitor binding to the human serotonin transporter by allosteric mechanism. Comparison with other serotonin transporter inhibitors. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15(2): 193–8.
14. Taylor D, Paton C, Kerwin R. The South London and Maudsley NHS Trust. 2003 Prescribing guidelines. 7th ed. Martin Dunitz, 2003.
15. www.nice.org.uk
16. Adomaitienė V. Klinikinės depresijos struktūros analizė, sergant išemine širdies liga. Kaunas, 2004.
17. Bazire S. Psychotropic Drug Directory. The professionals' pocket handbook & aide memoire. Fivepin Publishing, 2003.
18. Niedermaier N, Bohrer E, Shulte K, et al. Prevention and treatment of poststroke depression with mirtazapine in patients with acute stroke. J Clin Psychiatry 2004; 65: 12.

19. Bendsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004; 62: 1706–11.

V. Danilevičiūtė, V. Adomaitienė

CONTEMPORARY TREATMENT OF DEPRESSIONS IN SOMATIC MEDICINE

Summary

Depression is a most common illness that affects a large number of individuals in all countries. However, depression is underdiagnosed and frequently undertreated. The importance of depression as a major public health problem is emphasized by finding its place in the range of global burden of diseases. Worldwide in 1990 depression was the fourth largest cause of burden of disease and by 2020 it is expected to be the second largest cause of burden of disease. Over 10% of the population will have depression within their lifetime. Some individuals have only a sin-

gle episode with full return to premorbid functioning, however, 50% to 85% have recurrence of depression.

The first antidepressants, which were introduced into clinical practice, were tricyclic antidepressants (TCAs) and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs).

Contemporary, system of antidepressants' classification is based on the mechanism of action presumed to be responsible for antidepressant effects. Pharmacodynamic system of classification has advantages as it incorporates the main current theories of disease pathophysiology. This system can easily include new agents as they become available because it is based on the pharmacology of drugs. New knowledge on efficacy, safety, and side events of antidepressants are available. The newest information is recommended to use in clinical practice.

Antidepressants are an effective treatment in patients with depression and general somatic illness. The recommendation for the treatment of depression and somatic illness is to start with low dosage, titrate slowly, and continue to titrate to full therapeutic doses of antidepressants.

Keywords: antidepressants, depression and somatic illness, antidepressants and somatic illness, safety of antidepressants.