

УДК 616.8–008.6:613.863

**ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ***Е.Г. Королева, д.м.н., профессор; Э.Е. Шустер, к.м.н., доцент*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Депрессии – одна из самых распространенных форм психической патологии. Депрессии имеют серьезные социально-экономические последствия, они занимают 4-е место среди всех заболеваний как причина смерти и инвалидности. На развитие депрессивных расстройств оказывает влияние совокупность нейробиологических факторов. Различные соматические заболевания могут вызывать депрессии посредством биологических или психосоциальных механизмов. Поэтому в практике врача-интерниста депрессии представлены большим количеством типов и вариантов.*

**Ключевые слова:** депрессия, соматизированная депрессия, показания для госпитализации, психосоматические расстройства, хроническая усталость, профессиональные стрессоры.

*Depressions are one of the most widespread forms of psychiatric pathology in the population. Depressions have serious socioeconomic consequences. At present time depressions take the 4-th place among all diseases as a cause of death and disability. The development of depressive disturbances is under influence of neurobiological factors. Various somatic diseases can cause depressions by means of biologic or psychosocial mechanisms. That is why there is a great amount of types and variants of depressions in general doctor's practice.*

**Key words:** depression, somatization depression, indications for hospitalization, psychosomatic disturbances, chronic fatigue, professional stressors

Депрессии (депрессивные расстройства) – одна из самых распространённых у населения форм психической патологии: по данным широких эпидемиологических обследований, ими в любой момент времени страдает по крайней мере 5% населения Земли. Вероятность возникновения этого расстройства в течение всей жизни достигает, как минимум, 10% для мужчин и 20% для женщин.

По своим социально-экономическим последствиям депрессии намного опережают остальные формы психических расстройств и занимают в настоящее время 4-е место среди всех заболеваний человека как причина смерти и инвалидности, а к 2030 году выйдут на 2-е место, уступая только ишемической болезни сердца.

♦ В докладе ВОЗ в 2001 г. было сказано о том, что к 2020 году депрессии будут лидировать по причинам инвалидности и преждевременной смертности в индустриально развитых странах.

♦ Там же отмечалось, что от 10 до 15% людей, страдающих большой депрессией, совершают суициды.

♦ В то же время, при правильном лечении большинство этих пациентов может выздороветь.

Столь тяжёлые социально-экономические последствия депрессий обусловлены целым рядом причин – падением продуктивности таких пациентов в работе, преждевременной смертью в результате суицидов, повышенной частотой обращаемости этих больных в службы первичного здравоохранения к врачам – интернистам, бесполезными госпитализациями, обследованиями и лечением в соматических стационарах. Удельный вес таких больных среди пациентов врачей – интернистов и в соматических стационарах достигает:

- среди госпитализированных в соматические больницы – 33%
- среди находящихся в стационарах гериатрических пациентов – 36%
- среди амбулаторных онкологических больных – 42%
- среди перенесших инфаркт миокарда:
  - в течение первых дней после инфаркта – 45%
  - через 3-4 месяца – 33%
- среди перенесших инсульт в течение первых 2-х недель – 47% пациентов.

Депрессивные расстройства в общемедицинской практике встречаются:

♦ **В неврологии** (при болезни Паркинсона, эпилепсии, рассеянном склерозе, при болезни Гентингтона, при

синдроме Жиль де ля Туретта, в постинсультном периоде).

♦ **При сердечно-сосудистых заболеваниях** (при артериальной гипертензии и после перенесенного инфаркта миокарда).

♦ **В эндокринологии** (при сахарном диабете, гипотиреозе, синдроме Кушинга, болезни Аддисона, гипертиреозе).

♦ **В акушерстве и гинекологии** (при предменструальном синдроме, в постнатальном периоде, в периоде менопаузы и др.)

♦ **Распространённость депрессивных расстройств при онкологических заболеваниях:**

- Поджелудочная железа – 50%, рогоглотка – 22-40%
- Молочные железы – 12-32%, толстый кишечник – 13-25%
- Женские половые органы – 23%
- Желудок – 11%, лимфомы – 17%

Существует огромное количество типов и вариантов депрессивных расстройств, дифференциация которых необходима в целях эффективного лечения. Вне зависимости от способа классификации, все депрессивные расстройства имеют общие клинические проявления. К ним относятся:

**Нарушения в аффективной сфере:**

- печаль, тоска, сниженная реактивность на приятные и неприятные события,
- снижение мотивации к деятельности, потеря интереса и удовольствия от ранее приятной деятельности (ангедония),
- утрата чувств, ощущение пустоты, апатия, тревога, напряжение, раздражительность, чувство разочарования (фрустрации).

**Нарушения в когнитивной сфере:**

- снижение концентрации внимания, нерешительность или колебания в принятии решений,
- снижение уверенности в себе, сниженная самооценка, ощущение своей бесполезности, самообвинение без повода или приписывание себе непомерной вины, беспомощность, пессимизм, чувство безнадёжности, мысли о смерти и самоубийстве.

- психотическая симптоматика, синдром Котара.

**Нарушения в поведенческой сфере:**

- ретардация, замедление движений тела, снижение или недостаток мимической экспрессии,
- затруднение при общении с людьми или недостаток коммуникации,

- в тяжёлых случаях – ажитация, неусидчивость, суетливость, бесцельная неконтролируемая гиперактивность или ступор.

#### **Соматические проявления:**

- изменения базовых (физиологических) функций: бессонница или повышенная сонливость, снижение или повышение аппетита и веса тела, снижение либидо,

- изменения витальности: чувство усталости, повышенная утомляемость, снижение энергии, снижение биотонуса,

- неприятные телесные ощущения: боли и болезненные проявления, ощущение тяжести тела, любые другие плохо вербализуемые, недифференцируемые неприятные телесные ощущения,

- висцеральные симптомы: расстройство желудочно-кишечных функций, кардиоваскулярные нарушения и другие плохо вербализуемые ощущения телесных дисфункций.

#### **Соматическое заболевание как причина депрессивного расстройства**

В результате исследований выявлено, что соматическое заболевание может вызвать депрессивное расстройство посредством физиологических (биологических) или психосоциальных механизмов.

#### **Биологические механизмы**

Существуют следующие гипотезы:

♦ Поражение нейрхимических связей, модулирующих эмоциональное состояние. Функциональное или структурное повреждение связей в нейронных сетях, связывающих базальные ганглии и префронтальную кору, которые, в свою очередь, связаны параллельными функциональными нейронными сетями, по мнению Ф. Александера и соавторов, приводит к изменению настроения, когнитивных процессов и моторных функций. Это может происходить при неврологических заболеваниях, таких как болезни Паркинсона, Гентингтона, рассеянный склероз или инсульт. Опухоли мозга и другие органические поражения могут быть непосредственной причиной структурного повреждения нейронных связей.

♦ Влияние на нейротрансмиттеры (при онкологических заболеваниях).

Существует гипотеза, что белок, высвобождаемый раковыми клетками, индуцирует антитела, которые связываются с рецепторами серотонина и таким образом блокируют их. Есть также мнение, что опухоли усиливают метаболизм триптофана, который является периферическим предшественником серотонина и тем самым обуславливают недостаток серотонина в синаптической щели, что способствует возникновению депрессивных расстройств.

♦ Снижение иммунной функции.

Депрессивные симптомы являются обычным явлением после инфекции, вероятно, вследствие высвобождения цитокинов или другого иммунологического дисбаланса.

♦ Нарушения в эндокринной системе.

Депрессивные симптомы появляются вследствие гипотиреоза и при синдроме Кушинга, при болезни Аддисона и при сахарном диабете. В патогенезе – нейрогуморальные теории депрессивных расстройств. Считается, что эндокринные и психические расстройства имеют общие этиологические механизмы. Выявлены: повышенная гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГН) активность при депрессивных расстройствах, значительное повышение секреции базального кортизола, высокий уровень свободного кортизола в моче и нарушение суточной периодичности секреции кортизола. В 1955 году Лайдлом был предложен дексаметазоновый тест супрессии (ДТ), как диагностический тест, который показал высокие уровни отсутствия супрессии дексаметазона у депрессивных пациентов, особенно у тех, у кого наблюдались биологические и психотические симптомы.

рессивных пациентов, особенно у тех, у кого наблюдались биологические и психотические симптомы.

#### **Фармакогенные факторы:**

Депрессия может быть ответом на лекарственную терапию соматических заболеваний. Существует достаточно большое количество медикаментозных средств, которые, влияя на нейромедиаторные процессы в ЦНС, приводят к развитию депрессивных состояний. Прежде всего, к ним следует отнести:

- гипотензивные средства – резерпин и его производные, клонидин, метилдопа, бета-адреноблокаторы – обзидан или пропранолол, блокаторы кальциевых каналов – нимотоп или нимодипин;

- гормональные средства – кортикостероиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы, прогестерон, эстрогены;

- препараты с антиконвульсивным эффектом – клоназепам и барбитураты;

- анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты – индометацин, фенацетин, бутадион;

- сердечные средства – сердечные гликозиды из группы препаратов наперстянки, прокаинамид;

- антибиотики – циклосерин, гризеофульвин, налидиксовая кислота;

- противотуберкулёзные препараты – этионамид, изониазид;

- развитие депрессивных эпизодов возможно и в результате длительного применения противопаркинсонических средств – леводопы, мидантана;

- депрессия может следовать и за длительным приёмом таких широко назначаемых в практике средств, как транквилизаторы.

Учитывая эти данные, становится понятным, насколько существенны детальные сведения о предшествующей или текущей фармакотерапии больного.

#### **Психосоциальные механизмы:**

Соматическое заболевание часто сопровождается болью, страданием и потерей социального статуса, а также здоровья. Вместо осуществления обычной повседневной деятельности пациент сталкивается с уменьшением способности функционировать. Соматическое заболевание может повлечь за собой тяжёлые финансовые потери, угрозу утраты работы, инвалидизацию или угрозу жизни. Кассел описывает эти реакции в психодинамических понятиях: потеря осуществления «неразрушимости», которое служит в качестве психологической защиты, необходимой для нормального функционирования, оставляя пациента с чувством хрупкости и незащищённости. Происходит утрата ощущения контроля над собственной жизнью, приводящая к чувству беспомощности.

#### **Депрессивное расстройство как причина соматического заболевания.**

Возможные механизмы развития соматического заболевания, возникающего вследствие прямого и косвенного влияния предшествующего депрессивного расстройства, иллюстрируются следующим:

Пониженная активность клеток – натуральных киллеров или другие физиологические изменения, такие как гиперкортизолонемия, могут вызвать иммуносупрессию и обуславливать ослабление иммунитета.

- Пренебрежение собой может привести к возникновению нового или ухудшению уже имеющегося соматического заболевания.

- Лечение самого депрессивного расстройства в некоторых случаях может вызвать соматические нарушения, такие как дисфункция сердца или печени. Например, ряд антидепрессантов вызывают ортостатическую гипотонию, тахикардию, нарушение проводимости, аритмию – как на терапевтических уровнях, так и при передозировке.

- Суицидальные попытки, даже будучи безуспешными, могут иметь соматические последствия.

#### **Причины несвоевременного распознавания депрессии в общесоматической практике:**

1 – «амбулаторный» подход к больным, недостаток времени для расспроса, кратковременность и поверхностность беседы заставляют «подгонять» больного под диагноз;

2 – кажущаяся «знакомость» псевдоорганических симптомов, известность (кажущаяся) формул жалоб, диагностические «клише»;

3 – отсутствие преемственности в работе врачей стационаров, поликлиник и их документации, бригадный способ обслуживания (разные врачи, разные методы), большой объем консультаций (часто излишних);

4 – проблема терапии «третьих состояний» – между нормой и патологией;

5 – индуцирование врачей больными в определенном направлении своего заболевания, отрицание изменения в настроении, тревоги и тоски;

6 – имеющееся у врачей «клише» «настоящей» депрессии мешает распознаванию соматизированной депрессии;

7 – недооценка и полное пренебрежение субъективными жалобами больного, его внутренней картиной болезни, «психофобии» у врачей;

8 – переоценка инструментальных и лабораторных обследований, «механизация» диагноза;

9 – неправильная интерпретация данных обследования, тенденция «наклеить ярлык», «найти имя для ребенка»;

10 – желание пациента «быть соматическим», а не «психическим».

#### **Маски соматизированной депрессии:**

1 – черствость, невозмутимость, враждебность к окружающим;

2 – вегетативные пароксизмы (гипертензионный криз, инфаркт миокарда и даже внезапная смерть), а в результате срывы адаптационных механизмов;

3 – повышенная трудовая активность, социальная суетливость, непоседливость, «сам себе придумывает дела»;

4 – тяга к путешествиям; «способность жить оседло – первое доказательство спокойствия духа» (Сенека);

5 – неестественные ранее веселость или бравада, «разгульность» поведения;

6 – булимия или полидипсия, страсть к курению, алкоголю, наркотикам, к медикаментам, носящие эпизодический характер (иногда сезонный).

#### **Диагностика соматизированной депрессии**

Основными признаками психогенного характера жалоб являются следующие:

1. Аффективная напряженность и общая психическая гиперестезия, душевный дискомфорт, нарастающая раздражительность, вспыльчивость, готовность к слезам, рассеянность, утрата интересов, появляющаяся потребность в тонизирующих средствах.

2. Чувство ежедневной «свинцовой» тяжести, усталости, расстройства сна, аппетита, изменение веса, вегетативные сердечно-сосудистые расстройства.

3. Суточные колебания жизненного тонуса и самочувствия, особенно в первой половине дня, лабильность настроения.

4. Вегетативная симптоматика: расширение зрачков, сухость во рту, гипергидроз, гиперемия или бледность лица и т.п.

5. Разрыв между тягостными ощущениями и скудностью достоверных отклонений и значительной продолжительностью заболевания при отсутствии объективной динамики структурных изменений.

6. Колебание настроения в анамнезе.

7. Эмоциональная неадекватность, «захваченность» болезнью (поза, жесты, мимика, манера одеваться и пр.).

8. Иногда однократное введение реланиума или седуксена нормализует состояние.

9. Множественность и «скользящий» характер соматических жалоб – важный дифференциально-диагностический признак.

#### **Выводы**

♦ Депрессивные расстройства могут протекать параллельно с другими неврологическими, а также с эндокринологическими, онкологическими, гинекологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

♦ Пациентам с соматическими заболеваниями и депрессивными расстройствами, предъявляющим соответствующие жалобы, должны назначаться антидепрессанты.

♦ Выбор антидепрессанта должен зависеть в первую очередь от профиля побочных эффектов: предпочтение следует отдавать препаратам с меньшими антихолинэргическими, альфа-адреноблокирующими и седативными эффектами.

♦ Медикаментозное лечение следует продолжать в течение, по меньшей мере, 6 месяцев после клинического улучшения (прекращения эпизода).

♦ Из других методов лечения депрессивных расстройств используются когнитивно-поведенческая психотерапия, частичная депривация сна, свето (фото) терапия. Часто эффективным является использование нескольких методов лечения. Комбинации в лечении используются при различных формах депрессивных расстройств и разной тяжести.

♦ Важно помнить, что лечение сосуществующего депрессивного расстройства необходимо предпринимать параллельно с лечением соматической патологии, и что оно оказывает положительный эффект на течение соматического заболевания. Кроме того, эффективное лечение депрессивного расстройства значительно улучшает качество жизни человека, так как облегчает или уменьшает тяжесть депрессивных симптомов. Первый вопрос, с которым сталкивается врач при обращении к нему пациента с депрессией – госпитализировать пациента или лечить амбулаторно. Прямыми показаниями к госпитализации являются риск суицида, стойкий отказ от приема пищи, необходимость дополнительных диагностических процедур.

При решении лечить пациента амбулаторно врач должен быть уверен в том, что близкое окружение больного будет выполнять все инструкции по контролю за поведением, приемом препаратов и уходу за пациентом. Лечение депрессии улучшает способность человека справляться с хроническими заболеваниями, такими как рассеянный склероз или эпилепсия, сахарный диабет или инфаркт миокарда.

#### **Литература**

1. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
2. Вид, В.Д. Болезни настроения / В.Д. Вид. – СПб.: ДИЛЯ, 2002. – 160 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М.: Весь Мир. – 215 с.
4. Каплан, В. Клиническая психиатрия / В. Каплан, Дж. Сэддок. – М., 1995. – Т. 1. – 672 с.
5. Aikins, D.E. Cognitive Theories of Generalized Anxiety Disorder / D.E. Aikins, M.G. Craske. // Psychiatric Clinics of North America. – 2001. – Vol. 24. – P. 479-483.
6. Schulberg, H.C. Mental Disorders in primary care: Epidemiologic, diagnostic and treatment research directions / H.C. Schulberg, B.J. Burns // J Hosp. Psychiatry. – 1998. – Vol. 10. – P.79-87.

Поступила 30.04.09