

Введение

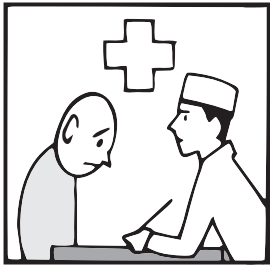
Необходимо отметить, что по прогнозам ВОЗ, к 2020 году, депрессия выйдет на второе место после ишемической болезни сердца, среди заболеваний, выражено сокращающих продолжительность жизни и снижая ее качество. К 2030 году депрессия станет самым частым заболеванием в мире. По объединённым данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматиков.

Кроме того, депрессивные расстройства могут существенно утяжелять актуальную соматическую патологию. Например, депрессивное расстройство с тревожно-депрессивным синдромом в значительной мере затрудняет подбор антигипертензивной терапии, так как некупированная тревога вызывает повышение артериального давления.

Лечение выраженных форм депрессивных расстройств проводится в специализированных психиатрических и психотерапевтических учреждениях. Однако большинство депрессий протекает в стёртых формах, в клинической картине которых доминируют невротические, соматизированные, вегетативные расстройства. По поводу таких депрессий пациенты обращаются за помощью в учреждения общесоматической сети. Именно поэтому проблема депрессий рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и общей медицине. Депрессия может провоцировать соматическое заболевание и во всех случаях, даже если речь идёт о независимом развитии соматической и аффективной патологии, депрессия утяжеляет проявления, углубляет течение, ухудшает прогноз соматического заболевания и усложняет лечение.

В связи с активным ростом числа депрессивных состояний, часто скрывающихся под «масками» соматических заболеваний все более актуальной становится их своевременная диагностика и лечение. Наиболее часто пациенты, страдающие разными формами депрессивных расстройств, обращаются за помощью к специалистам поликлинического звена, где необходимо своевременно диагностировать эти болезненные состояния.

По данным ряда исследований пациенты, нуждающиеся в специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи, до 2-х лет наблюдаются в учреждениях поликлинического звена у врачей-интернистов, проходя безуспешно лечение по поводу соматической патологии. Такая ситуация возникает в связи с выраженной «нацеленностью» врачей общей практики на выявление телесного расстройства, и гораздо меньшей настороженностью в области психического здоровья.



Своевременная диагностика аффективных расстройств становится решающим условием успешной медицинской помощи и незапоздалого лечения. По рекомендациям ВОЗ, адекватная психофармакотерапия депрессий должна быть обеспечена по месту обращения пациента за помощью, прежде всего в учреждения общемедицинской практики. Следует обратить внимание на то, что в современных условиях психиатрические больницы и диспансеры не создают благоприятных условий для лечения больных со стёртыми, соматизированными, вегетативными, маскированными депрессивными расстройствами. Организационные проблемы оказания медицинской помощи при депрессиях связаны с упорным нежеланием больных обращаться в психиатрические учреждения.

Интернист, вступая в контакт с такими больными и определив наличие у них аффективных расстройств, должен избрать правильный маршрут для пациента и соответствующие лечебные меры: направлять его в специализированные психиатрические (психотерапевтические) подразделения или оказывать помощь самостоятельно, используя психотропные препараты с оптимальным терапевтическим воздействием и одновременно с хорошей переносимостью и безопасностью.



Депрессия – это душевное состояние, для которого характерны чувства печали, подавленности, тревоги, утрата способности получать удовольствие или испытывать радость от чего бы то ни было, соматоневрологические расстройства. Депрессия поражает все сферы: эмоциональную, интеллектуальную и соматическую. В классическом описании депрессия характеризуется замедлением или угнетением практически всех сторон психической жизни: эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой. Э. Крепелин одним из первых описал так называемую триаду признаков: болезненно-пониженное настроение, двигательная (моторная) и речевая (идеаторная) заторможенность.

Эпидемиология депрессий

На сегодняшний день распространенность депрессивных расстройств крайне высока. По данным европейского исследования ESEMeD, риск развития большого депрессивного эпизода в течение жизни составляет 14,4 % (Наро J. M., 2002). Большое депрессивное расстройство диагностируется у 6 % мужчин и 18 % женщин, риск его развития составляет 7–12 % для мужчин и 20–25 % для женщин. (Тиганов А. С. и др., 2012). Женщины страдают в 2 раза чаще мужчин.

Депрессия сопровождает до 70 % любых физических заболеваний, частота депрессивных состояний у пациентов многопрофильной больницы составляет 19,1 %. Среди больных амбулаторного звена частота депрессивных нарушений ещё выше и достигает на приёме у участкового терапевта 34,3 % (Дробижев М. Ю., 2003). 40–70 % случаев депрессивных расстройств не диагностируются.

Депрессия часто скрывается за «масками» других заболеваний. Подверженные депрессивным состояниям психики люди имеют в два раза больше шансов погибнуть от других заболеваний. Риск суицида у человека, страдающего депрессией в 30 раз выше, чем в общей популяции. Примерно две трети больных помышляют о самоубийстве, и 10–15 % совершают суицидальную попытку. При депрессивном расстройстве, хотя бы одного из супругов, разводы возникают в 10 раз чаще, чем в обычных семьях. Риск развития депрессии среди одиноких и разведенных лиц в 4 раза выше, чем среди семейных.

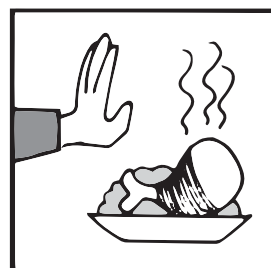
Наиболее частые клинические проявления

Эмоциональные

- Тоска, страдание, отчаяние.
- Тревога, внутреннее напряжение, ожидание беды.
- Повышенная раздражительность.
- Чувство вины, самообвинение.
- Снижение или утрата способности переживать удовольствие.
- Снижение интереса к окружающей действительности.
- Часто сочетается с беспокойством о здоровье и судьбе близких.

Физиологические

- Нарушение сна (бессонница, ночные и ранние пробуждения, гиперсомния).
- Изменение аппетита (снижение, отсутствие или наоборот булимия).
- Нарушение моторики кишечника (запоры).
- Снижение сексуального влечения.
- Повышенная утомляемость при обычных нагрузках, чувство слабости и упадка сил.
- Боли и разнообразные неприятные ощущения в теле.



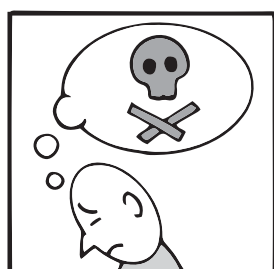
Поведенческие

- Пассивность, трудность целенаправленной деятельности.
- Избегание контактов (склонность к уединению, утрата интереса к людям).
- Отказ от привычных развлечений.
- Алкоголизация и употребление ПАВ.



Мыслительные

- Замедленное мышление.
- Трудности сосредоточения, концентрации внимания.
- Трудности принятия решений.
- Преобладание мрачных, негативных мыслей.



- Мрачное, пессимистическое видение будущего с отсутствием перспективы.
- Мысли о собственной ненужности, незначимости, беспомощности.

Маскированные депрессии

Маскированные депрессии обозначаются также как «скрытые», «ларвированные», «алекситимические депрессии», «вегетосоматические». Речь идет о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности, при которых основные свойственные депрессиям проявления (собственно гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.) мало выражены, а часть из них вообще отсутствует «субсиндромальные депрессии». В других случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются.



Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства; иногда они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают (предполагая некомпетентность врача) на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля.

Вместе с тем при активном расспросе удастся выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

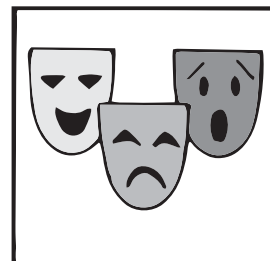


В беседе необходимо учитывать особенности самосознания больных, их неспособность выразить и описать свое душевное состояние, склонность приписывать плохое самочувствие соматическому недомоганию. Соответственно, необходимую информацию нередко удастся почерпнуть из ответов на вопросы, поставленные не в плане наличия конкретных психопатологических феноменов (чувствуете ли вы тоску, есть ли мысли о самоубийстве и т. п.), а с помощью вопросов, относящихся к изменениям самочувствия, настроения, влечений и всего образа жизни (не исчезала ли радость жизни, близко ли слезы, давно ли превалирует пессимистическая оценка сложившейся ситуации).

Клиническая картина маскированных депрессий

«Маски» в форме психопатологических расстройств

- Тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия).
- Обсессивно-компульсивные (навязчивости).
- Ипохондрические.
- Неврастенические.



«Маски» в форме нарушения биологического ритма

- Бессонница.
- Гиперсомния.

«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств

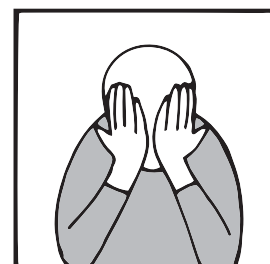
- Синдром вегетососудистой дистонии, головокружение.
- Функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.).
- Нейродермит, кожный зуд.
- Анорексия, булимия.
- Импотенция, нарушения менструального цикла.

«Маски» в форме алгий

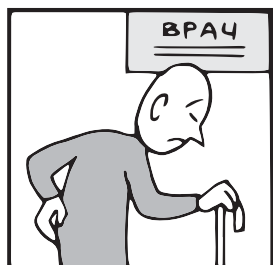
- Цефалгии.
- Кардиалгии.
- Абдоминалгии.
- Фибромиалгии.
- Невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит).
- Спондилоалгии.
- Псевдоревматические артралгии.

«Маски» в форме патохарактерологических расстройств

- Расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания).
- Антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфронтационные установки, вспышки агрессии).
- Истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).



Депрессии, принимающие соматические «маски», – соматизированные депрессии чаще встречаются в общемедицинской сети. Нередко проявления депрессии перекрываются симптоматикой органических неврозов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной кишки и др.)



Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы – кардиалгии, тахикардия, аритмии сердца, колебания АД – имитирующие симптоматику различных форм кардиологической патологии в 1/5 случаев маскируют аффективные расстройства. Еще чаще на первый план клинической картины депрессий выдвигаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (синдром раздраженной кишки) – гипомоторная дискинезия, запоры при отсутствии позывов на дефекацию, стойкие абдоминалгии в проекции толстой кишки.

Синдром раздраженной кишки в 1/3 случаев является составной частью соматовегетативного комплекса депрессий. При преобладании расстройств вегетативной нервной системы «вегетативные депрессии» в качестве фасада депрессии выступают алгии (головные боли, невралгии различной локализации).

Выделяют также следующие варианты маскированной депрессии [Gayral L, 1970]:

- агрипнический (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом);
- аноректический (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряженные с похуданием, запоры).

Одной из наиболее распространенных в общемедицинской практике «масок» депрессий являются стойкие алгии. Хроническая боль, как проявление маскированной депрессии, может локализоваться практически в любой части тела. Чаще всего врачу приходится сталкиваться с цефалгиями, болями в спине, кардиалгиями, абдоминалгиями, фибромиалгиями и др.

В качестве эквивалентов аффективных расстройств в рамках маскированных депрессий могут выступать патохарактерологические проявления.

В картине поведенческих «масок» доминируют либо расстройства влечений (алкоголизация, токсикомания, склонность к азартным играм и др.), либо (чаще в случаях, где за таким фасадом скрывается дисфорический аффект) антисоциальное поведение с конфронтационными установками, жестокими поступками.



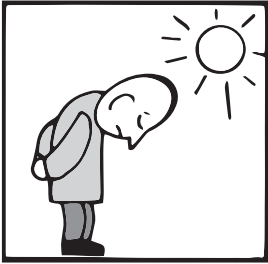
Особая опасность маскированной депрессии – ее скрытое течение, далеко не всегда больные вовремя получают квалифицированную помощь, продолжая годами «лечиться» у врачей других специальностей.

Также стоит отметить, что наряду с маскированными, или соматизированными депрессиями, могут возникать и соматогенные депрессивные расстройства, как осложнение основного заболевания.

Чаще всего депрессивные состояния могут возникать при следующих заболеваниях

- Атеросклероз сосудов головного мозга.
- Инсульт (постинсультный период).
- Ревматизм и системные заболевания соединительной ткани.
- Болезнь Паркинсона.
- Отдаленный период черепно-мозговой травмы.
- Гипотиреоз.
- Сахарный диабет.
- Заболевания желудочно-кишечного тракта.
- Хронические заболевания инфекционной природы.
- Послеродовой период у женщин.

Рекомендации по лечению



Основное место среди лечебных воздействий при депрессиях принадлежит психофармакотерапии с использованием тимоаналептиков (антидепрессантов). Средства этого класса нормализуют патологически измененный гипотимический (депрессивный) аффект, способствуют редукции обусловленных депрессией когнитивных, двигательных и сомато-вегетативных проявлений. Некоторые антидепрессанты повышают порог болевой чувствительности, используются при лечении алгий (головные боли напряжения и др.), оказывают профилактическое действие при мигрени и вегетативных кризах у лиц без признаков отчетливых аффективных расстройств.

Учитывая тот факт, что у больных общемедицинской сети преобладают умеренные и легкие депрессии, а также значительное превосходство антидепрессантов современных поколений по показателям переносимости и безопасности, именно препараты этих групп при проведении терапии рассматриваются в качестве средств первого выбора. Их назначение соответствует требованиям общемедицинской сети, современные тимоаналептики обеспечивают такие свойства, как минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов, а также центральной нервной системы и/или привести к усугублению соматической патологии; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами, безопасность при передозировке, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

Положительных результатов при лечении депрессий удастся достичь при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), тормозящих обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона. К числу СИОЗС принадлежат эсциталопрам (ципралекс), пароксетин (паксил), флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), флувоксамин (феварин), циталопрам (ципрамил). При сходстве механизма действия препараты группы СИОЗС дифференцируются по химической структуре и фармакокинетическим показателям, с чем, по-видимому, частично могут быть связаны различия клинических эффектов.

Препараты этой группы значительно расширяют возможности терапии депрессий, коморбидных с соматическими заболеваниями.

В психосоматической медицине широко используется тразодон (триттико), так как превосходит многие антидепрессанты по переносимости особенно в первые недели терапии тревожно-депрессивных расстройств.

Тразодон – антидепрессант, относится к классу антагонистов/ингибиторов обратного захвата серотонина (АИОЗС). Наряду с блокированием обратного захвата серотонина и повышением серотонинергической нейротрансдачи сильно блокирует серотониновые рецепторы подтипа 5-HT₂, чем объясняется малая вероятность сексуальных побочных эффектов, а также малая вероятность обострения тревоги, бессонницы и нервозности по сравнению с антидепрессантами группы СИОЗС.

Препарат оказывает антидепрессивное (тимолептическое) действие, сочетающееся с анксиолитическим и транквилизирующим эффектом. По фармакологическим свойствам и нейрохимическому действию отличается от типичных антидепрессантов; не оказывает заметного влияния на нейрональный захват катехоламинов, но избирательно блокирует захват серотонина, оказывает α -адреноблокирующее действие.

Применяют при разных формах депрессий (эндогенные, невротические, соматогенные и др.) с тревогой, напряженностью. В связи с хорошей переносимостью, отсутствием холинолитического действия тразодон широко используется при лечении больных пожилого возраста с органическими заболеваниями ЦНС, а также в комплексном лечении больных с соматическими заболеваниями, осложненными психическими расстройствами (тревога, напряженность и др.).

Назначают внутрь. Начальная доза при приеме внутрь составляет 50 мг 1 раз в день, дозу постепенно (по 50 мг каждые 3–4 дня) увеличивают до 300–450 мг в сутки (не более 600 мг); поддерживающая доза также подбирается индивидуально. Основную часть суточной дозы рекомендуется принимать перед сном. Терапевтический эффект обычно наблюдается через 3–7 дней от начала лечения. При применении в качестве анксиолитического (противотревожного) средства при невротических и соматических депрессиях назначают по 25 мг 2–3 раза в день.

Побочные явления: утомляемость, сонливость, головная боль, головокружение, бессонница, понижение артериального давления – встречаются относительно редко и проходят при уменьшении дозы. С осторожностью рекомендуется применять его пациентам с гипотонией. Препарат не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО. Формы выпуска: таблетки, содержащие по 150 мг препарата, за счёт двух рисков легко делимые на три части.

Большинство современных антидепрессантов позволяет без риска проводить одномоментную отмену поддерживающей терапии, в то же время постепенная отмена в виде титрации доз является наиболее корректной.

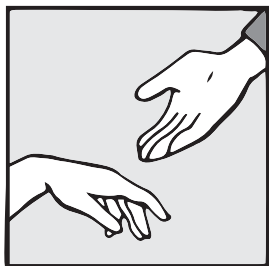
Терапия маскированной депрессии показывает хороший терапевтический результат через относительно непродолжительный срок. Нередко симптомы недуга полностью исчезают после месяца после начала лечения. Однако медикаментозное лечение рекомендовано продолжать не менее 3–6 месяцев.

Общим правилом при отмене любого антидепрессанта является тщательное наблюдение за динамикой состояния пациента, как минимум, в течение нескольких месяцев после отмены препарата и возобновление терапии при развитии признаков обострения депрессии.

В дополнение к медикаментозной терапии эффективна психокоррекционная поддержка, которую оказывают врачи-психотерапевты и медицинские психологи.

Психотерапевтическая помощь при депрессивных расстройствах легкой и средней тяжести, чаще всего является необходимой, так как механизм формирования депрессивного расстройства может быть связан с психологическими механизмами и неадаптивными реакциями на разного рода сложности и трудности, возникающие в жизни. Лечение в подобных ситуациях, без помощи психотерапии, приводит часто к некоторому улучшению состояния, но после прекращения фармакологического лечения высока вероятность ухудшения состояния. Можно говорить о том, что при ряде депрессивных расстройств именно психотерапия будет выступать основной формой патогенетической помощи.

Сеансы психотерапии направлены на выявление психологических причин заболевания, формирование верной самооценки и мотивации, обучению навыкам релаксации и самоконтроля, реконструкции нарушенных систем отношения личности и выработке адаптивных отношений.



Куда направить пациента для получения специализированной помощи при подозрении на наличие депрессивного расстройства в Санкт-Петербурге

- **Психоневрологический диспансер по месту регистрации.**
- **Штатный психотерапевт в поликлинике по месту регистрации.**
- **Городской Психотерапевтический Центр СПб ГБУЗ «ГПБ№ 7 им. акад. И. П. Павлова» (обслуживает граждан, проживающих в любом районе Санкт-Петербурга), телефон для записи на консультацию (812) 321-79-40.**
- **Городской Психоневрологический диспансер №7. Психотерапевтический Центр (обслуживает граждан, зарегистрированных в Кировском и Красносельском районе), телефон для записи (812) 714-34-14.**