
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психиатрии и наркологии

М. А. Соляник

**ДЕПРЕССИИ
В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2015**

УДК 616.89:616-036.82

ББК 56.14

С60

Соляник М. А.

С60 Депрессии в общей медицинской практике: учебно-методическое пособие / М. А. Соляник. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 42 с.

Автор:

доцент кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, канд. мед. наук **М. А. Соляник**.

Рецензент:

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» канд. мед. наук, доцент **С. В. Гречаный**.

В учебно-методическом пособии рассматривается проблема депрессий, встречающихся у пациентов общемедицинской сети. Выявление и распознавание депрессивных расстройств у пациентов для оказания им своевременной помощи необходимо врачам любой специальности.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Ученым советом ГБОУ ВПО
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
протокол № 6 от 26 июня 2015 г.

© М. А. Соляник, 2015
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015

*Редактор Т. В. Руксина
Технический редактор Е. Ю. Паллей*

Подписано в печать 23.07.2015 г.
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 1,52. Усл. печ. л. 2,44.
Тираж 500 экз. Заказ № 316.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИЙ.....	7
ЭНДОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ.....	8
ДИСТИМИЯ	13
РЕАКТИВНЫЕ (ПСИХОГЕННЫЕ) ДЕПРЕССИИ	15
ДЕПРЕССИИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
ГОЛОВНОГО МОЗГА	20
СОМАТОГЕННЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) ДЕПРЕССИИ....	22
ДЕПРЕССИИ, СВЯЗАННЫЕ С РЕПРОДУКТИВНОЙ	
ФУНКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН.....	26
АЛКОГОЛЬНЫЕ ДЕПРЕССИИ	28
ФАРМАКОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ	29
ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ	
ПРАКТИКЕ	31
ОСНОВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ	
В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
ЛИТЕРАТУРА	38
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	39
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

Депрессия входит в число самых распространенных расстройств, встречающихся в практике первичной врачебной помощи, и является серьезной медико-социальной проблемой. Депрессивные расстройства являются одной из основных причин неблагополучия и нетрудоспособности человека, поскольку их распространенность составляет около 10–15% в популяции. Согласно исследованиям ВОЗ, нетрудоспособность вследствие депрессивных расстройств сопоставима с таковой при ишемической болезни сердца и превосходит нетрудоспособность вследствие хронических заболеваний легких или артрита. Установлено, что около 15% пациентов с тяжелыми депрессиями совершают самоубийство. В настоящее время нераспознанная и нелеченая депрессия признается серьезной проблемой общественного здоровья, поскольку около половины всех случаев депрессивных расстройств не распознается ни врачом, ни пациентом.

Депрессивные состояния являются наиболее частой формой психической патологии у пациентов, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети. Согласно данным клинико-эпидемиологических обследований, проведенных как в России, так и в экономически развитых странах, установлено, что депрессивные расстройства в совокупности встречаются в 20–29% пациентов общесоматической сети.

Среди пациентов с онкологическими, сердечно-сосудистыми, эндокринными заболеваниями частота депрессии составляет 22–33%. При этом депрессии ухудшают течение соматического заболевания, усложняя клиническую картину и приводят к повышению частоты обращения за медицинской помощью и ненужных исследований. В этих случаях депрессия может быть как проявлением самого соматического заболевания, так и реакцией личности на болезнь. Кро-

ме того, депрессия может способствовать развитию соматического заболевания, например артериальной гипертензии или ишемической болезни сердца. В любом из перечисленных случаев депрессия утяжеляет течение основного заболевания и ухудшает его прогноз. Депрессии увеличивают длительность пребывания больных в соматическом стационаре и повышают частоту обращаемости пациентов в поликлинику. Кроме того, среди больных с коморбидной соматическому заболеванию депрессией число инвалидов I и II группы существенно выше, чем среди пациентов с той же соматической патологией, но без сопутствующей депрессии. В связи с этим очевидно, что своевременная диагностика депрессий является решающим условием успешной медицинской помощи в общей врачебной практике.

Выявление и квалификация депрессий в условиях общемедицинской сети сопряжены с определенными сложностями, среди которых основными являются лимит времени, отводимый врачу общей практики на прием пациента, предубежденность как пациентов, так и врачей против констатации психического расстройства, недостаточная осведомленность врачей о клинике и диагностике депрессий, а также отсутствие сотрудничества учреждений общемедицинской сети с психиатрической службой. Также большое значение в гиподиагностике депрессий имеет установка врача, направленная исключительно на выявление соматического заболевания. Часто у пациентов с депрессивными состояниями, обратившиеся с жалобами на какие-либо соматовегетативные проявления депрессий, врачи общей практики диагностируют «астено-невротический синдром», «вегетососудистую дистонию» или «нейроциркуляторную дистонию». Затруднения в диагностике связаны и с тем, что к врачам общемедицинской практики в первую очередь обращаются пациенты с легкими, маскированными или атипичными формами депрессий. При этом важным является тот факт, что даже легкие депрессии у больных с патологией внутренних органов ухудшают течение основного заболевания и влияют на поведение пациента, нарушая взаимодействие между врачом и больным, что способствует и отказу от выполнения им лечебных рекомендаций. Депрессии недооцениваются и в тех случаях, когда симптоматика истолковывается как психологически понятная, «житейская» реакция или как «адекватный» ответ на соматическое страдание. Часто диагностические затруднения связаны с особенно-

стями личности, когда пациенты с депрессией акцентируют внимание на соматических жалобах и, не осознавая психической болезни, не придают значения изменениям в настроении, а если и замечают это, то и сами связывают подавленное настроение с наличием мнимого или реального имеющегося соматического заболевания. Конечно, важным фактором гиподиагностики является и особенность клинической картины депрессий, особенно у пожилых пациентов, с преобладанием соматизированной симптоматики, вегетативных проявлений, расстройств сна и аппетита или других симптомов, общих с коморбидным соматическим заболеванием.

В связи с трудностями диагностики депрессий в общей врачебной сети только 10% пациентов получают необходимую специализированную помощь. Многие пациенты подвергаются необоснованным обследованиям, и часто им назначается неэффективная терапия. Тогда как своевременная антидепрессивная терапия не только приводит к купированию депрессий, но и способствует редукции проявлений основного заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИЙ

В зависимости от этиологии различают следующие типы депрессивных расстройств:

- эндогенные депрессии (большой депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство);
- дистимия;
- реактивные (психогенные) депрессии, в том числе нозогении;
- депрессии, вызванные органическим заболеванием головного мозга;
- соматогенные (симптоматические) депрессии;
- депрессии, вызванные употреблением психоактивных веществ;
- фармакогенные депрессии.

В зависимости от особенностей клинической картины различают большое количество вариантов депрессивного синдрома, из которых наиболее часто встречаются:

- меланхолическая депрессия;
- тревожная депрессия;
- анергическая депрессия;
- атипичная депрессия;
- деперсонализационная депрессия;
- маскированная депрессия;
- ипохондрическая депрессия;
- истерическая депрессия;
- апатическая депрессия;
- астеническая депрессия.

ЭНДОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ

В этиологии эндогенных депрессий основная роль отводится наследственному фактору. К заболеваниям, при которых эндогенная депрессия является типичным проявлением, относятся биполярное аффективное расстройство, большой депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, шизоаффективное расстройство. Чаще всего пациенты с эндогенными депрессиями проходят лечение у психиатра. Но в случае развития нетяжелых форм аффективной патологии пациенты с эндогенными депрессиями часто обращаются к врачам общеполиклинической сети с разнообразными жалобами на вегетативные и соматические расстройства, которые, представляя собой проявление психической патологии, расцениваются пациентами как симптомы какого-то соматического заболевания.

Эндогенные депрессии у пациентов общемедицинской сети чаще выявляются у пациентов с гастроэнтерологической и неврологической патологией, что обусловлено негативным влиянием депрессии на соматическое заболевание. Отмечено, что при манифестации депрессии происходит утяжеление симптомов таких заболеваний, как хронический гастрит, хронический колит, усугубляются болевые ощущения у пациентов с остеохондрозом позвоночника, что обуславливает потребность в более интенсивной терапии и соответственно обращение за медицинской помощью.

Депрессивные расстройства довольно разнообразны по своей клинической картине. Согласно современной классификации болезней для диагностики депрессивного расстройства необходимо наличие, как минимум, пяти из числа нижеперечисленных симптомов, присутствующих на протяжении двухнедельного периода, причем обязательно включая сниженное настроение или утрату чувства удовольствия или интереса:

- **сниженное настроение;**
- **утрата чувства удовольствия или интереса (ангедония);**
- потеря или увеличение массы тела (аппетита);
- бессонница или гиперсомния;
- заторможенность или ажитация;
- утрата энергии, усталость;
- чувство никчемности, идеи вины;
- снижение концентрации внимания;
- суицидальные мысли.

Среди основных типов депрессий выделяют меланхолическую, тревожную, анергическую и деперсонализационную депрессии.

Для **меланхолической депрессии** характерны тоскливое настроение, идеаторная и двигательная заторможенность, ангедония, потеря интересов, идеи самоуничужения или виновности, чувство усталости от жизни, снижение аппетита, ранние пробуждения, улучшение самочувствия к вечеру, суицидальные мысли.

Для **тревожной депрессии** характерно наличие подавленного настроения с чувством сильного внутреннего напряжения и тревоги. Пациенты опасаются за себя и за своих близких, ожидают, что произойдет какая-то катастрофа, в которой часто винят себя. Часто наблюдается ажитированное возбуждение, во время которого пациенты могут наносить себе повреждения или совершить самоубийство.

Анергическая депрессия характеризуется преобладанием чувства усталости, отсутствия сил, энергии, при этом ангедония и подавленное настроение как бы отступают на второй план. Пациенты, как правило, не испытывают типичных для депрессивных состояний идей самоуничужения и вины. Также редко появляются у пациентов суицидальные мысли. При этом могут отмечаться гиперсомния, увеличение аппетита, ощущение тяжести в конечностях, повышенная плаксивость. Настроение на некоторое время может улучшаться в ответ на позитивные события, при этом отмечается повышенная ранимость к отказам со стороны других людей. Такая депрессия в современной классификации определяется как атипичная.

Отличительной особенностью **деперсонализационной депрессии** является утрата способности испытывать какие-либо чувства, эмоции. Пациенты жалуются не на подавленность настроения, а на неспособность переживать как положительные, так и отрицательные эмоции, утрату чувств к близким. Причем сама эта утрата пережи-

вается пациентами крайне мучительно. При деперсонализационной депрессии имеется высокий риск суицидального поведения.

Маскированные депрессии. Депрессии, при которых фасад клинической картины представлен нетипичными для депрессивного синдрома симптомами, называют маскированными. Их также определяют как «скрытые», «ларвированные», «субсиндромальные», «алекситимические депрессии», «тимопатические эквиваленты». При этих типах депрессивных состояний клиническая картина не достигает синдромологической завершенности, при которой основные свойственные депрессиям проявления (сниженное настроение, психомоторная заторможенность, идеи самоуничужения и др.) мало выражены, а часть из них вообще отсутствует. Часто собственно аффективные расстройства отступают на второй план и не распознаются, а ведущее положение в клинической картине занимают симптомы, нетипичные для депрессивных состояний. При этом сами пациенты, как правило, не осознают депрессивного расстройства. Часто они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и могут настаивать на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Вместе с тем при активном расспросе удается выявить типичные суточные колебания самочувствия в виде преобладающего по утрам чувства уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях. В беседе с такими пациентами необходимо учитывать такие характерные для них особенности, как неспособность выразить и описать свое душевное состояние, склонность приписывать плохое самочувствие соматическому недомоганию. По этой причине важно задавать таким пациентам вопросы о наличии конкретных психопатологических симптомов депрессии (чувствуете ли вы тоску, есть ли мысли о самоубийстве, не исчезала ли радость жизни и т. д.).

«Маски» депрессивных состояний представлены в форме вегетативных, соматических и эндокринных расстройств. Вариантами таких расстройств являются бессонница или гиперсомния, 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. Также «масками» депрессий могут являться различ-

ные алгии: головные боли, боли в сердце, в животе, в суставах, фибромиалгии, невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), спондилоалгии.

Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы — кардиалгии, тахикардия, аритмии, колебания АД, имитирующие симптоматику различных форм кардиологической патологии, у 21% пациентов не выступают как самостоятельные психопатологические образования, а маскируют депрессивные 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 трети случаев является составной частью соматовегетативного комплекса депрессий (апатические, тоскливые депрессии). При преобладании расстройств вегетативной нервной системы («вегетативные депрессии») в качестве фасада депрессии выступают алгии (головные боли, невралгии различной локализации), гиперсомния («сонливая депрессия»). Частыми вариантами маскированных депрессий являются агрипнический, аноректический и алгический типы.

Агрипнический тип характеризуется прерывистым сном с неприятными сновидениями, ранними пробуждениями с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом.

Для аноректического варианта характерны жалобы на утреннюю тошноту, отсутствие аппетита и отвращение к пище. При этом пациенты значительно теряют в весе, страдают от упорных запоров.

Одной из наиболее распространенных в общемедицинской практике «масок» депрессий (они встречаются у 50% больных с соматизированными депрессиями) являются стойкие идиопатические алгии. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела. Чаще всего врачу приходится сталкиваться с цефалгиями, болями в спине, в животе, кардиалгиями, фибромиалгиями и др. В случаях манифестации фибромиалгии вероятность депрессии столь велика, что депрессивные реакции рассматриваются в качестве обязательной составляющей синдрома фибромиалгии.

Очевидно, что сопутствующие любой депрессии соматовегетативные симптомы, а также соматизированные депрессии (с соматиче-

скими «масками») часто заставляют больного обращаться в первую очередь к терапевту, а не психиатру. По некоторым данным треть пациентов, наблюдающихся у врачей широкого профиля, а также у узких специалистов, страдают депрессией, маскированной ипохондрической или соматизированной симптоматикой.

Необходимо знать, что «масками» депрессивных расстройств могут быть и различные психопатологические и патохарактерологические расстройства. Среди психопатологических симптомокомплексов, которые маскируют депрессивное состояние, наиболее часто встречаются тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, ипохондрические и неврастенические расстройства. «Масками» в виде патохарактерологических реакций могут быть различного рода расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфронтационные установки, вспышки агрессии), истерические реакции в виде обидчивости, плаксивости, склонности к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям.

ДИСТИМИЯ

Дистимия — это затяжная, длительностью не менее 2 лет, непсихотическая депрессия. Для дистимии характерно начало в юношеском или молодом возрасте. В некоторых случаях дебют заболевания возможен в среднем и инволюционном возрасте. Обычно начало заболевания не связано с какими-либо психотравмирующими ситуациями. Несмотря на хроническое течение расстройства, для дистимии характерна нетяжелая выраженность и глубина депрессивных переживаний, однако часто отмечается преобладание соматовегетативных и патохарактерологических расстройств. Часто отмечается сочетание дистимии с тревожными расстройствами (панические атаки, генерализованная тревога, социофобии и др.). После 2 лет течения к дистимии могут присоединяться более выраженные депрессии. В этих случаях говорят о двойной депрессии.

Дистимия встречается у 20–22% пациентов с соматической патологией, обнаруживает связь с затяжными формами заболеваниями и чаще встречается у онкологических больных (рак прямой кишки, ЛОР-органов, предстательной железы), реже (17%) при хронической недостаточности кровообращения и еще реже (7%) при хронической ИБС.

Поскольку типичные депрессивные проявления дистимии, такие как угнетенное настроение, пониженная самооценка, обычно перекрываются соматоформными или личностными расстройствами, различают соматизированный и характерологический типы расстройства.

Среди пациентов общемедицинской сети чаще встречается соматизированная дистимия. При этом типе расстройства уже на начальных этапах преобладают соматовегетативные и астенические симптомокомплексы. Типичны жалобы на общее плохое самочувствие, сердцебиения, одышку, запоры, плохой сон с частыми пробуждени-

ями. Собственно аффективные проявления отличаются преобладанием тревоги и подавленности. При этом угнетенное настроение, пониженная самооценка, тревожность тесно связаны с соматовегетативными расстройствами и оцениваются пациентом как следствие постоянного физического недомогания. Собственно патология настроения более выражена на первых этапах заболевания и проявляется в виде тревожных опасений за свое здоровье, с чувством бессилия, массивными вегетативными расстройствами (тахикардия, дисгидроз, головокружения, тремор, потливость, абдоминальный дискомфорт). По мере развития расстройства снижается острота тревожных и аффективных расстройств.

При этом определяются два основных направления развития болезненных проявлений. В одних случаях на первый план выступают астеническая симптоматика, снижение активности, чувство физического бессилия, вялость. В других случаях начинают преобладать явления невротической ипохондрии. Расширяется круг патологических телесных ощущений, которые поддерживают готовность к постоянному самонаблюдению и часто сопровождаются развитием фобий ипохондрического содержания (кардиофобии, канцерофобии, нозофобии).

В клинической картине характерологической дистимии на протяжении всей жизни преобладают ангедония, склонность к хандре, пессимистическая трактовка жизненных событий, мысли о бессмысленности жизни. Хотя эти расстройства и относятся к аффективному спектру, но они имеют отчетливый личностный характер. Вечно угрюмые, с потухшим взглядом и выражением скуки на лице, мрачные, недовольные и малоразговорчивые, такие люди невольно отталкивают от себя даже сочувствующих им друзей и знакомых. С годами формируется депрессивное мировоззрение, в центре которого недовольство собственной судьбой, представления о своей неуспешности, обреченности на страдания, неспособности противостоять угнетающим обстоятельствам.

РЕАКТИВНЫЕ (ПСИХОГЕННЫЕ) ДЕПРЕССИИ

Развитие психогенных депрессий связано с психотравмирующей ситуацией, при этом свойства психической травмы чаще всего приобретают события, которые и вне рамок психической патологии вызывают депрессивные реакции. Это в первую очередь необратимые утраты — смерть родственников, развод, разрыв или разлука с любимым человеком, а также служебные конфликты, материальные потери, судебное разбирательство. Для формирования психогенных депрессий наряду с психотравмирующими и ситуационными воздействиями ведущее значение имеет конституциональное предрасположение и особенности личности. Также значение имеют и другие факторы, такие как наследственная отягощенность аффективными заболеваниями, возраст, культуральные особенности больных, соматические и психические заболевания. По клинической картине различают истерический, тревожный, ипохондрический и близкий по структуре к эндогенной депрессии меланхолический типы реактивных депрессий.

На основе критерия длительности выделяют кратковременные (не более 1 месяца) и пролонгированные (от 1–2 месяцев до нескольких лет). Кратковременные (острые) депрессивные реакции чаще всего непосредственно связаны с произошедшим несчастьем, внезапным воздействием индивидуально значимой психической травмы. Острая депрессия может дебютировать вслед за транзиторными проявлениями аффективно-шоковой реакции (тревога, бесцельные метания либо двигательная заторможенность, мутизм, психогенная амнезия) и сочетается с конверсионной и диссоциативной истерической симптоматикой. На пике аффективных расстройств доминируют глубокое отчаяние, страх, мысли о самоубийстве, нарушения сна и аппетита. Такие состояния, как правило, кратковременны и попадают в поле зрения врача лишь тогда, когда сопряжены с само-

повреждениями или суицидальными попытками. Пролонгированные депрессивные реакции чаще возникают в связи с длительной стрессовой ситуацией. Спектр клинических проявлений значительно шире, чем при острых депрессивных реакциях. Наряду с подавленностью, слезливостью, мрачным, пессимистическим видением будущего чаще встречаются астенические, астеновегетативные, анергические и ипохондрические проявления. Для депрессивных реакций характерна концентрация всего содержания сознания на событиях случившегося несчастья. Тема пережитого приобретает подчас свойства доминирующих представлений. Больные поглощены тягостными воспоминаниями, непрерывно помимо собственной воли упрекают себя в том, что не приняли мер для предотвращения несчастья. Содержательный комплекс депрессии не дезактуализируется полностью даже тогда, когда депрессия становится затяжной и более стертой. Достаточно случайного напоминания, чтобы вновь на время усилилась подавленность; даже отдаленные ассоциации могут спровоцировать вспышку отчаяния. Если днем за делами больным удастся отвлечься, то пережитая драма еще долго всплывает в кошмарных ночных сновидениях. Суточные колебания состояния, типичные для витальной депрессии, при психогенной депрессии или отсутствуют или, наоборот, ухудшение самочувствия наблюдается в вечерние часы. По мере дезактуализации стресса симптомы депрессии обычно полностью редуцируются, не оставляя после себя патологических изменений, но в ряде случаев обнаруживается тенденция к «эндогенизации» симптоматики, и проявления психогенной реакции постепенно приобретают свойства эндогенной депрессии, в этих случаях говорят о эндореактивной депрессии.

В общесоматическую сеть пациенты с реактивными депрессиями могут обращаться при развитии любого клинического типа депрессии. В этих случаях надо обращать внимание на временную связь появления симптоматики и психотравмирующей ситуации.

НОЗОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ

Нозогенные депрессии являются одним из вариантов реактивных депрессий. Развитие реактивных нозогенных депрессивных реакций наблюдается у пациентов, страдающих неврологическими и соматическими заболеваниями. При этом развитие таких депрессий

связано с рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры телесного заболевания. Именно нозогенные депрессии чаще других форм аффективных нарушений встречаются в общесоматической сети, особенно у пациентов с тяжелыми, угрожающими жизни или инвалидизацией соматическими заболеваниями. Эти депрессии выявляются более чем у трети пациентов, перенесших инфаркт миокарда, больных онкологической патологией и системными заболеваниями соединительной ткани, а также у лиц с первичным туберкулезом.

В соматических стационарах высока частота нозогенных депрессий у пациентов с острой хирургической патологией, требующей неотложного оперативного вмешательства (острый перитонит, синдром Меллори–Вейса), а также у больных с тяжелой сочетанной травмой и травматическими поражениями органов зрения.

В ряду клинических проявлений патологии центральной и периферической нервной системы и внутренних органов, влияющих в качестве психогенного фактора на возможность манифестации нозогенных депрессий важную роль играет внезапное возникновение либо катастрофическое течение неврологических или соматических заболеваний, реально угрожающих не только трудоспособности, но и жизни пациента (инсульт, острый инфаркт миокарда, астматический статус, злокачественные новообразования). При этом существенное значение приобретают симптомы заболевания, сопровождающиеся телесным дискомфортом (нарушения ритма сердца, боли, одышка, явления бронхоспазма и т. д.), нередко сопряженные с генерализованной тревогой и паническими атаками.

Среди психологических, а также социальных влияний, способствующих возникновению депрессивных реакций, первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое включает высокую субъективную значимость соматического страдания. Фиксированность на патологии соматической сферы чаще всего связана с гипернозогнозией, выражающейся в преувеличении серьезности симптомов заболевания. Так, например, любые изменения ритма сердечных сокращений или дыхания могут сопровождаться у больных ишемической болезнью сердца или бронхиальной астмой тревожными опасениями необратимых изменений в организме или страхом летального исхода. Весьма существенными для ряда пациентов представляются социальные последствия заболева-

ния, включающие снижение качества жизни, ограничения, связанные с соматическим страданием, их влияние на бытовую активность и профессиональную деятельность.

В других случаях нозогенные депрессии являются следствием осознания утраты физической привлекательности, ущербности в глазах окружающих. Развитие таких реакций происходит в процессе болезней, сопровождающихся изменениями внешности, появлением физических недостатков вследствие парезов или обезображивающих операций.

Клинические проявления нозогений в этих случаях наряду с депрессивными симптомами могут включать социофобии (страх появления в обществе), сенситивные идеи отношения (идеи физического недостатка, неприятного для окружающих). При этом социофобии и сенситивные идеи отношения часто сопровождаются избегающим поведением. В этих случаях внутренняя картина болезни у пациента включает понимание заболевания не только как причины нарушения физиологических функций, но и как «постыдного» недостатка, «позорного пятна», свидетельствующего о неполноценности личности. Нозогенные депрессии широко распространены среди пациентов, страдающих такими кожными заболеваниями, как гнездная алопеция, псориаз, экзема и другими дерматитами, сопровождающимися массивными, полиморфными высыпаниями, особенно на открытых частях тела. Содержание психогенного комплекса при таких нозогенных депрессиях составляют тревожные опасения обезображивания внешности, страх появления новых высыпаний на лице, привлекающих внимание окружающих. Картина нозогенных реакций может приобретать форму истерической депрессии, сопровождающейся бурными реакциями по поводу приобретенного дефекта внешности.

Нозогенные депрессии с сенситивными идеями отношения наблюдаются и у больных так называемой влажной бронхиальной астмой, как правило, сопровождающейся выделением большого количества мокроты. При посещении людных мест или на работе пациенты замечают «брезгливые» и даже «осуждающие» взгляды окружающих, считают, что они изменили к ним отношение, стараются держаться подальше, «отворачиваются». Указанные сенситивные идеи отношения также часто сопровождаются избегающим поведением, когда происходит самоизоляция пациента в связи с отказом от покидания дома.

Систематика нозогенных реакций соответствует разграничению психогенных депрессий в целом. Различают кратковременные и затяжные нозогенные депрессии. Кратковременные нозогении (их продолжительность не превышает 1–2 месяцев) чаще связаны с психотравмирующим воздействием госпитализации (страх незнакомого окружения, разлуки с близкими) и манифестируют относительно легкими проявлениями гипотимии — пониженным настроением, преходящей тревогой с беспокойством за свое здоровье, сочетающимися со склонностью к драматизации ситуации, чувством беспомощности, собственного бессилия перед лицом соматического страдания. Кратковременные депрессивные реакции нередко обходятся без лечения, а их обратное развитие происходит по мере редукции проявлений соматического заболевания и восстановления трудоспособности. При затяжных нозогенных депрессиях, как и при любых других реактивных депрессивных состояниях, основным методом лечения, наряду с назначением биологической терапии, является психотерапия.

ДЕПРЕССИИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

При органических поражениях головного мозга могут наблюдаться депрессии различной степени тяжести и различной синдромальной структуры. Наиболее часто депрессивные состояния развиваются при болезни Альцгеймера, сосудистых заболеваниях головного мозга, паркинсонизме, хорее Гентингтона, гепатоцеребральной дистрофии, рассеянном склерозе, травматической энцефалопатии, опухолях височной или лобных долей. Клиническая картина депрессивных расстройств при органических поражениях головного мозга часто характеризуется синдромальной незавершенностью, когда присутствуют несколько симптомов депрессивного синдрома, и которому часто сопутствуют органические симптомокомплексы.

Сосудистые депрессии связаны с заболеваниями, сопряженными с нарушениями кровоснабжения головного мозга (остаточные явления после острых нарушений мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, застойная хроническая недостаточность кровообращения) а также у больных хроническими заболеваниями легких (хроническая пневмония, эмфизема), сопровождающимися гипоксией головного мозга. Следует также подчеркнуть, что сосудистые депрессии чаще встречаются в неврологической и кардиологической клиниках.

Присутствие явлений деменции — отличительная черта депрессий, сопутствующих органическим заболеваниям ЦНС. Однако в ряде случаев при депрессиях, развивающихся в позднем возрасте, интеллектуально-мнестические нарушения ошибочно принимаются за проявления деменции, тогда как на самом деле являются частью депрессивной симптоматики. В этих случаях идеаторная заторможенность, снижение способности к осмыслению, снижение способности к концентрации внимания и другие когнитивные дисфункции

редуцируются в процессе обратного развития депрессивной симптоматики.

Другие отличительные черты депрессий, развивающихся в результате органических поражений головного мозга: присутствие явлений астении в структуре депрессий, наличие дисфории и ипохондрических переживаний. Для пациентов с депрессиями, развившимися в результате атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, характерны обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения — «жалующиеся», «ноющие» депрессии.

Депрессии, связанные с черепно-мозговой травмой, возникают в различные сроки: иногда в остром периоде, но чаще на отдаленных этапах, при явлениях травматической энцефалопатии. Среди аффективных расстройств доминируют признаки дисфории — недовольство, злобное настроение при органической истощаемости со слезливостью, расстройствами сна и раздражительностью. Наблюдаются также явления ангедонии, сопровождающиеся потерей интереса к окружающему и монотонностью аффекта. В ряде случаев на первый план выступают психопатоподобные расстройства с импульсивностью, эксплозивными реакциями, обидчивостью, истероформными проявлениями.

Частота аффективных расстройств при некоторых типах поражения ЦНС особенно высока. После острых нарушений мозгового кровообращения, в ближайшем постинсультном периоде у половины пациентов обнаруживают отчетливые признаки депрессии. При этом длительность постинсультных депрессий варьирует в широких пределах от 2–3 месяцев до 1–2 лет. С такой же частотой депрессивные состояния развиваются у пациентов с паркинсонизмом. При этом при паркинсонизме и некоторых других заболеваниях ЦНС (хорея Гентингтона, рассеянный склероз, опухоли лобной доли мозга) депрессия на начальных этапах органического заболевания может выступать в качестве одного из ранних симптомов, «маскирующих» проявления основного заболевания.

СОМАТОГЕННЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) ДЕПРЕССИИ

Соматогенные депрессии развиваются как одно из проявлений основного, соматического заболевания, поэтому их еще называют симптоматическими. Многие соматические заболевания, особенно при их тяжелом, хроническом течении сопровождаются развитием депрессивной симптоматики. Наиболее часто депрессивные расстройства сопровождают заболевания сердечно-сосудистой системы и дыхательных путей, пищеварительной системы, эндокринных органов, поражение почек с явлениями уремии, системную красную волчанку, склеродермию, ревматоидный артрит. Также депрессии развиваются при некоторых авитаминозах, железо- и витамин В₁₂-дефицитной анемии, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, циррозе печени, онкологических и гинекологических заболеваниях, патологии мочеполовой системы, после ряда операционных вмешательств.

Развитие симптоматических депрессий связано с динамикой соматической патологии. Депрессивная симптоматика появляется при нарастании тяжести основного заболевания и редуцируется по мере его обратного развития. Клиническая картина соматогенных депрессий часто включает астеническую симптоматику, ангедонию, психомоторную заторможенность, нарушения концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, забывчивость, а также выраженные вегетососудистые проявления, жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения. В ряде случаев преобладает тревожность со вспышками раздражительности (придирчивость, чрезмерная требовательность, капризность), иногда достигающей уровня дисфории. При утяжелении соматического состояния в клинической картине депрессии нарастают адинамия, вялость, безучастность к окружающему.

Около трети пациентов с онкологическими заболеваниями страдают от сопутствующей депрессии. Клинические проявления депрессий у больных онкологической патологией различаются в зависимости от стадии болезни. В начальной стадии наблюдаются астенодепрессивные и депрессивно-ипохондрические состояния. По мере прогрессирования онкологического заболевания депрессия усугубляется с развитием ангедонии, потери интереса к окружающему, появлением суицидальных намерений. Чаще тяжелые депрессии развиваются уже на отдаленных стадиях онкологической патологии, однако при некоторых опухолях, например при раке поджелудочной железы, депрессия может быть одним из ранних симптомов заболевания, а на первый план в картине депрессии в этих случаях выдвигается тревога, сопровождающаяся предчувствием приближающейся смерти.

Риск развития депрессии у онкологических больных связан с рядом факторов, которые можно объединить в три группы. Первая группа факторов связана с самим онкологическим заболеванием и включает в себя отдаленную стадию заболевания, функциональные ограничения, болевой синдром, локализация опухоли в легких или поджелудочной железе, нарушения питания, эндокринные и неврологические нарушения, семейное отягощение онкологической патологией. Вторая группа факторов связана с терапией, проводимой по поводу онкологического заболевания. Риск развития депрессии повышается при проведении радио- и химиотерапии, при использовании кортикостероидов, опиоидов, противовирусных и противогрибковых средств. Третья группа включает социально-психологические факторы, среди которых наибольшее значение придается психотравмирующему воздействию установления диагноза раковой опухоли и побочным эффектам терапии. Имеет значение и отсутствие достаточной социальной поддержки.

Частое развитие депрессий наблюдается у ВИЧ-инфицированных пациентов. При этом отмечается, что резкий рост депрессивных расстройств совпадает с клинической манифестацией СПИДа. Среди проявлений депрессий на фоне психомоторной заторможенности, потери интереса к окружающему, повышенной утомляемости, снижения аппетита, нарушений сна отмечаются забывчивость, нарушения внимания, снижение активности и мотивации, которые в соответствии могут быть вызваны не только депрессией, но и раз-

вивающейся ВИЧ-сцепленной деменцией. Типичны идеи виновности в связи с поступками, повлекшими заражение вирусом иммунодефицита, а также мысли о самоубийстве. При развитии депрессии у ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо учитывать роль психосоциальных факторов, особенно для молодых пациентов, а именно, информации о неизлечимости заболевания, ее прогрессирующее, инвалидизирующее течение, негативным отношением к больному СПИДом членов семьи, коллег и общества в целом.

Для заболеваний эндокринной системы также характерно развитие различных психопатологических состояний. С высокой частотой депрессивные расстройства отмечаются при сахарном диабете, гипер- и гипотиреозе, синдроме Кушинга.

Среди пациентов с сахарным диабетом частота развития депрессий в три раза превышает распространенность депрессии в популяции, при этом у женщин, страдающих диабетом, депрессии встречаются в два раза чаще, чем у мужчин. Высокий риск развития депрессий у пациентов с сахарным диабетом связывают с формирующимися при диабете метаболическими изменениями, изменениями в церебральной сосудистой сети, с нарушениями функции мозга вследствие гипогликемии, а также с реакций на ситуацию хронической болезни (по типу нозогений), резко нарушающей качество жизни, с вероятностью тяжелых осложнений, инвалидности. Нередко диабет развивается параллельно с депрессией, являющейся проявлением самостоятельного аффективного заболевания.

В клинической картине депрессий у больных диабетом преобладают астенические расстройства с повышенной утомляемостью, жалобами на раздражительность, трудности сосредоточения, концентрации, снижение памяти, нарушениями сна и аппетита; характерны также выраженные сексуальные дисфункции. При развитии осложнений депрессивная симптоматика приобретает черты депрессивно-ипохондрических состояний, с формированием ипохондрических фобии — страх гипогликемии, которая может развиваться в условиях, когда медицинская помощь окажется невозможной. Часто, особенно в первые годы болезни, психопатологические расстройства представлены затяжными депрессивными состояниями с истерическими проявлениями. В ряде случаев депрессии обнаруживают тенденцию к рецидивированию; при этом очередной реци-

див может сопровождаться обострением эндокринного заболевания. Необходимо принимать во внимание, что развитие депрессий у пациентов, страдающих диабетом, утяжеляет течение соматического заболевания, увеличивает риск осложнений, усугубляет нарушения обмена глюкозы, негативно сказывается на соблюдении обязательной для больных диабетом диеты, приводит к ухудшению социального функционирования, снижению трудоспособности, качества жизни.

Клиническая картина депрессии у больных с гипертиреозом наряду с подавленным настроением, анорексии, снижением массы тела, бессонницей, включает повышенную раздражительность, нарушения концентрации внимания. Тогда как в структуре депрессивных состояниях, развивающихся при гипотиреозе, преобладают апатия, психомоторная заторможенность, увеличение массы тела.

Для депрессивных состояний, развивающихся при синдроме Кушинга, характерно наличие на фоне подавленного настроения тревоги, астении, ипохондрических переживаний.

Депрессивные расстройства развиваются и при явлениях хронической почечной недостаточности (ХПН). Диагностика аффективных нарушений при этой патологии затруднена в связи с тем, что такие симптомы, как бессонница, астения, апатия, характерны для пациентов с уремией. В этих случаях необходимо обращать внимание на выраженность чувства тоски, ангедонии, идеи самоуничтожения, деперсонализационной симптоматики, которые позволяют более надежно диагностировать депрессивные расстройства.

Среди заболеваний пищеварительной системы чаще развитие депрессивных расстройств наблюдается у пациентов с болезнью Крона, язвенным колитом, синдромом раздраженной толстой кишки.

Высокая частота развития депрессивных состояний наблюдается после некоторых операционных вмешательств. Так, у трети пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования, развиваются депрессивные состояния. При этом наблюдаются депрессии как субклинического уровня, с незначительно выраженным снижением настроения и тревожными опасениями, так и выраженные депрессивные расстройства, при этом психопатологическая структура их может варьировать от типичных нозогений до выраженных депрессивных расстройств, требующих лечения антидепрессантами.

ДЕПРЕССИИ, СВЯЗАННЫЕ С РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН

Известно, что депрессивные расстройства у женщин встречаются вдвое чаще, чем у мужчин. Выделяют специфические аффективные расстройства у женщин, к которым относят предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство, депрессивный синдром беременных, «синдром грусти рожениц», послеродовые депрессии. Существуют биологические, психологические и социальные факторы, повышающие риск развития депрессивного эпизода в перинатальный период.

Клинические проявления депрессии при беременности ограничиваются нестойкими симптомами легкой подавленности настроения с транзиторными эпизодами дисфории, эмоциональной лабильностью и слезливостью, и, как правило, проходят в течение нескольких дней спонтанно без специальных медицинских мероприятий. Тогда как депрессивные расстройства в рамках тяжелой формы предменструального дисфорического расстройства, депрессивного синдрома беременных и послеродовых депрессий требуют обычно проведения психофармакотерапии.

Для предменструального дисфорического расстройства характерны депрессивное состояние с чувством безнадежности, тревогой, слезливостью и склонностью к конфронтационному поведению, раздражительностью и гневливостью, повышенной утомляемостью и сонливостью, снижение интереса к привычным видам деятельности, трудности концентрации внимания, изменения аппетита. Часто эти состояния сопровождаются болью в молочных железах, чувством «разбухания» тела, головными боями, болями в мышцах и суставах. Несмотря на то, что расстройство обычно отражается на работоспособности, учебе и социальном функционировании, оно часто не рассматривается как проявление аффективной патологии, требующее

лечения, а расценивается как невротические или патохарактерологические реакции, вызванные семейными неурядицами. Диагностика предменструального дисфорического расстройства облегчается выявлением цикличности, всегда связанной с поздней лютеальной фазой (цикл желтого тела) менструального цикла. Перечисленная симптоматика нарастает в течение недели перед менструацией и редуцируется с ее началом.

По данным исследований 20% пациенток акушерско-гинекологической практики обнаруживают психопатологические расстройства, которые в большинстве своем остаются нераспознанными. В период беременности эти расстройства выявляются примерно у 40% женщин, причем более половины от их числа составляют депрессии. Риск депрессий значительно повышается при возникновении беременности в подростковом и раннем юношеском возрасте. У 15–17-летних беременных частота депрессий более чем в 2 раза превышает этот показатель для зрелых матерей. Послеродовые депрессии встречаются с частотой 1 случай на 500–1000 родов и включают аффективную патологию различной нозологической природы. Часто манифестация аффективных психозов (шизоаффективного расстройства, биполярного аффективного расстройства) происходит именно в послеродовом периоде.

Психопатологическая структура депрессий периода беременности и после ее разрешения часто имеет структуру тревожных депрессий, с риском развития тревожной ажитации. При этом нередко в картине депрессии представлены опасения за жизнь желанного ребенка, реже на первый план выдвигаются ипохондрические фобии, страх за собственное здоровье. Могут наблюдаться депрессии с деперсонализационными переживаниями, сопровождающиеся мучительным чувством неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку. Возможно появление суицидальных мыслей или навязчивых представлений контрастного содержания (страх нанести повреждения ребенку — ударить ножом, бросить с балкона и т. д.).

АЛКОГОЛЬНЫЕ ДЕПРЕССИИ

У пациентов с аффективными расстройствами частым коморбидным заболеванием становится злоупотребление психоактивными веществами, чаще всего алкоголем. В свою очередь, депрессивные состояния в рамках хронического алкоголизма развиваются тоже с высокой частотой. При этом сочетание алкоголизма с депрессией приводит к возрастанию риска рецидивов злоупотребления алкоголем, росту частоты и длительности госпитализаций, снижению терапевтической эффективности психотропных средств и к усугублению нарушений социальной и семейной адаптации. Клинически выраженные депрессии, требующие медицинского вмешательства, наблюдаются у половины страдающих хроническим алкоголизмом. Большая социальная значимость этого связана с тем, что алкогольная депрессия является одной из самых частых причин суицидального поведения у пациентов с хроническим алкоголизмом.

Алкогольные депрессии развиваются чаще всего в период абстиненции, но могут развиваться после перенесенного алкогольного или металкогольного психоза. При этом развитие депрессий в период абстинентного синдрома расценивается как прогностически неблагоприятный признак, свидетельствующий о возможности возобновления запоев.

Для клинической картины алкогольной депрессии характерно наличие тревоги, слезливости, ипохондрической симптоматики. В некоторых случаях, особенно в период абстиненции, могут развиваться и тяжелые депрессии, с выраженной подавленностью и высоким суицидальным риском.

ФАРМАКОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ

Депрессивные состояния могут развиваться в результате приема как психофармакологических средств, так и некоторых препаратов, применяемых в общей медицине.

Депрессии, возникающие при применении психофармакологических препаратов, чаще всего связаны с длительным приемом традиционных нейролептиков (галоперидол, трифлуперазин, хлорпромазин). Нейролептические депрессии чаще всего протекают по типу апатических депрессий с сонливостью, экстрапирамидными расстройствами, акатизией. В практике врача общемедицинской сети они встречаются крайне редко.

К лекарственным препаратам, применяемым в общей медицине и обладающим депрессогенным эффектом, относятся средства разных психофармакологических групп (таблица).

Для уточнения диагноза фармакогенных депрессий необходимо обратить особое внимание на временные соотношения (совпадение во времени) между назначением (или изменением доз) лекарственных препаратов и началом депрессии. Врач должен составить четкое представление обо всех лекарственных средствах, назначенных больному. Если у врача остаются диагностические сомнения, целесообразно сменить лекарственный препарат на сходный по фармакологическому спектру, но без возможного депрессогенного эффекта.

**Лекарственные средства с возможным депрессогенным
побочным эффектом**

Группа	Препарат
Симпатолитики	Резерпин
α_2 -Адреномиметики	Клонидин
Адреноблокаторы	Пропранолол
Блокаторы кальциевых каналов	Верапамил, нифедипин
Сердечные гликозиды	Дигоксин, правастатин
Гиполипидемические препараты	Холестирамин
Гормональные препараты	Глюкокортикоиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы, содержащие эстроген и прогестин
Блокаторы гистаминовых H_1 -рецепторов	Циметидин, ранитидин

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

На первом этапе процесса выявления депрессий необходимо установить наличие у пациента факторов риска, повышающих возможность развития депрессии. Наиболее тщательно обследовать необходимо пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, со стойкими нарушениями сна, пищевого поведения, постоянными болями. Особое внимание необходимо уделить наличию многочисленных жалоб соматического характера, не подтвержденных данными клинического и инструментального обследования. Оценивается также эффективность проводимой терапии, направленной на лечение соматической патологии. Важно помнить при этом, что соматические жалобы могут отвлекать внимание врача, препятствовать обнаружению депрессивной симптоматики.

Учитывая такую возможность, врач должен провести прицельный расспрос. Для выявления депрессии поначалу целесообразно использовать не прямые вопросы, не требующие однозначного ответа — «да» или «нет» (например, вместо вопроса: «Нет ли у вас тоски?» лучше спросить: «Как ваше настроение в последние дни?»). Позволив пациенту описать состояние собственными словами, врач получит более достоверный материал для диагностических суждений.

При диагностике депрессий врач прежде всего обращает внимание на длительные периоды подавленного настроения, утраты интересов или удовлетворенности жизнью. Большое значение имеют жалобы больного на усталость, апатию, дисфорию. Выявление идей самоуничтожения или виновности, чувства безнадежности, суицидальные мысли, тревожные опасения о наличии тяжелой неизлечимой болезни повышают вероятность диагноза депрессивного расстройства.

Ниже перечислены основные группы симптомов, характерных для депрессивных состояний.

1. Симптомы патологически измененного настроения включают в себя чувство тоски, интеллектуальное торможение, двигательную заторможенность либо ажитацию, ангедонию, чувство болезненного бесчувствия, апатию.

2. Депрессивные идеи обычно включают в себя как сверхценные, так и бредовые идеи малоценности, греховности, ущерба, идеи ипохондрического содержания, суицидальные мысли.

3. Патологический суточный циркадный ритм с наиболее выраженным ухудшением самочувствия в утренние часы и улучшением состояния к вечеру.

4. Нарушения сна, чаще по типу ранних пробуждений и нарушения аппетита с прогрессирующим похуданием.

Дополнительными признаками, способствующими обнаружению депрессии, являются наличие наследственной отягощенности по аффективной патологии, суициды среди ближайших родственников, наличие депрессивных состояний и суицидальное поведение в анамнезе.

Необходимо помнить, что наблюдение является важной составляющей оценки психического статуса, а внешний вид и манера поведения депрессивных пациентов имеют свои особенности. Часто пациенты с депрессиями неряшливо одеты, могут наблюдаться следы пренебрежения правилами личной гигиены. Движения их неловки и замедлены, а мимика однообразно скорбная. Речь пациентов часто тихая, замедленная, лишенная спонтанности. Во время беседы больной избегает взгляда собеседника, отвечает на вопросы после пауз, оперирует лишь несколькими понятиями депрессивного содержания. Пациент может целыми днями лежать в постели, отвернувшись к стене, выглядеть несчастным, как бы готовым в любой момент расплакаться, или, напротив, очень серьезным, поглощенным собственными мыслями, сдержанным.

При распознавании депрессий у пациентов общемедицинской сети, где преобладают стертые, атипичные формы, наибольшие трудности возникают при диагностике депрессий, симптоматика которых маскирована соматизированными расстройствами, а также депрессий, коморбидных соматическому заболеванию. Сложность выявления психопатологических расстройств в последнем случае усугубляется тем обстоятельством, что клиническая картина депрессий включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, харак-

терных как для депрессивных расстройств, так и для соматических заболеваний. К общим симптомам соматической патологии и депрессии относятся:

- слабость, утомляемость;
- бессонница;
- учащенное сердцебиение;
- боли или неприятные сдавливающие ощущения в грудной клетке;
- снижение либидо;
- расстройства менструального цикла;
- похудание с бледностью и сухостью кожного покрова;
- снижение аппетита;
- неприятный вкус и горечь во рту;
- запоры;
- мидриаз;
- миалгии;
- ощущения затрудненного дыхания;
- тахипноэ;
- артралгии;
- головокружение;
- боли в животе;
- учащенное мочеиспускание;
- головные боли;
- повышение артериального давления;
- тремор.

Диагностика соматизированных депрессий и депрессий, коморбидных соматическому заболеванию, в первую очередь основывается на выявлении отдельных, но наиболее значимых симптомов депрессии:

- тоска;
- патологический суточный ритм;
- идеи самообвинения;
- суицидальные мысли;
- периодичность манифестации болезненной симптоматики;
- ремитирующее течение.

При соматизированных депрессиях выявляется несоответствие между полиморфизмом соматоформных проявлений, потребностью в медицинской помощи и отсутствием объективно выявляемых при-

знаков соматического заболевания. Нижеперечисленные критерии повышают надежность диагноза маскированных депрессий:

- отсутствие объективных признаков соматического заболевания. Диагностика соматического страдания ограничивается неопределенным диагнозом типа «вегетососудистая дистония»;
- периодичность или выраженная сезонность манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение;
- подчиненность самочувствия суточному ритму с улучшением состояния во второй половине дня;
- повторное обращение за медицинской помощью в связи с отсутствием результатов лечения;
- улучшение состояния с началом приема антидепрессантов.

Большое значение для распознавания депрессивных расстройств в случае их коморбидного возникновения приобретает несоответствие проявлений соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания, например, выраженные нарушения сна у лиц, страдающих бронхиальной астмой, при отсутствии ночных приступов удушья или упорные запоры, боли в животе, отсутствие аппетита и похудание при минимальной выраженности патологических изменений желудочно-кишечного тракта. Также необходимо уделять внимание несоответствию динамики соматовегетативных расстройств характеру клинического течения соматического заболевания, таких как выраженная утомляемость, снижение аппетита, боли в суставах, абдоминальные боли, возникающие несмотря на нормализацию гемограммы при геморрагическом васкулите или сохраняющиеся жалобы на головные боли, слабость, учащенное сердцебиение несмотря на стабилизацию артериального давления на фоне приема адекватной комбинации гипотензивных средств, верифицированную суточным мониторингом АД. Имеет значение и выявление таких особенностей динамики соматовегетативных проявлений, которые несвойственны конкретному соматическому заболеванию, например, внезапное появление или исчезновение симптомов под влиянием новой, особенно индивидуально значимой информации.

ОСНОВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

После того как депрессивное состояние было диагностировано и правильно квалифицировано в плане определения генеза депрессии, ее тяжести и синдромальной структуры, встает вопрос о назначении эффективной терапии. Лечение депрессивных состояний в медицинских учреждениях общего типа требует комплексного подхода и проводится терапевтом при участии психиатра, а нередко и психотерапевта.

Лечение эндогенной депрессии и дистимии всегда требует назначения антидепрессантов. В случае выявления депрессии, связанной с органическим заболеванием головного мозга, зачастую также требуется назначение антидепрессантов наряду с терапией основного заболевания. Также при легких эндогенных депрессиях и дистимиях эффективность лечения повышает и психотерапия.

Если у пациента развивается симптоматическая депрессия, то, как правило, ее редукция происходит одновременно с положительной динамикой основного заболевания, и эти депрессии редко требуют психофармакотерапии антидепрессантами. Для облегчения состояния в этих случаях допустимо назначение препаратов с анксиолитическим эффектом, особенно если в структуре депрессии присутствует тревожность.

Также необходимость в назначении анксиолитиков, а часто и антидепрессантов появляется в случае диагностирования алкогольной депрессии. Конечно, эти препараты могут быть назначены только при полном отказе от употребления алкоголя. Кроме того, психотерапия повышает эффективность лечения депрессий у пациентов с зависимостью от алкоголя.

При реактивных и нозогенных депрессиях назначение антидепрессантов, как правило, малоэффективно. В этих случаях основ-

ным методом лечения является психотерпия. Однако в ряде случаев также становится необходимым назначение анксиолитиков, поскольку тревога является частым компонентом структуры психогенных депрессий. Назначение противотревожных препаратов не только облегчает страдания больного, но и повышает эффективность психотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема депрессивных расстройств в последние годы трансформировалась из психиатрической в общемедицинскую, поскольку депрессивные состояния являются наиболее частой формой психической патологии у пациентов, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети.

Врач любой специальности может встретиться в своей практике с больными, у которых в связи с соматической патологией или в рамках психического заболевания наблюдаются депрессивные расстройства. Последние оказывают большое влияние на течение соматического заболевания, качество жизни и функционирование пациентов. В связи с этим врач общей медицинской практики должен уметь выявлять депрессивные расстройства различной этиологии и обеспечить проведение своевременной эффективной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

Иванец Н. Н., Тюльпин Ю. Г., Чирко В. В., Кинкулькина М. А. Психиатрия и наркология: учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 832 с.

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е., Сергеев И. И. Психиатрия. Учебник для медицинских вузов. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.

Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 624 с.

Психиатрия: руководство для врачей: в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 2012.

Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. — М.: МИА., 2001.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Распространенность депрессивных расстройств среди пациентов общесоматической сети составляет:

- А. 10–12%
- Б. 5–7%
- В. 20–29%
- Г. 50–70%
- Д. 70–90%

2. Факторы, приводящие к гиподиагностике депрессивных расстройств в условиях общемедицинской сети:

- А. Лимит времени, отводимый врачу общей практики на прием пациента
- Б. Предубежденность врача и пациента в отношении психических расстройств
- В. Недостаточная осведомленность врачей о депрессивных расстройствах
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

3. Наиболее часто эндогенные депрессии встречаются в практике врачей:

- А. Травматологов
- Б. Гастроэнтерологов
- В. Хирургов
- Г. Окулистов
- Д. Офтальмологов

4. Для деперсонализационной депрессии наиболее характерно:

- А. Утрата способности испытывать какие-либо чувства, эмоции
- Б. Выраженное чувство усталости, затмевающее собой компоненты депрессивной триады
- В. Чувство тоски, меланхолии
- Г. Высокий уровень тревоги, чувство внутреннего напряжения
- Д. Выраженная астения

5. Для установления диагноза дистимии длительность непсихотической депрессии должна составлять:

- А. 2 месяца
- Б. 2–4 недели
- В. 6 месяцев
- Г. Не менее 2 лет
- Д. Не менее 5 лет

6. Развитие психогенных депрессий

- А. Связано с психотравмирующей ситуацией
- Б. Не связано с окружающей обстановкой и вытекает из переживаний личности о несовершенстве мира
- В. Имеет абсолютную биологическую детерминированность
- Г. Наступает отсроченно, спустя 3–6 месяцев после психотравмы
- Д. Возможна инверсия в манию

7. Идеаторная заторможенность, снижение способности к осмыслению, снижение способности к концентрации внимания и другие когнитивные дисфункции у пациентов с депрессией при органическом поражении головного мозга:

- А. Необратимы
- Б. Подвергаются редукции по мере купирования депрессивного синдрома под воздействием фармакотерапии
- В. Всегда неуклонно прогрессируют, несмотря на лечение
- Г. Не приводят к ухудшению качества жизни пациентов
- Д. С течением времени выраженность имеет волнообразный характер

8. Наибольший риск развития депрессивных расстройств в перинатальный период отмечается у женщин:

- А. 15–17 лет
- Б. 18–20 лет
- В. 21–25 лет
- Г. 26–30 лет
- Д. 31–35 лет

9. Препаратом, обладающим депрессогенным эффектом, является:

- А. Кларитромицин
- Б. Пропранолол
- В. Адреналин
- Г. Венлафаксин
- Д. Сибутрамин

10. Антидепрессанты наименее эффективны при:

- А. Соматогенных депрессиях
- Б. Эндогенных депрессиях
- В. Нозогенных депрессиях
- Г. Дистимии
- Д. Астенических депрессиях

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1 — В
- 2 — Г
- 3 — Б
- 4 — А
- 5 — Г
- 6 — А
- 7 — Б
- 8 — А
- 9 — Б
- 10 — В

Для заметок

Для заметок