

УДК 616.895.4:616.1/4-08

*В.С. Подкорытов***ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: депрессии, соматические стационары, диагностика

Депрессивные расстройства широко распространены в населении различных стран мира. Они являются, согласно данным ВОЗ (2002), причиной наибольшего количества лет нетрудоспособности, обусловленной заболеванием. В настоящее время их распространенность на протяжении жизни в среднем исчисляется 16 %, а на протяжении 12 месяцев около 7% [1, 2]. Проведенное ВОЗ расширенное исследование эпидемиологии депрессивных расстройств в 14 странах мира (в Америке, в Европе, на Среднем Востоке, Африке, Азии было обследовано 60 тыс. взрослых), показало, что их 12-месячная распространенность колебалась от 0,8% в Нигерии, до 9,6% в США [3]. Было отмечено большое влияние на возникновение, клинические проявления и особенности динамики депрессивных расстройств разного рода психосоциальных и культуральных факторов, характерных для того или иного региона мира.

Европейское Исследование Эпидемиологии Психических Расстройств (ESEMeD), проведенное в 6-ти странах Европы с использованием тех же методов, что и в исследовании ВОЗ, выявило уровень 12-месячной распространенности депрессивных расстройств в населении этих стран, составивший в среднем 4,2% [4].

Отмечено, что наиболее характерным возрастом начала заболевания является 20 – 30 лет [2]. Имеют место отчетливые половые различия в распространенности депрессивных расстройств - женщины заболевают в 2 раза чаще, чем мужчины [1]. Возможно, это в какой-то мере объясняется тем обстоятельством, что у мужчин значительно чаще, чем у женщин депрессивные расстройства маскируются синдромом алкогольной зависимости. Средняя продолжительность депрессивного эпизода достигает 16 недель. Причем в 90% случаев его выраженность имеет среднюю и тяжелую степень тяжести [1]. Было отмечено [1, 5], что среди лиц, страдающих депрессивными расстройствами, только 50% получает какое-либо лечение, которое, в свою оче-

редь, можно рассматривать как адекватное лишь в 25% случаев.

Согласно данным ВОЗ (2005), барьерами, препятствующими получению лицами с депрессивными расстройствами эффективного лечения, выступают, прежде всего, нехватка ресурсов и специально обученного персонала. А также – социальные стигмы, ассоциируемые в населении с психическими заболеваниями.

Для улучшения качества медицинской помощи пациентам с депрессивными расстройствами необходимо выполнение следующих условий [6]:

- 1) максимально раннее установление у них правильного диагноза;
- 2) наличие у пациентов возможности полного доступа к психиатрическим и дополнительным службам;
- 3) получение всеми нуждающимися расширенной помощи.

Особую сложность в диагностике депрессивных расстройств представляют пациенты, в клинической картине заболевания которых на первый план выступают соматические жалобы. Естественно, такие пациенты не считают себя психически больными и за медицинской помощью в первую очередь обращаются не к психиатру, а в зависимости от характера жалоб, к тому или иному врачу – соматологу (участковому терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу, неврологу и т.д.). Так, согласно данным немецких исследователей [7], 10,9% пациентов в случайной выборке посещающих врачей первичной медицинской помощи, страдают депрессиями. Причем только у 55% из них лечащие врачи признали наличие депрессии и назначили антидепрессивную терапию. А 45% таких пациентов безуспешно лечились у них, получая неадекватную симптоматическую терапию. Это при том, что 72% врачей первичной медицинской помощи в Германии, принимавших участие в данном исследовании, считали свою компетенцию в области диагностики депрессий хорошей.

Организация медицинской помощи населению в различных странах имеет свои специфические особенности, которые могут существенно влиять на ее качество. В частности, в Украине показатели обеспеченности населения амбулаторной и стационарной непсихиатрической медицинской помощью качественно отличаются от таковых в Германии. Так количество врачей общей практики в Украине на 100 тыс. населения в 3 раза меньше чем в Германии (30 и 105 - соответственно). В то же время, показатель количества стационарных соматических коек на 100 тыс. населения в ней (720) существенно превышает таковой (640) в Германии (ВОЗ, Европейская база данных, 2006).

Следует отметить, что в Украине до последнего времени недостаточно уделялось внимания повышению компетентности врачей общей практики в вопросах диагностики и современных методов лечения депрессивных расстройств. По Закону Украины «О психиатрической помощи», диагноз психического расстройства, в том числе депрессии, может быть выставлен только психиатром.

Кроме того, в ментальности значительной части населения нашей страны имеет место убежденность в более высоком уровне профессионализма врачей стационаров по сравнению с врачами амбулаторной службы. При этом большинство населения с предубеждением относится к врачам-психиатрам и психиатрическим стационарам. Широко распространена стигматизация психически больных.

Все вышесказанное может способствовать тому, что в Украине вероятность поступления в общесоматические стационары пациентов с нераспознанными депрессивными расстройствами, которые не получили адекватной медицинской помощи в амбулаторных условиях, может быть выше, чем в ряде других европейских стран.

С целью изучения распространенности и характера клинических проявлений депрессивных расстройств у пациентов непсихиатрических стационаров в г. Харькове нами в 2003-2005гг. было проведено скрининговое психопатологическое обследование 1013 лиц в возрасте 21 – 55 лет находившихся на лечении в 3-х отделениях общесоматических больниц: кардиологическом, гастроэнтерологическом и неврологическом. Были использованы Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и Международное Нейропсихиатрическое Мини-интервью (MINI).

При отборе больных для дальнейшего углубленного психопатологического обследования, нами использовались диагностические критерии рубрики «Аффективные расстройства» (F3) «Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1992) Это обеспечивало, кроме надежной верификации диагноза, сравнимость полученных результатов с данными других исследователей. Соответственно выборка формировалась на основании констатации у больных на момент исследования:

- депрессивного расстройства соответственно диагностическим указаниям МКБ-10;
- актуальных соматических жалоб и функциональных вегето-соматических симптомов, существующих непрерывно в течение не менее 2-х недель.

Диагностика соматизированных депрессий проводилась по таким критериям:

- отсутствие объективных признаков соматического заболевания, полиморфизм соматовегетативных проявлений, выраженная у пациента потребность в медицинской помощи;
- подчиненность соматизированных и других проявлений позитивной аффективной симптоматики суточному ритму (ухудшение самочувствия утром, улучшение вечером);
- появление у пациента в процессе динамики его депрессивного расстройства признаков негативной аффективной симптоматики;
- наличие определенной периодичности (сезонности) в манифестации болезненной симптоматики, имеющей ремиттирующий характер;
- настойчивое многократное обращение пациента за медицинской помощью, невзирая на очевидное отсутствие результатов от ранее полученного лечения;
- улучшение самочувствия пациента на фоне приема антидепрессантов.

Критерии исключения:

- пациенты, у которых имелась тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- пациенты с признаками нарушения функций эндокринной системы, в том числе щитовидной железы, яичников, страдающие сахарным диабетом;
- пациенты с разными формами поражения центральной нервной системы, вызывавшими органические психические расстройства, в том числе и органическую депрессию;
- наличие коморбидности у выявленного депрессивного расстройства с шизофреническим психозом, хроническим алкоголизмом и токсикоманиями.

Исследование показало, что у 557 пациентов (55%) имели место разной степени выраженности тревожные и депрессивные расстройства. Причем у 319 (31,49%) из них эти расстройства носили клинически значимый характер.

Так, у 132 из них (41,4%) характер депрессивных проявлений имел легкую степень выраженности и соответствовал по МКБ-10 критериям легкого депрессивного эпизода (F 32.0). У 105 пациентов (32,8%) депрессивная симптоматика имела среднюю степень выраженности и была квалифицирована как умеренный депрессивный эпизод (F 32.1). А у 82 пациентов (25,8%) депрессия была резко выраженной и соответствовала критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F 32.2). Следует отметить, что особых отличий в характере выраженности депрессивных проявлений у пациентов, находившихся на лечении в разных непсихиатрических стационарах, выявлено не было.

По особенностям возникновения депрессивных расстройств у обследованных пациентов соматических стационаров их можно было условно разделить на 3 категории.

I – первичные, собственно депрессивные расстройства (т.н. эндогенная депрессия) с соматическими нарушениями и соматоформными «масками».

II – вторичные депрессивные расстройства как личностная болезненная реакция пациента на наличие у него соматического заболевания.

III – вторичные «органические» депрессивные расстройства, как результат метаболических нарушений в организме соматически больного.

Следует отметить, что у 68 % обследованных с депрессивными расстройствами врачи-интернисты хотя и диагностировали наличие реального соматического заболевания (ишемической

болезни сердца, гастродуоденита и др.), однако объяснить «нетипичность» его клинических проявлений, низкую курабельность и терапевтическую резистентность к проводимому лечению не могли. У 32 % обследованных каких-либо объективных данных о наличии у них тяжелого соматического заболевания, по поводу которого пациенты были госпитализированы в данный стационар, вообще выявлено не было. Учитывая характер предъявляемых жалоб, им в этих случаях ставился диагноз «вегето-сосудистая дистония», «кардионевроз», «синдром Да Коста», «синдром раздраженной толстой кишки» и т.п. Однако стандартные схемы симптоматического лечения, у них как правило, были не эффективными. Наступавшее в ряде случаев улучшение носило частичный и нестойкий характер. После выписки из стационара у большинства пациентов быстро возникало ухудшение состояния.

Характерными для обследованных были такие «непонятные» для врачей-интернистов симптомы, как:

1. Трудность утреннего подъема из-за тяжести во всем теле или его отдельных частях. Днем – тяжесть в руках, ногах, спине: «хочется лечь, даже на работе», ощущение внутренней тяжести, «смертельной усталости»: «устаю сразу», «что-то поделаю и надо лечь», «не могу в течение дня сделать и половину того, что делала раньше», «ни на что не хватает сил вечером».

2. Расстройство сна: затрудненный период засыпания, сокращение часов ночного сна из-за частых пробуждений, внезапное пробуждение среди ночи или ближе к утру с «ощущением моментальной бодрости» или «будто уже выпалась», пробуждение в 3-4 часа ночи или в 5 часов утра с последующей бессонницей.

3. Сомато-вегетативные расстройства (по частоте встречаемости они представлены ниже).

| Симптом                                    | Частота встречаемости (%) |
|--|---------------------------|
| Расстройство сна                           | 100                       |
| Астения                                    | 90,9                      |
| Потеря в весе                              | 54,5                      |
| Потливость или холодные липкие руки        | 54,5                      |
| Тошнота, понос или абдоминальный дистресс  | 54,5                      |
| Приливы жара или холода                    | 45,4                      |
| Сердцебиение                               | 27,3                      |
| Сухость во рту                             | 27,3                      |
| Головокружение                             | 18,2                      |
| Затруднение при глотании или «ком» в горле | 9,1                       |

Включение в комплекс лечебных мероприятий рекомендованных консультировавшим пациентов психиатром антидепрессантов у 86 % из них уже через 2-3 недели терапии вызывало значительное улучшение самочувствия. Учитывая наличие у большинства таких пациентов сопутствующей соматической патологии, при выборе антидепрессантов предпочтение отдавалось группам СИОЗС (флувоксамин, сертралин, циталопрам), ССОЗС (тианептин), СИОЗС и Н (венлафаксин, милинаципран). В комплексе ле-

чения таких пациентов также включалась психотерапия, прежде всего – когнитивно-бихевиоральная.

Такой подход позволил значительно повысить курабельность данной категории пациентов, улучшить уровень их социального функционирования и качества жизни. Он, по своей сути, выступает методом вторичной профилактики депрессивных расстройств у них, в том числе – методом превенции социальной дезадаптации и суицидального поведения.

*В.С. Підкоритов*

## **ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСІЙ У ХВОРИХ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНИХ СТАЦІОНАРІВ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В більшості країн світу має місце зростання захворюваності населення на депресивні розлади. Значна частина таких хворих звертається по медичну допомогу не до психіатрів, а до лікарів-інтерністів. Особливо в випадках т.з. «соматизованих» депресій. Було проведено психопатологічне обстеження 1013 хворих 3-х соматичних стаціонарів – кардіологічного, гастроентерологічного та неврологічного. В 55 % з них були виявлені різного ступеня виразності тривожні і депресивні розлади. Однак, лікарі-інтерністи не звертали на них уваги і не призначали необхідної терапії. Одною із важливих задач лікарів-психіатрів є розробка скринінг-діагностичних методів діагностики депресивних розладів у хворих, що лікуються в соматичних відділеннях і впровадження їх в практику роботи лікарів-інтерністів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 8-11).

*V.S. Pidkorytov*

## **THE PROBLEMS OF DEPRESSION AT PATIENTS OF GENERAL SOMATIC IN-PATIENT DEPARTMENT**

Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS of Ukraine

The morbidity of population on depressive disorders is increasing in most of countries. The bigger part of such patients are treated not by psychiatrists but general practitioners. Especially it concerns the cases of «somatization» of depression. It was psychopathologically examined 1013 patients of 3 somatic in-patient departments - cardiological, gastroenterological and neurological. In 55% of cases was found out the anxious and depressive disorders of different level of intensity. However the majority of general practitioners didn't pay attention on their mood disturbs complaints and didn't prescribe adequate therapy. One of the important goals of psychiatrists is development of scrining diagnostic methods of depressive disorders at patients which are treated in somatic in-patient departments and application of them to general practitioners practice. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 8-11).

### *Литература*

1. Kessler R.S., Berglund P., Dernier O. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS – R), JAMA, 2003, s. 3095-3105.
2. Ebmeier K.P., Donaghey C., Steele J.D. Recent developments and current controversies in depression. Lancet, 2006, S. 153-167.
3. Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J. et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization. World Mental Health Surveys. JAMA, 2004, s. 2581-2590.
4. Alonso J., Andermeyer M.C., Berner S. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the

5. Hamalainen J., Isometsa E., Lankkala T. et al. Use of health services of major depressive episode in Finland. J.Affect. Disord, 2004, S. 105-112.
6. Goodwin G.M. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J.Clin Psychiatry, 2003, s. 598-604.
7. Wittchen N.U. Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum. Psychopharmacol. 17 Suppl. S. 1-11.

Поступила в редакцію 21.09.2006