В. В. Попов, М. В. Трохова, И. А. Новикова

Депрессивные расстройства в общей врачебной практике

Учебное пособие

Санкт-Петербург
СпецЛит

УДК 616.895.4
П58

Авторы:

Попов Владимир Викторович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины и внутренних болезней Северного государственного медицинского университета, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Архангельской области, врач общей практики (семейный врач);

Трохова Мария Васильевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней Северного государственного медицинского университета;

Новикова Ирина Альбертовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины и внутренних болезней Северного государственного медицинского университета

Рецензент:

Кузнецова Ольга Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации

Попов В. В., Трохова М. В., Новикова И. А.

П58 Депрессивные расстройства в общей врачебной практике : учебное пособие. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 199 с.
ISBN 978-5-299-00856-2

В учебном пособии изложено современное представление о депрессивных расстройствах, их месте в общесоматической практике и о тяжелых социально-экономических последствиях данного заболевания. Подробно описаны распространенность, этиопатогенез, клинические проявления, варианты течения, степень тяжести депрессивых расстройств, их основные диагностические критерии согласно МКБ-10. Отражены особенности течения болезни при соматической патологии. Описаны современные методы лечения разных вариантов депрессии, дана характеристика основных психофармакологических средств и методик психотерапии, используемых при депрессивных расстройствах. Рассмотрены подходы к профилактике депрессии.

Пособие предназначено для слушателей дополнительного профессионального образования по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», а также для терапевтов поликлиник и стационаров.

УДК 616.895.4

ISBN 978-5-299-00856-2

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения 4
Введение 6

Раздел I
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Глава 1. Понятие «депрессивное расстройство» 9
Глава 2. Эпидемиология депрессивных расстройств 11
Глава 3. Этиология и патогенез депрессивных расстройств 13
Глава 4. Классификация депрессивных расстройств по МКБ-10 . . . 18

Раздел II
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Глава 5. Клиническая картина депрессивных расстройств 22
5.1. Основные клинические проявления разных типов депрессии 22
5.2. Особенности проявлений депрессивных расстройств при соматической патологии 32
5.3. Половые различия в клинической картине депрессии. 49
5.4. Особенности клиники депрессии у детей и подростков 56
5.5. Клинические проявления депрессии у пожилых пациентов 58

Глава 6. Диагностика депрессивных расстройств 64

Раздел III
ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Глава 7. Терапия депрессивных расстройств 74
7.1. Общие принципы терапии депрессивных расстройств 74
7.2. Медикаментозная терапия депрессии 77
7.3. Принципы психофармакотерапии разных типов депрессии 105
7.4. Подходы к психофармакотерапии различных вариантов депрессии при соматической патологии 107
7.5. Немедикаментозная терапия депрессии 113

Глава 8. Показания для консультации психиатра и оказания неотложной психиатрической помощи при депрессии . . . 120
Глава 9. Профилактика депрессии 122

Заключение 125
Тестовый контроль 127
Приложения 129
Литература 192

Раздел I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Глава 1
Понятие «депрессивное расстройство»

Депрессивное расстройство (лат. *depression* — подавление, угнетение) — это расстройство аффективной сферы, которое проявляется стойким снижением настроения, пессимистической оценкой себя и своего положения в окружающей действительности, замедлением процессов мышления и двигательной активности, снижением побуждений и разнообразными соматовегетативными нарушениями — потерей аппетита, похудением, запорами, изменением ритма сердечной деятельности и т. п. Снижение настроения на протяжении определенного периода времени может быть нормальной реакцией на реальные стрессогенные ситуации. Но одни люди преодолевают такое состояние, а у других оно приводит к развитию клинически значимых эмоциональных нарушений.

Депрессивные расстройства наблюдаются в следующих случаях:

— в рамках эндогенных психических заболеваний — шизофрении, аффективного расстройства;

— при невротических расстройствах;

— при органических поражениях головного мозга;

— при реакциях на дистресс и при нарушении адаптации (психогенные депрессии);

— при соматических заболеваниях (соматогенные депрессии), побочном действии некоторых лекарств;

— в послеродовом, инволюционном периодах (депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин).

Условно депрессии можно разделить на типичные и атипичные, простые (меланхолические, тревожные, апатические и др.) и сложные (с навязчивыми мыслями, с бредом).

Проявления депрессии делятся на позитивные и негативные.

К позитивным проявлениям относятся тоска, тревога, интеллектуальная и двигательная заторможенность, идеи самообвинения, ипохондрические мысли (фиксированность на телесных ощущениях), мысли о бесперспективности лечения соматической патологии,

о неблагоприятном исходе заболевания и его социальных последствиях; тревожные опасения, не связанные с актуальным соматическим заболеванием, суицидальные мысли.

Негативные проявления включают апатию (вялость, безразличие ко всему окружающему), ангедонию (утрату чувства наслаждения, радости, способности испытывать удовольствие), болезненное бесчувствие (утрату способности эмоционально реагировать), дисфорию (злобно-тоскливое настроение).

В зависимости от преобладания того или иного компонента в структуре депрессии выделяют следующие варианты:

— тоскливая депрессия;
— апатическая депрессия;
— адинамическая депрессия;
— анестетическая (деперсонализационная) депрессия;
— тревожная депрессия;
— ипохондрическая депрессия;
— маскированная (соматизированная) депрессия.

Типичная депрессия. При типичной депрессии три основных компонента: снижение настроения, замедление темпа мышления, двигательная заторможенность — выражены равномерно. Отмечается подавленность, застывшее выражение грусти на лице, печальный взгляд, малоподвижность больного. Характерно снижение самооценки и чувство вины. Будущее представляется мрачным, лишенным смысла, бесперспективным. Возможны суицидальные тенденции — от суицидальной настроенности до попыток самоубийства. Отмечаются нарушение сна, потеря аппетита, снижение либидо и потенции, тахикардия, мидриаз, склонность к атоническим запорам. Признаки депрессии максимально выражены в утренние часы, а на протяжении дня сохраняется активность, большая часть пациентов продолжает работать и выполнять свои повседневные обязанности.

Атипичная депрессия. Не менее 40 % всех видов депрессии составляет атипичная депрессия. Она проявляется в коротких и частых эпизодах, которые обычно впервые наблюдаются в подростковом и юношеском возрасте. Болезнь развивается часто на фоне личностных предрасположенностей. К атипичной относится депрессия, возникающая путем видоизменения психопатологических проявлений расстройств; депрессия с акцентуацией на одной из облигатных составляющих аффективного синдрома; депрессия за счет присоединения неаффективных психопатологических проявлений.

К особой форме атипичной депрессии относится маскированная (соматизированная) депрессия, которая протекает без выраженных типичных признаков, маскируя истинную картину депрессии соматическими жалобами.

Глава 2
Эпидемиология депрессивных расстройств

Депрессивные расстройства являются наиболее частой формой психической патологии как в общей популяции, так и среди пациентов с соматической патологией. В настоящее время распространенность депрессий в общей популяции в разных странах оценивается в 5—10 %, среди лиц старше 60 лет — до 35 %. Наибольшая распространенность депрессивных расстройств у трудоспособного населения отмечается в возрасте 15—44 лет. В последние годы отмечается рост возникновения депрессивных расстройств во всех возрастных группах, особенно у детей школьного возраста. Этот рост связан в первую очередь с психогенной природой заболевания, которое проявляется в различных нарушениях в соматической и вегетативной сферах (соматизированные формы).

По данным европейского исследования ESEMeD, риск развития большого депрессивного эпизода в течение жизни составляет в среднем 14,4 %. Для мужчин он соответствует 7—12 %, для женщин — 20—25 %. Заболеваемость депрессией среди мужчин — 2—4 % в год, среди женщин — 4—8 % в год. По данным зарубежных многоцентровых исследований, у 10—20 % больных, обращающихся к врачу общей практики, имеются депрессии, а среди лиц, страдающих соматическими заболеваниями, — у 22—33 % (у 33—44 % больных раком, у 47 % больных, перенесших инсульт, у 45 % перенесших инфаркт миокарда). Кроме того, высок риск развития депрессий у женщин детородного возраста. Так, в первые 8 мес. после родов у 15 % женщин отмечаются депрессии (по сравнению с 5 % среди всего взрослого трудоспособного населения).

Кроме того, депрессией обусловлено около 10 % обращений к врачу общей практики (ВОП). Доля больных, которым устанавливается правильный диагноз, составляет 10—55 %. Правильное лечение получают не более 10—15 % пациентов с депрессией. 60 % больных остаются вне поля зрения психиатра. От 35 до 50 % пациентов с депрессией не обращаются за медицинской помощью ввиду непонимания болезненности своего состояния, плохой информированности, страха психиатрического диагноза и по другим причинам.

Риск возникновения депрессии возрастает в 1,4 раза на каждые 10 лет жизни (данные российского многоцентрового исследования «КОМПАС» «Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля», 2002). При этом распространенность депрессивных расстройств в разных

районах России составляет от 35 до 56 %. Распространенность выраженной депрессии в два раза меньше и составляет 23,8 %. Женщины страдают этим заболеванием в 1,5 раза чаще, чем мужчины (52,4 % против 34,9 %). Среди лиц старше 65 лет депрессивные расстройства выявлялись в 59 % случаев. Отмечена прямая зависимость депрессивных расстройств от частоты посещений поликлиники или госпитализаций в течение года. Пациенты, обращавшиеся в поликлинику более пяти раз в год, страдают депрессией почти в 2 раза чаще, чем посетившие ее однократно. Депрессия отмечается у 60 % пациентов с различными соматическими заболеваниями (у больных с новообразованиями — 61,4 %, хронической сердечной недостаточностью — 60,8 %, СД 2 типа — 62,4 %, паркинсонизмом — 67,1 %).

По данным Р. Г. Оганова (2003), депрессия имеется у 45,1 % амбулаторных больных, у 48,2 % стационарных. Чем выше группа инвалидности, тем чаще развиваются депрессии. Причем в условиях специализированных психиатрических учреждений амбулаторного звена больные с депрессиями составляют всего лишь 1 %.

В настоящее время одним из наиболее распространенных видов депрессии у пациентов с соматическими страданиями является нозогенная депрессиия — показатель ее частоты достигает 50—80 % (Смулевич А. Б., 2015). Однако клиническая значимость нозогенной депрессии определяется не только высокой частотой депрессивных расстройств у больных соматическим заболеванием, но и тем, что манифестация депрессии может быть сопряжена с ухудшением параметров течения и исхода соматических заболеваний. Нозогенные депрессии, вне зависимости от их нозологической принадлежности, не только ухудшают прогноз соматических заболеваний, но и повышают риск летального исхода.

Согласно данным ВОЗ и Всемирного банка по критериям DALY (сокращение продолжительности работоспособной и полноценной жизни), наиболее неблагоприятной динамикой в последние десятилетия отличаются три клинические формы: депрессия, ИБС и цереброваскулярные болезни. К 2020 г. доля этих заболеваний возрастет, причем ИБС станет лидирующей причиной сокращения полноценной жизни человека, а депрессия окажется на втором месте.

Таким образом, депрессия является одним из самых распространенных заболеваний аффективной сферы и соматической патологии.

Глава 3
Этиология и патогенез депрессивных расстройств

Депрессивное расстройство — мультифакторное заболевание, которое всегда провоцируется не одним обстоятельством, а сочетанием нескольких причин и предрасполагающих факторов.

К факторам риска депрессивных расстройств можно отнести следующие:

— генетические — неблагоприятную наследственность по психической патологии (наличию родственников с аффективным биполярным расстройством, алкоголизмом или суицидальными попытками), дефицит медиаторов в головном мозге (серотонина, дофамина, глутамата, мозгового нейротрофического фактора, холецистокинина);

— психотравмирующие — смерть родственника, увольнение с работы, развод, финансовые трудности, насилие в семье и др.;

— конституциональные — пол (женщины страдают депрессией примерно в 2 раза чаще, чем мужчины); средний и пожилой возраст; недавние роды (до года);

— невротические расстройства в анамнезе (тревожное или депрессивное расстройство, неврастения, посттравматическое стрессовое расстройство);

— психологические — меланхолический тип темперамента; низкую эмоциональную устойчивость и стрессоустойчивость; высокую тревожность; пессимизм; повышенную самокритичность; зависимость от окружающих; низкую самооценку;

— особенности индивидуального развития — потерю матери в детстве (до 11 лет); перенесенные в детстве психологические травмы;

— наличие тяжелого неизлечимого заболевания (ВИЧ-инфекции, онкологической патологии и др.) или перенесенной травмы с внешним дефектом (ампутацией конечностей, травмой лица);

— прием некоторых лекарственных препаратов — амфетаминов или других стимуляторов центральной нервной системы, противосудорожных препаратов, барбитуратов, антипаркинсонических средств, бензодиазепинов, амидопирина, циметидина, клонидина, липофильных β-адреноблокаторов (пропранолола, метопролола, тимолола), антагонистов кальция (верапамила, нифедипина), сердечных гликозидов, антиаритмических средств (прокаинамида), холестерамина, статинов, кортикостероидов, индометацина, метилдофы, пероральных контрацептивов, эстрогенов, резерпина, гуанетидина, сульфаниламидов, интерферона, противоопухолевых средств;

— низкую социальную поддержку — отсутствие или малое количество друзей и близких родственников; плохие семейные взаимоотношения;

— низкий социально-экономический статус;

— злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, особенно психостимуляторами.

Отмечена связь развития депрессии с инволюцией лимбико-гипоталамо-питуитарно-адреналовой системы и истощением центральных норадреналовых депо при разных заболеваниях. К связанным с депрессией заболеваниям относятся:

— ревматические (системная красная волчанка, ревматоидный артрит);

— сердечно-сосудистые заболевания (пролапс митрального клапана, инфаркт миокарда, АГ);

— эндокринные (гипо- и гипертиреоз, СД, гиперкальциемия, синдром Кушинга, состояние после родов);

— желудочно-кишечные (цирроз печени, колиты, панкреатиты, болезни желчевыводящих путей);

— гематологические (серповидноклеточная анемия, железо- и B_{12}-дефицитная анемия);

— нарушения питания (недостаточность витамина B_{12}, фолиевой кислоты, железа, тиамина, никотиновой кислоты);

— инфекции (энцефалит, гепатит, инфекционный мононуклеоз, пневмония, туберкулез);

— болезни почек (уремия, пересадка почки);

— опухоли (лейкоз, лимфома, рак поджелудочной железы, внутричерепные опухоли);

— болезни нервной системы (субдуральная гематома, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, неконтролируемая эпилепсия, внутричерепные опухоли, атеросклероз сосудов головного мозга);

— псориаз;

— саркоидоз.

Депрессия — состояние мультифакторной этиологии, включающее генетические, биохимические, гормональные, психологические и социальные компоненты. В зависимости от превалирования того или иного причинного фактора выделяют **эндогенную, психогенную, органическую, соматогенную депрессии**. Кроме того, есть особенности характера, преимущественно проявляющиеся гипотимическим или дистимическим настроением, неустойчивостью или сменой периодов повышенного и пониженного настроения разной продолжительности, не доходящего до стадии клинической выраженности.

Однако патогенез депрессии, как и механизмы действия антидепрессантов, в настоящее время окончательно не изучен. Природа

депрессий сложна, многое остается неизвестным, но достаточно изучены отдельные звенья патогенеза. В развитии депрессии одни ученые придают основное значение соматическим, например гормональным, факторам, другие — социально-культурным. Природа депрессий различна. Они могут развиваться в связи с тяжелыми психическими травмами или заболеваниями внутренних органов. Депрессии наблюдаются при неврозах, психозах, эпилепсии, органических поражениях головного мозга, психических нарушениях позднего возраста. Они обусловлены генетическими факторами, стрессовыми событиями, биохимическими нарушениями и состоянием нейротрансмиттерной системы. В норме существует определенное число передач серотонина и норадреналина за определенное время; если это нарушается, то развивается депрессия.

Причиной возникновения ятрогенной депрессии наиболее часто является длительный прием некоторых лекарств. В настоящее время насчитывается более 120 наименований лекарственных средств, обладающих в той или иной мере депрессогенными свойствами. Подтвердить этиологическую причину депрессии может тот факт, что при отмене препарата симптомы депрессии исчезают. Одной из видов ятрогении являются депрессивные реакции на ошибочные или неосторожные врачебные заключения.

Доказано существование нескольких нейрохимических типов депрессии, которые могут быть связаны с нарушением в деятельности разных нейромедиаторов: дефицитом серотонина; избытком серотонина, но снижением чувствительности постсинаптических рецепторов; истощением норадреналина и серотонина; нарушением баланса этих нейромедиаторов.

Может наблюдаться тип депрессии, связанный с преобладанием активности серотонинергической системы — электрофизиологическими признаками повышенного тонуса парасимпатической системы. У больных с тревожной депрессией и дистимическими расстройствами отмечается повышенный симпатический тонус. Этот тип депрессии связан с дефицитом как серотонинергической, так и норадренергической систем и с дисбалансом в их взаимодействии.

У больных с апатической депрессией отмечается близкий к норме, но ослабленный характер реагирования. При эндогенной депрессии несомненна задействованность в патогенезе норадренергической и серотонинергической нейротрансмиттерных систем. У больных эндогенными депрессиями обнаружилось снижение концентрации содержания основного метаболита серотонина в цереброспинальной жидкости, особенно при обострениях болезни.

Скорее всего, в развитии депрессии имеет значение не содержание медиаторов, а уменьшение чувствительности или числа серотониновых рецепторов и адренорецепторов. О нарушении функции

серотонинергической системы при депрессии говорит снижение связывания имипрамина и пароксетина тромбоцитами. Кроме того, при депрессии нарушена структура сна: быстрый сон наступает рано и его доля повышена. И наконец, при позитронно-эмиссионной томографии выявляются различия метаболизма в определенных участках мозга у больных депрессией и у здоровых.

Помимо норадренергической и особенно серотонинергической медиаторных систем, на биохимическом уровне в патогенезе депрессивных расстройств задействован водно-электролитный обмен. Выявлено влияние ионов кальция, в связи с чем в качестве нормотимиков используются блокаторы кальциевых каналов. Соли лития применяются с этой целью уже давно. Определенную роль в развитии депрессий может играть недостаток в пище триптофана — незаменимой аминокислоты, являющейся предшественником серотонина. Диета, практически не содержащая триптофана, может вызвать даже у здоровых людей появление депрессивной симптоматики, а у больных — ее обострение, что является еще одним доказательством роли серотонина в развитии депрессии. Наиболее богатым источником триптофана являются мясные продукты, особенно печень, молоко, яйца. Считается, что употребление в пищу шоколада тоже способствует выработке серотонина.

Среди других факторов, способствующих развитию депрессии, называют дисбаланс между работой полушарий головного мозга с доминированием активности правого полушария. Как известно, левое полушарие связано с рационально-логическим мышлением и ответственно за положительные эмоции; правое связано с образным мышлением и отвечает за отрицательные эмоции. Может быть, поэтому среди больных депрессией чаще встречаются люди искусства, чем ученые. Одним из предполагаемых механизмов патогенеза депрессивного расстройства является переключение какого-то очага повышенной активности с одного полушария на другое, из-за чего происходит смена аффективных фаз. На этом основано применение в качестве нормотимиков (препаратов, выравнивающих колебания настроения) антиконвульсантов. Локальные поражения головного мозга в зависимости от объема и локализации могут вызвать как гиперактивацию, так и функциональную инактивацию пораженного полушария с растормаживанием структур контрлатеральной половины мозга.

Одно из проявлений депрессии — нарушение сна. Изменения длительности и структуры сна могут сами по себе играть роль в патогенезе депрессий, поэтому вынужденный недостаток сна у здоровых людей может вызвать развитие симптомов депрессии.

Определенную роль играет и такой внешний фактор, как изменение освещенности при смене дня и ночи, времен года. Известно,

что освещенность влияет на функцию гипоталамуса, серотонинергические ядра ствола и их проекции, воздействуя на субстрат эмоций — лимбическую систему. Увеличение освещенности тормозным образом влияет на гипногенные зоны этих структур. При депрессии нарушения функционирования этих систем опосредуют не только суточные колебания, но и сезонные аффективные расстройства. В этом случае используются различные методы фототерапии депрессивных состояний (в клинической картине доминируют нарушения сна).

Доказана включенность в патогенез депрессий гормона эпифиза мелатонина. Его секреция происходит в циркадном ритме: минимум его образования приходится на светлую часть суток, а максимум — на темную. Мелатонин контролирует состояние гипоталамо-гипофизарной системы и активность многих эндокринных желез. По механизму обратной связи он влияет на деятельность ядер гипоталамуса, являющихся водителями суточного ритма. Эпифиз — место действия антидепрессантов; на мелатониновой гипотезе основано лечение сезонных депрессий ярким светом и отчасти терапия лишением сна.

Безусловно, наследственность и уклад семейной жизни имеют значение, но от них зависит далеко не все. У однояйцевых близнецов конкордантность даже по маниакально-депрессивному синдрому составляет менее 50 %, а у двуяйцевых она еще ниже — около 10 % (примерно такая же, как у родных братьев и сестер). По данным экспериментов на животных, неблагоприятное воздействие в раннем возрасте предрасполагает к свойственным депрессии соматическим и поведенческим нарушениям, которые нередко проявляются только у взрослых особей.

Депрессия часто развивается на фоне определенных соматических нарушений, но сами по себе эти нарушения далеко не всегда вызывают депрессию. Неблагоприятное воздействие наносит психическую травму, а она запускает ряд событий, которые способствуют развитию депрессии.

Лабораторные и инструментальные исследования не обладают достаточной специфичностью, чтобы их можно было использовать для диагностики депрессии. В то же время имеются достоверные данные о нарушении секреции гормонов: концентрация кортизола в плазме повышена и не снижается после приема дексаметазона; кроме того, снижена секреция тиреотропного гормона в ответ на введение тиролиберина (протирелина); повышена секреция соматотропного гормона и пролактина при введении клонидина. В патогенезе депрессии принимают участие регуляторные пептиды, в первую очередь кортикотропин рилизинг-фактора (КРФ). КРФ синтезируется клетками гипоталамуса и вызывает выделение в кровь из передней доли гипофиза адренокортикотропного гормона (АКТГ), который

провоцирует выброс кортизола корой надпочечников. В норме кортизол тормозит функционирование гипоталамо-гипофизарной системы по механизму отрицательной обратной связи. При депрессии в крови большинства больных постоянно повышено содержание АКТГ и кортизола, причем концентрация последнего прямо коррелирует с тяжестью депрессии. О гиперактивности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы при депрессии свидетельствуют также и результаты дексаметазонового теста.

Другой нейропептидной системой, связанной с развитием депрессий, является система эндогенных опиоидных пептидов, о чем свидетельствуют изменение плотности опиоидных рецепторов в мозге депрессивных больных и снижение у них порога болевой чувствительности, что может объяснять различные алгии, отмечаемые при соматизированных депрессиях.

Роль психосоциальных факторов в развитии депрессии неоднозначна. Так, потеря одного из родителей не так сильно предрасполагает к депрессии, как ощущение одиночества.

Таким образом, депрессия представляет собой группу разнородных расстройств, для каждого из которых есть свои причины. Пока явных структурных, физиологических или биохимических причин депрессии не обнаружено, однако большинство ученых считают депрессию сложным биопсихосоциальным синдромом. Установлено, что тяжелые аффективные расстройства возникают при сочетании многих психосоциальных и соматических факторов.

Глава 4
Классификация депрессивных расстройств по МКБ-10

В классификации МКБ-10 основное значение придается вариантам течения депрессии и степени их тяжести. Различают варианты:

F32. Депрессивный эпизод

В легких, средних или тяжелых типичных случаях депрессивных эпизодов у больного отмечаются пониженное настроение, уменьшение энергичности и падение активности. Снижена способность радоваться, получать удовольствие, интересоваться, сосредоточиваться. Обычным признаком является выраженная усталость даже после минимальных усилий. Нарушен сон и снижен аппетит. Самооценка и уверенность в себе почти всегда снижены, даже при легких формах заболевания. Часто присутствуют мысли о собствен-

ной виновности и бесполезности. Пониженное настроение, мало меняющееся день ото дня, не зависит от обстоятельств и может сопровождаться так называемыми соматическими симптомами, такими как потеря интереса к окружающему и утрата ощущений, доставляющих удовольствие, пробуждение по утрам на несколько часов раньше обычного времени, усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность, тревожность, потеря аппетита, похудение и снижение либидо. В зависимости от числа и тяжести симптомов депрессивный эпизод может классифицироваться как легкий, умеренно выраженный и тяжелый.

Депрессивный эпизод завершается полным выздоровлением (интермиссией) с возвращением к прежнему уровню функционирования. В ремиссии у 20—30 % пациентов отмечается остаточная депрессивная симптоматика (астеническая и соматовегетативная), которая без адекватной поддерживающей терапии может долго сохраняться (месяцы и даже годы). Когда заболевание приобретает рекуррентное, или фазовое, течение, наблюдаются периоды ухудшения (рекуррентный депрессивный эпизод). При этом депрессивная фаза может смениться гипоманией (манией).

Диагноз «депрессивный эпизод» ставится при наличии всех критериев депрессии в соответствии с МКБ-10, а диагноз «депрессивный синдром» — если в клинике присутствуют не все критерии депрессии.

F33. Рекуррентное депрессивное расстройство

Расстройство характеризуется повторными эпизодами депрессии, соответствующими описанию депрессивного эпизода, но без наличия в анамнезе самостоятельных эпизодов подъема настроения и прилива энергии (мании). Однако могут быть краткие эпизоды легкого подъема настроения и гиперактивности (гипомании) сразу же после депрессивного эпизода, вызванные лечением антидепрессантами. Наиболее тяжелые формы рекуррентного депрессивного расстройства (F33.2 и F33.3) имеют много общего с известными понятиями, такими как маниакально-депрессивная депрессия, меланхолия, витальная депрессия и эндогенная депрессия. Первый эпизод может возникнуть в любом возрасте, с детства и до старости. Начало его может быть острым или незаметным, а продолжительность — от нескольких недель до многих месяцев. Никогда полностью не исчезает опасность того, что у больного рекуррентным депрессивным расстройством не возникнет маниакального эпизода.

F31. Биполярное аффективное расстройство

Расстройство характеризуется двумя или более эпизодами, при которых настроение и уровень активности пациента значительно

нарушены. Эти нарушения представляют собой случаи подъема настроения, прилива энергии и усиления активности (гипомании или мании) и случаи падения настроения, резкого снижения энергичности и активности (депрессии). Повторные эпизоды только гипомании или мании классифицируются как биполярные (F31.8).

F34.0. Циклотимия

Стойкие, беспричинно возникающие состояния патологически измененного настроения с чередованием периодов гипомании и неглубокой депрессии, протекающие в виде отдельных или сдвоенных фаз. Обычно рассматриваются как менее тяжелая форма биполярного расстройства, проявляющаяся легкими и умеренно тяжелыми аффективными расстройствами.

F34.1. Дистимия

Неглубокая затяжная (не менее 2 лет) униполярная непсихотическая депрессия, при которой нет социальной дезадаптации и отсутствуют суицидальные мысли и действия. Характеризуется подавленным настроением большую часть дня на протяжении более половины всех дней за последние 2 года.

F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Расстройство, когда присутствуют одновременно и тревожность, и депрессия, но ни одно из этих состояний не является превалирующим, а степень выраженности их симптоматики не позволяет при рассмотрении каждого поставить отдельный диагноз.

По степени тяжести (МКБ-10) депрессии бывают легкими, умеренными и тяжелыми.

Депрессия легкой степени тяжести F32.0 по МКБ-10. Диагноз ставится при наличии 2 основных и 2 дополнительных симптомов. Характерны признаки:

— основные проявления слабо выражены;

— депрессия может быть замаскирована другими расстройствами (тревожно-фобическими, ипохондрическими, вегетативными, алгическими);

— выполнение обычной работы и поддержание привычного уровня социальной активности затруднено, но социальное и профессиональное функционирование в целом не нарушены.

Пятый знак (по МКБ-10) можно использовать для обозначения соматического синдрома. К соматическим симптомам относятся:

— утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие;

— утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны;

— пробуждение по утрам на 2 ч раньше или более, чем в обычное время;

— депрессия тяжелее в утренние часы;

— объективные данные о четкой психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченной другим человеком);

— четкое снижение аппетита;

— потеря в весе (считается, что на это указывает 5 % потери в весе в течение последнего месяца);

— выраженное снижение либидо.

F32.00 без соматических симптомов: выполняются критерии легкого депрессивного эпизода, присутствуют, но не обязательно, лишь некоторые соматические симптомы.

F32.01 с соматическими симптомами: удовлетворяются критерии легкого депрессивного эпизода и присутствуют 4 или более соматических симптома (можно использовать эту категорию, если присутствуют только 2 или 3, но достаточно тяжелые).

Депрессия средней тяжести F32.1 по МКБ-10 — 2 основных симптома и 3—4 дополнительных. Характерны признаки:

— проявления депрессии выражены умеренно;

— отмечается снижение социального и профессионального функционирования.

Пятый знак может быть использован для определения соматических симптомов:

F32.10 без соматических симптомов: удовлетворяются критерии для депрессивного эпизода умеренной тяжести, при этом присутствует лишь несколько соматических симптомов или они вовсе отсутствуют.

F32.11 с соматическими симптомами: удовлетворяются критерии для депрессивного эпизода умеренной тяжести, при этом присутствуют 4 или более соматических симптома (можно использовать эту рубрику, если присутствуют только 2 или 3 соматических симптома, но более тяжелой степени).

Депрессия тяжелой степени F32.2 по МКБ-10 — 3 основных и более 4 дополнительных симптомов, дезадаптивное поведение. Различают две формы:

— тяжелая депрессия без психотических проявлений: доминируют те или иные симптомы (тоска, апатия, психомоторная заторможенность, тревога, беспокойство, суицидальные мысли и тенденции; выраженные нарушения социального функционирования, неспособность к профессиональной деятельности);

— тяжелая депрессия с психотическими проявлениями: для нее характерны наличие бредовых идей вины или болезни, а также двигательная заторможенность, вплоть до ступора.

Раздел II

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Глава 5
Клиническая картина депрессивных расстройств

5.1. Основные клинические проявления разных типов депрессии

Депрессия — это патологическое состояние, характеризующееся триадой признаков: гипотимией — устойчиво сниженным настроением, снижением темпа мышления и снижением двигательной активности.

Для **клиники депрессии** характерны следующие симптомы:

- *Аффективные проявления:* подавленность, угнетенность, безрадостность, уменьшение реакции на приятные и неприятные события, снижение мотивации к деятельности, активности, снижение или потеря интереса к удовольствию от ранее приятной деятельности; апатия, тревога, беспокойство, внутреннее напряжение, раздражительность, чувство разочарования, гнев.
- *Интеллектуальные проявления:* снижение концентрации внимания, работоспособности; нерешительность, неуверенность, трудности при принятии решений, снижение уверенности в себе, самооценки, чувство собственной беспомощности, низкой ценности, самообвинение или приписывание себе непомерной вины без повода, чувство пессимизма, бесперспективности, безнадежности, нежелание жить, мысли о смерти, самоубийстве. Мысли о самоубийстве могут быть даже при легкой депрессии.
- *Психомоторные проявления*: заторможенность движений, ступор, недостаточная выразительность, снижение мимической экспрессии, заторможенность мимических реакций, ажитация, неусидчивость, гиперактивность.
- *Соматические проявления:* бессонница, повышенная сонливость, снижение или повышение аппетита и, соответственно, веса больного (5 % и более за 1 мес.), запоры, снижение сексуального влечения, аменорея, чувство усталости, повышенная утомляемость, снижение активности, тонуса, болезненные неприятные ощущения в теле различного характера (психалгия), чувство телесного дискомфорта, с трудом поддающиеся описанию функциональные на-

рушения в деятельности различных органов и систем (психосоматические нарушения).

Настораживающие симптомы:

— многочисленность, противоречивость, необычность, изменчивость жалоб, которые не укладываются в картину конкретного заболевания;

— ранние утренние пробуждения;

— снижение аппетита и быстрое похудение;

— суточное распределение проявлений болезни с пиком плохого самочувствия в утренние часы;

— чувство выраженной усталости, которое предшествует умственной или физической нагрузке;

— депрессивные эпизоды в анамнезе или депрессия у прямых родственников.

Для депрессии характерна суточная ритмика аффективных расстройств. Тоска и апатия обычно достигают максимальной выраженности в утренние часы. Тревога более вариабельна и нередко нарастает к вечеру. Причем больные эндогенной депрессией хуже себя чувствуют по утрам, сразу после пробуждения, в то время как пик плохого самочувствия у больных невротической депрессией приходится на конец дня.

Характерными симптомами депрессии являются раннее утреннее пробуждение с чувством тревоги и нарушение восприятия времени и временной перспективы. Наиболее ранний признак — утрата способности радоваться, испытывать положительные эмоции. При углублении депрессии появляется мучительное, противоестественное чувство неспособности переживать как положительные, так и отрицательные эмоции. Особенно тяжело переживается утрата эмоциональной и духовной связи с наиболее близкими людьми. Идеи собственной малоценности и самообвинения по праву считаются одними из наиболее характерных признаков депрессии. Депрессивные идеи отличаются стойкостью, высокой степенью аффективной насыщенности и доминирования в сознании.

Клинические особенности депрессии зависят от ее генеза, возраста пациента, преморбидных личностных особенностей, соматического состояния и других факторов. Различают типичные (с триадой симптомов) и атипичные (стертые) формы депрессии. Синдромообразующим элементом депрессии является доминирующий гипотимный аффект. В зависимости от характера доминирующего гипотимного аффекта принято выделять тоскливый, тревожный и апатический типы депрессии.

Далее рассмотрены различные подходы к классификации депрессии, в рамках которых представлены основные клинические проявления тех или иных видов депрессии (табл. 1, 2, 3).

Таблица 1

Классификация депрессий по типичности клинических проявлений

Форма депрессии	Характеристика клинических проявлений
Типичная депрессия	
Тоскливая (меланхолическая)	Эмоциональное угнетение, заторможенность мышления (больной говорит медленно, пропускает вопросы, запаздывает с ответами на задаваемые вопросы), двигательная заторможенность. Характерна согнутая поза с опущенными плечами и головой, взглядом, устремленным в пространство, чаще вниз. Заторможенность может доходить до полной обездвиженности. Мысли у больного направлены в прошлое. Тоскливый аффект сопровождается появлением ощущений сдавленности, сжатия, тяжести.
Апатоадинамическая	Плохое настроение, состояние безразличия, равнодушия, отсутствия желаний. На первый план выступают отсутствие побуждений к деятельности, субъективное ощущение вялости, разбитости; безразличие, скука; нарушается фиксация времени. Соматопсихические ощущения чаще диффузные, с трудом поддаются описанию, не имеют четкой локализации. Движения у больных бедны, а действия непродуктивны. Пациент безынициативен, обнаруживается нецеленаправленность мышления.
Астеническая	Выраженная истощаемость, понижение активности, плаксивость, ощущение физического бессилия и утраты энергии. Симптомы больше выражены в утренние часы, сразу после ночного сна. Астения отличается стойкостью и отсутствием связи с физической нагрузкой. Могут отмечаться признаки раздражительной слабости и астенической гиперестезии (повышенной чувствительности к громким звукам, яркому свету и т. п.). Преобладают пессимизм с чувством бесперспективности, подавленность, безразличие. Чаще возникает при тяжелых хронических соматических и неврологических заболеваниях.
Анестетическая	Отсутствие эмоций, распространяющихся на межличностные отношения и явления внешнего мира. Болезненное бесчувствие в виде осознания утраты эмоций, отсутствие настроения, желаний, чувств к ближайшим родственникам; скука, тоска. Отсутствует эмоциональный отклик в душе, все окружающее кажется измененным, неестественным, чужим, отдаленным. Могут отмечаться легкие варианты деперсонализации; утрата чувства наслаждения, способности радоваться, испытывать удовольствие.

Форма депрессии	Характеристика клинических проявлений
Депрессия с отчуждением соматочувственных влечений	Соматические эквиваленты депрессии — внезапная утрата потребности в сне, анорексия, снижение либидо вплоть до полного исчезновения сексуального влечения. Расстройства сна и отсутствие чувства голода носят выраженный характер. Отвращение к пище сопровождается отказом от еды со значительным похудением. Явления гипотимии мало выражены. Данная форма депрессии чаще предваряет манифестацию аффективных расстройств других типов.
Атипичная депрессия	
Тревожная	Тягостное, мучительное ощущение несчастья, сопровождающееся речевым и двигательным возбуждением. Пациент не находит себе места, постоянно обращается с вопросами, просит помощи. Двигательное возбуждение может проявляться стонами, причитаниями, выкрикиванием отдельных слов, метаниями, самоповреждениями. Характерны внутреннее напряжение, беспокойство, внутренняя дрожь, доминируют опасения угрожающего несчастья, неуверенность в завтрашнем дне, боязнь неожиданных, непредвиденных событий. Все это может послужить поводом для суицида, в том числе и расширенного.
Ипохондрическая	Гипотимия сочетается с тревожными опасениями за свое здоровье, ипохондрическими фобиями, многообразными соматовегетативными расстройствами. Доминируют представления об опасности (обычно преувеличенной) нарушений в деятельности внутренних органов, из-за которых проявляется болезненный процесс, о его неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях, бесперспективности лечения. На первом плане — страх возникновения или обострения онкологического заболевания; страх смерти от сердечного приступа; страх оказаться в ситуации недоступности медицинской помощи; обостренное самонаблюдение с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Свойственно преобладание нарушения сна с ухудшением самочувствия в утренние часы, расстройство аппетита и вазомоторные дисфункции, сопровождающиеся обильными соматопсихическими жалобами. Стремясь проверить свои опасения, больные обращаются к интернистам, настаивают на проведении многочисленных обследований, диагностических процедур.