



Фармзавод Jelfa A.O.



Фарм завод Jelfa A.O. видит свою миссию в том, чтобы ...увеличить комфорт, а также продолжительность жизни общества с помощью выпускаемых им препаратов, соответствующих лучшим мировым стандартам.

Фарм завод Jelfa A.O. (Ельфа А.О.) принадлежит к числу крупнейших фармацевтических фирм в Польше. Фирма предлагает широкий ассортимент весьма привлекательных в рыночном отношении продуктов, что позволило ей занять прочные позиции, как на отечественном, так и на зарубежном рынке.

Фарм завод Jelfa A.O. - самый крупный польский производитель мазей, а также ведущий производитель гормональных, кардиологических и витаминных препаратов, имеет собственную научно-исследовательскую лабораторию и поддерживает постоянные контакты с научными исследовательскими центрами и клиниками в стране и за рубежом.

Главной целью является производство эффективных и безопасных фармацевтических средств высочайшего качества, ведение деятельности таким образом, чтобы не наносить вреда окружающей среде.

Зарегистрированные препараты в Казахстане, применяемые при заболеваниях:

- дерматологических:
- Лоринден А и С**
- Латикорт** мазь, крем
- Флуцинар** мазь, гель N
- Оксикорт** мазь
- Бетадерин** мазь, крем
- Клевейт** мазь, крем
- Аргосульфан** крем

- центральной нервной системы:
- Сонапакс** драже
- урогинекологических:
- Ониадрен 250** раствор для инъекций влияющие на обмен веществ.
- Кокарбоксилаза** раствор для инъекций опорно-двигательного аппарата:
- Пироксикам** таблетки
- органов зрения:
- Гидрокортизон** глазная мазь
- стоматологии:
- Холисал** гель стоматологический

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский научно-практический центр психиатрии,
психотерапии и наркологии

С.А. Алтынбеков, Н.И. Распопова, Е.Б. Дуплякин

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТИЗИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

(Методические рекомендации)

СОНАПАКС

Тиоридазин

драже 10 мг, 25 мг

Показания к применению

- шизофрения острая и п/острая
 - органическое поражение головного мозга
 - маниакально-депрессивные состояния
 - климатические расстройства
 - психосоматические расстройства
 - алкоголизм, наркомания, токсикомания
 - неврозоподобные состояния
 - нарушения поведения разной этиологии

в гидротехнике

- резидуально-органическая церебральная недостаточность
 - гиперактивитические расстройства
 - диссоциальное поведение
 - навротический состояния

в пожилом возрасте

- дерматозийный бред
 - старческий (сенильный) суд
 - деменция (сосудистого, атрофического, смешанного течения)

Показания к применению	Способ применения и дозы
Психозы	начальная доза: 50-100 мг 1-3 раза в сутки поддерживающая доза: 50-150 мг в сутки
Острые приступы шизофрении	стационарные больные: 100-600 мг 1-3 раза в сутки
Непрерывно текущая шизофрения	стационарные больные: 100-600 мг 1-3 раза в сутки амбулаторные больные: 50-300 мг 1-3 раза в сутки
Детям от 5 до 12 лет - в начале от 10 мг до 25 мг 2 или 3 раза в сутки, затем, в случае необходимости и при переносимости пациентом, дозу можно постепенно увеличить.	



Отпускается по рецепту
Перед назначением и применением
иммательно ознакомьтесь с инструкцией

Фармаконд Jelfa A.O. ul. W.Pola 21, 55 - 500 Jelenia Góra, Польша
За дополнительной информацией обращаться в Государственное ООО «Полифарм» в РК
г. Алматы, ул. Кабанбай батыра 34, телефон: 8 (727) 281-46-46; 293-50-19

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Республиканский научно-практический центр психиатрии,
психотерапии и наркологии

С.А. Алтынбеков, Н.И. Распопова, Е.Б. Дуплякин

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТИЗИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

(Методические рекомендации)

УДК 616.89
ББК 56.14
А 52

Рецензенты:
Асимов М.А. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и
коммуникативных навыков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Базарбаева Л.Е. – кандидат медицинских наук, заведующая отделом социальной и
судебной психиатрии РНПЦ ППН МЗ РК

Алтынбеков С.А. – доктор медицинских наук, директор РНПЦ ППН МЗ РК;
Распопова Н.И. – кандидат медицинских наук, заместитель директора по научной и
клинической работе РНПЦ ППН МЗ РК;
Дуплякин Е.Б. – младший научный сотрудник РНПЦ ППН МЗ РК

Психосоматические и соматизированные психические расстройства у пациентов
общемедицинской практики: методические рекомендации
Алматы, 2010 – 40 с.
ISBN 9965-15-857-6

В методических рекомендациях описаны клинические признаки соматизации тревожно-
депрессивных расстройств, коморбидности психической и соматической патологии, а
также особенности синдромальной структуры тревожно-депрессивных расстройств при
отдельных соматических заболеваниях, относящихся к группе психосоматических рас-
стройств. Предложены методы ранней диагностики и современные подходы к терапии и
профилактике этих расстройств с позиций междисциплинарного подхода (терапевтиче-
ского и психиатрического).

Методические рекомендации предназначены для врачей общей медицинской практики
и психиатров, они могут быть использованы для обучения студентов медицинских вузов
и постдипломной подготовки врачей-интернистов и психиатров.

УДК 616.89
ББК 56.14

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Ученого Совета
Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии
МЗ РК, протокол № 4 от «29» апреля 2010г.

ISBN 9965-15-857-6

Алматы 2010, с. 40

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Психосоматические и соматопсихические соотношения в общей клинической практике.....	5
1.1 Психосоматические расстройства.....	7
1.2 Соматизированные (маскированные) психические расстройства.....	8
2. Клиническая структура депрессивных расстройств у пациентов первой медико-санитарной помощи (ПМСП).....	11
3. Коморбидность депрессивных расстройств с соматической патологией.....	18
4. Диагностика и профилактика психосоматических и соматизированных расстройств в общемедицинской практике.....	22
5. Современные подходы к терапии психосоматических и соматизированных психических расстройств в общемедицинской практике	25
Заключение	33
Список литературы	34

ВВЕДЕНИЕ

Частое сочетание расстройств психической и соматической сферы предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общей практики. Тенденции к интеграции психиатрической и общесоматической помощи привели к известному взаимному обогащению интернистов и психиатров знаниями о взаимоотношениях соматической и психической патологии, но до настоящего времени подход к классификации таких соотношений остается неоднозначным.

Роль психического фактора в клинике, происхождении, и лечении общих заболеваний известна врачам давно. Так, один из основоположников отечественной научной медицины М.Я. Мурдов указывал, что «...одни люди заболевают, от телесных причин, другие от душевных возмущений» и отмечал важную роль психосоматического фактора в лечении больных. Признанию значения психического фактора при общих заболеваниях в отечественной медицине способствовали идея целостности организма в норме и патологии, сформулированная выдающимися клиницистами 19-го века Г.И.Захарьиным, С.П.Боткиным, особенно использование в клинической медицине принципа нервизма, который был заложен И.М.Сеченовым, И.П.Павловым, А.Д. Сперанским (цит. по Ковалеву В.В., 1984) [1].

У пациентов общей медицинской практики психические расстройства часто протекают в форме различных соматизированных синдромов и имитируют серьезные соматические заболевания – ишемическую болезнь сердца (ИБС), заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические, гинекологические и другие болезни. Кроме того, у пациентов общей медицинской практики соматические заболевания могут сочетаться с разнообразными невротическими и соматоформными расстройствами (конверсионными, ипохондрическими, тревожно-фобическими, паническими атаками), а также с депрессивными расстройствами различной структуры и глубины [2].

Известно, что многие выдающиеся терапевты, такие как Г. Ф. Ланг, М. В. Черноцкий, А. Л. Мясников, Р.А.Лурия, Д.Д.Плетнев отводили психическому фактору существенное место в этиологии и патогенезе ряда соматических заболеваний [3,4,5]. Не вызывает сомнений, что в возникновении и развитии таких заболеваний как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет и ряда других соматических заболеваний одно из ведущих мест занимает психогенный фактор. Игнорирование психосоматической составляющей этих болезней и переоценка собственно соматических расстройств могут явиться причиной многочисленных малоэффективных обследований и упущенного времени для оказания необходимой медицинской помощи.

Современное развитие клинической психиатрии предполагает интеграцию специализированной психиатрической помощи в широкую медицинскую практику. В этих целях сотрудниками Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан было предпринято исследование по выявлению и изучению психических расстройств у пациентов первичной медико-санитарной помощи, результаты которого отражены в данных методических рекомендациях.

1. Психосоматические и соматопсихические соотношения в общей клинической практике

Возрастающее внимание к роли психического фактора при соматических заболеваниях привело в 30-е - 40-е годы XX века к возникновению 2-х научно-практических направлений в клинической медицине: психосоматического и соматопсихического. Первое из этих направлений первоначально было тесно связано с теорией и практикой психоанализа. Второе направление, созданное В.А. Гиляровским [6,7], Е.К. Краснушкиным [8] и рядом других советских психиатров как материалистическая антитеза психоаналитически ориентированной «психосоматике», ставило акцент на изучении психических нарушений, связанные с соматическими изменениями.

Дальнейшее развитие этих направлений характеризовалось, ослаблением позиций психоанализа З. Фрейда в «психосоматике» и постепенным преодолением метафизического противопоставления психосоматического и соматопсихического подходов к исследованию взаимоотношений личности и организма в условиях патологии [1].

О.П.Вертоградова [9] в своих работах указывает на то, среди психических расстройств, наблюдавшихся в общемедицинской практике, наиболее четко выделяются 3 группы. В первых двух группах отчетливо выявляется роль психогенного фактора. При этом в первой из них, психогенные механизмы выступают в качестве основной причины, вызывающей аффективные реакции и состояния, развивающиеся в едином комплексе с вегетативными и, отчасти, эндокринными нарушениями. В динамике это может приводить к формированию собственно психосоматических расстройств и даже заболеваний.

Во второй группе психогенные аффективные нарушения проявляются как реакция личности на соматическое неблагополучие, содержащее угрозу физическому существованию или возможность утраты социальных ролевых позиций. Согласно наблюдениям автора, несмотря на наличие соматического заболевания, истинные соматогенные механизмы, не являясь ведущими в генезе аффективных нарушений, создают, однако, «астенический фон», облегчающий формирование депрессии по закономерностям невротического реагирования. В подобных случаях причиной депрессии со снижением или временной утратой трудоспособности оказывается не расстройство соматического уровня, а аффективные нарушения, выступающие в тесной взаимосвязи с ними, но являющиеся генетически более сложными.

Для третьей группы влияние психогенных факторов не всегда очевидно, а сами состояния выступают в своих фасадных проявлениях как трудно диагностируемые, характеризующиеся превалированием соматических жалоб и ощущений.

Таким образом, в результате многолетних исследований, проведенных сотрудниками Московского НИИ психиатрии под руководством проф. О.П.Вертоградовой [10], были выделены три группы депрессивных расстройств, наиболее часто встречающихся в общемедицинской практике:

- 1) депрессивные расстройства при психосоматических заболеваниях;
- 2) аффективные нарушения, развивающиеся на фоне соматических болезней;



3) маскированные депрессии.

В.В.Ковалев [1] считает, что депрессивные состояния, наблюдающиеся у больных общесоматической практики, могут быть также разделены на 3 группы, но в несколько ином плане: соматопсихические депрессии, соматизированные депрессии, и психогенные депрессии при соматических (включая психосоматические) заболеваниях.

Наиболее полно структура психосоматических и соматопсихических соотношений представлена в методическом пособии, выполненном в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского группой авторов в составе: Л.В.Ромасенко, И.В.Абрамовой, М.Г.Артюховой И.М.Пархоменко [2], которые выделяются три группы состояний:

1). СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ, при которых психические расстройства развиваются как преимущественно соматогенные или психогенные (нозогенные) – личностные и невротические реакции на факт установления у пациента соматического заболевания. При этом у каждого пациента формируется сугубо индивидуальное представление о своем заболевании и отношение к нему, характеризующееся внутренней картиной болезни, которая может быть отнесена к трем основным типам:

– **адекватная внутренняя картина болезни** – правильное отношение к своему заболеванию, при котором больные адекватно оценивают тяжесть имеющегося заболевания, его прогноз, охотно придерживаются рекомендаций врача по лечению, соблюдению режима и диеты.

– **неадекватная внутренняя картина болезни** – иррациональное отношение к болезни, когда у больных отмечается ипохондрическая переоценка своего состояния, легко развиваются тревожные, тревожно-фобические и депрессивные реакции.

– **анозогнозическая внутренняя картина болезни** – пренебрежительное отношение к болезни, её отрицание. Эти больные недооценивают серьезность соматических расстройств и возможных неблагоприятных последствий, отказываются от дополнительных обследований и лечения, необоснованно прекращают наблюдение у специалистов.

2). ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫЙ ТИП СООТНОШЕНИЙ, когда психические расстройства имитируют соматическую патологию и проявляются в форме маскированных, соматизированных психических расстройств (невротические, соматоформные, аффективные). При этом отмечается не соответствие характера и тяжести жалоб пациента объективным данным клинического обследования и выявленным расстройствам, отсутствие эффекта от проводимой адекватной терапии.

3). НЕЗАВИСИМЫЕ СООТНОШЕНИЯ, при которых соматические и психические расстройства сосуществуют. Сочетание психического и соматического заболевания представляет трудности диагностики в связи с иснажением характера жалоб, патологическим изменением клиники, в которой отражается сосуществование симптомов как соматического, так и психического расстройства.

Таким образом, результаты современных исследований свидетельствуют о том, что психические расстройства либо «симулируют» соматическую патологию (сома-

тизируются), либо истинные соматические расстройства развиваются у личности, уже имеющей те или иные психические нарушения, либо сама соматическая патология провоцирует развитие тревожно-депрессивных расстройств. Кроме того, психические расстройства очень часто являются коморбидными другим, соматическим заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер – психической и соматической – усугубляют друг друга, значительно снижая качество жизни пациентов и порой приводя к тяжелым последствиям.

1.1 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В происхождении психических расстройств наблюдавшихся в общесоматической практике, определенную роль играют психогенные механизмы, которые, вступая в сложные взаимоотношения с соматогенными и личностными факторами, формируют психосоматические расстройства. Структуру психосоматических расстройств в значительной степени определяют аффективные расстройства [11].

Наиболее сложны для оценки соотношения аффективных и соматических расстройств в группе заболеваний, традиционно относимых к психосоматическим – гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, заболевания желудочно-кишечного тракта и др. Наряду с существующими представлениями о психосоматических расстройствах на этапе невротического развития [12], высказывается мысль о близости патогенетических механизмов психосоматических состояний и депрессий [13].

Полученные Вергоградовой О.П. [14] данные по изучению гипертонической болезни отражают общие закономерности динамики аффективных нарушений в условиях психогенно-травмирующей (стрессовой) ситуации с учетом индивидуальных и средовых особенностей реагирования. По наблюдениям автора тревожные депрессии первых этапов, выступающие как единый психосоматический комплекс, сменяются постепенно формирующими стойкими пролонгированными состояниями с нарастанием удельного веса тоскливых компонентов и эндоформности структуры. Сопоставимые закономерности отмечаются и в зарубежной литературе [15]. При заболеваниях, обнаруживающих элементы фазности, были выявлены иные закономерности. При таких болезнях, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, диагностически неясная группа сердечных заболеваний с болевым синдромом и нарушениями ритма, аффективные расстройства чаще выявлялись как эпизоды или достаточно очерченные фазы выраженной или соматизированной (маскированной) депрессии. Причем для начальных этапов более характерны тревожно-депрессивные состояния, а для удаленных – тоскливы с выраженностью витального компонента.

Указанные варианты депрессий схожи с «тимолатическими эквивалентами» и «синдромом сдвига», описанными J.J.Lopez Ibor [16], характеризующимися по наблюдениям авторов чередованием психосоматических и депрессивных расстройств и участием психогенных моментов в их происхождении. Наряду с этим, значительное участие психогенных факторов в происхождении описываемых вариантов депрессий в значительной степени сближает их с группой психосоматических заболеваний и позволяет выделять общие черты их структуры и, в особенности, динамики [17].

Тесная связь, «координированность» аффективных, вегетативных и психосоматических расстройств отчетливо выступает в картине депрессивных (тревожных) раптур, развивающихся нередко в манифесте депрессий – чаще эндогенной природы. Эти состояния, возникающие нередко в тесной зависимости от экзогенных влияний, благодаря остроте, выраженности вегетативных реакций и аффекта тревоги или страха расцениваются неадекватно и, благодаря этому длительное время оказываются вне поля зрения психиатров. Однако, несмотря на установленную связь этих состояний с депрессиями, их не следует рассматривать в рамках маскированных депрессий, в большей мере это вегетативно-аффективные кризы, в которых «жизненные» по К. Шнейдеру чувства перекрывают «психические» [18].

1.2 СОМАТИЗИРОВАННЫЕ (МАСКИРОВАННЫЕ) ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Первые попытки ограничить самостоятельный тип депрессивной болезни, характеризующийся доминированием соматовегетативной симптоматики, осуществили В. Цимбал и Д.Д. Плетнев в 1927 году. В этом плане представляет интерес работа Д.Д. Плетнева «К вопросу о соматической циклотимии» [19], в которой впервые был поставлен вопрос о соматических расстройствах как о симптомономплексе, составляющем единственное проявление циклотимии. В своей работе Д.Д. Плетнев привел два клинических наблюдения, в которых наиболее характерными симптомами являлись периодические колебания массы тела, нарушения менструального цикла, полового влечения, активности и нарушения сна. В Европе маскированную депрессию впервые описал в 1928г. Ланге.

В 1973г. состоялся международный симпозиум по маскированным депрессиям, на котором было выработано следующее определение: «Маскированными депрессиями называются депрессивные состояния независимо от их причин, при которых соматические симптомы настолько преобладают в клинической картине, что полностью скрывают депрессию». В дальнейшем это определение было принято ВОЗ и стало, таким образом, общепринятым [20].

К широкому кругу маскированных (лягвированных) депрессивных состояний относят и так называемые соматизированные депрессии, описанные в работах Р. Kielholz [21,22] и W. von Baumgert [23]. В зарубежной литературе имеется тенденция отождествлять маскированные депрессии с соматизированными [24-26], что, по мнению отдельных российских авторов, неправильно, учитывая возможность и других клинических вариантов маскированной депрессии, в частности обессессивно-фобического, алкогольного и др. [1, 27].

В.В. Ковалев [1] считает, что соматизированные эндогенные и психогенные депрессии – это частное выражение общего явления соматизации психических расстройств, характерного для патоморфоза психических заболеваний в последние десятилетия. Автор с позиций развиваемой им концепции психического дигенеза указывает на то, что механизм соматизации психических расстройств может быть понят как переход на онтогенетически наиболее ранний уровень сомато-вегетативно-инстинктивного нервно-психического реагирования вследствие

болезненного подавления или дезорганизации деятельности более зрелых в онтогенетическом отношении уровней нервно-психического реагирования.

А.М. Понизовский [20], описывая клинику маскированной депрессии, указывает на то, что жалобы больных носят исключительно соматический или вегетативный характер, что может направить врача по ложному диагностическому пути. Наиболее часты жалобы на болевой синдром различной локализации и интенсивности. Это могут быть головная, зубная боль, боль в области шеи, спины или поясницы, в горле, приступообразная острая боль в животе и т.п.

Т.Г. Вознесенская также считает, что одной из наиболее распространенных масок депрессивного состояния являются стойкие (хронические) боли (алгии), которые могут локализоваться практически в любой части тела [28]. Так, описывают карди-алгии [29] – ноющие или щемящие боли в верхушечной или прекордиальной области, слабой или умеренной интенсивности, длительностью до нескольких часов, часто сопровождающиеся ощущениями «проколов» той же локализации, а также жжение в прекордиальной или паракстернальной области, сопровождающееся гипералгезией межреберных промежутков. В ряде публикаций сообщается о стойких абдоминальгиях, являющихся масками депрессии [30-32]. Эти боли носят характер диффузных тупых, постоянных ощущений, охватывают несколько отделов живота, отличаются упорством и выраженностью. В 70% случаев боль сопровождается нарушением моторики кишечника (понос или запор). Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстой кишки.

Среди алгических масок депрессии описывается эссенциальная головная боль [33-35]. Она характеризуется как ноющая, монотонная, распирающая, давящая или стягивающая (но не пульсирующая), с ощущением давления вокруг или позади глаз. Как правило, такие боли локализованы в затылочной, височной или лобной области.

К алгическим маскам депрессии относят также атипичные или идиопатические лицевые боли [36-39] – пульсирующие, сверлящие, ноющие ощущения, одно- или двусторонние, диффузные, локализующиеся в области верхней и нижней челюсти, лба, щек, вокруг рта. Как правило, распространение болевых ощущений не соответствует зонам иннервации. Боли мигрируют по всей поверхности лица, отличаются значительной продолжительностью (недели, месяцы и даже годы), упорным течением. Разновидностями лицевых болевых ощущений являются глоссалгия и стоматалгия, локализующиеся в соответствующих участках ротовой полости (язык, десны, слизистая оболочка рта и глотки). По характеру они могут быть садняющими, жгучими, распирающими или покалывающими.

Помимо болей, в спектр депрессивных «масок», по мнению ряда авторов [1, 20, 40, 41, 42], включаются парестезии, анорексия, приступы астмы, экземы, зрителевые, псoriasis и дерматозов, кардиоваскулярные, гастроинтестинальные и респираторно-легочные «эквиваленты», периодическая рвота и т. д. Поскольку соматические маски депрессий могут охватывать довольно широкий спектр вегетативных расстройств и органофункциональных симптомов, они способны «симулировать» симптоматику практически любого известного заболевания.



А.М.Понизовский [20] из симптомов, наиболее часто встречающихся в качестве «масон» депрессивных расстройств приводит следующие: нарушения сна – 98%, усталость – 83%, нарушение аппетита – 7,1 %, потеря массы тела – 63%, головная боль – 42 %, болевой синдром (шея, спина) – 42 %, желудочно-кишечные симптомы – 36 %, сердечные – 25 %.

А.Д.Доильница [40] в своих исследованиях описывает возрастные особенности маскированных депрессий. Автор указывает, что в детском возрасте маскированная депрессия может проявляться только характерологическими изменениями, снижением школьной успеваемости, приступами возбуждения или периодическим плачем, энурезом, сосанием пальцев. Для юношеского возраста характерно психопатоподобное поведение, криминальные действия. И только в среднем и пожилом возрасте соматические и вегетативные нарушения выступают на первое место в клинической картине маскированной депрессии.

Наибольшие трудности вызывает дифференциальная диагностика маскированных депрессий у больных в поздневозрастной группе на начальных этапах заболевания, т. к. для этой возрастной категории вообще характерны разнообразные телесные ощущения, вызванные висцеро-вегетативными сдвигами. Это и понятно, потому что с возрастом происходит перестройка всех систем организма на новый функциональный уровень, в том числе и гипоталамической области, которая тесно связана с вегетативными функциями. Являясь важнейшим звеном в системе активаций, гипоталамическая область активирует кору больших полушарий, без чего невозможны дифференцированные раздражения и адекватный ответ в соответствии с разнообразными как соматическими, так и висцеральными импульсами. Измененный с возрастом биологический фон способствует более легкому возникновению сомато-неврологических заболеваний, за которыми, в ряде случаев, просматривается скрытая депрессия в пожилом возрасте.

Диагностика маскированных депрессий в условиях общемедицинской практики крайне сложна. К.Н.Арцадьевой и О.Ф.Ершовым [41] было исследовано 104 больных маниакально-депрессивным психозом, леченых в поликлиниках общесоматических стационарах (главным образом: терапевтических или хирургических). При этом 79 больных лечились амбулаторно, а 25 находились в стационаре. Как правило, до этого в течении нескольких месяцев многочисленные лабораторные исследования не обнаруживали отчетливых отклонений от нормы, а симптоматические средства, назначаемые пациентам, не приносили им сколько-нибудь заметного облегчения.

Л.В.Ромасенко [43] в своих работах указывает на то, что для диагностики маскированной депрессии имеет значение тщательный анализ анамнестических и катамнестических данных – преодоличность и фазность течения, внезапность возникновение и редукция соматовегетативных расстройств, их сезонность, суточные колебания выраженности соматовегетативных расстройств, полиморфизм симптоматики, возможность смены у одного и того же пациента жалоб в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами, стойкие нарушения сна и др.

Лечение этого контингента больных у врачей общесоматической сети, которые применяют симптоматические средства, не влияющие на базисную симптоматику

может способствовать затяжному течению указанных состояний [44,45]. Число заболеваний и синдромов, включаемых в спектр депрессивных проявлений, все более расширяется как за счет некоторых заболеваний традиционно психосоматического круга, так и включения других, преимущественно соматизированных (маскированных) психических расстройств, но их феноменологическая типология и нозологическая структура до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Таким образом, вопросы диагностики и дифференцированного лечения психосоматических и соматизированных психических расстройств представляют собой одну из актуальных проблем как психиатрии, так и многих других клинических дисциплин. В клинике психосоматических и соматизированных психических расстройств у пациентов общей медицинской практики особое место занимают аффективные нарушения гипотимного полюса – депрессии [46,47]. В отношении последних прослеживаются две очевидные тенденции: большая их выявляемость и признание в их возникновении роли соматических заболеваний. Обе эти тенденции непосредственно касаются как психиатров, так и интернистов.

2. Клиническая структура депрессивных расстройств у пациентов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

На базе Республиканского научно-практического центра психиатрии, Психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан проведено обследование 1350 пациентов учреждений первичной медико-санитарной помощи (г. Алматы и Энбеншиназахский район Алматинской области). Из них жители города составили 476 человек (35%), а сельское население – 874 человека (65%). Исследование проводилось путем сплошного скринингового обследования пациентов ПМСП с целью выявления субклинических и клинических признаков депрессии.

Клинико-психопатологический анализ депрессивных расстройств был проведен в отношении 230 пациентов ПМСП (17,1% от общего числа обследованных), у которых при скрининговом обследовании были выявлены клинические признаки депрессии.

Выявленные у пациентов ПМСП депрессивные расстройства в диагностическом отношении можно было квалифицировать по МКБ-10 как депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 13%, легкий или умеренный депрессивный эпизод, дистимия (F32-F34) – 51,7%, депрессии в рамках невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F45) – 35,3%. Структура депрессивных расстройств пациентов ПМСП в соответствии с диагностическими критериями по МКБ-10 представлена на рисунке 1.

Признаки депрессивного расстройства органической природы (F06.32) были выявлены у 30 больных (13% от общего числа пациентов ПМСП с депрессивными расстройствами). Ведущую роль в генезе дисфункции центральной нервной системы (ЦНС) у этих пациентов играли сосудистые поражения головного мозга вследствие атеросклероза и гипертонической болезни (26 пациентов – 86,7%),



Рисунок 1. Квалификация по МКБ-10 депрессивных расстройств, выявленных у пациентов ПМСП.

травматическая этиология встречалась гораздо реже (4 пациента – 13,3%). В соответствии с критериями МКБ – 10 депрессивным расстройствам у этих пациентов предшествовало соматическое расстройство (сосудистое заболевание головного мозга) или черепно-мозговая травма и оно не было спровоцировано какой-либо психотравмирующей ситуацией. Симптомы депрессии у этих пациентов сочетались с другими признаками органического заболевания головного мозга: жалобами церебрального характера, метеозависимостью, эмоциональной лабильностью, различной степени выраженности когнитивными и мнестическими нарушениями, неврологической микросимптоматикой (при осмотре невропатологом выставлялся диагноз – дисциркуляторная энцефалопатия). Практически у всех этих больных выявлялся стойкий астенический фон, а подавленное настроение появлялось чаще в осенне-весенние периоды на фоне усиления астенических психических расстройств с раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, частыми головными болями и колебаниями артериального давления. По клиническим проявлениям депрессивные расстройства при органическом заболевании головного мозга чаще носили характер астенических (23 больных – 76,7%) и дисфорических (5 больных – 16,7%) депрессий, другие клинические типы депрессий встречались в единичных случаях – 6,6% (тревожный, сенесто-ипохондрический). Синдромальная структура депрессивных состояний в рамках органических психических расстройств представлена на рисунке 2.

Наиболее часто (119 больных – 51,7%) у пациентов ПМСП выявлялись признаки

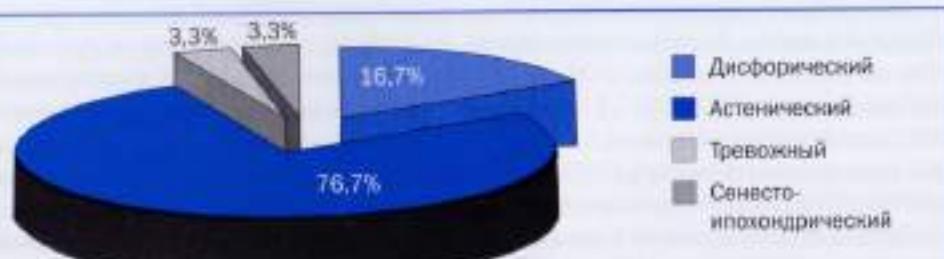


Рисунок 2. Синдромальная структура депрессивных расстройств органической природы (F06.32) у пациентов ПМСП.

депрессивных расстройств, соответствующих критериям рубрики МКБ-10 «Аффективные расстройства настроения», при которых основным нарушением является изменение аффекта или настроения, чаще в сторону угнетения. Полученные в настоящем исследовании данные соответствуют анализу наблюдений, проведенных на базе Российского кардиологического научно-производственного комплекса им. А.Л. Мясникова и клиники факультетской терапии и интервенционной кардиологии ММА им. И.М. Сеченова, согласно которым у больных с кардиальным синдромом наиболее часто выявлялись аффективные расстройства настроения [48].

Выявленные у пациентов ПМСП при настоящем обследовании депрессивные расстройства характеризовались преимущественно легкой и средней степенью тяжести: легкий депрессивный эпизод (F32.0) – 59 пациент (49,6% от общего количества больных с аффективными расстройствами настроения) и умеренный депрессивный эпизод (F32.1) – 30 пациентов (25,2%). Реже состояние больных можно было квалифицировать как рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0-F33.9) – 21 пациент (17,6%) и хронические (аффективные) расстройства настроения (F34.0-F34.1) – 9 пациентов (7,6%).

Депрессивные расстройства определялись общими диагностическими критериями соответствующих рубрик МКБ-10, предусматривающих стойкое (не менее 2 недель) снижение настроения или утрату интереса и удовольствия от любых видов деятельности, изменение в повседневной жизни в виде снижения работоспособности и социальной дезадаптации с нарушениями в соматической сфере. Депрессивные эпизоды, выявлявшиеся у пациентов ПМСП, по клиническим проявлениям имели некоторые особенности:

- маскированный (соматизированный) характер депрессивных расстройств;
- аноногнозия депрессивного расстройства, проявлявшаяся в том, что больные, даже отмечая подавленное настроение, не расценивали это как психическое расстройство, а связывали свое состояние с обострением соматического заболевания или социальными проблемами;
- гипергнозия соматической патологии, проявляющаяся в высокой субъективной значимости переживаний, связанных с соматическим (телесным) неблагополучием;
- депрессивный фон настроения не имел выраженных суточных колебаний, но был тесно связан с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами;
- полиморфизм проявлений, сочетание подавленного настроения с тревогой, астенией, сверхценными идеями ипохондрического содержания, социофобиями.

В синдромальной структуре депрессий, относящихся к рубрике F3 по МКБ-10, преобладали астенический (37 больных – 31,1%) и апатический (28 больных – 23,5%) типы депрессий. Реже встречались дисфорический (17 больных – 14,3%), меланхолический (14 больных – 11,8%) и анестетический (13 больных – 10,9%) типы. Синдромальная структура депрессивных расстройств, относящихся к аффективным расстройствам настроения представлена на рисунке 3.

Более трети (81 больной – 35,3%) пациентов ПМСП с депрессивными расстройствами составили больные, психические расстройства которых можно было квалифицировать в рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». В данную диагностическую группу были объединены



Рисунок 3. Синдромальная структура депрессивных расстройств, относящихся к рубрике МНБ-10 - «Аффективные расстройства настроения» (F32-F34) у пациентов ПМСП.

депрессивные расстройства, в генезе которых преобладающее значение имели острые и пролонгированные психотравмирующие ситуации. Ведущими симптомами в клинической картине вышеуказанных расстройств у обследованных пациентов ПМСП были депрессия и тревога. По мнению ряда авторов [48, 49] разделение в МКБ-10 тревожно-депрессивных расстройств не вполне соответствует клинической реальности, поскольку в 96% случаев депрессии сопутствует тревога. По мнению Ван Прага (цит. по Ромасенко Л.В. с соавт., 2008), депрессия и тревога могут рассматриваться как две симптоматические стадии единого аффективного расстройства, характеризующиеся различной пропорцией тревожной и депрессивной симптоматики.

Изучение клинических особенностей синдромальной структуры депрессивных расстройств, которые в материалах настоящего исследования отнесены к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-F49) также показало преобладание тревожного типа депрессий, который был выявлен у 61 пациента, что составило 75,3% от общего количества обследованных данной группы. У 17 пациентов (20,9%) психическое состояние можно было квалифицировать как сенесто-ипохондрическую депрессию, а другие клинические типы депрессивных расстройств встречались в этой группе редко: апатический тип – 2

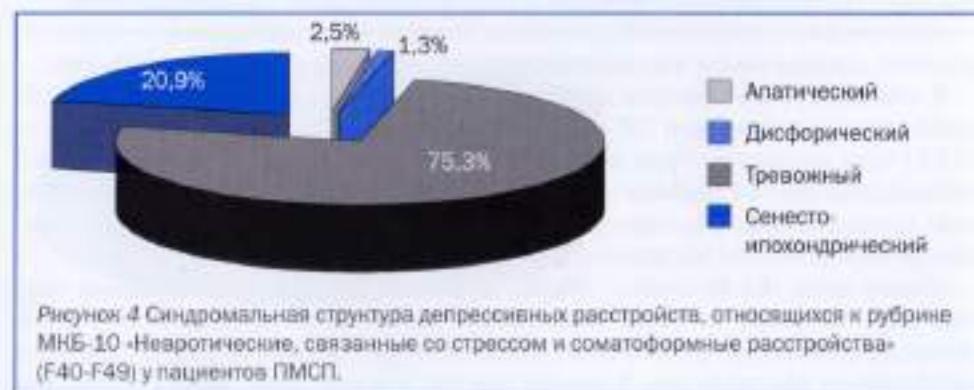


Рисунок 4 Синдромальная структура депрессивных расстройств, относящихся к рубрике МНБ-10 - «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-F49) у пациентов ПМСП.

больных (2,5%) и дисфорический тип – 1 больной (1,3%). Синдромальная структура депрессивных расстройств, относящихся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», которые были выявлены у пациентов ПМСП, представлена на рисунке 4.

В соответствии с критериями МКБ-10 пациентам были установлены следующие диагнозы: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 29 больных (35,8%), расстройства адаптации (F43.2) – 41 больной (50,6%) и соматоформные расстройства (F45.0-F45.3) – 11 больных (13,6%), что представлено на рисунке 5.

Представленные на рисунке 5 данные наглядно свидетельствуют о том, что наиболее часто (50,6%) среди пациентов данной группы выявлялись признаки **расстройства адаптации: кратковременная депрессивная реакция** (F43.20) – 17 больных (21%), у которых отмечались неглубокие психогенные депрессивные расстройства длительностью не более 1 месяца; **пролонгированная депрессивная реакция** (F43.21) – 11 больных (13,6%), когда депрессивные расстройства развивались на фоне длительной психотравмирующей ситуации в течение периода, не превышающего 2 года, и **смешанная тревожная и депрессивная реакция** (F43.22) – 13 больных (16%).

Расстройства адаптации развивались у обследованных пациентов как реакции на изменения жизненного стереотипа, индивидуально психологически значимые психотравмирующие события, препятствующие полноценному социальному функционированию. Среди стрессовых факторов у пациентов ПМСП особое место занимали психотравмирующие моменты, связанные с установлением диагноза соматического заболевания (нозогенез): страх перед различными видами обследования, опасения по поводу возможно неблагоприятного, опасного для жизни прогноза выявленного заболевания, страх утраты трудоспособности, социального престижа и др. Эти переживания вызывали у больных психологически понятное чувство тревоги и подавленное настроение. Формированию клинических признаков депрессивного расстройства способствовали преморбидные тревожно-мнительные и дистимические черты характера, дополнительные социально-стрессовые факторы, снижающие адаптивные возможности пациента (неблагоприятные жилищные и



Рисунок 5. Распределение пациентов ПМСП с депрессивными расстройствами в соответствии с диагностическими критериями рубрики МНБ-10 F40-F49.

материально-бытовые условия, конфликтные взаимоотношения с родственниками, переживание разлуки с близкими, одиночество и др.).

Клиническая картина депрессии в группе пациентов с расстройством адаптации формировалась в соответствии с симптомами основного соматического заболевания, как бы повторяя жалобы, ощущения больных, их представления о внешних проявлениях соматического заболевания, по поводу которого они наблюдались у терапевта. При этом симптомы соматической патологии утяжелялись симптомами депрессии, что проявлялось в характерных клинических признаках: несоответствие субъективно тяжелого состояния пациента объективно выявляемой соматической патологии, малая эффективность от патогенетической терапии основного соматического заболевания. Эти данные подтверждают результаты исследований Л.Ю. Хлебниковой (2004) [50], в которых указывается на особенности клинических характеристик депрессивных расстройств у больных в общей медицинской практике. В своей работе автор указывает на феномен «воспроизведения» в картине депрессии симптомов соматического заболевания, даже если эта болезнь существует в стадии ремиссии.

Более чем у трети больных с депрессивными расстройствами, квалифицированными по критериям МКБ-10 в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», выявлялись признаки смешанного депрессивного и тревожного расстройства (F41.2) – 29 больных (35,8%). Клиническая картина депрессий у этих больных характеризовалась большей долей тревожных расстройств. Постоянное чувство тревоги, которое испытывали эти пациенты, в основном было связано с опасениями за свое здоровье, часто переходящее в страх «внезапной смерти от сердечного приступа» (кардиофобия) или внезапной смерти от инсульта при повышении артериального давления. Приступы тревоги и страха по своим клиническим проявлениям были схожи с паническими атаками и сопровождались массивными соматовегетативными расстройствами: сердцебиение, ощущение перебоев в сердце, повышение артериального давления, ощущение жара, сменяющееся ознобом, чувство нехватки воздуха и т.п. Особенностью этих состояний было их учащение при углублении депрессивных расстройств, связанном с дополнительными психотравмирующими факторами. В анамнезе этих больных часто имелись указания на внезапную смерть близкого человека в связи с заболеванием сердца или инсультом. При расспросе эти пациенты, как правило, не предъявляли жалоб на тревогу, страхи и подавленное настроение. Они были полностью фиксированы на соматических ощущениях и активно предъявляли жалобы на приступы сердцебиений, одышку, подъемы АД, сопровождающиеся «полубморочным» состоянием с чувством онемения различных частей лица и конечностей. Свое подавленное настроение они считали «нормальным» для человека, страдающего тяжелым соматическим заболеванием. Постоянное чувство тревоги они связывали с ожиданием «сердечного приступа» или «гипертонического криза», опасались остаться в этот момент без посторонней помощи, поэтому часто настаивали на стационарном лечении, так как под наблюдением медперсонала приступы становились реже или совсем прекращались.

Соматоформные расстройства (F45.0-F45.3) были выявлены у 11 пациентов

ПМСП, что составило 13,6% от общего количества больных с депрессивными расстройствами. Психическое состояние этих пациентов в синдромальном отношении можно было квалифицировать как сенесто-ипохондрические депрессии. В соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10 в данную группу были отнесены пациенты ПМСП, которые настойчиво предъявляли жалобы на соматические расстройства и постоянно требовали проведения различных обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии объективных признаков соматического заболевания. Даже при наличии отчетливых депрессивных и тревожных симптомов, установлении связи возникновения симптоматики с негативными событиями и психотравмами, эти пациенты категорически отвергали возможность психогенной обусловленности имеющихся расстройств. Они негативно относились к беседе с психиатром, соглашались на только для того, «чтобы доказать свое психическое здоровье». Они трудно поддавались психотерапевтической коррекции, продолжали настаивать на физической природе своего заболевания и необходимости продолжения дальнейшего обследования. Демонстративность в поведении этих больных, манерность, особая эмоциональность в предъявлении жалоб и описание тяжести своего состояния, свидетельствовали об участии в формировании соматоформных расстройств истерических черт личности этих больных.

В соответствии с диагностическими критериями рубрик МКБ-10 F45.0-F45.3 пациентам были установлены следующие диагнозы: соматизированное расстройство (F45.0) – 3 больных (3,7% от общего количества пациентов, отнесенных к рубрике F40-F49 по МКБ-10), соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (F45.30) – 4 больных (4,9%) и соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы (F45.33) – 4 больных (4,9%).

Эти больные предъявляли массужалоб, которые носили полисистемный характер, иногда с преобладающей фиксацией на сердечно-сосудистой и дыхательной системах. Это были жалобы на головные боли и головокружения, боли в груди с нетипичной для истинных кардиальных болей иррадиацией (вверх в шею и голову), одышку с приступами нехватки воздуха и ощущением «кома» в горле, спастические боли в животе и тошноту, общую слабость, периодическое повышение температуры тела, покраснение и зуд отдельных участков кожи и т.п. Несмотря на многочисленные обследования, соматической патологии у этих пациентов не выявлялось либо тяжкие субъективные ощущения больного не соответствовали объективно выявляемой соматической патологии. В связи с постоянным чувством неудовлетворенности в проводимых обследованиях эти больные были раздражительны, слезливы, заявляли о том, что в связи с болезнью, общей слабостью они не способны выполнять свои обязанности, вынуждены оставить работу. Фон настроения этих больных был подавлен с ощущением безнадежности, иногда больные говорили, что их беспокоят мысли о смерти. Суицидальные высказывания чаще носили демонстративно-шантажный характер с целью добиться очередного обследования или госпитализации.

Преувеличенные опасения за свое здоровье, чрезмерная фиксация на мнимых симптомах соматического заболевания, постоянное стремление к многочисленным

обследованиям, противопоставление собственных представлений о природе имеющихся расстройств результатам объективных обследований позволяли квалифицировать имеющиеся у этих пациентов расстройства как сенесто-ипохондрические депрессии.

Таким образом, анализ синдромальной структуры выявленных у пациентов ПМСП депрессивных расстройств позволил определить некоторую предпочтительность отдельных клинических типов депрессий в структуре психически расстройств по МКБ-10. Так, «депрессивное расстройство органической природы» (F06.32) наиболее часто проявлялось в форме астенического (76,7%) и дисфорического (16,7%) типов депрессивных расстройств; депрессии в структуре «эффективных расстройств настроения» (F32-F34) у пациентов ПМСП также чаще проявлялись в форме астенического (31,1%) и апатического (23,5%) типов, а для «невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств» (F41-F45) наиболее характерными оказались тревожный (75,3%) и сенесто-ипохондрический (20,9%) типы депрессий.

Сводные данные о клинических типах депрессивных расстройств, наблюдавшихся у пациентов ПМСП в рамках психических расстройств, относящихся к различным рубрикам МКБ-10, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Клиническая структура типов депрессивных расстройств, квалифицированных в различных рубриках МКБ-10

Клинический тип депрессии	Депрессивные расстройства						Итого:	
	F06.32		F32-F34		F41-F45			
	А.ч.	%	А.ч.	%	А.ч.	%		
Меланхолический	-	-	14	11,8	-	-	14 6,1	
Апатический	-	-	28	23,5	2	2,5	30 13	
Дисфорический	5	16,7	17	14,3	1	1,3	23 10	
Аnestетический	-	-	13	10,9	-	-	13 5,7	
Астенический	23	76,7	37	31,1	-	-	60 26,1	
Тревожный	1	3,3	8	6,7	61	75,3	70 30,4	
Сенесто-ипохондрический	1	3,3	2	1,7	17	20,9	20 8,7	
Итого:	30	100	119	100	81	100	230 100	

3. Коморбидность депрессивных расстройств с somатической патологией

Анализ коморбидности депрессивных расстройств с somатической патологией проводился по 4 заболеваниям, наиболее часто встречавшимся среди обследованного контингента ПМСП и традиционно относящимся к психосоматическим: артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет (СД) и бронхиальная астма (БА).

Из числа пациентов ПМСП, у которых были выявлены депрессивные расстройства, вышеуказанные somатические заболевания изолированно или в различных их сочетаниях встречались у 123 больных (53,5%). Наиболее часто у пациентов ПМСП депрессивные расстройства отмечались у больных с артериальной гипертензией (82 пациента – 66,7%) и ишемической болезнью сердца (67 пациентов – 54,5%), нередко, в их сочетании, реже депрессивные расстройства выявлялись у больных сахарным диабетом (23 больных - 18,7%) и бронхиальной астмой (15 больных - 12,2%).

Результаты настоящего исследования показывают, что «существование» психических и somатических расстройств практически никогда не бывает «независимым». Анализ анамнестических сведений обследованных пациентов ПМСП позволил установить, что влияние депрессивных расстройств на клинику и течение somатических заболеваний возможно в следующих вариантах:

- **этиологический**, когда депрессивное расстройство предшествовало somатической патологии, которая развивалась вторично по патогенетическому механизму психосоматического расстройства (14 больных – 11,4%);
- **сенсибилизирующий**, при котором депрессия являлась эмоциональным фоном, ослабляющим защитные механизмы организма, что предрасполагало к развитию somатической патологии (часто генетически обусловленной) (12 больных – 9,8%);
- **декомпенсирующий**, когда somатическая патология предшествовала депрессии, возникновение которой вызывало обострение хронического somатического заболевания (32 больных – 26%);
- **патопластический** эффект проявлялся в искалечении типичной картины somатического заболевания, что прослеживалось в нехарактерных для данного somатического расстройства жалобах больного, в полиморфности и изменчивости симптоматики, существенно затрудняющих диагностику somатического заболевания (54 больных – 43,9%);
- **патокинетический** эффект заключался в ухудшении динамики somатического заболевания, резистентности к проводимой терапии, что приводило к быстрому исчерпанию компенсаторных возможностей отдельных органов и систем организма больного, неблагоприятному прогнозу somатического заболевания со стойкой утратой трудоспособности (11 больных – 8,9%), что показано на рисунке 6.

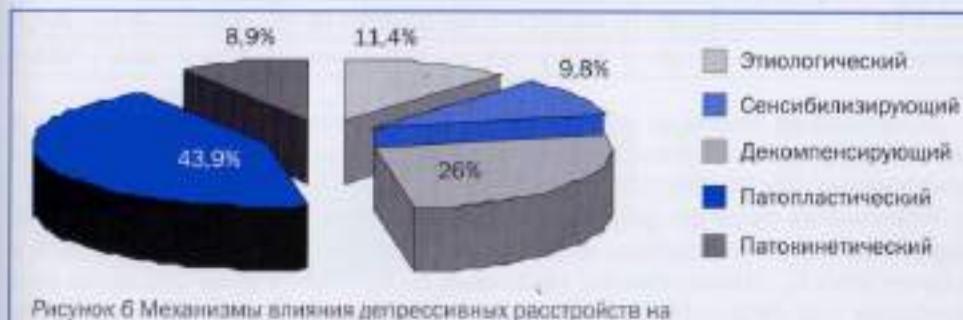


Рисунок 6. Механизмы влияния депрессивных расстройств на клинику и течение somатической патологии.

Изучение влияния депрессивных расстройств на клинику и течение соматической патологии у пациентов ПМСП показало, что наиболее часто (43,9%) депрессивные расстройства влияли на клиническую картину соматической патологии путем усугубления тяжести предъявляемых больными жалоб, что не соответствовало объективным показателям соматического состояния пациентов, т.е. депрессии оказывали патопластическое влияние на клинику соматического заболевания. Психогенные депрессии чаще оказывали декомпенсирующее влияние (26%), что клинически проявлялось в объективном ухудшении (декомпенсации) соматического состояния пациентов в условиях психотравмирующих ситуаций.

Анализ клинических наблюдений сочетания депрессивных расстройств с соматической патологией позволил выявить некоторую предпочтительность (но не абсолютную избирательность) клинических форм депрессий при отдельных соматических заболеваниях или их сочетаниях.

Таблица 2

Клиническая структура депрессивных расстройств при различных формах соматической патологии

Соматические расстройства	Депрессивные расстройства						Итого:	
	F06.32		F32-F34		F41-F45			
	А.ч.	%	А.ч.	%	А.ч.	%	А.ч.	%
Артериальная гипертензия (АГ)	5	16,7	2	7,2	23	35,4	30	24,4
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	2	6,7	4	14,3	11	16,9	17	13,8
Сахарный диабет (СД)	2	6,7	-	-	2	3,1	4	3,3
Бронхиальная астма (БА)	-	-	3	10,7	5	7,7	8	6,5
АГ + ИБС	11	36,7	10	35,7	17	26,1	38	30,9
АГ + СД	3	10	5	17,8	2	3,1	10	8,1
АГ + БА	1	3,3	1	3,6	2	3,1	4	3,3
ИБС+СД	4	13,2	3	10,7	2	3,1	9	7,3
ИБС+БА	2	6,7	-	-	1	1,5	3	2,4
Итого:	30	100	28	100	65	100	123	100

Соматическая патология у обследованных пациентов ПМСП отмечалась как в форме отдельного соматического заболевания (48%), так и в различных сочетаниях соматических расстройств (52%).

Клиническая структура депрессивных расстройств у больных артериальной гипертензией характеризовалась явным преобладанием депрессий, относящихся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F41-F45) – 76,7%. Депрессии, относящиеся к органическим психическим расстройствам (F06.32), составили 16,6%, а депрессии, которые можно было

квалифицировать как аффективные расстройства настроения (F32-34) – 6,7% (рисунок 7).



Рисунок 7. Клиническая структура депрессивных расстройств у больных с монодиагнозом – артериальная гипертензия

У больных с ишемической болезнью сердца также преобладали депрессии, относящиеся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F41-F45) – 64,7%. На втором месте по частоте в данной группе стоят депрессии, относящиеся к аффективным расстройствам настроения (F32-34) – 23,5%, а депрессии органической природы (F06.32) составили 11,8% (рисунок 8).

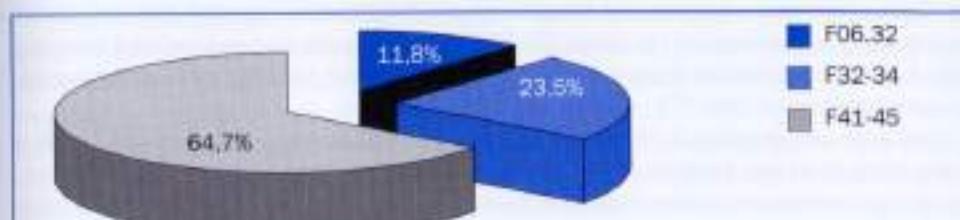


Рисунок 8. Клиническая структура депрессивных расстройств у больных с монодиагнозом – имишемическая болезнь сердца

Клиническая структура депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой характеризовалась двумя вариантами депрессий: депрессии, относящиеся к рубрике МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F41-F45) - 62,5% и депрессии, квалифицированные в рубрике МКБ-10 «Аффективные расстройства настроения» (F32-34) – 37,5% (рисунок 9).

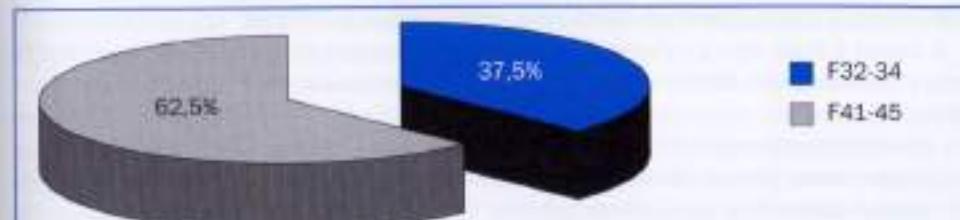
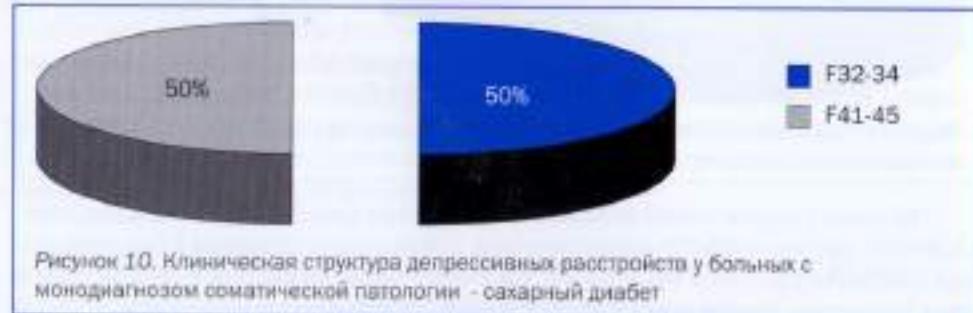


Рисунок 9. Клиническая структура депрессивных расстройств у больных с монодиагнозом – бронхиальная астма.

Среди обследованных пациентов ПМСП было только 4 больных с сахарным диабетом, что не позволяет сделать никаких-либо статистически значимых заключений, можно только отметить, что при данной форме соматической патологии в равных долях выявлялись депрессии, относящиеся к органическим психическим расстройствам (2 пациента – F06.32) и депрессии в структуре невротических, связанных со стрессом расстройств (2 пациента – F43.21) – рисунок 10.



Несколько иной представляется клиническая структура депрессивных расстройств у больных с сочетанной соматической патологией, где доля депрессивных расстройств органической природы (32,8%) вдвое больше, по сравнению с пациентами с соматическим монодиагнозом (15,3%), у которых явно преобладают невротические депрессии (69,4%).

Статистические данные позволяют сделать вывод о том, что сочетание двух и более соматических заболеваний является фактором, предрасполагающим к развитию органического поражения головного мозга (преимущественно сосудистого генеза), проявляющегося депрессивными расстройствами органической природы.

4. Диагностика и профилактика психосоматических и соматизированных расстройств в общемедицинской практике

Распознание психических расстройств у пациентов ПМСП в ряде случаев осложняется диссимилятивными либо аноногнозическими тенденциями самих пациентов, их установками на «признание» соматической природы их страдания, отвержением возможности «дискредитирующего» психиатрического диагноза.

В связи с этим при диагностике депрессивных расстройств у пациентов ПМСП следует учитывать выявленные при настоящем исследовании их клинические особенности:

- соматизированный характер депрессивных расстройств;
- аноногнозия депрессивного расстройства;
- типергнозия соматической патологии;
- отсутствие выраженных суточных колебаний настроения;
- связь ухудшения соматического состояния с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами;

- полиморфизм и полисистемный характер предъявляемых больными соматических жалоб.

При диагностике депрессивного расстройства у больных, страдающих соматической патологией, следует учитывать, что влияние депрессии на клинику и течение соматических заболеваний возможно в следующих вариантах:

- **этиологический**, когда депрессивное расстройство предшествует соматической патологии, которая развивается вторично по патогенетическому механизму психосоматического расстройства;
- **сенсибилизирующий**, при котором депрессия является эмоциональным фоном, ослабляющим защитные механизмы организма, что предрасполагает к развитию соматической патологии;
- **декомпенсирующий**, когда соматическая патология предшествует депрессии, возникновение которой вызывает обострение хронического соматического заболевания;
- **патопластический эффект**, проявляющийся в исказении типичной картины соматического заболевания;
- **патокинетический эффект**, проявляющийся в ухудшении динамики соматического заболевания, резистентности к проводимой терапии.

Анализ социальных и личностных характеристик пациентов ПМСП показал, что к группе риска по развитию депрессивных расстройств относятся женщины, в возрасте 20-29 лет и 50-59 лет с преобладанием в структуре личности тревожных и эмотивных черт характера. При изучении анамнеза этих пациентов следует обращать внимание на психотравмирующие события в прошлом (потеря члена семьи, миграция, потеря работы и др.) и их влияние на возникновение и течение соматических расстройств или преходящие периоды плохого самочувствия без верифицированной соматической патологии. Приоритетными в диагностике все же являлись основные критерии депрессии, описанные в МКБ-10.

Из социальных факторов, влияющих на развитие депрессивных расстройств, для лиц городского населения существенное значение имеют факторы семейного неблагополучия и неудовлетворенности жилищными условиями, а для жителей сельской местности преобладающее значение имеет фактор материального неблагополучия.

Для выявления депрессивных расстройств у пациентов ПМСП, определения их клинических особенностей и глубины, рекомендуется использование хорошо зарекомендовавших себя на практике инструментов скрининга депрессивных расстройств: шкалы ЦУНГА, Гамильтона, HADS и др.

Важной предпосылкой адекватной ранней диагностики депрессивных расстройств у пациентов общей медицинской практики является организация оптимального диагностического процесса, построенного на междисциплинарном сотрудничестве специалистов-интrenистов и психиатров. В этом отношении следует рекомендовать к применению на практике алгоритм действий и тактику врачей ПМСП при выявлении у пациентов признаков депрессивных расстройств, показанный в таблице 3.

Таблица 3

Алгоритм действий и тактика врача ПМСП при выявлении у пациента признаков депрессивного расстройства

Норма	Поощрение поведения При необходимости направление на консультацию к психологу (психологическая коррекция, направленная на повышение стрессоустойчивости пациента, психопрофилактическая беседа)
Субклинические признаки тревоги и(или) депрессии	Направление на консультацию к психотерапевту (психотерапевтические методы)
Клинически выраженная тревога и(или) депрессия	Направление на консультацию к психиатру (психофармакотерапия)

Таким образом, диагностика и профилактика психосоматических и соматизированных расстройств у пациентов ПМСП должны проводиться комплексно и основываться на двух взаимосвязанных аспектах - не только собственно клинико-диагностическом, но и организационно-методическом. Основные направления этой деятельности: психогигиеническое, диагностическое, терапевтическое, социально-реабилитационное и организационно-методическое, содержание которых показано в таблице 4

Таблица 4
Комплекс мероприятий по диагностике и профилактике депрессивных расстройств у пациентов ПМСП.

№ п/п	Основные мероприятия	Содержание и методы работы
1	Психогигиенические	Психопрофилактическая разъяснительная работа с населением через средства массовой информации, направленная на профилактику депрессивных расстройств и повышение стрессоустойчивости Повышение уровня деонтологической грамотности медицинских работников ПМСП в отношении профилактики ятрогений и нозогений у больных с somатической патологией
2	Диагностические	Своевременное выявление среди пациентов ПМСП лиц с депрессивными расстройствами: - обучение врачей общемедицинской практики методам выявления депрессивных расстройств

		у больных с somатической патологией - приближение психиатрической службы к широким слоям населения, организация в структуре учреждений ПМСП кабинетов психотерапевтической и социально-психологической помощи
3	Терапевтические	-Своевременное направление лиц с депрессивными расстройствами к психотерапевтам и психиатрам для оказания им квалифицированной специализированной помощи -Своевременная госпитализация лиц с депрессивными расстройствами в психосоматические и психотерапевтические отделения психиатрических стационаров
4	Социально-реабилитационные	Ресоциализация лиц с депрессивными расстройствами, направленная на повышение качества их жизни и уровня социального функционирования (социальная помощь в решении жилищных и материальных проблем)
5	Организационно-методические	Включение в учебные программы додипломной и последипломной подготовки и переподготовки врачей различных специальностей вопросов диагностики и профилактики депрессивных расстройств Проведение специалистами психиатрами, психотерапевтами и медицинскими психологами семинаров-тренингов с врачами, работающими в учреждениях ПМСП, по вопросам диагностики, терапии и профилактики депрессивных расстройств

5. Современные подходы к терапии психосоматических и соматизированных психических расстройств в общемедицинской практике

Анализ клинической картины психических расстройств, выявленных у пациентов ПМСП, показал преобладание сложных синдромальных состояний, в структуре которых тревога и депрессия сочетаются с ипохондрической фиксацией пациентов на имеющихся у них somатических расстройствах, сопровождаются нарушениями сна, раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью и другими симптомами, существенно снижающими качество жизни этих больных. В связи с чем, главной стратегией фармакотерапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов

общемедицинской практики является её комплексыный характер, обеспечивающий устранение или ослабление всего спектра клинических проявлений.

Для снятия тревожного компонента психоэмоциональных нарушений, наблюдающихся у пациентов общеизвестной практики, врачи терапевты и невропатологи наиболее часто используют применение транквилизаторов, в частности бензодиазепинов, обладающих выраженным анксиолитическим эффектом. Вместе с тем бензодиазепины, практически не обладают вегетостабилизирующими свойствами. Снимая аффективный компонент тревоги, они практически не оказывают положительного влияния на её соматизированный компонент, проявляющийся различными вегетативными дисфункциями. При этом больные отмечают некоторое общее «успокоение», улучшение сна, но продолжают предъявлять массу необоснованных жалоб соматического характера. Несмотря на широкую популярность транквилизаторов, им присущи общеизвестные недостатки, характерные для всех бензодиазепиновых анксиолитиков: общая заторможенность, сонливость, вялость, снижение работоспособности, миорелаксация, ослабление когнитивных функций, нарушение концентрации внимания, развитие толерантности и привыкания при длительном ненконтролируемом приеме, синдром отмены, широкий спектр междилечебного взаимодействия.

Второй группой лекарственных средств, широко используемых в лечении тревожных и депрессивных расстройств, являются антидепрессанты. В последние годы они все более активно внедряются в общеизвестную практику. Это и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Не умаляя их достоинств, все же следует отметить, что применение их в общеизвестной практике требует тщательного индивидуального подбора препарата с учетом его преимущественного стимулирующего или седативного эффекта. Так, некоторые из антидепрессантов, обладающих выраженным стимулирующим действием, оказывая несомненно положительный тимоаналитический (улучшающий настроение) эффект, могут не только не снижать уровень тревоги, но даже его усиливать. Растормаживающий эффект может усиливать скрытые суицидальные тенденции и провоцировать реализацию суицидальных намерений. Поэтому применение отдельных видов антидепрессантов должно быть строго аргументировано клиническим типом депрессии, определение которого для врачей общей практики бывает крайне затруднительно.

Все вышесказанное заставляет обратить серьезное внимание на поиск адекватных и безопасных средств терапии психосоматических и соматизированных психических расстройств среди представителей других фармакологических групп.

Одной из наиболее широко применяемых в настоящее время групп психотропных средств являются нейролептики. Эти препараты давно используются в психиатрии, но у врачей общеизвестной практики не пользуются популярностью. Это связано с необоснованно сложившимся мнением о том, что препараты этой группы предназначены только для лечения тяжелых психических расстройств, таких как шизофрения и другие психозы. Многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями уже давно доказано, что сфера их применения далеко перешагнула

пределы психиатрической практики и охватывает чрезвычайно широкий спектр психических расстройств пограничного уровня, включая психосоматические и соматизированные расстройства.

Перспективы, связанные с возможностью применения нейролептиков в неврологии и общесоматической практике стали прослеживаться с введением в клиническую медицину так называемых «атипичных», «малых» нейролептиков. Так, широко известен хорошо зарекомендовавший себя опыт применения препарата эглоний в гастроэнтерологической практике для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из представителей этой группы особое внимание врачей самых различных специальностей в последние годы привлекает еще один препарат – тиоридазин (Сонапакс), главной особенностью которого является широкий спектр одновременных клинико-фармакологических эффектов, совокупность которых столь необходима при терапии соматизированных и соматоформных расстройств. Уникальностью препарата Сонапакс является его сочетанное действие: антипсихотическое, анксиолитическое, антифобическое, антидепрессивное, психостимулирующее и вегетостабилизирующее. Таким образом, Сонапакс является нейролептиком, антидепрессантом и транквилизатором одновременно [51, 52].

Применение Сонапакса для лечения психосоматических и соматизированных психических расстройств позволяет эффективно редуцировать полиморфную симптоматику (тревогу, депрессию, раздражительность, вегетативные расстройства, нарушения сна и др.) и при этом избежать полипрограммии, удешевить лечение. Он без осложнений сочетается с основными препаратами, применяемыми в терапевтической практике, и хорошо переносится больными, даже страдающими серьезной сопутствующей соматической патологией. Особенностью данного препарата является его успешное применение в педиатрической (детям от 4-х лет) и геронтологической практике.

Для лечения психосоматических и соматизированных психических расстройств в общеизвестной практике рекомендуется применять Сонапакс в дозе от 40 до 75 мг/сутки. Терапевтический эффект наступает уже на 5-6-е сутки. Курс лечения составляет не менее 3-4 недель и при необходимости может быть индивидуально продлен.

Как уже было отмечено выше, к психосоматическим относятся ряд соматических заболеваний (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная астма, синдром раздраженного кишечника и др.) в этиологии и патогенезе которых существенное значение имеют тревожно-депрессивные расстройства, связанные с психотравмирующими ситуациями. Лечение этих заболеваний только препаратами, предназначенными для терапии соматической патологии, не дает стойкого положительного эффекта, что требует включения в комплекс терапевтических мероприятий психотропных препаратов, оказывающих анксиолитическое (противотревожное), антидепрессивное и седативное действие. Это могут быть различные сочетания антидепрессантов с транквилизаторами и снотворными препаратами, следствием чего становится полипрограммия, при этом практическому врачу бывает сложно прогнозировать возможные неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть от нежелательного сочетания тех или иных препаратов, с учетом того,

что эти больные, как правило, принимают значительное количество лекарств, необходимых для лечения основного соматического заболевания. Поэтому, применение для лечения психосоматических расстройств препарата Сонапакс, обладающего полигипнотической активностью, является наиболее эффективным и безопасным.

В качестве клинического примера, применения Сонапакса в комплексной терапии психосоматического расстройства – бронхиальной астмы, приводится следующее наблюдение.

Больная А.Н.А., 1969г.р., находилась на стационарном лечении в психосоматическом отделении РНПЦ ППН с 21.04.2006г. по 19.05.2006г. с основным клиническим диагнозом: Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). Диагноз соматической патологии: Бронхиальная астма. Эмфизема легких ДИ I.

ИЗ АНАМНЕЗА: Наследственность психическими заболеваниями у близких родственников не отягощена. Родилась 4-й из 5-ти детей в семье. Отец умер, когда ей было 3 года, мать умерла в 2005г от сердечно-сосудистого заболевания. Мать по характеру была сильной, сама вырастила детей. Постоянно помогала соседям, не отказывалась ни от какой работы: помимо основной работы, шила платья, пекла хлеб и т.д. Наша больная родилась здоровой, в детстве болела лишь простудными заболеваниями. В школу пошла с 7 лет, до 4 класса была «отличницей». Была активной, веселой, общительной. Из предметов больше любила гуманитарные науки. Обучалась на уйгурском языке. В школе была председателем отряда, занималась в кружке художественной самодеятельности, пела в хоре. После окончания 10 класса хотела поступить в педагогическое училище, но не прошла по конкурсу, устроилась работать на фабрику, затем обучалась на технолога в г.Джамбуле, но мама была против, и через год, она оставила учебу, в дальнейшем работала в магазине. В возрасте 18 лет познакомилась с будущим мужем, который через 2 месяца увез ее к своим родственникам. Муж был сиротой, воспитывался у дяди, поэтому поженились без свадьбы. Первое время жили хорошо, но через полгода муж пришел домой и сказал, что уходит. Больная «была в шоке», «ничего не могла понять». Тогда чувствовала себя плохо, плакала постоянно. Через 4 месяца муж вернулся. Родила дочь. Роды прошли благополучно. После рождения дочери переехали в Туркестан, «утоворил дядя мужа», пообещав хорошую работу, но в итоге работа была в колхозе по сбору урожая. Там впервые заболела воспалением легких. В тот период была беременна вторым ребенком. Хотела уехать к матери, чтобы там родить ребенка, но не успела, родили в Туркестане. В роддоме ее никто не посещал, родственники не помогали. Поэтому она часто плакала. Через некоторое время приехала к матери в г. Алматы, где ее соматическое состояние резко ухудшилось: отмечалась потеря сознания, появилась одышка, был установлен диагноз острой пневмонии, в связи с чем, она лечилась в стационаре. После перенесенной пневмонии развился хронический бронхит с астматическим компонентом (24 года). Жили трудно, с мужем отношения были постоянно натянутые, т.к. муж любил выпить, скандалить, было время, когда он оставался без работы. В 1999г во дворе дома загорелся автобус, огонь перекинул-

ся на дом, «чуть не сгорели», соседи помогли снести вещи. Муж во время пожара получил ЧМТ. Через 4 дня потерял слух, затем получил острый инфаркт миокарда. Больная постоянно наблюдалась у пульмонолога. Последние 7 лет принимает преднизолон, около 3 лет является инвалидом 2 группы в связи с соматическим заболеванием. Заявляет, что «от такой жизни устала», «на душе тоска», часто плачет, в голове постоянно «вертятся плохие мысли», даже мысли «покончить с собой, чем так мучиться». Последнее ухудшение состояния развилось после смерти матери в 2005г. В феврале 2006г пыталась отравиться психотропным и средствами (препараты, которые принимал муж), «но таблеток было мало, всю ночь проспала, наутро была рвота». В марте 2006г перенесла гнойный абсцесс в полости рта. Во время посещения поликлиники была осмотрена психиатром и направлена на лечение в психосоматическое отделение РНПЦ ППН.

ПРИ ОСМОТРЕ: предъявляет жалобы на головную боль, раздражительность, пониженное настроение, нарушения сна, трудность засыпания, выраженную слабость, плаксивость, чувство давления в груди и области затылка, чувство нехватки воздуха, спазмы в горле, часто боли в области сердца, тоску, мысли о беспросветности существования. Выражение лица печальное, слезлива, подавлена, эмоционально лабильна, слабодушна. Фон настроения понижен. Фиксирована на своих переживаниях, на психотравмирующей ситуации в семье. Говорит, что «устала болеть», что последнее время «на душе постоянно тоска», стали чаще посещать мысли о желании жить. Сообщила, что после сумнительной попытки путем отравления, совершенной в феврале 2006 г., раскаивалась, но мысли о нежелании жить временами возвращаются. Желает лечиться, ищет помощи. Критика к состоянию сохранена, имеет сознание болезни.

ПОЛУЧАЛА ЛЕЧЕНИЕ: Реланиум 10мг в/м н/н, нозепам 10мг внутрь 2р/д, коаксил 12,5мг 2р/д, рибоксин 10,0 в/в стр. №10, кавинтон 4 мл в/в кап. на физ.р-ре 200,0 №5, зуфиллин 10,0 + преднизолон 60мл на физ.р-ре в/в кап. №6, супрастин 1мл в/м №5, вит. В1.В6 по 2мл в/м №5, луцетам 15мл на физ.р-ре 100,0 в/в кап. №5, метрогил в/в кап. 100,0 №3, бисакодил 2г. №1, сомнол 7,5 мг н/н, фамотидин 40мг 1р/д., карисил 1т3р/д.

В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ в среде больных держалась отгороженно, была малообщительной. В беседах с врачом продолжали предъявлять жалобы на плохое настроение, «тоску в душе», мысли о беспросветности существования, временами испытывала усиливающуюся к вечеру тревогу, что мешало ей заснуть. В переживаниях больной звучала психотравмирующая ситуация, связанная с внутрисемейными отношениями, а также опасения за неблагоприятный прогноз имеющегося у нее соматического заболевания. Лечение принимала окотно, но заметного улучшения состояния не наблюдалось, в связи с чем была проведена коррекция терапии: антидепрессанты и транквилизаторы были заменены на нейролептик - Сонапакс в дозе 50 мг. в сутки (по 25мг. х 2 раза). Дальнейшее медикаментозное лечение проводилось в сочетании с психотерапией. К концу первой недели приема Сонапакс состояние больной улучшилось: больная с удовлетворением отмечала, что «на душе стало легче», нормализовался сон, прошла головная боль, улучшилось

общее самочувствие, приступов бронхиальной астмы не отмечалось. Больная отпускалась из отделения в адаптационный отпуск, где продолжала чувствовать себя удовлетворительно. Была выписана с улучшением. Рекомендовано консультативное наблюдение у психотерапевта, поддерживающее лечение Сонапаксом в дозе 25мг на ночь, соблюдение режима труда и отдыха.

АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЯ. С детских лет у больной проявлялись экстравертированные черты характера: была активной, веселой, общительной, в школьные годы была председателем совета отряда, занималась в кружке художественной самодеятельности, пела в хоре. В условиях реально имеющихся место психотравмирующих ситуаций у неё развивались кратковременные депрессивные реакции со слезливостью, которые проходили без лечения. Психосоматическое заболевание – бронхиальная астма, развилось на фоне длительной неблагоприятной семейной ситуации, связанной с реальными материальными трудностями и алкоголизацией мужа. Психогенные депрессивные расстройства в дальнейшем усугубляли течение соматической патологии, вплоть до инвалидизации больной. В свою очередь, прогрессирующее течение соматической патологии, влияло на клинику депрессии, придавая ей тревожно-тоскливый характер: больная заявила, что «от такой жизни устала», «на душе тоска», в голове постоянно «вертятся плохие мысли», даже мысли «покончить с собой, чем так мучиться». Больная совершила суициdalную попытку на фоне углубления депрессивных расстройств, вследствие дополнительной психотравмы – смерть матери. Таким образом, развившуюся у больной депрессию можно квалифицировать как невротическое смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) в этиологии которого прослеживаются как психологические, так и соматогенные факторы. Проводимое лечение антидепрессантами в сочетании с транквилизаторами оказалось малоэффективным. Заметное улучшение как психического, так и соматического состояния наступило на фоне терапии Сонапаксом, который был рекомендован для дальнейшей поддерживающей терапии в амбулаторных условиях.

В качестве клинического примера успешного применения препарата Сонапакс при лечении соматизированного тревожно-депрессивного расстройства приводится следующее наблюдение.

Больная Т., 1949г.р., находилась на лечении в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК с диагнозом: Артериальная гипертензия 2 ст. Ожирение 3 ст. Сопутствующие заболевания: Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2).

ИЗ АНАМНЕЗА известно, что наследственность не отягощена. Отца не помнит, мать развелась с ним, когда ей было 5 лет, знает, что он был военным офицером, употреблял спиртное. Мать по характеру терпеливая, общительная, веселая. Наша пациентка родилась старшей из двух детей, заботилась о младшем брате, росла послушной, требовательной, помогала маме по дому. В детстве перенесла коклюш, ветряную оспу. Росла общительным ребенком, сидела в пионерские лагеря. В школе училась средне, увлекалась спортом. После окончания школы работала санитаркой

в больнице. После конфликта на работе уволилась по собственному желанию. В период конфликтной психотравмирующей ситуации впервые (в возрасте 23 лет) отмечался подъем АД до 130/80 мм рт.ст. Получив среднее медицинское образование, в дальнейшем работала медицинской сестрой. В возрасте 23 лет вышла замуж, родила двух детей. Взаимоотношения с мужем часто были конфликтными из-за его злоупотребления алкоголем. В возрасте 37 лет перенесла стресс, связанный с внезапной смертью мужа. Тяжело переживала утрату, но «смогла самостоятельно справиться с горем». После смерти её матери, которую она также тяжело перенесла, стали отмечаться частые подъемы АД (47 лет). Состояние стало резко ухудшаться с 2001г., когда от онкологического заболевания умерла её дочь. Стали отмечаться внезапные резкие подъемы АД до высоких цифр, шум в ушах. Находилась на лечении в соматическом стационаре с диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия, артериальная гипертония, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, protrузия дисков Z4-Z5, Z5-S1. В период пребывания в больнице появился страх быть парализованной, стала вспоминать, как умирала ее дочь; настроение стало стойко подавленным, беспокойства постоянная тревога.

ПРИ ОСМОТРЕ предъявила жалобы на общую слабость, неудовлетворенность сном, «дискомфорт в голове», «шум в ушах», ноющие боли в пояснице и по задней наружной поверхности правой ноги с «чувством онемения», колебания АД в сторону повышения, отсутствие работоспособности. Высыпала выглядела подавленной, во время беседы периодически на глазах появлялись слезы. Выявились актуальные переживания, связанные с потерей дочери. Говорила о том, что не дает себе «разрешения на веселье, смех, отдых... ушла в работу». Эмоциональный фон представлялся сниженным. Отмечала снижение способности к концентрации внимания, забывчивость. Высказывала озабоченность по поводу своего соматического неблагополучия, была фиксирована на неприятных ощущениях в различных частях тела. В личностной сфере выявлялись тревожно-мнительные черты характера. В период пребывания в стационаре в целях купирования тревожно-депрессивных расстройств получала лечение транквилизаторами (реланиум до 10мг/сут., нозепам до 20мг/сут.) в сочетании с антидепрессантом из группы СИОЗС - флуоксетин до 40мг/сут, а также препараты, улучшающие мозговое кровообращение, симптоматическое, общеукрепляющее лечение. Была выписана с улучшением.

ПОСЛЕ ВЫПИСКИ около месяца чувствовала себя неплохо, затем вновь появилась тревога, колебания АД, нарушился сон, появился страх за свое здоровье. Часто посещала участкового врача-терапевта, принимала гипотензивные препараты, но стойкого улучшения состояния не отмечалось. Самостоятельно обратилась за помощью к психиатру. При осмотре предъявила жалобы на головную боль в затылочной области, тянувшего характера, головокружение, частые перебои в сердце и ощущение сердцебиения, колебания АД, раздражительность, тревожность, пониженное настроение, плаксивость, звон в ушах. Фон настроения объективно представлялся подавленным, со слезами на глазах рассказывала о смерти дочери и других трагедиях в её жизни. В последнее время чувствует себя одинокой. Свои ощущения и постоянную тревогу связывала с тем, что у неё часто повышается артериальное

давление и боится оказаться беспомощной при ухудшении соматического здоровья. Больная сама отмечала, что в последнее время «стала рассеянной», появилась «забывчивость». В эмоциональной сфере выявились признаки раздражительной слабости и лабильности.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ было продолжено препаратом Сонапакс в дозе по 25мг. 3 раза в сутки. В результате проводимого лечения уже к концу первой недели приема препарата в психическом состоянии больной стала прослеживаться положительная динамика: исчезла тревога, настроение улучшилось, сон восстановился, стала более активной, появилось ощущение восстановления сил. В процессе психотерапевтической коррекции у больной удалось выработать критичное отношение к имеющим место психическим расстройствам и положительные установки на будущее. Стабильное улучшение состояния с полной редукцией тревожно-депрессивных расстройств наступило после систематического приема данного препарата в течение 1 месяца. Постепенно доза препарата Сонапакс была снижена до 25мг. 1 раз в сутки на ночь с последующей полной отменой.

АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЯ. В детские годы больная была послушной, общительной, охотно посещала спортивные занятия, кружок хора, увлекалась конным спортом. После окончания средней школы легко осваивала трудовые навыки младшего медицинского работника, охотно выполняла любые процедуры, стремилась к повышению квалификации. С 1972г. (23г.) у неё в условиях стрессовых ситуаций стали прослеживаться признаки вегетативной дисфункции – эпизодическое повышение АД (соматические симптомы тревоги и депрессии). Впервые значительное повышение АД отмечалось в период конфликта на работе, в ходе которого заведующая обвинила ее в непорядочности, и она уволилась по собственному желанию. В дальнейшем прослеживается длительная психотравмирующая семейная ситуация, связанная с алкоголизацией мужа, завершившаяся трагедией – его смертью. Больная отмечает, что тяжело переживала утрату, но «смогла самостоятельно справиться с горем». Затем стрессы, обусловленные утратой близких людей, следовали один за другим: смерть матери, смерть дочери от онкологического заболевания. С 1996г. (47 лет) на фоне депрессивных переживаний по поводу смерти матери повышения артериального давления стали частыми. Психогенные депрессии, связанные с реальными психотравмирующими факторами оказывали декомпенсирующее влияние на течение сосудистой патологии. Депрессивные расстройства у данной больной чаще клинически проявлялись в форме астено-депрессивного синдрома: больную беспокоила общая слабость, неудовлетворенность сном, «дискомфорт в голове», «шум в ушах», отсутствие работоспособности, слезливость, снижение концентрации внимания, забывчивость. В такие периоды усиливалась озабоченность соматическим неблагополучием, фиксировалась на неприятных ощущениях в различных частях тела (соматизация депрессии). В содержании депрессивных переживаний преобладали мысли об утрате дочери, одиночество, что позволяло квалифицировать эти состояния как относящиеся к рубрике МКБ-10 «Нейротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» F41.2 - «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство». В данном случае лечение антидепрессантами из группы СИОЗС в

сочетании с транквилизаторами дало некоторый положительный эффект, который оказался не продолжительным. Стойкого улучшения психического и соматического состояния удалось достичь при применении препарата Сонапакс.

Таким образом, анализ литературных данных и практических наблюдений показал, что Сонапакс, по своим психофармакологическим характеристикам является препаратом широкого спектра действия, обнаруживает высокую терапевтическую эффективность и безопасность в применении его в общесоматической практике для лечения психосоматических и соматоформных тревожно-депрессивных расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее перспективная тактика оказания эффективной психиатрической помощи пациентам общей медицинской практики на настоящем этапе развития медицины в Республике Казахстан предполагает организацию реального взаимодействия между специалистами различного профиля для выработки оптимальных диагностических, терапевтических, реабилитационных программ, их активное внедрение в повседневную практику.

Разработка алгоритма оказания психиатрической помощи в общей медицинской практике, особенности диагностики, принципы междисциплинарного сотрудничества при терапии психосоматических и соматизированных психических расстройств являются основой развития одного из наиболее прогрессивных видов медицинских технологий.

В настоящих методических рекомендациях обобщены результаты углубленного исследования клинической структуры психических расстройств, выявленных при скрининговом обследовании пациентов первичной медико-санитарной помощи. Показано, что значительную долю из них составляют психосоматические и соматизированные психические расстройства, диагностика которых у пациентов ПМСП представляет определенные сложности. Учет психосоматических и соматопсихических соотношений необходим для обоснования выбора врачебной тактики в каждом конкретном случае – построения адекватной клинической модели болезни, этапов обследования и терапии, реализации междисциплинарного принципа ведения больного с учетом компетенции смежных специалистов.

Важным условием успешного лечения психосоматических и соматизированных психических расстройств является адекватный подбор психофармакотерапии. К наиболее эффективным методам лечения следует отнести терапию, направленную на купирование тревожных и депрессивных расстройств. Традиционное применение в этом отношении транквилизаторов и антидепрессантов не всегда бывает достаточно эффективным. Устойчивая положительная динамика, как в психическом, так и в соматическом состоянии больного наблюдается при назначении нейролептика – Сонапакс, рекомендуемого к внедрению в общую клиническую практику.

Следует отметить, что Сонапакс имеет высокую фармако-экономическую оценку. Это особенно актуально в условиях постоянного дефицита бюджетных средств. Учи-

тывая высокую терапевтическую эффективность, безопасность в применении и доступность по цене для приобретения его пациентами. Сонапакс может быть широко рекомендован как препарат выбора для лечения психосоматических и соматизированных психических расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковалев В.В. Соматопсихический и психосоматический аспекты депрессий у больных общесоматической практики // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике – М., 1984. – С. 5 – 11.
2. Ромасенко Л.В., Абрамова И.В., Артохова М.Г., Пархоменко И.М. Диагностика и терапия психических расстройств у пациентов общеизделийской практики: Пособие для врачей. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. – 32с.
3. Лурия А.Р. внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1944.
4. Плентев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии. Русская клиника, 1927, т. 7, 36, с. 495-500.
5. Царегородцев Г.И., Шингаров Г.Х. Некоторые философские аспекты психосоматической проблемы. В.кн.: Роль психического фактора в происхождении, терапии и лечении соматических болезней (тезисы докладов). М., 1972, с. 56-75.
6. Гильяровский В.А. Психиатрия. Для врачей и студентов. Изд. 3-е. М.-Л., Межгиз, 1938, с. 669-676.
7. Гильяровский В.А. Старые и новые проблемы психиатрии. М. Медгиз, 1946, с. 104-121.
8. Краснушкин Е.К. Избранные труды. -М., 1960, с. 427-445.
9. Вертоградова О. П. Депрессии в общеизделийской практике (ранняя диагностика, профилактика, лечение) // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 41 – 45.
10. Вертоградова О.П. Депрессия как общеизделийская проблема // Медицина для всех. – 1997; 2:4. – С 10-12.
11. Измайлова Н.Т. Депрессивные расстройства в общеизделийской практике и некоторые аспекты их лечения // Медицина. – 2002. - №6. – С. 86 – 88.
12. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970.
13. Niemura L., Alanth J. Depression Associated with hypertension. Psychiatr. J. of University of Ottawa, 1980, 5, 1, P. 58-62.
14. Вертоградова О.П. К проблеме депрессии в общеизделийской практике // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. -М., 1984. – С. 12-17.
15. Lesse S. Relationship of anxiety to depression // Am. J. Psychother., 1982. V. 36, N 3. P. 332-349.
16. Lopez Ibor J.J. Depressive equivalents // In: Masked depression – Bern – Stuttgart – Vienna, 1973. - P. 97 – 118.
17. Ромасенко Л. Б., Хлебникова Л. Ю. Типология депрессий у пациентов терапевтического стационара. // Рос. психиатр. журн. 2003; 3: С.30-33.
18. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart; 1955;
19. Плентев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии. Русская клиника, 1927, т. 7, 36, с. 495-500.
20. Понизовский А.М. Маскированная депрессия // Фельдшер и акушерка. – М., 1988. – №12. С. 36-40.
21. Kielholz P. In: Masked Depression. Stuttgart – Vienna, 1973, p. 11-13.
22. Kielholz P., Poldinger W., Adams C. Masked Depression. Deutscher Arzte – Verlag, Köln – Lovenich, 1982.
23. Bayer von W. Larvierte und atipische Depressionen als internistisches und allgemeinarztliches Problem. – Internist, 1974, Bd. 15, S.227.
24. Geisler L. In: Masked Depression. Stuttgart – Vienna, 1973, p.218-225.
25. Hippius H., Vuller J. In: Masked Depression. Stuttgart – Vienna, 1973, p. 198-203.
26. Schmidlin P. In: Masked Depression. Stuttgart – Vienna, 1973, p. 14-25.
27. Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытая депрессия в практике врачей. Минск, 1981, 239 с.
28. Вознесенская Т.Г. и др. Депрессии в неврологической практике. М., 1998; с. 56-70.
29. Хэггин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М.: Триада-Х, 2001.
30. Lorenzo CD, Youssef NN et al. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. J Pediatr 2001; 139 (6): 838-43.
31. Sanz de la Garza CL, Gamez Guerrero S, Serrano Guerra E, Gutierrez Casares JR. Recurrent abdominal pain in primary care: study of functional recurrent abdominal pain. An Esp Pediatr 2000; 53 (5): 458-68.
32. Sperber AD, Drossman DA. Chronic Functional Abdominal Pain (CFAP). Curr Treat Options Gastroenterol 2000; 3 (4): 315-28.9.
33. Гхайер Д., Головная боль. В кн.: Неврология. Под редакцией М. Самузльса. Пер. с англ. М.: Практика, 1997.
34. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. Headache 2000; 40 (1): 3-16.
35. Ulrich V, Russell MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. Pain 1996; 67 (2-3): 501-6.
36. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001.
37. Gundel H, Ladwig KH, Wolowski A et al. Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms. Schmerz 2002; 16 (4): 285-93.
38. Reher P, Harris M. Idiopathic facial pain-Part 1: Definition, classification and etiology. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1998; 53 (4): 189-94.
39. Zakrzewska JM. Facial pain: Neurological and non-neurological. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2002; 72: 27-32.
40. Домлыницина А.Д. Диагностика маскированной депрессии у пожилых людей в амбулаторных условиях // Методические рекомендации. Ленинград, 1991. 19с.
41. Арцадьева К.Н., Ершов О.Ф. Скрытые депрессии в общесоматической практике // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Ленинград, 1994 25с.
42. Kielholz P. Pseudosomatique des maladies dépressives. Dépressions masquées et équivalents somatiques. In: La dépression masquée. Berne, Stuttgart, Vienne, 1973, p. 11-13.
43. Ромасенко Л. В. Депрессивные расстройства в общеизделийской практике // Терапевтический архив – М., 2006. Е.78, №10. – С. 5 - 8.



ДЛЯ ЗАМЕТОК

44. Katon W., Kienman A., Rosen G. Depression and somatization: A review. *Amer. J. Med.*, 1982, v. 72, N 1, p. 127-135.
45. Graig T.J., Van Netta P.A. Current Medication Use and Symptoms of Depression in a General Population. *Amer. J. Psychiat.*, 1978, v. 135, p. 1036-1039.
46. Трифонов Б.А. Патоморфоз психических расстройств при соматических заболеваниях: Автореферат дисс... докт. мед. наук. - М., 1980. - 25с.
47. Sartorius N. Epidemiology of Anxiety // *Pharmakopsychiat* - 1980; 13:5; 249-253.
48. Ромасенко Л.В., Артюхова М.Г., Зорин А.В. Диагностика и терапия психических расстройств у больных кардиальным синдромом X: Пособие для врачей - М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. - 20с.
49. Чахаев Ю.О., Ершова Е.М. Депрессия у больных с хроническими болевыми синдромами (диагностика и терапия): Пособие для врачей. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. - 16с.
50. Хлебникова Л.Ю. Клиническая характеристика атипичных (маскированных) депрессивных расстройств у больных общей медицинской практики: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2004. - 23с.
51. Сиротченко Т.М., Михайлова Н.М. Сонапакс в клинической практике // *Рус. Мед. Журн.* - 2004, -т.12, №10. - С. 1-11.
52. Sedvall G., Pauli S., Farde L. et al. Recent developments in PET scan imaging of neuroreceptors in schizophrenia // *Isr. J. Psychiat. Relat. Sci.* - 1995. - v.32. - P. 22-29.