

УДК 616.89-008.454

Герасименко Л.О., Ісаков Р.І.

МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ В ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Депресивні стани у 40% випадків не діагностуються вчасно. В подібній ситуації пацієнти не отримують адекватного лікування, що призводить виникнення хронічної психічної патології. Виявлено, що поліморфність клінічної симптоматики маскованих депресій зводилася до п'яти узагальнених варіантів: алгічно-сенестопатичного, агрипничного, діенцефального, обсесивно-фобічного, наркоманічного.

Ключові слова: масковані (соматогенні, соматоформні) депресії, соматопсихічні розлади.

Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних у теорії та практиці сучасної медицини. Протягом ХХ сторіччя спостерігалося невинне зростання депресивних розладів, особливо їх рекурентних форм, серед населення провідних держав світу. Така ж тенденція характерна і для початку ХХІ століття [3]. Зокрема, за даними ВООЗ, уніполярні депресивні розлади, що є лише однією з клінічних груп в загальній структурі депресивної патології, несуть величезний тягар для суспільства [1]. Ці розлади займають четверте місце серед усіх захворювань населення, причому у віковій групі 15-44 роки вони знаходяться на другому місці за тяжкістю наслідків, складаючи 8,6% від кількості років життя, втрачених внаслідок інвалідності. За даними Andrade et al. (2010), поширеність депресій у різних країнах коливається від 8 до 12% і має значну варіабельність. За даними Kessler (2009), у жінок депресивні розлади виявляють у 2 рази частіше, ніж у чоловіків [5]. Згідно з даними прогнозу ВООЗ, у 2020 році депресії стануть другою (після ішемічної хвороби серця) провідною причиною інвалідності.

На відміну від інших видів психічних порушень, депресивні стани у 40% випадків не діагностуються вчасно, тому що при депресіях не психотичного рівня афективна патологія маніфестує переважно у вигляді неврозоподібної сомато-вегетативної симптоматики і хворі спостерігаються лікарями загальної практики. В подібній ситуації пацієнти не отримують адекватного лікування, що призводить виникнення хронічної психічної патології. Найбільш небезпечним є те, що невиявлені депресивні розлади в ряді випадків закінчуються самогубством хворих.

Нами обстежено 117 пацієнтів, які звернулися за допомогою до лікарів загальної практики в 2012-2013 роках. Вік пацієнтів складав від 21 до 64 років. Всі пацієнти були інформовані про участь у даному дослідженні. Даним пацієнтам було встановлено соматичний діагноз, тривалість лікування складала не менш, як 14 днів, покращення від призначеного лікування у даної групи пацієнтів не спостерігалось. До дослідження були залучені як жінки, так і чоловіки. Пацієнти були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного, соціологічного та психодіагностичних методів (шкала депресії Гамільтона, MADRS, Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS), CGI-S. Обстеження проводилося в два

етапи: на консультативному візиті до лікаря психіатра та через 8 тижнів. В ході дослідження виявлено значний відсоток пацієнтів (37,4±2,4%), які страждали на депресивний розлад та не отримували належного лікування. Поліморфність клінічної симптоматики маскованих депресій зводилася до п'яти узагальнених варіантів:

1. Алгічно-сенестопатичного (абдомінальний, кардіалгічний, цефалгічний, паналгічний);
2. Агрипничного;
3. Діенцефального (вегето-вісцеральний, вазомоторно-алергічний, псевдоастматичний);
4. Обсесивно-фобічного;
5. Наркоманічного.

Необхідно враховувати, що масковані депресії лежать в основі соматоформних розладів. Останні, згідно МКХ-10, відрізняються наявністю множинних, повторно виникаючих і часто мінливих симптомів, що мають місце протягом ряду років. Такі пацієнти традиційно вважаються "тяжкими", малокурабельними. Лікуються вони тривало і безрезультатно, часто піддаються різним обстеженням, іноді переносять повторні хірургічні операції, що не приносять полегшення.

Клінічна картина депресивного синдрому характеризується основною відомою уже багато років тріадою симптомів: знижений, пригнічений настрій, ідеаторна і моторна загальмованість. Відзначаються гнітюча безвихідна туга, пережиття як душевний біль, загальні обтяжливі відчуття (вітальна депресія), розлади сну, добові коливання стану з погіршенням вранці. Сьогоднішня та майбутнє сприймаються в похмурому світлі. Виникають ідеї самозвинувачення, самознищення, суїцидальні думки. Найбільш характерним соматичним проявом ендогенних депресій, обумовленим симпатикотонією, є тріада В. П. Протопопова (1957) : мідріаз, тахікардія, закрепи. Назва маскованих депресій обумовлена тим, що депресивна симптоматика ховається під «маскою» поліморфної клінічної картини виступаючих на перший план соматичних проявів - «депресивних еквівалентів».

Основними «базовими» симптомами маскованої депресії були встановлені: безліч соматичних скарг сенесто-іпохондричного характеру, які не вкладаються в певну картину конкретного соматичного захворювання. Виражені тенденції до мінливості скарг при тривожній установці в їх описі; нечітка депресивна симптоматика, зміна, погіршення настрою, почуття безнадійності у ви-

гляді відчуття безглуздя життя, песимізм щодо майбутнього; періодичність, сезонність сомато-психічних розладів (частіше навесні або восени); добові коливання настрою з поліпшенням стану у вечірній час, порушення сну; схильність до «розумової жуйки»; нерішучість, ангедонія, зниження професійних інтересів, погіршення контактування з людьми, зниження інтенсивних потягів (харчових, статевих); немотивована тривога; відсутність ефекту від соматотропної терапії при позитивній реакції на антидепресанти.

При проведенні диференційної діагностики депресій необхідно пам'ятати, що їх симптоматика може поєднуватися або бути вторинною по відношенню до соматичної патології (соматогенні, соматоформні депресії). Зокрема, вторинні депресивні реакції можуть виникати при хронічних легеневих, шлунково-кишкових, неврологічних та, особливо, онкологічних захворюваннях. Характерно, що в такому стані значно посилені алгічні відчуття та їх іпохондрична переоцінка. Сезонні загострення гастриту, виразки шлунку або дванадцятипалої кишки можуть поєднуватися з психічними тужливо-астенічними реакціями. Артеріальна гіпертензія частіше спостерігається у тривожно-помисливих, пунктуальних осіб, і на активному етапі перебігу основного захворювання тривожне реагування стає обов'язковим симптомом. Після перенесеного інфаркту міокарду можуть спостерігатися як періоди тривожно-панічного настрою (страх повторення серцевого катастрофи), так і вторинна депресія. Ці психічні «нашарування», як правило, обтяжують перебіг

основного захворювання.

У зв'язку з постійним зростанням депресивних розладів, їх діагностика та адекватне лікування із суто психіатричної проблеми стає проблемою загальноомедициною. Більшість хворих з реактивними, невротичними депресіями і легкими формами ендогенних депресій насамперед потрапляють до лікарів-інтерністів. Тому очевидно є необхідність поширення знань про депресії, їх етіології, патогенез, клініку, діагностику та лікування. Однак, перш за все лікарям загальної практики потрібно пам'ятати, що депресивні стани - це хронічні психічні розлади, що потребують адекватного кваліфікованого лікування. Тому у випадках встановлення депресії або підозри на її наявність хворі повинні бути в обов'язковому порядку проконсультовані психіатром і переведені під його безпосереднє постійне спостереження або (при поєднаній патології) лікування повинне проводитися за його участю.

Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире / Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ, Весь мир, 2001. – 217 с.
2. Кутько И. И. Депрессивные расстройства / И. И. Кутько, В. А. Стефановский, В. И. Букреев, Л. Ф. Шестопалова. – К.: Здоров'я, 1992. – 160 с.
3. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения / Г. Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. – 2003. – № 1. – С. 40–49.
4. Подкорытов В.С. Терапевтические возможности антидепрессантов двойного действия у больных с депрессивными расстройствами / В.С. Подкорытов // НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2008. – № 1 (6). – С. 9–10.
5. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия. Руководство для врачей / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.

Реферат

МАСКИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Герасименко Л.А., Исаков Р.И.

Ключевые слова: маскируемые (соматогенными, соматоформными) депрессии, соматопсихические расстройства.

Депрессивные состояния в 40% случаев не диагностируются своевременно. В подобной ситуации пациенты не получают адекватного лечения, что приводит к возникновению хронической психической патологии. Выявлено, что полиморфность клинической симптоматики маскированных депрессий сводится к пяти обобщенным вариантам: алгически-сенестопатического, агрипнического, дизэнцефально-го, обсессивно-фобического, наркоманического.

Summary

MASKING DEPRESSION IN GENERAL PRACTICE

Herasymenko L. A., Isakov R.I.

Key words: masked (somatogenic, somatoform) depressions.

40% cases of depressions are not diagnosed in time. Therefore patients do not receive adequate therapy that results in the development of chronic mental disorders. It has been found out that masked depression polymorphism of clinical symptoms may be reduced to five generalized variants: pain-and-feeling disorders, insomniac, diencephalic, obsessive-phobic, addictive.