

# Депрессивные расстройства в неврологической клинике

 А.Н. Боголепова

*Кафедра неврологии и нейрохирургии Лечебного факультета РГМУ*

В последние годы во всем мире отмечается рост числа больных, страдающих аффективными расстройствами. Среди аффективных расстройств лидирующее место занимают депрессии, при этом основная часть пациентов с депрессивными расстройствами наблюдается врачами общемедицинской практики, в том числе неврологами.

Депрессия — это одно из наиболее распространенных коморбидных психических расстройств в неврологии, наблюдающееся у 20–50% неврологических больных, а при ряде заболеваний, например, болезни Паркинсона, — у 90%. Наиболее часто депрессия встречается у больных с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения, хроническими болевыми синдромами, эпилепсией, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, пароксизмальными и перманентными вегетативными расстройствами. Несмотря на высокий уровень распространенности, депрессия у неврологических больных часто не диагностируется и не лечится.

## **Взаимное влияние депрессии и основного заболевания**

Депрессия оказывает негативное влияние на качество жизни, динамику симптомов и прогноз основного заболевания. Клинически очерченная депрессия у соматических больных достоверно чаще приводит к инвалидизации, чем соматическое заболевание в отсутствие депрессии. Так, инвалидность у больных с эндогенными и сосудистыми депрессиями устанавливается в 4,2 раза чаще, а с депрессивными нозогенными реак-

циями — в 1,7 раза чаще, чем у больных, у которых эта патология не выявлена.

Присоединение депрессии снижает приверженность пациентов к лечению, что неизбежно влечет за собой утяжеление симптоматики.

Депрессия может провоцировать соматическое заболевание, например, ишемический инсульт, патологию коронарных сосудов, нарушения ритма сердца, артериальную гипертензию. Было показано, что у пациентов с инфарктом миокарда и ишемическим инсультом присоединение депрессии увеличивает риск летального исхода. Кроме того, больные с тяжелыми депрессивными расстройствами могут совершать суицидальные попытки.

В свою очередь, соматическое заболевание может усложнять диагностику депрессии, усиливать ее тяжесть, способствовать хронизации, видоизменять ответ организма на проводимую терапию.

У неврологических больных с органическим поражением центральной нервной системы депрессия может быть следствием очагового поражения головного мозга, иметь психогенную природу (эмоциональная реакция на развившиеся функциональные нарушения) либо существовать еще до развития данного заболевания и манифестировать одновременно с ним.

## **Особенности клинической картины и диагностики**

Наиболее распространенными жалобами неврологических больных с коморбидными депрессивными расстройствами служат

постоянное чувство усталости, возникающее вне связи с какой-либо деятельностью, общая слабость, снижение работоспособности, различные вегетативные симптомы, чувство напряжения и тревоги, болевые ощущения.

Соматогенные депрессии чаще всего протекают в виде **астенической депрессии**, для которой характерны раздражительная слабость, быстрая истощаемость, слабодушие, слезливость. В статусе доминируют психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а также выраженные вегетососудистые проявления. В ряде случаев отмечается тревожность со вспышками раздражительности (придирчивость, чрезмерная требовательность, капризность). При утяжелении соматического состояния в клинической картине депрессии нарастают адинамия, вялость, безучастность к окружающему.

У больных с **атрофическими поражениями коры головного мозга** структура депрессивного синдрома характеризуется большей тревожностью, эмоциональной лабильностью и повышенной соматической озабоченностью, формированием ипохондрической симптоматики. Депрессивные состояния при данном виде органической патологии отличаются длительностью, торпидностью течения, трудно поддаются терапии.

Важно помнить, что при некоторых неврологических заболеваниях (болезнь Паркинсона, опухоли лобной или височной доли головного мозга и др.) **депрессивные расстройства могут быть первыми симптомами заболевания**, маскирующими другие проявления.

Для больных с депрессией характерны **многочисленные, противоречивые жалобы**, которые не соответствуют конкретному соматическому (неврологическому) заболеванию, расхождение между субъективными ощущениями пациента и объективными

данными, полученными при осмотре или при помощи дополнительных методов обследования. У больных отмечается тенденция к постоянному анализу своих ощущений и возможных причин их возникновения, выискиванию у себя все новых симптомов соматического неблагополучия.

Особую группу представляют собой **больные пожилого возраста**. На этот возраст приходится второй возрастной пик депрессивных расстройств у пациентов общей практики. Депрессии у пожилых пациентов чаще всего выражены негрубо, практически не отмечаются поведенческие расстройства. Очень часто наблюдается тревога, которая, как правило, не сопровождается внешними проявлениями ажитации, все проявления депрессии носят умеренный характер.

Достаточно часто депрессии у больных пожилого возраста не выявляются. Особенности трудности составляет диагностика депрессии у больных с когнитивными расстройствами в связи с невозможностью получения достоверных анамнестических сведений и нарушениями критики. У пожилых больных вероятны трудности с распознаванием и описанием собственных депрессивных симптомов, при этом может присутствовать страх неправильной трактовки врачом этих проявлений (например, как слабоумия). Пожилые больные, члены их семьи и даже некоторые врачи могут рассматривать депрессию в качестве нормального проявления процесса старения или нормальной реакции на различные утраты (смерть любимых, утрата работы и др.). Соматические жалобы в позднем возрасте также нередко оцениваются клиницистами как “нормальные” проявления, сопутствующие процессу инволюции, и поэтому множество соматических проблем скрывает депрессию у пожилых.

Отдельную категорию составляют **маскированные депрессии** — стертые, не достигающие полной психопатологической завершенности депрессии, при которых прояв-

ления сниженного настроения маскируются симптомокомплексами, выходящими за пределы психопатологических расстройств аффективного регистра. Депрессии могут принимать соматические “маски” (соматизированные депрессии). Клиника маскированных депрессий может быть представлена нарушениями биологических ритмов (бессонница, гиперсомния), соматизированными расстройствами (вегетососудистая дистония, головокружение, функциональные нарушения внутренних органов, нейродермит, анорексия, булимия, импотенция, нарушения менструального цикла), различными болевыми синдромами и т.д. Больным с депрессивными состояниями чаще других устанавливают следующие сопутствующие диагнозы: дисциркуляторная энцефалопатия, вертебробазилярная недостаточность, остеохондроз позвоночника, мигрень, нейроциркуляторная дистония, хронический холецистит, хронический колит, хронический панкреатит. Некоторые психические расстройства могут скрываться и под маской такого распространенного диагноза, как нейроциркуляторная дистония. Для соматизированных депрессий характерно отсутствие объективных признаков соматического заболевания. Пациенты могут не осознавать наличие депрессивного расстройства и часто убеждены в том, что у них редкое и трудно диагностируемое заболевание. Предполагая некомпетентность врача, они настаивают на многочисленных обследованиях. Клиническая симптоматика имеет определенный суточный ритм, также может выявляться сезонность возникающих обострений.

В том случае, когда встает вопрос о возможном депрессивном расстройстве, необходимо проведение дополнительной **диагностики с участием психиатра** на предмет наличия у больного **биполярного аффективного расстройства** (БАР). У 5–20% больных первоначально поставленный диагноз депрессии впоследствии изменяется на диагноз БАР. Около 17% пациентов, наблюдаю-

щихся у врача общей практики и получающих по его назначению длительную поддерживающую терапию антидепрессантами, на самом деле страдают БАР. В соответствии с современной классификацией выделяют два типа БАР: первый тип характеризуется наличием развернутых маниакальных и субдепрессивных эпизодов, а второй тип (более распространенный) — эпизодами гипомании и развернутой депрессии.

### Лечение депрессивных расстройств

Лечение депрессивных расстройств должно быть направлено не только на удержание собственно симптомов депрессии. На современном этапе существенным фактором, влияющим на выбор антидепрессантов, а также на оценку динамики депрессии в процессе терапии и качества ремиссии, является действие препаратов на когнитивные и поведенческие функции. Это особенно важно учитывать в амбулаторной практике, поскольку лечение имеет своей целью наряду с обрывом депрессивного эпизода сохранение исходного уровня социального функционирования.

Впервые психостимулирующий и эйфорирующий эффект был обнаружен в середине XX века у противотуберкулезного средства ипрониазида, что послужило толчком к его применению у больных депрессиями и привело к созданию нового класса препаратов — **ингибиторов моноаминооксидазы**. Блокада моноаминооксидазы прекращает разрушающее действие этого фермента и способствует вторичному накоплению нейромедиатора в пресинаптическом окончании, выбросу его в синаптическую щель и неспецифическому усилению нейротрансмиссии во всех серотонинергических, норадренергических и дофаминергических синапсах. В настоящее время ингибиторы моноаминооксидазы используют редко из-за частых нежелательных эффектов, необходимости соблю-

дения “бестираминовой” диеты, сложности дозирования и высокого риска летальных исходов при передозировке.

Примерно в то же время антигистаминный препарат имипрамин, использовавшийся в клинике кожных болезней, продемонстрировал способность повышать настроение, что привело в дальнейшем к созданию **трициклических антидепрессантов**. Механизм действия этих препаратов заключается в блокаде обратного захвата как норадреналина, так и серотонина. В результате повышается содержание данных медиаторов в синаптической щели и увеличивается длительность воздействия на рецепторы постсинаптической мембраны. Однако трициклические антидепрессанты блокируют также постсинаптические  $\alpha$ -адренергические, мускариновые и  $H_1$ -гистаминовые рецепторы, с чем связаны многочисленные нежелательные эффекты, значительно ограничивающие их использование в амбулаторной практике. Из-за холинолитического действия трициклические антидепрессанты противопоказаны пожилым пациентам с когнитивными расстройствами, гиперплазией предстательной железы, глаукомой, эпилептическим синдромом.

В 1970–1980-х годах были созданы **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина**, которые при сопоставимой эффективности имеют более благоприятный профиль безопасности, чем трициклические антидепрессанты. Нежелательные эффекты при их использовании минимальны и преходящи, они не вызывают кардиотоксического эффекта, не влияют на артериальное давление и проводящую систему сердца. Кроме того, данные препараты минимально взаимодействуют с изоферментами системы цитохрома P450 в печени (эта система играет важную роль в биотрансформации лекарственных веществ), следовательно, эти антидепрессанты можно безопасно назначать совместно с другими

лекарственными препаратами, которые получает больной. К достоинствам селективных ингибиторов обратного захвата серотонина относится и удобство их применения: возможность использования фиксированных доз (или минимальная потребность в их титровании), благоприятная фармакокинетика, позволяющая назначать препарат однократно в сутки и таким образом повышать приверженность пациентов к лечению, отсутствие необходимости мониторировать концентрацию препарата в крови.

В 1990-х годах было разработано новое поколение антидепрессантов — **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина**: венлафаксин, милнаципран и дулоксетин. Антидепрессанты двойного действия обладают максимальной эффективностью и более широким спектром, при этом их нежелательные эффекты и лекарственные взаимодействия минимальны.

Одним из подходов к терапии депрессий является **подбор антидепрессанта в зависимости от его профиля тимоаналептической активности**, по которому антидепрессанты принято разделять на три группы:

- с преимущественно стимулирующим действием;
- с преимущественно седативным действием;
- сбалансированного действия.

Антидепрессанты со стимулирующим действием более показаны для терапии депрессий с преобладанием апатии и адинамией. Седативные антидепрессанты назначаются пациентам с преобладанием тревоги и ажитации. Препараты сбалансированного действия обладают более широким спектром активности и эффективны как при депрессиях с преобладанием тревоги и ажитации, так и при депрессиях с преобладанием заторможенности. В каждом конкретном случае врач должен подобрать наиболее эффективный способ терапии.

## Рекомендуемая литература

- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Депрессия в неврологической практике. М., 2002.
- Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 5. С. 175–180.
- Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 2. С. 40–49.
- Краснов В.Н. Депрессии в общемедицинской практике // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 5. С. 15–18.
- Михайлова Н.М. Невротические расстройства у пожилых пациентов общей практики // Современная психиатрия. 1998, Т. 1. № 4. С. 3–6.
- Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.
- Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогериатрии // Достижения в нейрогериатрии / Под ред. Яхно Н.Н., Дамулина И.В. М., 1995. С. 9–29.
- Kanner A.M., Barry J.J. The impact of mood disorders in neurological diseases: should neurologists be concerned? // Epilepsy Behav. 2003. V. 4. Suppl. 3. P. 3–13.
- Vascular Disease and Affective Disorders / Ed. by Chiu E., Ames D., Katona C. L., 2002.

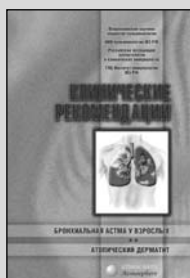
## Книги Издательского дома “Атмосфера”



### **Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина, проф. А.И. Синопальникова**

В настоящих клинических рекомендациях освещены вопросы определения, классификации, эпидемиологии, этиологии и патогенеза внебольничной пневмонии у взрослых. Детально представлены подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и ведению пациентов с данным заболеванием. 200 с., ил.

*Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики.*



### **Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина**

В данном клиническом руководстве по диагностике и лечению бронхиальной астмы у взрослых и атопического дерматита подробно освещены вопросы эпидемиологии, дифференциальной диагностики и лечения бронхиальной астмы и атопического дерматита, диагностики и лечения профессиональной и аспириновой астмы, астмы у беременных, а также проблемы ночной астмы, тяжелого обострения бронхиальной астмы, респираторной поддержки при астматическом статусе, влияния гастроэзофагеального рефлюкса и физической нагрузки на бронхоконстрикцию. 272 с., ил.

*Для пульмонологов, аллергологов, терапевтов, врачей общей практики.*

**Информацию по вопросам приобретения книг можно получить на сайте [www.atmosphere-ph.ru](http://www.atmosphere-ph.ru) или по телефону (499) 973-14-16.**