

Рост депрессивных состояний наблюдается с 70-х годов XX века, и происходит он не за счет «классических депрессий», а за счет редуцированных, стертых форм, нередко протекающих под «маской» других заболеваний (Короленко Ц.П., 2003), что делает психиатрическую проблему депрессий проблемой общемедицинской. Депрессии поражают население трудоспособного возраста, что имеет большое социальное значение в связи с развитием продолжительной нетрудоспособности. По данным ВОЗ, к 2020 году психические заболевания станут одной из ведущих причин инвалидности, а депрессия займет среди болезней второе место после ИБС. Больные депрессией совершают суицид в 15% случаев, а среди всех суицидов депрессия отмечается в 70% случаев.

Таким образом, сегодня депрессия выходит на передний край заболеваний человека. По разным источникам, она составляет до 10%, а в континууме длинника жизни человека - до 20% популяции. Имеются данные, что в Европе сегодня страдает депрессией около 110 млн. человек (Стукалина О.П. с соавт., 2002 г.).

Основная масса депрессивных состояний в настоящее время встречается в амбулаторной практике и протекает атипично. Классификация таких депрессий очень сложна и включает в себя большой круг так называемых коморбидных расстройств, куда относятся различного рода расстройства личности (Links PS. et al., 1988) и состояния тревоги (Аведисова А.С., 2002; Смулевич А.Б.; Hamilton M., 1988, 1989; Lepine, 1994). К коморбидным расстройствам относят и такие состояния, как соматовегетативные симптомы; панические атаки; соматизированные расстройства; маскированные депрессии; обсессии и компульсии. Сюда же относятся посттравматическое стрессовое расстройство и социальные фобии (DSM-4; Чуркин А.А., Мартышов А.Н., 1999). То есть такие синдромы, которые переводят депрессию в круг соматических проблем. Очевидно, что область депрессивных расстройств и коморбидной депрессии патологии очень велика, особенно в области амбулаторной практики. Пациент с атипичной депрессией или тревожным синдромом проходит сложный диагностический путь: терапевта, невропатолога, кардиолога, гастроэнтеролога, эндокринолога как минимум. В диагностику, как правило, не очень удачную, могут включаться врачи и других терапевтических специальностей. Диагностический процесс имеет весьма затратный характер, но в конечном счете не приводит к ощутимым результатам в виде назначения адекватного лечения. Поздняя диагностика ведет также к длительным срокам обследования и лечения, осуществлению множества ненужных параклинических исследований, неоправданным госпитализациям, длительным срокам нетрудоспособности, инвалидности (Смулевич А.Б., 2001, 2002; Нуллер Ю.Л., 2000; Мосолов С.Н., 2003).

Из сказанного становится очевидным, что своевременная диагностика и определение круга депрессивных и коморбидных расстройств имеет большое организационное значение. Сегодня необходимо более четко представлять, к каким организационным потокам относятся те или иные депрессивные состояния. Отнесение таких состояний в ту или иную группу поможет предопределить возможности принятия организационных решений и дальнейшую судьбу этих больных.

В целях принятия правильных организационных решений необходимо решить главный вопрос: об отнесении депрессивных состояний и коморбидных синдромов к тем или иным организационным потокам. Все амбулаторно протекающие депрессии с коморбидными синдромами, связанными с тревогой, можно разделить на три больших потока:

1. Синдромы, находящиеся исключительно в компетенции психиатрических специальностей (психиатр, психотерапевт, психолог, сексопатолог).

Это расстройства сна, панические атаки с обсессиями, тревожно-фобические расстройства с постоянными жалобами пациента на здоровье (ипохондрические расстройства), компульсии (в том числе рвота, самоповреждения, страсть к азартным играм, мытье рук, kleптомания и пиромания, самопроверки, ритуалы и т.п.), психогенная импотенция, расстройства влечений, социальные фобии (страх публичных выступлений, общения с начальством, разговоров по телефону, приема посетителей), посттравматическое стрессовое расстройство (пережил психическую травму, был свидетелем, участником), разного рода Extreme;

2. Синдромы депрессии и (или) тревоги, находящиеся в компетенции врачей соматического профиля, в основном интернистов.

Имеется много исследований по оценке распространенности депрессий у больных соматическими заболеваниями. Считается, что депрессивные состояния сопровождают 70% всей соматической патологии. В том числе выраженные депрессивные состояния могут составлять до 30% всей соматической патологии. В частности у больных диабетом - 25%, у больных ИБС - до 20%, у страдающих СПИДом - до 30%, у онкологических больных - до 38% случаев. Тяжесть депрессии является одним из наиболее значимых прогностических факторов смертности от сердечно-сосудистых осложнений среди больных, перенесших инфаркт миокарда, в течение последующих 6 месяцев. Депрессия является фактором риска внезапной сердечно-сосудистой смертности, особенно среди пациентов с сопутствующей ИБС. Установлено также, что риск смерти у оперированных на сердце больных с тяжелой депрессией более чем в 2 раза выше, чем у больных без депрессии. Риск также повышается при назначении трициклических антидепрессантов. Напротив, установлено, что при назначении серотонинэргических антидепрессантов (паксил, стимулатон, прозак) риск сердечно-сосудистых событий

снижается;

3. Наконец, депрессивные состояния и синдромы тревоги, сопровождающиеся объективными соматовегетативными расстройствами, такими как циркуляторные, диспептические, алгические (цефалгии, кардиалгии, абдомалгии, фибромалгии, невралгии, псевдоревматические арталгии, миалгии) симптомы, синдромы вегетативно-сосудистой дистонии, функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз), синдром раздраженной толстой кишки, дискинезии кишечника и протоков, нейродермит и кожный зуд, анорексия и булимия, нарушения менструального цикла и т.п.

Больные этой группы всегда недоумевают, почему их направили к психиатру. Даже в случае успешности терапии соматоформных расстройств антидепрессантами полного критического отношения у этой когорты больных не возникает. Почему им помог психиатр? По-видимому, оказался просто хорошим врачом. А в случае рецидива эти пациенты вновь обращаются к интернистам по специальностям в соответствии с локализацией их соматических жалоб. Вместе с тем и врачи соматических специальностей редко диагностируют у таких больных депрессивное или тревожное расстройство. Вместо назначения антидепрессантов их медицинское вмешательство сводится к рекомендациям отдохнуть, отвлечься, чем-то заняться, больше гулять и т.п.

Разумеется, пропаганда специальных знаний в области диагностики атипичных депрессий и тревожных состояний не должна стремиться изменить менталитет всего населения, имеющего такие расстройства. Скорее всего, усилия должны быть направлены на изменение диагностического мышления врачей-интернистов: терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов и

т.п. По-видимому, в лечении больных 2-й группы центр тяжести должен быть перенесен с психиатрических специальностей на специальности соматологические. Для больных 3-й группы наиболее адекватными будут усилия врачей как психиатрического, так и соматологического профиля.

Выделение потоков отнесения депрессивных и тревожных состояний является основанием для принятия организационных решений в области охраны психического здоровья населения.