

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ ДЕПРЕССИИ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ПОЛНОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ВАЛЬДОКСАН

А.С. Бобров, Л.А. Иванова, А.А. Хамарханова, А.В. Швецова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. Проведен анализ частоты, структуры и степени генерализации патологических телесных ощущений (ПТС) среди стационарного контингента больных с умеренной и тяжелой депрессией (депрессивный эпизод по МКБ-10). Длительность терапии Вальдоксаном составила 42 дня. Терапевтическая доза в 97,5% случаев — 50 мг/сутки. ПТС диагностированы у 46 больных (92,0%) в виде витализации вербализованного / невербализованного тоскливого аффекта — 16 (34,8%); сенестоалгий — 39 (84,8%) и сенестопатий — 26 (56,5%). Правилom являлось сочетанное проявление ПТС различной структуры. Выявлены значимые различия между скоростью наступления наиболее полного терапевтического ответа на вальдоксан (ремиссия) и степенью генерализации (моно- и полилокальные) ПТС.

Ключевые слова: депрессия, сенестоалгии, сенестопатии, терапия

PATHOLOGICAL CORPORAL SENSATIONS IN CLINIC OF DEPRESSION AS CLINICAL PREDICTOR COMPLETENESS OF THE THERAPEUTIC ANSWER ON VALDOXAN

A.S. Bobrov, L.A. Ivanova, A.A. Hamarhanova, A.V. Shvetsova

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The analysis of frequency, structure and degree of generalization of pathological corporal sensations (PCS) among a stationary contingent of patients with moderate and severe depression (depressive episode on ICD-10) was lead. Duration of Valdoxan therapy was 42 days. Therapeutic dose in 97,5% of cases — 50 mg / day. PCS were diagnosed at 46 patients (92,0 %) as vitalization verbal/non-verbal melancholy affect — 16 (34,8%); senestoalgias — 39 (84,8 %) and senestopathias — 26 (56,5%). There were combined PCS displays of various structures as a rule. Significant distinctions between speed of approach of the fullest therapeutic answer on Valdoxan (remission) and a degree of generalization (mono- and polylocal) PCS were revealed.

Key words: depression, senestoalgias, senestopathias, therapy.

Выделяется две основных характеристики патологических телесных ощущений (ПТС). Их описание, локализация со слов пациентов не укладываются в клиническую картину известных соматических заболеваний, а медицинское обследование не выявляет у больного физических повреждений, соответствующих тяжести субъективного состояния. Вторая характеристика ПТС сводится к тому, что эти ощущения сопровождаются специфической акцентуацией сознания на процессах соматической сферы в виде стойкого формирования необычных, странных, чужеродных (в большей степени это относится к сенестопатиям — *наше замечание*) с трудом описываемых ощущений, их высокой чувственной насыщенностью.

В отечественной и зарубежной литературе среди патологических телесных ощущений (ПТС) в клинике психических расстройств перечисляются: алгии — болевые ощущения как симптом соматопсихических нарушений, не имеющие объяснения в виде какой-либо объективной соматоневрологической патологии; сенестоалгии — гомонимные телесные ощущения — ощущения, сходные с возникающими при соматических заболеваниях, но отличающиеся крайне тягостным характером ощущений; сенестопатии — гетеронимные телесные ощущения — крайне тягостные ощущения, чужеродные по отношению к нормальному восприятию собственного тела, несоответствующие по своей локализации конкретным анатомическим образованиям и не имеющие прецедента в прошлом опыте больного; дизестетические кризы — внезапно возникающие, относительно кратковременные

состояния с извращенной сенсорной чувствительностью (тепло воспринимается как боль или холод); козностезии — расстройства общего чувства тела, ощущение неясного тотального физического неблагополучия или недомогания в сочетании с сенестопатиями и сенестезиями; сенестезии — своеобразные с трудом поддающиеся описанию нарушения моторной сферы в виде неожиданно возникающей слабости, покачивания, неуверенности при ходьбе, тяжести или, напротив, легкости или пустоты в теле [9].

Наиболее полно систематика патологических телесных ощущений (ПТС) разработана в клинике вялотекущей шизофрении. Однако, высказывается мнение о правомерности выделения особого варианта депрессии с наличием патологических телесных ощущений вне рамок шизофрении. Наличие сенестопатий отмечено в клинике маскированных депрессий. Маскированную депрессию большинство авторов, особенно стран немецкого языка, относили к эндогенной депрессии. Согласно обзору зарубежной и отечественной литературы маскированную депрессию, в клинической картине которой на первый план выступают соматовегетативные симптомы, относят к проявлениям маниакально-депрессивного психоза — МДП.

Материалы и методы

Изучены 50 пациентов с диагнозом депрессия (ДЭ по МКБ-10) в результате участия в выполнении Российского мультицентрового открытого несравни-

тельного исследования эффективности и безопасности Вальдоксана (агомелатин) при лечении умеренной и тяжелой депрессии (Ритм). Анализ эффективности терапии проведен с использованием шкалы HAMD-17. Расчет достоверности осуществлялся с использованием пакета Statistica 6.0 (Difference tests: r , %, means (Difference between two proportions)).

Приведем распределение пациентов по полу: женщин было 82%, мужчин — 18%; средний возраст к моменту исследования составил $44,5 \pm 1,5$ года. Средняя тяжесть ДЭ диагностирована у 27 пациентов (54%/50), тяжелый ДЭ без психотических симптомов — 23 (46%/50). У большинства пациентов — 36 (72%/50) выявлен рекуррентный тип течения. Средний суммарный балл по шкале HAMD-17 был равен $22,5 \pm 0,4$ балла. Длительность терапии 6 недель. Терапевтическая доза вальдоксана в 97,5% случаев составила 50 мг (однократный прием около 21 ч). Закончили исследование 40 (80%) больных. Выбыли из исследования 10 (20%) человек, в том числе по причине отсутствия эффекта — 9 (18,0%) человек, возможно в сочетании с нежелательными явлениями (НЯ); по причине не связанной с терапией вальдоксаном — 1 пациентка.

Статистическая обработка осуществлялась в программном пакете Statistica v 6.0. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди 40 закончивших исследование 36 (90%) отнесены к респондерам. Среди 36 больных с положительной терапевтической динамикой под влиянием Вальдоксана выделена группа с ремиссией (редукция до 7 и менее баллов от суммарного стартового показателя по шкале HAMD-17) — 27 (70%/36) и группа респондеров (редукция по шкале HAMD-17 на 50 и более) — 9 (25%/36).

Согласно современным отечественным исследованиям среди больных с депрессивным расстройством по МКБ-10 у 60% ПТС служат непосредственной причиной обращения к врачу [6]. На материале настоящих наблюдений ($n=50$) наличие ПТС выявлено у 46 (92%) пациентов. Анализ ПТС проведен с позиции их структуры, генерализации (моно-, би- и полилокальные), возможной их локализации, а также скорости терапевтического ответа.

Приведем характеристику частоты и структуры ПТС среди обследованного нами контингента больных: витализация вербализованного / невербализованного тоскливого аффекта с протопатическим и метафорическим ее вариантами [12] — 16 (34,8%/46); сенестопатии (наиболее часто простые) — 39 (84,8%/46) и сенестопатии — 26 (56,5%/46). Как следует из приведенной частоты ПТС, правилом являются их сочетанные проявления. Протопатическая телесная чувствительность характеризуется диффузностью и неопределенностью ощущений, сопровождается резким неприятным аффективным тоном. Протопатический вариант витализации тоскливого аффекта представлен ощущениями «сдавленности где-то за грудиной», «тяжестью на душе», «тяжестью за грудиной» — 5 (31,3%/16). К метафорическому варианту витализации тоскливого аффекта отнесены определения «камень на душе»; «боли, давящие как камень в области сердца»; «как будто кошки скребут, на душе — пусто», «душа в комочек свернулась», с возможным их термическим оттенком «душа холодеет»; либо «состояние души тягостное» в сочетании с сенестопатиями («ноет, щемит») в грудной клетке — 11 (68,8%/16). В двух наблюдениях отмечено сочетанное проявление протопатической и метафорической витализации в клинике тревожной и тоскливо-тревожной депрессии.

К сенестопатиям отнесены патологические сенсации, имеющие сходство с болевыми ощущениями соматической и неврологической природы, но при наличии особенно тягостного, физического непереносимого их оттенка [1]. Наиболее часто среди простого варианта сенестопатий отмечены церебральная локализация с ощущениями типа «сжимающих», «сдавливающих», «пульсирующих» болевых ощущений. Реже сенестопатии имели локализацию в области желудочно-кишечного тракта: «колющие», «режущие» или «ноющие боли» в желудке; «тупая, ноющая» боль в левом боку с иррадиацией в нижнюю конечность. Сложные сенестопатии характеризует тот же характер ощущений, что и у простых, но с существенным дополнением в виде попытки передачи своих ощущений путем сравнений и аналогий: «боль, как будто на голову одет ободок, стягивает»; «как будто на голову одета шапочка»; боль в голове с ощущением «как спицами колет»; ощущение в голове «как будто колет иголками»; боль в спине — «по позвоночнику как будто стрельба», боль

в брюшной полости — «как будто схватки». Сочетанное проявление простых и сложных сенестопатий одной локализации, к примеру, церебральной, сводится в жалобах больных на «давящие» боли и ощущения «как будто молотком колотит».

Среди пациентов с сенестопатиями выделены несколько их вариантов. Это термические [15] или алготермические сенестопатии [14] — ощущения «жжение, горение в

Сравнительная частота различной структуры ПТС в зависимости от типа депрессии

Тип ПТС	Тип депрессии ($n=46$)							
	Депрессивный эпизод (ДЭ): наличие гипотимии и сопутствующие депрессии субдиагностические проявления ГТР ($n=7$)		Тоскливая депрессия: тоскливый оттенок гипотимии и сопутствующие депрессии субдиагностические проявления ГТР ($n=2$)		Тревожная депрессия: гипотимия (без тоскливого оттенка) и сопутствующее депрессии диагностически очерченное ГТР ($n=28$)		Тоскливо-тревожная: тоскливый оттенок гипотимии и сопутствующее депрессии диагностически очерченное ГТР ($n=9$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Витализация вербализованного/ невербализованного тоскливого аффекта	3	42,9	1	50,0	8	28,6*	6	66,7*
Сенестопатии	3	42,9	2	100,0	13	46,4**	8	88,9**
Сенестопатии	3	42,9	0	0	15	53,6	3	33,3

* — $p<0,05$; ** — $p<0,03$

области глаз, шеи»; «жар» в области ротоглотки, брюшной полости; «ощущение жжения в голове»; «как будто мозги кипят»; в голове «жжение как будто олово налито», «лицо горит». К сенестопатиям с психосенсорным оттенком [5] отнесены ощущения «как будто глаза выворачивает»; «как будто в голове спрессовано, сжато»; ощущение «спазма в голове»; «сжимает ухо»; к сенестопатиям движения [14] — ощущения типа «перекатывается, переваливается сердце»; в голове «как будто тюкает»; «как кисель»; в нижней конечности — «грызет, крутит в кости»; в грудной клетке «раздирает, что-то тянет, царапает»; в голове — «сверлит» в сочетании с ощущениями в нижних конечностях «тянет, крутит мышцы, кости, жилы натягиваются». Сенестопатии, ассоциированные с сенсорными феноменами («как шумит в голове»), также как и структурированные («в голове как будто мозги закупорились»), отражающие представления больных о генезе, либо локализации «поражения» [13] выявлялись в единичных наблюдениях.

В зарубежной литературе подчеркивается, что подбор слов в определении телесного опыта индивидуума (именование ощущений) опосредован личным опытом чувствования, эмоциональными переживаниями, интеллектуальной переработкой ощущений и неразрывно связан с социально-языковым обозначением ощущений в культуральной традиции данной языковой среды. Комплексный клинико-семантический подход в анализе речевых структур, отражающих патологические ощущения, позволил выделить 7 лексико-семантических групп: боль с характеристикой сенестопатий; жжение (термические сенестопатии); давление (давление, укол, растяжение, касание); объем (изменение размера); плотность (консистенция вещества), форма (внешний вид, очертание) и движение (перемещение или прекращение движений) [6].

Так, изменение соматопсихического Я, вызывающего душевное страдание, к примеру, горе, печаль, тоска, формируются в описании физических ощущений боли, жжения или давления [6]. Можно предположить, что формирование нового патологического телесного опыта в клинике непереносимости эндогенной депрессии ограничивается уже известными из индивидуального опыта телесными ощущениями или физическими свойствами предметов окружающего мира, способных вызывать испытываемыми болевыми ощущениями. Это так называемая семантическая инкогеренция [8] без последующего этапа семантического конструирования, когда больному «открывается» причина телесного неблагополучия, обычно с указанием на источник страдания (сверхценные или бредовые ипохондрические идеи).

Примечательным является и второе важное обстоятельство. На материале настоящего исследования, сенестопатия как изолированный симптом из круга ПТС выявлен лишь в одном наблюдении. Как правило, наличие сенестопатий в жалобах больных выступало в комбинации с сенестопатиями либо констатация сочетанного проявления различного типа сенестопатий с возможным присоединением к этой комбинации как сенестопатий, так и различных вариантов витализации вербализованного / невербализованного тоскливого аффекта. При этом тревожно-фобические расстройства наиболее часто ограничивались когнитивной тре-

Таблица 2
Степень генерализации ПТС как предиктор скорости ответа на терапию Вальдоксаном

Дни терапии	Ремиссия					
	21		28		42	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Степень генерализации ПТС						
Монолокальные	1	4,2*	2	8,3**	7	29,2*, **
Билокальные	2	8,3	1	4,2	3	12,5
Полилокальные	1	4,2*	1	4,2**	6	25,0*, **

*- $p < 0,02$; ** — $p < 0,03$ — монолокальные ПТС;

*- $p < 0,04$; ** — $p < 0,04$ — полилокальные ПТС.

вогой по поводу 2-х и более жизненных обстоятельств, лишенных ипохондрического содержания; не сопровождались конверсионной симптоматикой либо проявлениями органо-невротических расстройств. Отмеченное может служить одним из критериев отграничения непереносимости депрессии с ПТС (в том числе сенестопатий) в рамках аффективного психоза от шизофрении с преобладанием сенесто-ипохондрических расстройств [7]. Отсутствуют в субъективной характеристике сенестопатий у больных с депрессией и наличием ПТС их бинарная направленность с противоположными тенденциями типа «ощущениями напряжения или слабости», свойственная коэнезестопатическому варианту вялотекущей шизофрении [10, 11].

Среди группы больных с наличием ПТС ($n=46$) значимо большая частота витализации тоскливого аффекта с протопатическим и метафорическим ее вариантами выявлена у больных с тосливо-тревожной депрессией в сравнении с частотой витализации невербализованного тоскливого аффекта в клинике тревожной депрессии ($p < 0,05$). Большим у больных с тосливо-тревожной депрессией оказалась частота сенестопатий ($p < 0,03$) (табл. 1). Тип депрессии определялся исходя из наличия гипотимии, в том числе с тоскливым оттенком, а также сопутствующего депрессии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV (1994) либо его субклинических проявлений [2, 3, 4].

Из группы больных с ремиссией у 24 имели место различная структура и степень генерализации ПТС. Получены статистически достоверные различия между скоростью наступления наиболее полного терапевтического ответа на Вальдоксан и степенью генерализации ПТС (табл. 2).

Как в случае наличия монолокальных, так и полилокальных ПТС (три и более локализации в органах и системах организма) ремиссия под влиянием терапии вальдоксаном чаще формировалась к 42 дню терапии в сравнении с 3-ей (соответственно $p < 0,02$ и $p < 0,04$) и 4-ой неделей терапии (соответственно $p < 0,03$ и $p < 0,04$). К монолокальным ПТС с «отсроченной» по срокам формирования ремиссии отнесены, к примеру, сочетанные проявления простого и сложного варианта сенестопатий или сенестопатическо-сенестопатический синдром в обоих случаях церебральной локализации; сенестопатии в области сердца («ноет», «щемит») в сочетании с витализацией тоскливого аффекта. В характеристику полилокальных ПТС при достижении ремиссии к 6 неделе терапии включены сочетанные их проявления в виде: сенестопатии церебральной, абдоминальной локализации и термические сенестопатии («жжет», «печет») за грудиной и в области темени; сенестопатии торакальной, абдоминальной локализации

в комбинации с ассоциированным вариантом сенестопатий; либо это были сенестопатии по типу движения, объемные церебральной, абдоминальной локализации и в области ротоглотки. Таким образом, среди клинических предикторов наиболее полного терапевтического ответа на Вальдоксан могут учитываться как структура ПТС, так и степень их генерализации.

Среди контингента больных депрессивным расстройством (депрессивный эпизод по МКБ-10) в 60% случаев причиной обращения за медицинской помощью являются патологические телесные сенсации [6]. Вряд ли можно пройти мимо этого факта и тем более оценки динамики патологических телесных сенсаций (ПТС) под влиянием современной антидепрессивной терапии. Между тем, с момента внедрения в отечественную психиатрию МКБ-10 (1994), принципа обязательного использования психометрических шкал (шкалы депрессии и тревоги Гамильтона) в оценке эффективности различного класса антидепрессантов вокруг депрессии с ПТС в рамках аффективного психоза (маниакально-депрессивный психоз в отечественной интерпретации) как бы существует «заговор молчания». В критериях диагностики депрессивного расстройства по МКБ-10, также как в содержании упо-

мянутых психометрических шкал, отсутствуют упоминания о наличии ПТС. Различные проявления хронического болевого синдрома от алгий до сенестопатий включены в рубрику «Соматоформные расстройства» МКБ-10. Утверждение мнения о выделении варианта депрессии с наличием патологических телесных сенсаций (в том числе понятие «маскированная депрессия») вне рамок шизофрении в зарубежной и отечественной литературе относится к 1970-1980 годам. Более того, в МКБ-9 (1982 г.), адаптированного для использования с позиции нозологического принципа отечественной психиатрии, включен диагноз «Маскированная депрессия» (непсихотическое депрессивное расстройство эндогенной этиологии) — рубрика (шифр — 311.1). В настоящей работе среди клинических предикторов положительного терапевтического ответа на вальдоксан умеренной и тяжелой депрессии выделены частота представленности, структура и степень генерализации ПТС. Отмечены статистически достоверные различия между скоростью наступления наиболее полного терапевтического ответа (ремиссия) на вальдоксан и степенью генерализации ПТС (локализация в одном либо 3-х и более органах и системах организма), а также их структурой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басов А.М. Сенестопатическая шизофрения (клиника, терапия, реабилитация): Автореф. дисс....канд. мед. наук. — М., 1981. — 20 с.
2. Бобров А.С., Магонова Е.Г., Татаринова О.К. Опыт применения афобазола при депрессивных и тревожных расстройствах в амбулаторной практике. // Материалы Российской конференции. Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. — М., 2007. — С. 374-375.
3. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. — 2-е изд., перераб. и доп. — Иркутск, 2010. — 415с.
4. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А., Магонова Е.Г. Депрессия, связанная со стрессом, в амбулаторной психиатрической практике (содержание стресс-фактора, типология депрессии, терапия): Пособие для врачей. — Иркутск: РИО ОГИУВа, 2010. — 68с.
5. Гутенева Т.С. Клинико-психопатологические особенности сенестопатических расстройств при шизофрении: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1981. — 177 с.
6. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. К эволюционной модели сенестопатических расстройств. // Журн.неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2010. — №3. — С.66-76.
7. Коллюцкая Е.В., Ильина Н.А. Терапевтическая эффективность кветиапина (кетилепт) при шизофрении, протекающей с преобладанием сенестопатических расстройств. // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б. Смулевича. — 2009. — №4. — С.44-47.
8. Микуртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. — СПб.: СПТбГПМА., 2003. — С.176.
9. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — 430с.
10. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Вялотекущая ипохондрическая шизофрения. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — №1. — С.4-9
11. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении. // Журн.неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2009. — №11. — С.4-15.
12. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. К построению дименсиональной ритмологической модели депрессии. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2010. — №1. — С.4-10.
13. Собенников В.С. Шизофрения с ипохондрической симптоматикой в инволюционном периоде. // Актуальные вопросы практики и терапии в психиатрии: Научно-информационный бюллетень №1. / Под ред. А.С.Боброва. — Иркутск, 1990. — 24с.
14. Суворов А.К. Диагностическое и прогностическое значение соматопсихических ощущений (сенестопатий) при различных типах депрессий: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — М., 1983. — 16 с.
15. Jahrreiss W. Das hypochondrische denken // Arch. Psychiat. Nerv. — 1930. — №92. P.45-823.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, м-р Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра психиатрии, тел/факс: (3952) 46-45-68, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru
 Бобров Александр Сергеевич — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.,
 Иванова Людмила Александровна — ассистент, к.м.н.,
 Хамарханова Анна Александровна — аспирант,
 Швецова Анастасия Викторовна — ординатор.