

УДК 616.895.4

Л.В. Бекенева

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация. В статье представлены результаты исследования депрессивных расстройств среди пациентов Якутского психоневрологического диспансера. Определена актуальность данной проблемы, выявлена важность и значимость изучения депрессий среди различных групп населения с целью создания эффективных мер первичной психопрофилактики. Были исследованы пациенты двух мужских общепсихиатрических отделений и одного женского за 2014-2016 гг. За этот период в стационаре психоневрологического диспансера проходили лечение 104 пациента с диагнозом «депрессивное расстройство». Описана клинико-социальная характеристика больных. Проведена сравнительная характеристика в зависимости от гендерной принадлежности. Уточнен возраст пациентов на момент исследования и возраст первичной госпитализации, место жительства больных, а также трудовой анамнез и уровень образования. Производилась оценка основных симптомов депрессии. Выявлена динамика депрессивных расстройств. Определена частота госпитализаций, манифестация заболевания, наличие регоспитализаций. Определены средние сроки лечения депрессивных расстройств, в зависимости от этиологической принадлежности. Выделена этиологическая принадлежность депрессивного синдрома, в зависимости от разнообразных психических расстройств. Описаны шесть клинических групп: пациенты с депрессивными реакциями, органическим бредовым расстройством, биполярным аффективным расстройством, депрессивным эпизодом, рекуррентным депрессивным расстройством, шизоаффективным расстройством и шизофренией. Депрессии рассмотрены в трех вариантах: тоскливом, тревожном и апатичном. На основе результатов исследования установлена взаимосвязь вариантов депрессии и разнообразных психиатрических расстройств, что и определяет дальнейшую тактику лечения и психотерапевтический подход. Изучена суицидальная активность больных с депрессивными расстройствами в зависимости от вариантов депрессии и различных нозологий. Проведён анализ производимого лечения. Выяснено, что лечение проводилось классическими психотропными препаратами, препараты нового поколения применялись в единичных случаях, что связано с нерегулярностью поставок лекарственных средств и ограниченностью бюджета. Полученные данные говорят о необходимости создания дифференцированных реабилитационных программ профилактики и лечения депрессивных расстройств.

Ключевые слова: депрессия, депрессивные расстройства, тревожная депрессия, аффективные расстройства, тоскливая депрессия, апатия, органическое депрессивное расстройство, депрессивная реакция, депрессия при шизофрении, шизоаффективное расстройство.

L.V. Bekeneva

Depressive disorder in psychiatric practice

Abstract. This article presents the results of the study of depressive disorders among patients of psychiatric clinic. We determined the urgency of this problem, identified the importance and significance of the studying depression among various population groups with the aim of creating effective measures of primary prevention. The present work was performed in the Yakutsk Psycho-neurological Clinic. We examined psychiatric patients of the two male and one female wards for the period 2014-2016. Over this period, the mental hospital treated 104 patients who were diagnosed with the depressive disorder. The article describes the clinical and social characteristics of the patients; comparative characteristics depending on gender; the age of the patients at the time of the study and age at primary admission, place of residence of the patients, as well as employment history and

БЕКЕНЕВА Любовь Викторовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова. Адрес: 677015, г Якутск, ул. Котенко 14. Тел. 89245699916. E-mail: Lyubava00@mail.ru

BEKENEVA Luibov Viktorovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Neurology and Psychiatry, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677015, Yakutsk, u. Kotenko, 14. Phone: +79245699916. E-mail: Lyubava00@mail.ru

education level; the evaluation of the main symptoms of depression; the dynamics of depressive disorders. The frequency of hospitalizations, the manifestation of the disease, the presence of re-hospitalization are established, as well as the average time of treatment of depressive disorders, depending on the etiological facilities. We specified the etiological identity of the depressive syndrome, depending on a variety of mental disorders. We described six clinical groups: patients with depressive reactions, organic delusional disorder, bipolar affective disorder, depressive episode, recurrent depressive disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia. Depression is considered in three ways: melancholic, anxious, and apathetic. The author makes a conclusion about the relationship of the variants of depression and various psychiatric disorders, which also determines the further tactics of treatment and psychotherapeutic approach. We studied suicidal activity of patients with depressive disorders, depending on the variants of depression and different diseases. The analysis of the administered treatment was made. It was found that the patients were treated with classical psychotropic drugs, drugs of new generation applied in isolated cases, due to irregular supply of medicines and a limited budget. These data indicate the necessity of creating a differentiated rehabilitation programs for the prevention and treatment of depressive disorders.

Keywords: depression, depressive disorder, anxious depression, affective disorders, depression, melancholy, apathy, organic depressive disorder, depressive reaction, depression in schizophrenia, schizoaffective disorder.

Актуальность. Начало XXI в. ознаменовало устойчивый рост депрессивных состояний, которые приобрели характер «пандемии» и стали одной из глобальных проблем медицинского сообщества [1, 2]. В ближайшие 15 лет прогнозируется новый всплеск депрессивных расстройств, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Уже в 1996 г., по данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия занимала 4-е место, лидируя по показателям нетрудоспособности в сравнении с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями [3]. В настоящее время депрессивные расстройства заняли «почетное» второе место, лишь уступая сердечно-сосудистым заболеваниям. До 350 миллионов взрослого населения планеты страдают депрессивными расстройствами, и эта цифра продолжает неуклонно расти. В начале 90-х годов XX в. распространенность депрессии в мире находилась в пределах 4,4-19,9%. К концу 90-х годов распространенность этой болезни уже оценивалась примерно в 25%, а риск возникновения клинически выраженной депрессии в течение жизни составлял 8-9%. Так, согласно данным Американской психиатрической ассоциации, депрессией страдает более 25%. В таких развитых странах, как Швеция, Испания, Австралия, Япония, США, частота депрессий у пациентов обычных больниц соответствует 20-29% [4]. По данным отечественных ученых, в России доля депрессивных расстройств у пациентов обычной больницы составляет около 30% [5].

Специализированная психиатрическая помощь увеличивает вероятность выявления депрессии. При изучении пациентов психиатрического кабинета одной из территориальных поликлиник Москвы, доля депрессивных расстройств составила приблизительно 38% [5]. С возрастом частота депрессии также неуклонно растёт: от 18 до 25 лет ею страдают около 5%, от 25 до 45 лет – приблизительно 8%. Следует отметить, что в позднем возрасте депрессии составляют до 50% всех психических расстройств [6].

Клиническая депрессия является серьезным заболеванием, которое становится тяжелой ношей для самого больного, нарушает жизнедеятельность семьи, имеет высокие финансовые затраты для здравоохранения и общества в целом, накапливаясь нераспознанными случаями в первичной медицинской сети [7]. Ежегодно около 150 млн. чел. в мире лишаются трудоспособности из-за депрессивных расстройств. Только экономике США депрессия наносит ежегодный ущерб более 50 миллиардов долларов (эта сумма включает в себя стоимость 290 миллионов потерянных рабочих дней, психотерапевтической помощи и снижения трудоспособности) [4]. По данным ряда исследователей, от этого заболевания качество жизни и уровень социальной адаптации страдают в различной степени и зависят от клинического варианта депрессии [8]. Дальнейшее изучение клинико-социальных факторов, с учетом клинико-динамических особенностей депрессии и основных конституциональных характеристик больных, может способствовать разработке оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении данной категории пациентов.

Степень снижения качества жизни у депрессивных больных зависит от сочетания биологических и психологических факторов: а) пола: у мужчин выраженность снижения качества

жизни зависит от тяжести депрессивных симптомов, а у женщин от тяжести и длительности психотравмирующих событий (от контекстных переменных); б) возраста: возраст более 40 лет у депрессивных больных обуславливает более выраженное снижение субъективной оценки качества жизни; в) нозологической структуры депрессивного расстройства: депрессивная реакция часто не приводит к снижению субъективной оценки качества жизни, в то время как рекуррентное депрессивное расстройство и однократный депрессивный эпизод заметно снижают субъективную оценку качества жизни. Такие личностные особенности, как пессимизм, ригидность, интроверсия, тревожность, дистимия, связаны с низкими оценками качества жизни [9].

Ряд авторов [10] выделяет этнокультуральные особенности клинической картины депрессивных расстройств. Особое внимание заслуживают сравнительные исследования клинических проявлений депрессий в восточной и западной культурах. Отмечается, что в восточных культурах депрессии значительно чаще имеют соматизированный характер. Отечественными учеными [10, 11] было установлено, что у бурят и малочисленных народов Севера России развиваются почти исключительно соматизированные депрессии, что значительно затрудняет их своевременное выявление и лечение. Данный феномен объясняется тем, что жалобы депрессивного спектра (подавленное настроение, угнетенность, тоска) абсолютно «ненормативны» в восточной культуре, к которой относится и бурятская. Вследствие этого депрессии в восточных этносах изначально приобретают соматизированный характер.

Цель исследования: изучить клинико-социальные особенности депрессивных расстройств у пациентов, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре.

Пациенты и методы исследования. Настоящая работа выполнена в ГБУ РС (Я) ЯРПНД. Набор материала производился в трех клинических отделениях больницы. Все отделения рассчитаны на 75 коек. За период 2014-2016 гг. обследованы пациенты с депрессивными расстройствами, находившиеся на стационарном лечении. В качестве основного метода исследования использовался клинико-психопатологический метод. Производилась оценка основных симптомов депрессии. Клиническая информация о пациентах формировалась с помощью личного обследования, расспроса лиц из социального окружения (персонала, родственников больных), анализа медицинской документации (текущих и архивных историй болезни). Для статистической обработки материала использовалась программа Statistica 6.0, Microsoft Office Excel 2007.

Материалы исследования представлены 104 пациентами, страдающими депрессивными расстройствами. В исследовании приняло участие 49 мужчин, 55 женщин (47,1 % и 52,9 % соответственно). Преобладали пациенты трудоспособного возраста 30-60 лет (79,7 %). Обследованные пациенты в основном проживали в городской среде – 74 %. Коренные жители (якуты) поступали в подавляющем большинстве – 61,5 %. Среди обследуемых пациентов 34,6 % имеют трудовую занятость, 31,7 % являются пенсионерами по старости, а 33,7 % обследованных не имеют постоянного места работы. Образовательный ценз обследованной группы достаточно высок: получили высшее образование 14,5 %, средне-специальное – 37,5 %, профессиональное – 6,7 %. Инвалидность встречалась в трети случаев. Сохранили свою трудоспособность 71,2 % больных. Чуть меньше половины (48,1 %) пациентов находились в браке, 51,9 % обследованных так и не создали семью. Первично в психиатрический стационар с депрессивными расстройствами за три года исследования поступило 40,4 % больных, в основном пациенты с депрессивной реакцией на ситуацию, повторная госпитализация с данным клиническим диагнозом встречается крайне редко – в 4-5 % случаев. Многократные госпитализации связаны с эндогенными психическими расстройствами и симптоматическими психозами. Кратность госпитализаций при таких нозологиях может достигать 20-30 поступлений в стационар. Данная категория больных также часто дают регоспитализации. Эндогенные аффективные расстройства имеют в своем анамнезе от 2 до 10 госпитализаций, в зависимости от длительности заболевания. Среди больных шизофренией впервые поступивших не наблюдалось.

Результаты. В результате проведенного исследования депрессивные состояния были представлены следующими нозологиями: органическое депрессивное расстройство – 27,0 %, депрессивные реакции на ситуацию – 20,2 %, биполярно-аффективное расстройство – 9,6 % и рекуррентное депрессивное расстройство – 12,5 %, депрессивный эпизод средней и тяжелой степени (в 2/3 – это инволюционная депрессия) – в 9,6 % случаев, шизоаффективное

расстройство протекало с депрессивной симптоматикой в 16,3 %, реже всего встречалась параноидная шизофрения – в 4,8 % случаев. Данное распределение нозологий, протекающих с депрессивным синдромом, соответствует основной клинической классификации.

Развитие депрессивных расстройств зависит от этиологической принадлежности, так, органическое депрессивное расстройство чаще (46,1 %) начинается после 50 лет; биполярно-аффективное расстройство – в зрелом возрасте от 35 до 45 лет; рекуррентное депрессивное расстройство впервые диагностируется на десятилетие позже – в 45-55 лет; депрессивный эпизод также чаще начинается в пожилом возрасте, шизоаффективное расстройство и шизофрения берут своё начало, как и следовало ожидать, в молодом возрасте до 25 лет в 100 % случаях; депрессивная реакция на ситуацию также приходится на трудоспособный возраст в 90,5 % случаев и чаще наблюдается до 25 лет (43 %).

Эндогенная этиология встречается у более чем половины пациентов психиатрического стационара (52,8 %). Представителями эндогенной депрессии являются многообразные расстройства аффективного (31,7 %) и шизофренического спектра (21,1 %). Экзогенная депрессия, в случае органического депрессивного расстройства, представлена смешанными соматическими заболеваниями в 40 % случаев, в равных пропорциях (по 20 %) встречалась травматическая, инфекционная и «сосудистая» этиология. Среди смешанных причин экзогенной депрессии в 10,7 % встречалось злоупотребление алкоголем в сочетании с травмами головного мозга.

В течение года на стационарном лечении дольше всего находились пациенты с органическим депрессивным расстройством и шизоаффективным расстройством – от 3 до 6 месяцев, в единичных случаях – более 6 месяцев. Около 12 % пациентов с хронической депрессией давали по 2-3 регоспитализации в течение года, что было связано с неэффективностью поддерживающей терапии (отсутствием в амбулаторной сети подобранных в стационаре препаратов), либо практически полным отсутствием антидепрессантов (иногда и amitриптилина) в улусах республики. Чаще всего депрессивная симптоматика купировалась в стационаре в течение 1 месяца, пациенты с депрессивными реакциями чаще всего находились до двух недель.

«Красным маяком» депрессивных расстройств является суицидальная активность больных. Ежегодно около 800 тыс. чел. погибают в результате самоубийства – второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет [4]. В ходе исследования выявлено 34,6 % пациентов, поступивших на лечение в связи с незавершенными суицидами. Чаще всего суициды в своем анамнезе имели пациенты с органическим депрессивным расстройством (38,9 %), на втором месте встречаются депрессивные реакции (30,5 %), третье место занимают пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством (14,1 %).

Клинические варианты депрессии разделились на три вида – это тоскливая депрессия (18,3 %), тревожная (52,8 %) и апатичная (28,9 %). Тревожная депрессия чаще всего встречалась при депрессивных реакциях на ситуацию (32,7 %), а также у пациентов пожилого возраста в рамках депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства; апатичная и тоскливая депрессия чаще всего наблюдалась среди пациентов с органическим расстройством головного мозга (40,0 % и 26,3 % соответственно). Апатичный вариант депрессии также был характерен для шизоаффективного расстройства (23,3 %), в остальных случаях тоскливая и апатичная депрессии распределились равномерно.

Лечение пациентов производилось по классической схеме, основными препаратами были антидепрессанты из группы трициклических соединений (амитриптилин, мелипрамин), в 3 раза реже назначались такие препараты, как анафранил и феварин. Другие группы антидепрессантов были представлены единично. В силу тяжести психического состояния и глубины депрессии в 72 % случаях назначались нейролептики – основными представителями были галоперидол, хлорпротексен. Нормотимики, в силу нерегулярных поставок лекарств, назначались в 17 % случаев и были представлены двумя препаратами – это депакин и карбамазепин. Было выяснено, что лечение проводилось классическими психотропными препаратами, препараты нового поколения применялись в единичных случаях, что связано с нерегулярностью поставок лекарственных средств.

Заключение. В результате проведенного исследования было выявлено следующее.

1. Депрессии в общепсихиатрическом стационаре представлены разнородными по этио-

логии нозологическими группами. Группа эндогенных заболеваний наиболее обширна (52,8 %) и разнообразна. Данная группа представлена расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения, шизоаффективное расстройство) и аффективными расстройствами (биполярно-аффективное расстройство, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство) и составляет 21,1 % и 31,7 % соответственно. Экзогенная группа отображена одной нозологической единицей – органическим депрессивным расстройством (27 %), в большинстве случаев имеющим смешанную причину. Пограничные состояния встречаются с диагнозом – депрессивная реакция на ситуацию в 20,2 % случаях.

2. Одной из наиболее значимых особенностей депрессий является крайне высокий суицидальный риск: доля пациентов, совершивших суицидальные попытки, достигала 34,6 %. Чаще всего суициды совершали пациенты с органическим расстройством и депрессивной реакцией на ситуацию, что взаимосвязано обычно с присоединением тоскливого компонента депрессии – в случае с органическим поражением головного мозга, и с тревожным – в случае с реакциями на ситуацию.

3. Тимический компонент депрессивной триады представлен тревожным аффектом (52,9 %), апато-адинамическим (28,8 %) и тоскливым (18,3 %). Тревожная симптоматика имеет прямую зависимость от наличия психотравмы, либо обращает внимание на органические поражения головного мозга; апатичная депрессия чаще всего говорит о хронической и затяжной депрессии, тоскливая депрессия определяет тяжесть заболевания и глубину депрессивного расстройства.

4. Депрессия охватывает наиболее трудоспособную часть общества. Социальная характеристика больных с депрессивными расстройствами демонстрирует достаточно высокий уровень функционирования до заболевания. Более половины обследованных пациентов находятся в браке и воспитывают детей, имеют высокий уровень образования. При наличии хронической эндогенной или экзогенной депрессии треть пациентов получают инвалидность 2-3 группы, и лишь половина работает по специальности. Треть пациентов находятся в статусе безработных.

5. Полученные данные говорят о необходимости создания дифференцированных реабилитационных программ для депрессивных расстройств, в зависимости от этиологической принадлежности, а также индивидуализированных подходов при планировании лечебных мероприятий, что будет способствовать сокращению койко-дней и регоспитализаций.

Литература

1. Краснов, В.Н. Депрессии в общемедицинской практике / В.Н. Краснов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 181-183.
2. Семке, В.Я. Депрессивные расстройства: «неинфекционная эпидемия» XXI века / В.Я. Семке, Н.Л. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2003. – № 2. – С. 14-18.
3. Murray, L. Postnatal depression and infant development / L. Murray, P. J. Cooper, A. Stein // Br. Med. Journal. – 1991. – Vol. 302. – P. 978-979.
4. Paykel, E.S. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора) / E.S. Paykel, T. Brugha, T. Fryers // Психиатрия и психофармакотерапия. – Том 08/№ 3/2006.
5. Смулевич, А.Б. Депрессия в общей медицине / А.Б. Смулевич. – М., 2001. – 256 с.
6. Семке, В.Я. Эпидемиология, клиника и профилактика пограничных состояний в регионе Сибири и Дальнего Востока / В.Я. Семке, Б.С. Положий, Е.Д. Красик и др. // Невропатология. и психиатрия. – 1991. – Вып. 12. – С. 7-11.
7. Aragona, M. The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services / M. Aragona, E. Catino, D. Pucci, S. Carrer, F. Colosimo, M. Lafuente, M. Mazzetti, V. Maisano, S. Geraci // Trauma Stress. – 2010. – Oct. – Vol. 23(5). – P. 615-622.
8. Lochner, C. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? / C. Lochner, D.J. Stein // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2007. – May. – № 30(3). – P. 353-61.
9. Суровцева, А.К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... к. м. н. / А.К. Суровцева. – Томск, 2005. – 24 с.
10. Миневич, В.Б. Этнопсихиатрия и этнонаркология в Бурятии / В.Б. Миневич, Л.Д. Рахмазова,

Г.М. Баранчик, А.А. Дымчиков, А.С. Манжеев // XII съезд психиатров России. 1-4 ноября 1995 г.: мат-лы съезда. – М., 1995. – С. 768-770.

11. Сидоров, П.И. Основные направления этнопсихиатрических исследований у народов Севера / П.И. Сидоров, А.Н. Давыдов // Обзор. психиат. и мед. психол. – 1991. – № 1. – С. 15-26.

References

1. Krasnov, V.N. Depressii v obshchemeditsinskoi praktike / V.N. Krasnov // Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 181-183.

2. Semke, V.Ia. Depressivnye rasstroistva: «neinfektsionnaia epidemii» XXI veka / V.Ia. Semke, N.L. Kornetov // Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii. – Tomsk, 2003. – № 2. – С. 14-18.

3. Murray, L. Postnatal depression and infant development / L. Murray, P. J. Cooper, A. Stein // Br. Med. Journal. – 1991. – Vol. 302. – P. 978-979.

4. Paykel, E.S. Masshtaby i bremia depressivnykh rasstroistv v Evrope (rasshirennyi referat obzora) / E.S. Paykel, T. Brugha, T. Fryers // Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia. – Tom 08/№ 3/2006.

5. Smulevich, A.B. Depressiia v obshchei meditsine / A.B. Smulevich. – М., 2001. – 256 s.

6. Semke, V.Ia. Epidemiologiia, klinika i profilaktika pogramichnykh sostoianii v regione Sibiri i Dal'nego Vostoka / V.Ia. Semke, B.S. Polozhii, E.D. Krasik i dr. // Nevropatologiia. i psikhiatriia. – 1991. – Vyp. 12. – С. 7-11.

7. Aragona, M. The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services / M. Aragona, E. Catino, D. Pucci, S. Carrer, F. Colosimo, M. Lafuente, M. Mazzetti, B. Maisano, S. Geraci // Trauma Stress. – 2010. – Oct.— Vol. 23(5) — R. 615-622.

8. Lochner, C. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? / C. Lochner, D.J. Stein // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2007. May; 30(3). R. 353-61.

9. Surovtseva, A.K. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie kachestva zhizni bol'nykh depressivnymi rasstroistvami: avtoref. dis. ... k. m. n. / A.K. Surovtseva. – Tomsk, 2005. – 24 s.

10. Minevich, V.B. Etnopsikhiatriia i etnonarkologiia v Buriatii / V.B. Minevich, L.D. Rakhmazova, G.M. Baranchik, A.A. Dymchikov, A.S. Manzheev // XII s»ezd psikhiatrov Rossii. 1-4 noiabria 1995 g.: mat-ly s»ezda. – М., 1995. – С. 768-770.

11. Sidorov, P.I. Osnovnye napravleniia etnopsikhiatricheskikh issledovaniia u narodov Severa / P.I. Sidorov, A.N. Davydov // Obozr. psikhiat. i med. psikhol. – 1991. – № 1. – С. 15-26. 1. Krasnov, V. N. Depressii v obshhemeditsinskoi praktike / V.N. Krasnov // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 181-183.

