

Психоэмоциональные расстройства у терапевтического больного и их влияние на картину соматического заболевания



В.Ю. Приходько

Известно выражение Д.Д. Плетнева о том, что «всякий врач должен быть хорошо знаком с так называемой малой психиатрией. Это знакомство необходимо не только в видах понимания семиотики больного, но и как элемент в установке предсказания и лечения».

Социально-политические события последних лет сопряжены с почти тотальным распространением психоэмоциональных расстройств в европейской популяции. Статистика десятилетней давности гласит, что в развитых странах депрессией страдает 10% населения в возрасте старше 40 лет (из них 2/3 – женщины). Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в 3 раза чаще. Вероятность данной патологии наиболее высока у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: среди больных ИБС их частота составляет в среднем 20%, среди госпитализированных пациентов – более 30%. В остром периоде инфаркта миокарда симптомы депрессии наблюдаются у 65% больных, в течение 18-24 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда – у каждого четвертого пациента. Каждый восьмой человек в популяции хотя бы раз в жизни нуждается в лечении антидепрессантами.

В некоторых случаях человек, страдающий тревогой или депрессией, начинает злоупотреблять алкоголем или иными препаратами, воздействующими на центральную нервную систему – ЦНС (бензодиазепиновые транквилизаторы, снотворные, нейролептики или комплексные безрецептурные препараты, содержащие эти составляющие), иногда, напротив, «с головой» уходит в работу, что часто сопровождается низкой продуктивностью, но высокими физическими и психоэмоциональными затратами.

Доказано, что у 17-27% пациентов с ИБС, проходящих процедуру коронарной ангиографии, выявляются депрессии, а у больных в постинфарктном периоде подобные нарушения обнаруживаются в 16-45% случаев. Депрессия, развивающаяся непосредственно после инфаркта миокарда, в 3,5 раза повышает риск смертельного исхода заболевания (цит. по Гарганеевой Н.П., 2008). При гипертонической болезни частота депрессии составляет 30%. Риск инсульта у пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с выраженными симптомами депрессии в 2,3-2,7 раза выше, чем у больных с АГ без депрессии. Еще в 1967 г. небольшое исследование показало, что у мужчин с фатальными последствиями острого коронарного синдрома были указания на перенесенную за 6 месяцев до этого сильную психотравмирующую ситуацию – недавнюю утрату близкого человека (Rees W.D., Lutkins S.G., 1967).

Ситуация стресса является связующим звеном между психической реакцией и нейрогуморальной регуляцией в организме. Психоэмоциональный стресс представляет собой совокупность психологических, физиологических и поведенческих реакций человека, при которой осуществляется активация симпатоадреналовой системы (Murphy V.E.P., 1994). Симпатическая активация реализуется в запуске нейрогуморальных механизмов регуляции всех жизненных функций. Вам наверняка встречались люди, которые очень легко переносят как острые, так и хронические психотравмирующие ситуации. У них уровень

психоэмоционального стресса низок, патологические связи между психическими и физиологическими реакциями не возникают, и сердечно-сосудистая система остается в относительном покое даже на фоне значимой социальной травмирующей ситуации.

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения, утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.) и двигательной заторможенностью. Депрессивное расстройство начинается с того, что у человека исчезают вкус к жизни, способность испытывать удовольствие; возникает чувство печали и отчаяния, невозможность действовать, иногда появляются суицидальные мысли. Человек чувствует себя раздраженным, одиноким, усталым, ничтожным, никому не нужным, в любой момент может расплакаться без всякой причины. Мир кажется серым и пустым, а собственная жизнь – несчастливой. Снижается самооценка. Часто первыми признаками депрессии, еще до осознания больным своего состояния, являются нарушения сна – трудности засыпания, сопровождаемые тяжелыми мыслями, короткий, чуткий сон, ранние пробуждения (в 3-4 часа утра) и сонливость в дневное время. Также нарушаются пищевые привычки – человек начинает либо много есть, либо, напротив, терять аппетит.

Депрессии в соответствии с причинами их возникновения классифицируют на реактивные, эндогенные, соматогенные и связанные с приемом препаратов (ятрогенные).

- **Реактивная депрессия**, как правило, спровоцирована внешней ситуацией – драматическими переживаниями (потеря близкого человека, работы, общественного положения). Иногда она возникает при чрезмерной нагрузке мозга в результате стресса, в основе которого могут лежать как физиологические, так и психосоциальные факторы.

- **Эндогенная депрессия** возникает вне связи с социальными или физиологическими факторами, причины неясны. Вероятно, имеет место изменение уровня нейромедиаторов (серотонина, влияющего на сознание и настроение, норадреналина и дофамина). Склонность к депрессии бывает обусловлена генетически (подозревают дефект белка, транспортирующего серотонин).

- **Соматогенная депрессия** может проявляться как симптом соматических заболеваний (инсульт, деменция, эпилепсия, инфекции и новообразования ЦНС, болезнь Паркинсона, нарколепсия, синдром обструктивного апноэ сна, черепно-мозговая травма, гепатоцеребральная дистрофия – болезнь Вильсона-Коновалова, болезнь Иценко-Кушинга, болезнь Аддисона, гиперальдостеронизм, нарушение функции щитовидной железы, послеродовые гормональные изменения, новообразования, сердечная недостаточность, хроническая почечная

недостаточность (ХПН), гиповитаминозы витамина В12, С, ниацина или тиамина).

- **Ятрогенная депрессия** возникает в результате побочного действия некоторых лекарств (бета-адреноблокаторов, нейролептиков, транквилизаторов, гормональных препаратов, антибиотиков, анальгетиков, антигипертензивных средств, иммунодепрессантов, химиопрепаратов).

Основные симптомы депрессии:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);

- ангедония – потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (в течение месяца).

Дополнительные симптомы:

- пессимизм;
- чувство вины, бесполезности, тревоги и/или страха;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрироваться и принимать решения;
- мысли о смерти и/или самоубийстве;
- нестабильный аппетит, снижение или прибавление в весе;
- нарушенный сон, бессонница или избыточная сонливость;
- ощущение жжения в груди или другие соматические симптомы.

Наиболее известными среди субъективных психометрических шкал для скрининга депрессии и тревоги являются Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A., 1983), шкала Цунга (Zung W.W., 1965), шкала депрессии Бека (Beck A., 1961), HDRS – шкала Гамильтона для определения тревоги и депрессии (адаптирована Дробижевым М.Ю., 1993).

Теснейшим образом с депрессивным и тревожным расстройством связан синдром вегетативной дисфункции. Психоэмоциональный стресс реализуется через изменения активности вегетативной системы (симпатоадреналовая активация, парасимпатическая активация или дисбаланс двух ветвей вегетативной системы). Вегетативная дисфункция (ВД, вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония) – полиэтиологический синдром, характеризующийся дисфункцией вегетативной (автономной) нервной системы, функциональными нарушениями со стороны практически всех систем организма (в основном сердечно-сосудистой), низкой устойчивостью к стрессовым ситуациям с расстройством гомеостаза и функциональными нарушениями. Клинические проявления вегетативного дисбаланса чрезвычайно многообразны и имитируют различные соматические заболевания.

Г.М. Покалев (2002) описывает у больных ВД около 150 симптомов и 32 клинических синдрома.

Синдром вегетативной дисфункции объединяет симпатические, парасимпатические и смешанные симптомокомплексы, проявляющиеся постоянно или в виде пароксизмов

(вегетативно-сосудистых кризов). При гиперсимпатикотонии наблюдаются тахикардия, побледнение кожных покровов, повышение АД, ослабление перистальтики кишечника, мидриаз, озноб, ощущение страха и тревоги. Симпатоадреналовый криз: головная боль, онемение и похолодание конечностей, бледность, повышение АД до 150/90-180/110 мм рт. ст., ЧСС до 110-140 уд./мин, боли в области сердца, возбуждение, двигательное беспокойство, иногда температура тела повышается до 38-39 °С. Ваготония характеризуется следующими симптомами: брадикардия, затруднение дыхания, покраснение кожи лица, потливость, саливация, понижение АД, желудочно-кишечные дискинезии. Вагоинсулярный криз: ощущение жара в области головы и лица, удушье, тяжесть в голове, тошнота, слабость, потливость, головокружение, позывы на дефекацию, усиление перистальтики кишечника, миоз, урежение пульса до 45-50 уд./мин, снижение АД до 80/50 мм рт. ст., возможны кожные проявления в виде крапивницы или отека Квинке. Смешанные кризы характеризуются сочетанием симптомов либо поочередным их проявлением. Также могут наблюдаться красный дермографизм, зоны гипералгезии в предсердечной области, «пятнистая» гиперемия верхней половины грудной клетки, гипергидроз и акроцианоз кистей рук, тремор кистей, неинфекционный субфебрилитет, температурные асимметрии.

Описанная симптоматика не укладывается в клиническую картину какого-либо одного внутреннего заболевания, поэтому таким пациентам не сразу устанавливают диагноз и назначают лечение, что усугубляет их депрессивное расстройство. В таких «сложных» случаях рекомендуем протестировать больного на наличие тревожно-депрессивной симптоматики и подобрать соответствующее лечение.

Показано, что вегетативная дисфункция тесно связана с болью в спине и шее (Ярошевский А.А., 2008). Автор проанализировал частоту вегетативных пароксизмов и обнаружил, что у 25% больных вегетативные кризы возникли в острую фазу болевого синдрома, у 30% – на фоне хронической миофасциальной боли в сроки от 1 месяца и позже, у 45% – наблюдались до возникновения мышечно-скелетной боли, а с ее появлением участились. Было показано, что обострение боли в шейно-воротниковой зоне ассоциировалось с липотимией (предобморочным состоянием). Боли, связанные с мышечным напряжением, были более выражены у лиц с гиперсимпатикотонией. Мышечное напряжение в плечевом поясе и шее, нарушение микроциркуляции в мышцах шеи, нарушение венозного оттока от головы у людей с психоэмоциональными и вегетативными расстройствами объясняет и высокую частоту у них головной боли напряжения.

В настоящее время депрессию можно рассматривать как общемедицинскую проблему в связи с высокой вероятностью коморбидности, в частности сочетания с сахарным

