

# COVID-19 та соматизована депресія: що змінилося?

**5-7 листопада в онлайн-форматі відбувся II Науковий конгрес із міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи». Завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олег Созонтович Чабан виступив з доповіддю «COVID-19 та соматизована депресія: що змінилося?».**



О.С. Чабан

Проблема коронавірусної хвороби (COVID-19) та спричинені нею соціально-економічні наслідки мають суттєвий вплив на всі сфери життєдіяльності людей, у зв'язку із чим зростає кількість депресій, тривожних розладів, суїцидів, алкоголізму тощо.

Соматизована депресія (СД) та інші емоційні розлади й дотепер часто зустрічалися в рутинній практиці сімейного лікаря. За визначенням, СД (прихована, маскована, латентна) є ендогенним депресивним станом, за якого на перший план виходять різноманітні соматичні симптоми та скарги, а афективна симптоматика є або прихованою, або малодиференційованою. СД також називають «депресією, що посміхається», оскільки пацієнт із СД може жартувати та посміхатися, а скарги, які він висловлює лікарю, на перший погляд зовсім не пов'язані з емоційними проблемами.

Хронічними депресивними розладами супроводжується широкий спектр ендокринних захворювань, неврологічних хвороб (мігрень, деменція, цереброваскулярна патологія, субдуральні гематоми, травми, розсіяний склероз, інфекційні патологічні стани), серцево-судинна патологія (гострий коронарний синдром, ішемічна хвороба серця, гіперхолестеринемія та ін.). Тривалий та неконтрольований прийом деяких медикаментів також здатен спричинити депресію. До таких медикаментів належать гіпотензивні засоби (β-адреноблокатори, клонідин, метилдопа, німодипін), серцеві глікозиди (препарати наперстянки, прокаїнамід), гормональні засоби (кортикостероїди, анаболічні стероїди,

оральні контрацептиви, прогестерон, естрогени), антиконвульсанти (барбітурати, клонідин), анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати (ібупрофен, фенацетин, бутадіон), антибіотики (гризофульвін, налдіксова кислота), протитуберкульозні засоби (етіонамід, ізоніазид). Особливо небезпечними є випадки, коли пацієнт помітив ефект від того чи іншого препарату й при повторенні симптомів самовільно призначає собі повторний курс аналогічного лікування, хоча в цьому випадку етіопатогенез процесу може бути зовсім іншим.

Проблема полягає у тому, що ці хворі не скаржаться на депресивну симптоматику. Однак хронічні болі й інші соматичні скарги в них не минають, незважаючи на лікування, а найскладніші та найдорожчі методи обстеження не реєструють жодних змін. У пацієнтів із клінічно вираженою депресією емоційні скарги (сум, втрата задоволення від життя, небажання жити) знаходяться на першому місці, а соматичні – на останньому. На противагу цьому, при СД на провідні позиції серед скарг виходять соматичні.

Цікаво, що в пацієнтів із депресією ослаблені нейронні зв'язки в медіальній орбіфронтальній корі, які відповідають за пам'ять позитивних стимулів у житті (досягнення, нагороди, гордість за себе). Натомість посилені є зв'язки латеральної орбіфронтальної кори, котрі відповідають за пам'ять на значні зусилля, що були докладені для здобуття винагороди.

Диференційно-діагностичні критерії, які дають змогу запідозрити СД (≥5 ознак упродовж щонайменше 2 тижнів), є такими:

- афективні порушення в анамнезі;
- маркери депресії в анамнезі;
- велика кількість соматичних скарг;
- спадкова обтяженість за афективними розладами;
- відсутність зв'язку початку хвороби із соматогеніями, психогеніями й екзогенно-органічними чинниками;
- фазовий перебіг соматичних проявів;
- колювання соматичних проявів упродовж доби;
- вітальний компонент зниженого настрою;
- помітні коливання ваги без змін харчування;
- втрата зацікавленості до всіх видів діяльності;
- моторне чи ідеаторне гальмування;
- настирливі думки про суть життя та смерть;
- дисонанс соматичних і вегетативних проявів та клініки соматичних порушень.

Варто замислитися про СД також за відсутності ефективності адекватно призначеного препарату чи в разі зміни локалізації патологічного процесу. Якісним критерієм є циркадність. Зазвичай пацієнт із СД гірше почувається зранку.

Ознаками, які збільшують імовірність виявлення СД, є яскраве заперечення емоційних проблем, постійний прийом психотропних чи інших ліків, надмірне та тривале переживання розлук і втрат, готовність виправдовуватися й пояснювати незрозумілі речі, незбалансований режим дня та харчування, проблеми з алкоголем (але не алкоголізм), песимізм і схильність до зайвої критики всього, надмірне завантаження роботою, складнощі у формулюванні власних потреб.

Параклінічні методи дослідження депресивних розладів – амфетаміновий, дексаметазонавий і діазепамовий тести, аміназиново-еозинофільна проба та фармакологічна проба С.І. Павловського, тест тиреотропін-релізінг-фактора. Ці методи хоча і є досить давніми, але можуть застосовуватися для визначення причин депресій.

СД розподіляється на алгічно-сенестопатичну (кардіалгічну, абдомінальну та цефалгічну), агрипічну (порушення сну), діенцефальну (вегетативно-вісцеральну, псевдоастматичну, вазомоторно-алергічну), обсессивну (наркоманія, алкоголізм, порушення в сексуальній сфері). Біль при СД зазвичай є тупим, ниючим і постійним, безперервним. Локалізація – мігруюча, спостерігається ірадіація в різні частини тіла. Ефект від анальгетиків відсутній чи нестійкий (винятком є кеторолак), однак наявний від антидепресантів або психотерапії. Додатковими клінічними проявами, які супроводжу-

ють біль, є нудота, запаморочення, страх, тривога. Часто СД маскується під діагностом вегетосудинної дистонії, яка також може бути хибним діагнозом за наявності генералізованого тривожного, афективного та соматоформного розладів, синдрому подразненого кишечника, ендокринологічних і неврологічних захворювань тощо. Вегетосудинна дистонія як симптомокомплекс, своєю чергою, може бути складовою зазначених хвороб.

У наш час вірусна пандемія спричинила своєрідну пандемію тривоги. В дослідженні С. Wang і співавт. (2020) 53,8% респондентів оцінили психологічний вплив ситуації як помірний або тяжкий, 16,5% повідомили про помірні чи тяжкі симптоми депресії, 28,8% – про помірні або тяжкі симптоми тривожності, 8,1% – про помірний та сильний стрес. Окрім депресій, самотність та соціальна ізоляція збільшили також ризик серцевих захворювань на 29%, інфаркту міокарда – на 32% (Valtorta N. et al., 2020).

Постає питання щодо того, в якого саме фахівця має лікуватися пацієнт із СД. У США, Канаді та Європі близько 80% антидепресантів призначаються лікарями соматичних профілів. У 21% хворих у загальносоматичній амбулаторній практиці депресивні симптоми складають основу скарг.

Кроксен (Aconitum, Литва) є безпечним й ефективним препаратом, що може застосовуватися в лікуванні СД. Антидепресивна ефективність екстракту шафрану доведена в плацебо-контрольованих дослідженнях (Wong S.M. et al., 2018), антидепресивна ефективність за шкалою Гамільтона (субшкала депресії) – в порівняннях із флуоксетином дозою 40 мг. Порівняння рослинного засобу з хімічним антидепресантом свідчить про його високу активність. Препарат Кроксен містить вітамінний комплекс, який характеризується доведеною ефективністю при депресивних (вітаміни групи В, фолієва кислота) та тривожних розладах (магній). Кроксен має відмінний рівень безпеки, адже його можна поєднувати з іншими препаратами в складі комплексної терапії, а також не зумовлює значимих побічних реакцій. Включення Кроксену до лікування соматичних патологічних станів дає змогу покращити їхню терапію за рахунок усунення тривожних і депресивних розладів. Кокранівські огляди підтверджують ці ефекти екстракту шафрану. Ефект препарату проявляється в соматичній, соціальній та психологічній сферах, недиференційованій гедонії, активності та роботі й відновленні гармонійних сімейних стосунків.

## ДОВІДКА «ЗУ»

Кроксен – рослинний комбінований комплекс на основі екстракту шафрану, вітамінів групи В і магнію; призначений для регулювання психоемоційних станів, пов'язаних з погіршенням настрою, роздратованістю, розладами сну, тривогою, апатією і неспокоєм. Шафран регулює поповнення дефіциту серотоніну, допаміну та норадреналіну, що проявляється гармонізацією психоемоційного стану, зниженням тривожності й стабілізацією настрою. Згідно з літературними даними, основні складники екстракту шафрану (кроцин і сафранал) чинять антидепресантну дію, пов'язану із впливом на синаптичну передачу моноамінів. Дія активних компонентів шафрану полягає в інгібуванні зворотного захоплення серотоніну, допаміну та норадреналіну. Сафранал також діє як агоніст рецепторів γ-аміномасляної кислоти, забезпечуючи седативну дію, що сприяє нормалізації глибини та якості сну. Кроцин має антиоксидантні та нейропротекторні властивості, що спричиняє зменшення тривоги, стабілізацію психологічного стану, заспокоєння та врівноваження реакції на зовнішні подразники в період стресу. Магній регулює кальцієві та натрієві канали в мембранах клітин, захищаючи м'язові й нервові клітини гіперактивності, підтримує серцевий ритм, бере участь в енергопродукції та обміні речовин, переданні нервових імпульсів. Вітаміни групи В (тіамін, ціанокобаламін, піридоксин, фолієва кислота) нормалізують роботу нервової системи, беруть участь у синтезі амінокислот та обмінних процесах у нейронах.

Підготувала Лариса Стрільчук

zdavo

**Кроксен**  
Крок до життя!

Приймається лише 1 раз на добу  
Виготовлено в ЄС

БД Не є лікарським засобом без ГМО.  
Регістраційне посвідчення № 3/8-A-4704-68322E від 30/01/2020