

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

И.В. Молчанова, В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **М.А. Индиченко, А.В. Зотова, А.А. Луговкина**

Волгоградский государственный медицинский университет

Российская Федерация, 400066, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Описаны причины возникновения депрессивных состояний и их классификация. Указана систематика депрессий, даются рекомендации по адекватной поддерживающей терапии.

Ключевые слова: депрессия, депрессивное состояние, симптомы, развитие, терапия.

Для цитирования: Молчанова И.В., Скворцов В.В., Индиченко М.А., Зотова А.В., Луговкина А.А. Оценка готовности медсестер к применению на практике теории созидательной заботы. Медицинская сестра. 2018; 20 (3): 51–56. DOI: 10.29296/25879979-2018-03-13.

Депрессия – серьезное психическое заболевание, при возникновении которого резко снижается трудоспособность, возникают двигательная заторможенность, нарушение мышления, снижение настроения. Депрессивное состояние сопровождается сниженной самооценкой, потерей вкуса к жизни, интереса к привычной деятельности. Являясь психическим расстройством, депрессия проявляется как патологический аффект. Она воспринимается людьми и пациентами как проявление лени, плохого характера, эгоизма и пессимизма. Следует учесть, что депрессивное состояние – это не просто плохое настроение, а психосоматическое заболевание, при котором требуется вмешательство специалистов.

Исследования показывают, что депрессия, как и сердечно-сосудистые заболевания, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Им страдают до 20% населения развитых стран, но истинная ее распространенность неизвестна. Так, А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин и соавт. (2005) опубликовали данные, согласно которым заболеваемость депрессиями на сегодняшний день составляет 3%, а риск заболеть депрессией в течение всей жизни – 20%.

Депрессивные состояния подразделяются на несколько видов: большая депрессия, униполярная (монополярная) депрессия и автономная депрессия. Отечественные и зарубежные психиатры объясняют «большое» депрессивное расстройство как состояние, которое в течение, как минимум, 2 нед характеризуется следующими симптомами: сни-

женным настроением большую часть дня; значительным снижением интереса и(или) чувства удовольствия от всех или практически всех видов повседневной активности; изменением аппетита (как анорексия, так и булимия) с изменением массы тела или без такового; инсомнией или гиперсомнией; психомоторной ажитацией или заторможенностью; чувством опустошенности или потерей энергии; чувством бесцельности существования или крайне выраженным чувством собственной вины; снижением умственной активности и возможности концентрировать внимание; невозможностью принять решение; суицидальными мыслями или мыслями о смерти.

У некоторых пациентов депрессия носит хронический характер. Она может продолжаться несколько лет, не достигая при этом значительной тяжести.

Иногда депрессия ограничивается физиологическими симптомами без каких-либо четких эмоциональных проявлений, а клинические и лабораторные исследования не выявляют каких-либо органических изменений.

Причины возникновения депрессии

Современная наука рассматривает депрессивное состояние как заболевание, в происхождении которого принимают участие физиологические, психологические и социальные факторы. Развитие депрессии может быть спровоцировано тяжелыми соматическими заболеваниями, разнообразными расстройствами психики и определенными видами лекарственной терапии. У больных с инвалидизирующими заболеваниями депрессия встречается с частотой 20–60%. Депрессии ассоциированы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, синдромом приобретенного иммунодефицита человека и другими состояниями, влияние которых из-за многофакторности невозможно оценить в полной мере. Пример одного из таких состояний – действие психосоциальных факторов. В кардиологической практике депрессии встречаются с частотой 15–38%.

Физиологические изменения обусловлены нарушением нейрхимических процессов. В основе эндогенных психических расстройств лежат нарушения синаптической передачи. Изучение клини-

ческих проявлений депрессивных расстройств, а также препаратов, антидепрессантов разных групп на молекулярном уровне свидетельствуют об участии в патогенезе депрессий взаимосвязанных нарушений ряда нейрохимических систем. Ключевые патогенетические механизмы депрессии связаны с **функциональным дефицитом серотонинергической системы** со сложной дисрегуляцией норадренергической системы. Обе системы находятся в тесном взаимодействии с дофаминергической, холинергической, глутаматергической и ГАМКергической системами.

О снижении уровня функционирования серотонинергической системы при депрессии свидетельствуют следующие данные:

- снижение метаболизма серотонина, а именно снижение концентрации основного катаболита серотонина – 5-окси-индолуксусной кислоты в спинномозговой жидкости больных в депрессивной фазе и ее некотором увеличении при клиническом улучшении;
- появление или обострение симптомов депрессии при недостатке в диете предшественника серотонина – триптофана;
- снижение плотности белков-транспортёров, осуществляющих обратный захват серотонина через пресинаптическую мембрану.

Молекулярно-генетические исследования выявили полиморфизм участка гена белка – переносчика серотонина, а также ассоциацию между одним из вариантов этого участка и монополярной формой эндогенной депрессии.

Участие норадренергической системы:

- терапевтическая эффективность ингибиторов обратного захвата норадреналина (мапротилин, миансерин);
- снижение концентрации метаболитов норадреналина в спинномозговой жидкости и моче больных.

Антидепрессанты оказывают терапевтическое действие путем потенцирования синаптической передачи в норадренергических и серотонинергических синапсах. Разная эффективность терапии разными антидепрессантами допускает существование нескольких нейрохимических типов депрессий, связанных преимущественно с дефицитом серотонина, с избытком серотонина, со снижением чувствительности постсинаптических рецепторов, с истощением норадреналина и серотонина (поздние депрессии), с нарушением баланса этих нейротрансмиттеров.

Нейрофизиологические механизмы развития депрессии исследовались при анализе спектральной мощности и когерентности фоновой электроэнцефалограммы (ЭЭГ), а также реактивности ЭЭГ и ряда вегетативных показателей (частота сердечных сокра-

щений, кожно-гальванические реакции) на индифферентные и эмоционально значимые стимулы. У больных с преобладанием в клинической картине депрессии тоскливого аффекта были выявлены электрофизиологические признаки повышенного тонуса парасимпатической системы. Исходя из этого, можно сделать вывод, что этот тип депрессии связан с преобладанием активности серотонинергической системы.

У больных с тревожной депрессией и дистимическими расстройствами характер электрофизиологических показателей указывал на повышенный симпатический тонус. Этот тип депрессии, по-видимому, связан как с дефицитом функций серотонинергической и норадренергической систем, и с дисбалансом их взаимодействия. У больных с апатической депрессией, судя по ЭЭГ и вегетативным показателям, отмечался близкий к норме характер реагирования, но с ослаблением его интенсивности.

Причиной депрессий могут быть и нарушения биологических ритмов. Причиной патогенеза аффективных расстройств является изменение ритмической структуры многих физиологических функций – нарушение биологических ритмов сна.

Снижение общей длительности и нарушение структуры сна играют важную роль в патогенезе аффективных расстройств. Так, у здоровых людей недостаток сна или нарушения его периодичности могут вызвать развитие депрессивной симптоматики. При этом полная депривация сна в течение 40 ч может в отдельных случаях значительно уменьшить депрессивные симптомы.

Известно, что при депрессии возникают нарушения сна, которые проявляются трудностью засыпания, неглубоким ночным сном, ранним пробуждением по утрам. В утренние и дневные часы больные испытывают ощущения сонливости, вялости, разбитости, снижения работоспособности. Проблемы сна не являются специфичными для депрессивных расстройств, они встречаются и при других психических заболеваниях, однако при депрессиях отмечаются как один из наиболее частых симптомов. Субъективно отмечаемые нарушения сна подтверждаются результатами полисомнографических исследований.

Для депрессивных больных характерно снижение общей продолжительности ночного сна, значительное сокращение длительности его медленно-волновых стадий и укорочение циклов сна. При этом фаза сна с быстрыми движениями глаз (*REM sleep*) не угнетается; напротив, наблюдается существенное сокращение латентного периода наступления первой фазы REM (примерно с 65 мин в норме до 20 мин при тяжелой депрессии), что является одним из биологических маркеров депрессии.

Согласно моноаминергической теории регуляции цикла сон — бодрствование, такое соотношение фаз сна должно свидетельствовать о снижении активности серотонинергической системы, ответственной за медленноволновые фазы сна, при сохранности или усилении функций норадренергической системы, управляющей фазой «быстрого» сна. Это подтверждается тем, что большинство используемых в клинике серотонинергических антидепрессантов оказывает однотипное влияние на структуру сна, избирательно подавляя фазу REM и увеличивая продолжительность медленноволнового сна.

Классификация депрессивных состояний

Исследование психопатологической картины позволило выделить 7 основных синдромальных типов депрессий: меланхолический, тревожный, анестетический, адинамический, апатический, дисфорический, сенесто-ипохондрический, а также сложные депрессии с развитием в их структуре бреда, галлюцинаций, кататонических расстройств. Данная типология простых депрессий не исчерпывает всего многообразия депрессивных синдромов и является относительной. Это связано с тем, что наряду с классическими картинами монотипных депрессий наблюдаются состояния, которые трудно отнести к определенному типу депрессий в связи с полиморфизмом основных проявлений депрессивного синдрома.

Сложные депрессии, к которым относятся сенесто-ипохондрические депрессии и депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами, отличаются значительным полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, изменчивостью, что связано с появлением в клинической картине болезни элементов, стоящих вне рамок облигатных расстройств. Исследование затяжных депрессий показало, что они могут иметь монотипную структуру, если состояние на протяжении длительного времени не меняет своей психопатологической картины, и полиморфную с развитием в картине депрессии различных видов депрессивных состояний.

В отличие от затяжных депрессий хронические депрессивные состояния характеризуются не только пролонгированностью, но и имеют ряд психопатологических особенностей, характерных для этого вида состояний, проявляющихся дисгармоничностью триады и диссоциацией между разнообразными аффективными жалобами и достаточно монотонным внешним обликом и поведением больных. Дальнейшее исследование и анализ каждого из выделенных вариантов исследуемых состояний, возможно, поможет создать непрерывный типологический континуум эндогенных де-

прессий — от наиболее простых и легких до глубоких и сложных.

Систематика депрессий:

- **меланхолические депрессии** (проявляются состояниями, когда наряду с подавленностью, витальной тоской с загрудинной или эпигастральной локализацией, суточными колебаниями настроения, идеями самообвинения, самоупреками, жалобами на трудность сосредоточения, невозможность концентрации выступают двигательные нарушения, принимающие порой характер субступорозных состояний, что соответствовало классическому меланхолическому синдрому во всей своей полноте выражения, описанной в рамках циркулярной депрессии);
- **заторможенные депрессии** (тревога в значительной степени определяет клиническую картину, окрашивая другие проявления депрессии; суточные колебания, обычно правильные, с наибольшей выраженностью аффективных расстройств в первую половину дня; в особенно тяжелых случаях облегчения самочувствия в вечернее время не наступает; в депрессивной триаде выражена двигательная заторможенность, темп мышления не меняется, идеаторное торможение проявляется также тревожно-тоскливым содержанием мышления);
- **тоскливо-анестетические** (характерно чувство тоски с прекардиальной локализацией, правильными суточными колебаниями, идеями самообвинения и самоуничтожения, суицидальными мыслями и намерениями, соматическими признаками депрессий);
- **тревожно-анестетические** (характерны ажитация, внешние проявления тревоги, идеаторные расстройства в виде наплывов и путаницы мыслей, инвертированный характер колебаний суточного ритма при отсутствии идеомоторного торможения, суицидальных мыслей, идей самообвинения, чувства пониженного настроения, а также соматических проявлений депрессии);
- **чисто анестетические** (анестетические расстройства являются наиболее значимым проявлением при стертости других симптомов депрессии; отсутствует или незначительно выражено идеомоторное торможение, отсутствуют суточные колебания настроения, соматические признаки депрессии; у ряда больных имеют место деперсонализационные и адинамические расстройства, формируется депрессивное мировоззрение, а также интерпретативный ипохондрический бред);

- **адинамические депрессии:** состояния, в которых на первый план выступают слабость, вялость, бессилие, невозможность или затруднения при выполнении физической или умственной работы при сохранении побуждений, желаний, стремления к деятельности;
- **дисфорические депрессии:** состояния, характеризующиеся возникновением на фоне сниженного настроения, раздражительности, гневливости, нередко – агрессии разрушительных тенденций.

Диагностические критерии депрессивных состояний

Основные симптомы:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 нед вне зависимости от ситуации;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- снижение способности к сосредоточению и вниманию;
- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
- нарушенный сон;
- нарушенный аппетит.

Лечение

Лечение депрессий осуществляется антидепрессантами. Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. Терапевтический эффект может проявляться медленно и постепенно.

К новым антидепрессантам относят флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), мirtазапин (ремерон).

Ципраамил относится к группе психоаналептиков-антидепрессантов, считается селективным ингибитором обратного захвата серотонина. В основе действия ципраамила – увеличение концен-

трации серотонина в синаптической щели. Избирательно связываясь с переносчиком, который транспортирует медиатор обратно из синаптической щели в нейрон, препарат увеличивает содержание серотонина в нейрональном синапсе лимбической системы. Клинически это выражается в устранении депрессивных состояний, протекающих в виде различных синдромов. Ципраамил способствует оптимизации эмоциональной сферы, устранению патологически измененного настроения, меланхолии и тоски. Под его действием активизируются двигательная активность и мыслительные процессы, нарушение которых сопровождает депрессию.

Показания к применению: депрессивные состояния различной выраженности и генеза. Препарат полезен при панических атаках, фобиях, навязчивых стереотипиях с тревожным синдромом.

Во время лечения депрессии на начальном этапе прописывают по 20 мг лекарства, при потребности дозу увеличивают до максимальной суточной – 60 мг. Видимый противодепрессивный результат заметен после 2–4 нед систематического приема лекарства. Для профилактики повторного возникновения депрессии ципраамил принимают в течение полугода.

Основные этапы терапии:

- выбор антидепрессантов с учетом основных симптомов депрессии у каждого пациента, подбор дозы препарата и индивидуальной схемы лечения;
- проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения, восстановления прежнего уровня активности.

Патогенетическая терапия

Как правило, она носит неспецифический характер: лекарственные средства и терапевтические мероприятия используются при различных заболеваниях и психопатологических состояниях. Назначение психофармакологических препаратов и других лечебных средств способствует в первую очередь редукции синдромов и симптомов. Затем нормализуется вся клиническая картина с обратным развитием остальной симптоматики.

Эффективность лечения зависит от особенностей симптома и его места в картине болезни в целом. Такое понимание симптомов-мишеней является, вероятно, наиболее правильным для определения симптомотропного и нозотропного действия психоактивных лечебных средств и методов. Их действие вряд ли всякий раз следует пытаться уложить в рамки симптоматического или синдромного; скорее, оно избирательно-пато-

генетическое. Избирательное влияние на симптом приводит к терапевтическому воздействию на то или иное звено патологического процесса.

Компенсаторная терапия

Компенсаторная терапия предусматривает биологические и социотерапевтические воздействия, которые способствуют не ликвидации причины заболевания (этиотропная терапия) или непосредственному «исправлению» патологических механизмов (патогенетическая терапия), а стимуляции компенсаторных процессов, благодаря чему ослабляются и нивелируются многие болезненные проявления. Компенсаторное влияние при психических болезнях оказывают многие лекарственные средства (сердечно-сосудистые, дегидратационные, снотворные, актопротекторы и другие препараты с неспецифическим стимулирующим или седативным эффектом) и терапевтические методы: рациональная психотерапия и другие психотерапевтические методы, социальная реабилитация.

Психотерапия в отличие от медикаментозного лечения предполагает активную роль пациента в процессе лечения. Психотерапия помогает пациенту развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию. В психотерапии выделяют 3 подхода: психодинамическую психотерапию, поведенческую, когнитивную психотерапию.

Согласно психодинамической терапии, психологической основой депрессии являются внутренние бессознательные конфликты. Источники этих конфликтов – в истории жизни пациента, которая становится предметом анализа психодинамической терапии. Цель терапии – осознание конфликта и помощь в его конструктивном разрешении: научиться находить баланс независимости и близости, развить способность конструктивно выражать свои чувства и сохранять при этом отношения с людьми.

Поведенческая психотерапия направлена на разрешение текущих проблем пациента и снятие поведенческих симптомов: пассивность, отказ от удовольствий, монотонный образ жизни, изоляция от окружающих, невозможность планирования и вовлечения в целенаправленную активную деятельность.

Когнитивная психотерапия представляет собой синтез вышеназванных подходов и соединяет в себе их преимущества. Она сочетает работу с актуальными жизненными трудностями и поведенческими симптомами депрессии и работу с их внутренними психологическими источниками (глубинными представлениями и убеждениями).

В качестве основного психологического механизма депрессии в когнитивной психотерапии рассматривается негативное мышление, которое выражается в склонности депрессивных больных рассматривать все происходящее с ними в негативном свете. Изменение такого способа мышления требует тщательной индивидуальной работы, которая должна быть направлена на развитие более реалистичного и оптимистичного взгляда на себя, на мир и на будущее.

Поддерживающая терапия

Надлежащая терапия депрессии требует не только купирования острых симптомов, но и продолжения лечения в течение всего периода, пока сохраняется вероятность рецидива. Неадекватная терапия или ее отсутствие в течение первых 6 мес ремиссии приводит к повторной депрессии у 50% больных (для сравнения: показатель рецидива у пациентов, получающих адекватную поддерживающую терапию, – 20%).

Если депрессия редуцируется через 12 нед лечения, поддерживающая терапия в течение 6 мес минимизирует риск повторения депрессии. Пациенты, получающие поддерживающую терапию исходным антидепрессантом, в отличие от тех, кому была проведена смена препарата или его полная отмена, имеют более низкие показатели рецидива в течение более чем 2 лет (убедительность доказательства категории В). Систематичность приема антидепрессанта также способствует снижению вероятности рецидива депрессии (убедительность доказательства категории В). Доза поддерживающей терапии должна быть той же или близкой к терапевтической (убедительность доказательства категории В).

У пожилых пациентов может возникнуть необходимость в проведении терапии сроком до 2 лет после наступления ремиссии (убедительность доказательства категории В). Пациентам следует также сообщить, что антидепрессанты не вызывают зависимости. В случае преждевременной отмены терапии (менее чем через 13 нед) антидепрессанты, повторно назначенные при обострении, вероятнее всего, будут эффективны (убедительность доказательства категории В).

При отмене терапии считается целесообразным медленно снижать дозы препарата в течение, как минимум, 4 нед (убедительность доказательства категории В). Синдром отмены возможен при применении любого антидепрессанта, но особенно – пароксетина. Симптомы отмены обычно появляются в течение 1–3 дней после прекращения лечения и редуцируются в течение 1 нед, в то время как депрессия обычно рецидивирует через 3 нед после отмены.

Рекомендуемая литература

Александровский Ю.А. Психофармакотерапия. М.: Издательский центр «Академия». 2005; 70–5.

Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. Монография. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005; 250.

Алексеева Н., Салмина-Хвостова О., Белобородова Е. Дефицит витамина D и нарушения психоэмоциональной сферы при метаболическом синдроме. Врач. 2016; 12: 56–8.

Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. 3-е изд., перераб. М.: МЕДпресс-информ, 2005; 254.

Минутко В.Л. Депрессия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; 299–319.

Психиатрия и наркология: учеб. пособие для студентов мед. вузов. Под ред. В.Д. Менделевича. М.: Академия, 2005; 367.

Современные проблемы пограничных расстройств в психиатрии и наркологии (клинико-терапевтические и социально-психологические аспекты): под ред. Н.Е. Буториной. Челябинск: АТОКСО, 2005; 128.

Халилова У.А., Скворцов В.В., Скворцов К.Ю. Депрессивные расстройства у кардиологических больных. Медицинская сестра. 2015; 7: 18–21.

Скворцов В.В., Скворцова Е.М. Астеноневротический синдром. Медицинская сестра. 2016; 3: 35–8.

Смулевич А.Б. Расстройство личности. Медицинское информационное агентство. 2007; 50–100.

DEPRESSIVE STATES

I.V. Molchanova; V.V. Skvortsov, MD; M.A. Indichenko; A.V. Zotova; A.A. Lugovkina
Volograd State Medical University

The paper describes the causes of depressive states and their classification. It indicates the systematization of depressions and gives recommendations for adequate maintenance therapy.

Key words: depression, depressive states, symptoms, development, therapy.

For citation: Molchanova I.V., Skvortsov V.V., Indichenko M.A., Zotova A.V., Lugovkina A.A. Assessment of the readiness of nurses to use the human caring theory in practice. Meditsinskaya sestra, 2018, 3(20): 51–56 (In Russian). DOI: 10.29296/25879979-2018-03-13

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Издательский дом «РУССКИЙ ВРАЧ» выпускает шесть научных медицинских журналов («Врач», «Молекулярная медицина», «Фармация», «Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии», «Спортивная медицина: наука и практика» и «Медицинская сестра») и приглашает вас к научному сотрудничеству.

На сайте Издательского дома (www.rusvrach.ru) в свободном доступе

17 тематических порталов по специальностям:

Аптека	apteka.rusvrach.ru
Кардиология	cardio.rusvrach.ru
Гастроэнтерология	gastro.rusvrach.ru
Эндокринология	endocrinology.rusvrach.ru
Акушерство/гинекология	gyn.rusvrach.ru
Аллергология	allergo.rusvrach.ru
Гериатрия	geronto.rusvrach.ru
Педиатрия	pediatric.rusvrach.ru
Дерматовенерология	dermato.rusvrach.ru
	ekd.rusvrach.ru
Неврология	neurolo.rusvrach.ru
Урология/нефрология	uro.rusvrach.ru
Онкология	onco.rusvrach.ru
Пульмонология	pulmo.rusvrach.ru
Эпидемиология	epidem.rusvrach.ru
Фармакология	pharmaco.rusvrach.ru
ЛОР	lor.rusvrach.ru
Нефрология	nephro.rusvrach.ru
Травматология/хирургия/ортопедия	trauma.rusvrach.ru