Соматовегетативные нарушения при разных типах депрессии

Д.м.н., проф., гл.н.с. О.П. ВЕРТОГРАДОВА, к.м.н., ст.н.с. С.Ю. ДИКОВ

Somatic-autonomic disturbances in different types of depression

O.P. VERTOGRADOVA, S.YU. DIKOV

Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава

Цель работы состояла в установлении соотношения между структурой соматовегетативных нарушений и типом депрессивного аффекта. Обследовали 102 больных депрессией (28 мужчин и 74 женщины) в возрасте от 20 до 50 лет. Легкая депрессия была у 23 пациентов, депрессия средней тяжести — у 79; 12 имели биполярные расстройства, 24 — депрессивный эпизод, у 66 — рекуррентное течение депрессии. Учитывали 32 соматовегетативных признака, давалась общая оценка преобладания симпатической или парасимпатической системы; выраженность депрессии оценивалась по шкале Гамильтона. Было установлено, что соматовегетативные расстройства, являясь постоянным компонентом депрессивного синдрома, встречаются при всех видах депрессии. В наибольшей степени они представлены при тревожной депрессии, в наименьшей — при апатической депрессии, тоскливые депрессии в этом отношении занимают промежуточное положение. Характер и степень выраженности соматовегетативных нарушений определяются типом ведущего аффекта и структурой депрессивного синдрома.

Ключевые слова: *депрессия, тип аффекта, соматовегетативные нарушения.*

To reveal correlations between the structure of somatic-autonomic disorders and types of depression — melancholic, anxious, apathic authors studied 102 patients, aged from 20 to 50 years, with depression of mild (23 patients) or moderate (79) severity; 12 patients with bipolar affective disorder, 24 — with depressive episode, 66 — with recurrent depressive disorder. Hamilton depression scale, methods for study of somatic-autonomic disturbances and predominance of sympathicotonia or parasympathicotonia were used. Somatic-autoniomic disorders were presented in all types of depression, mostly in anxious depressions, lastly — in apathic depresions, melancholic depressions were in intermediate position. For each depression, common and specific somatic-autonomic disorders were found which correlated with type of leading affect and structure of depressive syndrome.

Key words: *depression, somatic-autonomic disturbances, depression types.*

Современный этап развития медицины характеризует интегративный подход, согласно которому в развитии и течении многих заболеваний учитываются соматические и психосоциальные факторы [6], что определяет тенденцию к исчезновению искусственной демаркации между соматическими и психическими заболеваниями.

Депрессия, как яркий пример расстройства, в разных соотношениях сочетающего психический и соматический компоненты, становится все более распространенным нарушением, которое не всегда вовремя диагностируется [18]. Согласно данным литературы [8], более чем у половины больных депрессией признаки вегетативной неустойчивости, расстройства сна, анергия, головные боли, разбитость по утрам выявляются на продромальном этапе и отмечаются в периоде манифестации, стабилизации и обратного развития депрессивной симптоматики. Выявлена относительная специфичность соматовегетативных сдвигов для каждого этапа депрессии [3]. Соматовегетативные расстройства в одних случаях могут играть ведущую роль в жалобах больного (маскированные депрессии), в других — соответствуют выраженности аффективных, идеаторных и моторных нарушений [2, 7, 11, 13, 14, 19].

Недостаточная выявляемость депрессивных расстройств обусловлена рядом факторов. Речь идет прежде всего о малой информированности населения о проявлениях депрессии. Это ведет к тому, что пациенты воспринимают собственно депрессивные симптомы как естественную реакцию на соматическое неблагополучие и поэтому редко предъявляют жалобы на подавленное или тревожное настроение, снижение способности получать удовольствие. По данным литературы, от 50 до 80% больных, страдающих депрессией, обращаются к врачам общей поликлиники и только от 10 до 20% из них попадают в поле зрения психиатров.

При депрессиях, маскированных соматовегетативными расстройствами, от $^1/_3$ до $^2/_3$ пациентов наблюдаются у врачей широкого профиля [16]. Врачи-интернисты, не ориентированные на активное выявление депрессий, как правило, не уделяют достаточного внимания психическому состоянию пациентов, относят соматовегетативные симптомы к проявлениям соматической патологии. Это ведет к длительной соматически ориентированной и неэффективной терапии, следствием чего является хроническое течение со снижением уровня социально-психического функционирования и качества жизни больных.

Другой не менее значимой проблемой является недостаточное внимание психиатров к соматовегетативным проявлениям депрессии. Между тем соматовегетативные

© О.П. Вертоградова, С.Ю. Диков, 2011

e-mail: drdikov@gmail.com

Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2011;111:7:18

расстройства могут иметь место не только на активном этапе болезни, но сохраняться на стадии обратного развития и становления медикаментозной ремиссии. В тех случаях, когда они не фиксируются врачом, повышается вероятность рецидива.

К соматовегетативным проявлениям депрессии относят расстройства сна, либидо, аппетита и изменение массы тела, анергию, телесные сенсации (включая алгии) и функциональные нарушения разных систем организма [1, 9, 10, 12, 15, 17].

Депрессивный аффект — сложная структура, включающая 3 основных компонента: тоску, тревогу, апатию, имеющих различную степень выраженности на разных этапах заболевания, находящихся в динамических отношениях друг с другом и определяющих структуру синдрома. Целесообразность дифференцировки эндогеноморфных депрессий на основании типа ведущего аффекта определяется его синдромообразующей ролью. Ведущий аффект определяет характер, выраженность и локализацию соматопсихических ощущений, характер изменения и выраженность сексуальных расстройств, соматические проявления при соматизированных депрессиях, варианты расстройств сна и степень их выраженности [5]. Поэтому выделение преобладающего аффекта имеет значение для оценки состояния больного и выбора терапии.

Сказанное определяет актуальность и необходимость анализа связи определенных соматовегетативных нарушений с типом депрессии.

Цель исследования — установление соотношения между структурой соматовегетативных расстройств и типом депрессивного аффекта.

Материал и методы

В период с 2007 по 2009 г. обследовали 102 больных депрессией, 28 (27,5%) мужчин и 74 (72,5%) женщины в возрасте от 20 до 50 лет. В их числе было 69 человек, проходивших стационарное лечение в Московском НИИ психиатрии, и 33, наблюдавшихся в общесоматической поликлинике Москвы. Средний возраст мужчин был 41,9 года, женщин — 37,8 года. Значительную часть наблюдений составили лица с высшим образованием (39,3% мужчин и 44,6% женщин); 60,7% мужчин и 59,5% женщин имели семью (были женаты или замужем).

Из исследования исключались больные шизофренией, хроническим алкоголизмом и наркоманией, психическими расстройствами, связанными с органическим поражением ЦНС, хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Состояние всех пациентов отвечало критериям раздела «Аффективные расстройства» по МКБ-10 и оно соответствовало рубрике F 31.3 у 12 (12%) человек, F 32.0 у 11 (11%), F 32.1 у 13 (13%), F 33.0 у 12 (12%), F 33.1 у 54 (53%). Депрессии средней степени тяжести были отмечены в 79 (77%) наблюдениях, легкой — у 23 (23%) больных. Средняя длительность заболевания составила 6,5 лет (от 2 нед до 29 лет). Длительность заболевания до 1 года была у 18 (19%) человек, от 1 года до 5 лет — у 45 (44%), свыше 5 лет — у 38 (37%). Средняя длительность депрессивного состояния — 4,3 мес (от 2 нед до 24 мес). Клинико-демографические характеристики больных представлены в табл. 1.

Таблица 1. **Клинико-демографические показатели 102 наблюдавшихся больных**

Признак	Число больных	
	абс.	%
Пол		
мужчины	28	27
женщины	74	73
Возраст, годы		
до 20 лет	10	10
21—30	22	22
31—40	26	25
41—50	17	17
51—60	27	26
Семейное положение		
в браке	61	60
холосты	27	26
разведены	12	12
вдовы	2	2
Наличие детей		
имеют детей	62	61
не имеют детей	40	39
Образование		
среднее	11	11
среднее специальное	37	36
незаконченное высшее	10	10
высшее	44	43
Социальное положение		
служащие	45	44
рабочие	17	17
студенты	10	10
пенсионеры	7	7
не работают	18	17
инвалиды	5	5
Бытовые условия		
хорошие	70	69
удовлетворительные	32	31
Оценка депрессивных расстройств по МКБ-10		
F31.3	12	12
F32	24	23
F33	66	65

При анализе психопатологической структуры депрессии использовали клиническую карту, разработанную в Отделении аффективной патологии Московского научно-исследовательского института психиатрии. Для выявления и оценки соматовегетативных расстройств применяли критерии, предложенные А.М. Вейном [4], и индекс Кердо[1]. О нарушениях гомеостатических возможностей организма судили на основе показателей вегетативного тонуса и реактивности (проба Даньини—Ашнера), о механизмах адаптации — по показателям вегетативного обеспечения деятельности (ортостатическая проба). Методы оценки соматовегетативных расстройств подбирали так, чтобы психиатры, психотерапевты и интернисты могли без труда квалифицировать их, не прибегая к специальным, труднодоступным диагностическим средствам. Дополнительно использовали шкалу оценки депрессии Гамильтона (из 21 пункта).

[1]Индекс Кердо позволяет оценить состояние вегетативной нервной системы в отношении преобладания симпатической или парасимпатической регуляции.

Статистические методы включали: сравнение двух независимых выборок (критерий Манна—Уитни), сравнение двух зависимых выборок (критерий Вилкоксона), метод ранговой корреляции Спирмена. Статистические операции производили с помощью программного пакета SPSS 14.

Результаты

В соответствии с целью исследования обследуемые были разделены на 3 группы согласно типу ведущего аффекта: с доминированием тревожного аффекта — 48 (47%) человек, доминированием тоскливого аффекта — 38 (37,3%), доминированием апатии — 16 (15,7%).

Группу с доминированием тревожного аффекта, как указывалось выше, составили 48 больных: 11 (22,9%) мужчин и 37 (77,1%) женщин. Их средний возраст был 39±3,55 года. У 35 больных было диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство, у 9 — депрессивный эпизод, у 4 — биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии. Средний суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона при поступлении составил 18,6.

Согласно данным табл. 2 соматовегетативные расстройства, достоверно коррелирующие с аффектом тревоги, по распространенности представлены в следующем порядке: снижение либидо (69%), трудности засыпания (58%), снижение аппетита (52%), ощущение сердцебиения (50%), тахикардия (48%), мышечное напряжение (46%), повышение артериального давления — АД (46%), как систолического (САД), так и диастолического (ДАД), чувство нехватки воздуха (40%), чувство жжения в груди (33%), анергия (31%), сухость во рту (31%), повышенное потоотделение (29%), диарея (23%), тошнота (21%). Близко к достоверному уровню коррелировали с выраженностью тревожного аффекта: пробуждения среди ночи (42%), боли в животе (31%), ощущение перебоев в работе сердца (29%), головная боль (23%), мышечные боли (21%).

По данным табл. 3, у 56,25% больных вегетативный индекс Кердо был положительным, у 22,92% — отрицательным, у 21,3% — приближался к нулю. Показатели пробы Даньини—Ашнера достоверно отрицательно коррелировали с выраженностью тревоги (r=–0,352; p=0,014), отражая снижение вегетативной реактивности параллельно углублению ведущего аффекта. У 24 пациентов отмеча-

Таблица 2. **Распространенность соматовегетативных расстройств у больных с депрессией с доминированием тревожного аффекта**

Клиническое проявление	Число больных			
	мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%
Ощущение учащенного сердцебиения*	5	10,41	19	39,58
Ощущение перебоев в работе сердца	3	6,25	11	22,91
Повышение САД**	4	8,33	18	37,5
Повышение ДАД**	4	8,33	18	37,5
Тахикардия**	7	14,58	16	33,3
Алготермические сенсации*	5	10,4	11	22,9
Чувство нехватки воздуха*	4	8,33	15	31,25
Запор	5	10,41	7	14,58
Диарея*	1	2,08	10	20,83
Вздутие живота	1	2,08	5	10,41
Абдоминалгии	2	4,17	13	27,08
Сухость во рту*	4	8,33	11	22,92
Тошнота**	2	4,17	8	16,7
Рвота	0	—	3	6,25
Повышенное потоотделение*	4	8,33	10	20,83
Сухость кожи	1	2,08	6	12,5
Трудности засыпания*	8	16,7	20	41,67
Пробуждения среди ночи	4	8,33	16	33,3
Окончательные ранние пробуждения	1	2,08	4	8,33
Окончательные поздние пробуждения	1	2,08	2	4,17
Снижение либидо**	9	18,75	24	50
Повышение либидо	1	2,08	3	6,25
Снижение аппетита*	7	14,58	18	37,5
Повышение аппетита	1	2,08	5	10,41
Менструальные нарушения	0	—	4	8,33
Боль в пояснице	5	10,41	9	18,75
Головная боль	4	8,33	7	14,58
Ощущение мышечного напряжения*	5	10,41	17	35,42
Анергия*	4	8,33	11	22,92
Субфебрилитет	0	—	3	6,25
Нарушение мочеиспускания	1	2,08	3	6,25
Головокружение	0	—	0	—

Примечание. Здесь и в табл. 4—6 достоверность между мужчинами и женщинами: * — p<0,05;** — p<0,01.

лась пониженная вегетативная реактивность, у 4 — извращенная, у 14 — нормальная, у 6 — повышенная. У 28 больных данная проба указывает на сниженную реактивность парасимпатического звена с повышением активности симпатического. У 14 больных рефлекторный ответ парасимпатического отдела ЦНС был в пределах нормальных значений. Результаты ортостатической пробы отражают повышение активности симпатического отдела у 22 (46%) больных, парасимпатического — у 9 (19%). Нормальную реакцию демонстрировали 17 (35%) пациентов.

При статистическом анализе удалось обнаружить следующие внутригрупповые соотношения изучаемых признаков. Выявлена в высокой степени достоверная корреляция между выраженностью диареи и абдоминалгий (r=0,779; p<0,001). Мышечное напряжение достоверно положительно коррелировало с выраженностью тревожного аффекта (r=0,336; p=0,020), головной (r=0,319; p=0,027), мышечной болью (r=0,688; p<0,001) и анергией (r=0,698; p<0,001). Установлена достоверная положительная связь между возрастом и показателями анергии (r=0,356; p=0,013). Достоверно с увеличением возраста коррелировали повышение САД (r=0,303; p=0,036) и ДАД (r=0,319; p=0,027). Выявлена тенденция к нарастанию выраженности тахикардии (r=0,283; p=0,051) и снижению либидо (r=0,278; p=0,056) параллельно увеличению возраста. Ощущения жжения за грудиной, учащенного сердцебиения и нехватки воздуха имеют статистически достоверную связь с ипохондрическими симптомами («повышенное внимание к телесным ощущениям», «озабоченность состоянием своего здоровья»). Чувство учащенного сердцебиения не обнаружило статистически значимой связи с увеличением частоты сердечных сокращений — ЧСС (r=0,256; p=0,079). Анализ гендерных различий соматовегетативных нарушений с использованием теста Манна —Уитни выявил тенденцию к большей представленности головной боли и ипохондрической фиксации у женщин.

Группу с ведущим тоскливым аффектом составили 38 больных: 12 (31,6%) мужчин и 26 (68,4%) женщин. Их средний возраст был 38±4,48 года. У 22 (57,9%) пациентов диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство; у 10 (26,3%) — депрессивный эпизод легкой и умеренной тяжести; у 6 (15,8%) — биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии. Средний суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона при обращении составил 17,3.

По данным табл. 4, с аффектом тоски достоверно коррелировали следующие соматовегетативные расстройства: снижение либидо (89%), снижение аппетита (58%), анергия (50%), окончательные ранние пробуждения (47%), чувство тяжести в груди (47%), повышение систолического АД (44%), повышение диастолического АД (37%), тахикардия (34%), запоры (26%), сухость во рту (24%).

У 19 (50%) пациентов индекс Кердо имел положительное значение, у 5 (13,2%) — отрицательное, у 11 (28,9%) — приближался к 0 (табл. 5). На основании расчета вегетативного индекса можно говорить о весомом преобладании симпатических влияний на деятельность сердечно-сосудистой системы над парасимпатическими. Как и в предыдущей группе, показатели вегетативной реактивности статистически достоверно (r=–0,340; p=0,037) отражали ее снижение параллельно углублению аффекта тоски, что свидетельствует о нарастании симпатикотонических влияний. У 18 больных отмечалась сниженная вегетативная реактивность, у 5 — извращенная, у 11 — нормальная и у 4 — повышенная. Вегетативное обеспечение деятельности у 19 (50%) больных отражало гиперактивность симпатического звена регуляции, у 6 (16%) — парасимпатического, у 13 (34%) — отмечалось повышение ЧСС в пределах нормальных значений.

В группе с доминированием тоскливого аффекта отмечаются некоторые возрастные и гендерные особенности. Так, близка к достоверной связь между возрастом пациентов и анергией, повышением АД и снижением либидо. У женщин отмечена большая выраженность анергии.

Группу с доминированием апатии составили 16 больных: 5 (31,25%) мужчин и 11 (68,75%) женщин. Средний возраст 39±6,39 года. Состояние 9 (56,25%) пациентов расценивается как рекуррентное депрессивное расстройство, 5 (31,25%) — депрессивный эпизод, 2 (12,5%) — биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии. Средний суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона при обращении составил 15,06.

По данным табл. 6, с апатией достоверно коррелировали снижение либидо (100%), снижение аппетита (75%), окончательные поздние пробуждения (62,5%), ощущения расслабленности во всем теле (31,25%).

Таблица 3. **Показатели индекса Кердо, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности у больных с депрессией с доминированием тревожного аффекта**

Число больных		Значение показателя	Направленность вегетативной регуляции
абс.	%		
		Индекс Кердо	
27	56,25	11,16±2,95	Преобладание симпатических влияний
11	22,92	—17,5±4,29	Преобладание парасимпатических влияний
10	21,3	0	Эутония
		Вегетативная реактивность	
24	50	Пониженная	Симпатическая
4	8	Извращенная	Симпатическая
14	29	Нормальная	Неизмененная
6	13	Повышенная	Парасимпатическая
		Вегетативное обеспечение деятельности	
22	46		Повышение тонуса симпатического отдела
9	19		Повышение тонуса парасимпатического отдела
17	35		Нормальное увеличение ЧСС

Расчет вегетативного индекса Кердо указывал на преобладание эутонии у 9 (56,25%) больных, парасимпатикотонии у 6 (37,5%), симпатикотонии у 1 (6,25%). Нормальная вегетативная реактивность отмечалась у 13 (81,25%) больных, повышенная — у 2 (12,5%), пониженная — у 1 (6,25%). Анализ вегетативного обеспечения деятельности свидетельствовал об отсутствии преобладания регуляторных влияний симпатического или парасимпатического отделов у 13 (81,25%)

Таблица 4. **Распространенность соматовегетативных расстройств у больных с депрессией с доминированием тоскливого аффекта**

Клиническое проявление	Число больных			
	мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%
Ощущение учащенного сердцебиения	3	7,89	4	10,53
Ощущение перебоев в работе сердца	1	2,63	3	7,89
Повышение САД*	8	21,05	9	23,68
Повышение ДАД**	5	13,16	9	23,68
Тахикардия*	4	10,53	7	18,42
Барицентрические сенсации**	7	18,4	11	28,9
Чувство нехватки воздуха	2	5,26	2	5,26
Запор**	2	5,26	8	21,05
Диарея	0	—	2	5,26
Вздутие живота	1	2,63	3	7,89
Абдоминалгии	0	—	4	10,53
Сухость во рту**	2	5,26	6	15,79
Тошнота	1	2,63	3	7,89
Рвота	0	—	1	2,63
Повышенное потоотделение	1	2,63	4	10,53
Сухость кожи	1	2,63	5	13,16
Трудности засыпания	4	10,53	5	13,16
Пробуждения среди ночи	4	10,53	2	5,26
Окончательные ранние пробуждения*	4	10,53	14	36,84
Окончательные поздние пробуждения	2	5,26	2	5,26
Снижение либидо**	11	28,94	23	60,53
Повышение либидо	0	—	0	—
Снижение аппетита*	7	18,42	15	39,47
Повышение аппетита	1	2,63	1	2,63
Менструальные нарушения	0	—	3	7,89
Боль в пояснице	5	13,16	5	13,16
Головная боль	1	2,63	9	23,68
Ощущение мышечного напряжения	0	—	4	10,53
Анергия*	10	26,32	9	23,68
Субфебрилитет	1	2,63	2	5,26
Нарушение мочеиспускания	2	5,26	1	2,63
Головокружение	0	—	4	10,53

Таблица 5. **Показатели индекса Кердо, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности у больных с депрессией с доминированием тоскливого аффекта**

Число больных		Значение показателя	Направленность вегетативной регуляции
абс.	%		
		Индекс Кердо	
19	50	6,7±2,28	Преобладание симпатических влияний
5	13,2	—9,2±1,74	Преобладание парасимпатических влияний
11	28,9	0	Эутония
		Вегетативная реактивность	
18	47	Пониженная	Симпатическая
5	13	Извращенная	Симпатическая
11	29	Нормальная	Неизмененная
4	11	Повышенная	Парасимпатическая
		Вегетативное обеспечение деятельности	
19	50		Повышение тонуса симпатического отдела
6	16		Повышение тонуса парасимпатического отдела
13	34		Нормальное увеличение ЧСС

Таблица 6. **Распространенность соматовегетативных расстройств у больных с депрессией с доминированием апатии**

Клинические проявления	Число больных			
	мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%
Ощущение учащенного сердцебиения	1	6,25	1	6,25
Ощущение перебоев в работе сердца	0	—	1	6,25
Повышение САД	1	6,25	0	—
Повышение ДАД	0	—	0	—
Тахикардия	0	—	1	6,25
Чувство нехватки воздуха	0	—	1	6,25
Запор	0	—	2	12,5
Диарея	0	—	0	—
Вздутие живота	0	—	0	—
Абдоминалгии	0	—	1	6,25
Сухость во рту	1	6,25	1	6,25
Тошнота	0	—	0	—
Рвота	0	—	0	—
Повышенное потоотделение	1	6,25	0	—
Сухость кожи	0	—	0	—
Трудности засыпания	0	—	3	18,75
Пробуждения среди ночи	0	—	1	6,25
Окончательные ранние пробуждения	0	—	1	6,25
Окончательные поздние пробуждения**	5	31,25	5	31,25
Снижение либидо*	5	31,25	11	68,75
Повышение либидо	0	—	0	—
Снижение аппетита**	4	25	8	50
Повышение аппетита	0	—	0	—
Менструальные нарушения	0	—	1	6,25
Боль в пояснице	0	—	1	6,25
Головная боль	1	6,25	1	6,25
Мышечное напряжение	1	6,25	0	—
Анергия	1	6,25	2	12,5
Субфебрилитет	0	—	0	—
Нарушение мочеиспускания	0	—	0	—
Головокружение	0	—	1	6,25

Таблица 7. **Показатели индекса Кердо, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности у больных с депрессией с доминированием апатии**

Число больных		Значение показателя	Направленность вегетативной регуляции
абс.	%		
		Индекс Кердо	
9	56	0	Эутония
6	37,5	—10,56±5,5	Преобладание парасимпатических влияний
1	6,25	5,5	Преобладание симпатических влияний
		Вегетативная реактивность	
13	81,25	Нормальная	Неизмененная
2	12,5	Повышенная	Парасимпатическая
1	6,25	Пониженная	Симпатическая
0	—	Извращенная	Симпатическая
		Вегетативное обеспечение деятельности	
13	81,25		Нормальное увеличение ЧСС
3	18,75		Повышение тонуса парасимпатического отдела
0	—		Повышение тонуса симпатического отдела

больных, при незначительной представленности парасимпатической гиперактивации — у 3 (18,75%).

Использование методов непараметрической статистики для независимых выборок позволило выявить некоторые межгрупповые различия по частоте встречаемости соматовегетативных расстройств. В группе с преобладанием тревожного аффекта по сравнению с группой с доминированием тоскливого аффекта статистически достоверно чаще встречались ощущение учащенного сердцебиения, ощущение перебоев в работе сердца, чувство

нехватки воздуха, диарея, абдоминалгии, трудности засыпания и беспокойный сон в течение ночи, мышечное напряжение, мышечные боли ($p<0,05$). В группе с доминированием тоскливого аффекта по сравнению с группой с доминированием тревожного аффекта чаще обнаруживались окончательное раннее пробуждение, запор ($p<0,05$). В группе с доминированием апатии достоверно чаще в сравнении с первой и второй отмечалось окончательное позднее пробуждение ($p<0,05$).

Статистическими методами, примененными ко всей выборке, выявлены следующие особенности. Обнаружена достоверная положительная связь между суммарной выраженностью соматовегетативных нарушений и возрастом ($p<0,05$). У пациентов с тревожными и истерическими чертами суммарная выраженность соматовегетативных расстройств превышала таковую у больных с другими личностными радикалами ($p<0,05$). Достоверных различий в структуре соматовегетативных расстройств при би- и монополярном типе течения не обнаружено. У пациентов поликлиники ипохондрическая озабоченность была больше, чем в стационаре ($p<0,05$).

Обсуждение

Проведенное исследование позволяет утверждать, что соматовегетативные нарушения как постоянный компонент депрессивного синдрома встречается при всех типах депрессий. Однако характер и степень выраженности соматовегетативных расстройств определяются типом ведущего аффекта и соотносятся со структурой депрессии в целом. Соматовегетативные расстройства в наибольшей степени представлены при тревожных депрессиях, в наименьшей — при апатических состояниях. Тоскливые депрессии в этом отношении занимают промежуточное положение.

Для всех типов депрессии характерны нарушения сна, аппетита, либидо (сексуального влечения). К общим соматовегетативным нарушениям для тревожной и тоскливой депрессии можно отнести функциональные сердечно-сосудистые расстройства, болевые ощущения в пояснице и голове, анергию, сухость во рту. Для тревожных депрессий характерны трудности засыпания, беспокойный сон, болезненное жжение в груди, ощущения учащенного сердцебиения и перебоев в работе сердца, чувство нехватки воздуха, повышенное потоотделение, мышечные боли и напряжение, боли в животе, тошнота, диарея, сочетающиеся с ипохондрическими идеями (озабоченность состоянием своего физического здоровья). Для тоскливой депрессии характерны окончательные ранние пробуждения, ощущение тяжести, давления в области грудной клетки, запоры, не сопровождающиеся ипохондрическими мыслями. Апатию отличают поздние пробуждения и ощущения расслабленности во всем теле. Таким образом, при депрессиях тревожного типа выявляются признаки, обусловленные активацией как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы при значительном преобладании симпатикотонии, для тоскливых депрессий характерна симпатическая активация, выраженная в меньшей степени, чем при тревожной, а при апатической депрессии признаки вегетативной активации не выявляются.

Использование полученных данных может позволить врачам-интернистам, ориентированным в первую очередь на соматовегетативные симптомы, повысить распознаваемость и осуществлять типологическую дифференцировку эндогеноморфных депрессий, а психиатрам проводить лечение, не ограничиваясь оценкой психопатологической симптоматики без учета соматического компонента. Эти мероприятия призваны способствовать снижению частоты рецидивов, хронификации, суицидального риска, инвалидизации больных депрессией, уменьшению экономических потерь и повышению качества жизни больных и их семей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аведисова А.С.* Депрессия и тревога: диагностика и лечение. М 2003.
2. *Авруцкий Г.Я.* Соматические маски депрессии. Терапевт арх 1988; 60: 10: 48—51.
3. *Антипова О.С., Ивлева Е.И.* Особенности вегетативной реактивности на разных стадиях депрессивного эпизода. Материалы Всероссийской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». М 2007.
4. *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. М: Медицинское информационное агентство 2003.
5. *Вертоградова О.П.* (ред.) Депрессия (психопатология, патогенез). Труды Моск. НИИ психиатрии 1980; 91: 9—16.
6. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М 2004; 491.
7. *Кемпинский А.* Меланхолия. Ст-Петербург: Наука 2002; 405.
8. *Краснов В.Н.* Клинико-патогенетические закономерности динамики циркулярных депрессий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1987.
9. *Невзорова Т.А., Дробижев Ю.З.* Соматический эквивалент циркулярного психоза и циклотимии. Сов мед 1962; 12: 45—49.
10. *Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н.* Аффективные психозы. Л: Медицина 1988.
11. *Пападопулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы; психопатология и систематика. М: Медицина 1975; 192.
12. *Протопопов В.П.* Соматический синдром, наблюдаемый в течении маниакально-депрессивного психоза. Научная медицина 1920; 7: 721—749.
13. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М 2001; 256.
14. *Снежневский А.В.* Руководство по психиатрии. М: Медицина 1983; 1: 480: 2: 544.
15. *Fava M.* (Фава М.). Депрессия, соматические симптомы и антидепрессивная терапия (расширенный реферат). Психиатрия и психофармакотерапия 2005; 7: 3.
16. *Lesse S.* Behavioral problems mascing depression — Cultural and Clinical survey. Am J Psychother 1979; 31: 41.
17. *Madhukar H. Trivedi* The Link between depression and physical Symptoms. Prim Care Companion J Clin Psychiat 2004; 6: Suppl 1: 12.
18. *Paykel E.S., Brugha T., Fryers T.* Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора). Психиатрия и психофармакотерапия 2006; 8: 3.
19. *Pichot P., Hassan J.* Masked depression and depressive equivalents — problems of definition and diagnosis. In: P. Kielholz. Masked depression. Ann Int Symp (St. Moritz 8—10 Jan. 1973). Bern—Stuttgart—Vienna 1973; 61—76.