

УДК: 616.89-072.8: 616.127-005.8

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В КОНТЕКСТЕ СОМАТОГЕНИЙ

Мухамадиева Н.Б.

*Бухарский государственный
медицинский институт, Узбекистан
email: muxamadiyeva.nigina@bsmi.uz*

***Аннотация.** В статье приводятся данные о расстройствах психической сферы, которые сопутствуют патологии пациентов в соматических клиниках. Выявление данных расстройств были основаны на модифицированных опросниках, результаты которых указывали на изменения в виде депрессии и тревоги, связанные с проблемами не только психического, но и физического здоровья.*

***Ключевые слова:** тревога, депрессия, психосоматика, соматическая патология, коморбидность.*

Коморбидная тревога и депрессия являются обычным явлением у пациентов с соматическими заболеваниями более затяжного течения и ограничивающие социальную активность пациентов, но их часто недооценивают и не лечат, что способствует ухудшению исходов. Национальный институт здравоохранения и передового опыта (NICE) рекомендует предлагать пациентам ежегодное комплексное обследование, включая оценку настроения (к примеру при ревматоидном артрите).

Последние годы депрессия стала одной из наиболее актуальных проблем медицины. Тревога и депрессия - самые распространенные (первичные) и нормальные человеческие эмоциональные реакции на стрессовые события. Часто они встречаются вместе, хотя в феноменологически и филогенетически представляют собой совершенно разные явления. Тревога отражает состояние повышенной готовности организма (hyper-arousal) к быстрому ответу на возможные внешние стрессовые факторы; депрессия - состояние подавленности, угнетения, часто вследствие осознания безвыходности ситуации, разочарования и утраты в жизни. Нередко депрессия развивается вторично, после длительного состояния тревоги, поддерживаемой не разрешающейся стрессовой ситуацией, и тогда депрессия не позволяет организму справиться со стрессом, образуя порочный круг и утяжеляя состояние. Такие эмоциональные реакции (аффекты) следует отличать от тяжелых патологических состояний (заболеваний): депрессии и тревожных расстройств [11, 15]. Тревожные расстройства как пограничная психическая патология, так же, как и депрессии, большей частью

наблюдаются в общемедицинской практике, где распознаются далеко не всегда [2, 3, 7, 12, 13]. Кроме того, участвуя в развитии многих соматических расстройств (например, гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, цереброваскулярных нарушений, онкологических заболеваний, бронхиальной астмы и др.), тревога и депрессия существенно осложняют их течение и прогноз [Koenig H. G., 2011].

Обеспечение равного приоритета проблем психического и физического здоровья со стороны врачей общей практики и повышение непрерывности лечения может помочь раскрыть информацию о проблемах эмоциональной сферы пациента. Облегчение доступа к психологической терапии может улучшить результаты как при психических, так и при физических проблемах со здоровьем.

Считается, что в своей обычной практике терапевт хотя бы раз в день сталкивается с больным с депрессией или тревожным расстройством. По данным, полученным на американской популяции, риск развития в течение жизни большого депрессивного эпизода составляет 17,3%, а тревожного расстройства - 24,5% [Kennedy G.J. et al., 2015], широкомасштабного Европейского исследования - соответственно 14,4% и 16% [Hemingway H., Marmot M., 1999]. При этом депрессия выявляется почти у 60% больных с тревожными расстройствами.

Высокая распространенность психической патологии отмечена как среди контингента поликлинических учреждений, так и многопрофильных больниц, где в основном психические расстройства представлены амбулаторными "невротическими" формами, среди которых преобладают соматизированные тревожно-депрессивные расстройства. Такое положение свидетельствует об актуальности создания эффективной системы специализированной помощи этой категории больных.

Национальный институт здравоохранения и качества обслуживания (NICE) рекомендует клиницистам оценивать настроение в контексте ежегодного обзора. Должно ли это происходить при первичной или вторичной помощи или как следует оценивать настроение, не уточняется.

Несмотря на руководящие принципы NICE, продвигающие ежегодный обзор РА, данные свидетельствуют о том, что помощь пациентам с РА носит фрагментарный характер. Недавнее национальное исследование общей практики показало, что ежегодные обзоры РА первичной медико-санитарной помощи сосредоточены на сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) и скрининге на остеопороз, что приводит к дублированию некоторых тестов, в то время как другие ключевые элементы, такие как выявление случаев тревожности и депрессии, отсутствуют.

В рекомендациях NICE по выявлению депрессии у взрослых с хроническими проблемами физического здоровья предлагается, что наиболее чувствительными инструментами для выявления случаев заболевания являются Анкета общего состояния здоровья (GHQ-28) и вопросы, состоящие из двух частей Анкеты о состоянии здоровья пациента (PHQ-9). , причем вопросы с двумя основами (шкала генерализованного тревожного расстройства (GAD) -2 и PHQ-2) популярны благодаря простоте их использования [14, 17].

Существуют доказательства того, что психологические вмешательства при РА эффективны в управлении тревогой, депрессией и болью. Было обнаружено, что вмешательства по самоконтролю для поддержки пациентов в самостоятельном управлении аспектами их РА также оказывают положительное влияние на боль и психологическое состояние, благополучие. Поскольку РА ассоциируется с повышенной распространенностью тревожности и депрессии, а также поскольку вопросы по выявлению случаев заболевания являются полезными инструментами скрининга в других ЦСН, необходимы дальнейшие исследования для выявления препятствий и факторов, способствующих раскрытию информации.

Одной из задач последних исследований в области соматопсихиатрии заключается в создании эффективного способа прогнозирования тревожно-депрессивных расстройств как на раннем этапе постинфарктного периода, так и в более поздние сроки, и, как следствие, профилактика развития осложнений, более комплексная оценка динамических изменений уровня депрессии в ходе проводимой терапии, а следовательно, и эффективности проводимой терапии, а также прогнозирование возможной рекуррентности течения депрессивных расстройств в будущем, кроме того, в результате реализации данного способа получена возможность судить об исходе инфаркта миокарда.

Психосоматические концепции в соматических клиниках не только привлекают все большее внимание исследователей, но и находят практическое применение, связаны с рядом организационных мероприятий. Речь в первую очередь идет о создании моделей оптимизации специализированной (психиатрической) помощи больным с патологией внутренних органов . Первостепенное значение приобретают организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи, подготовка кадров психиатров, специализирующихся в области психосоматики, а также разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии для кардиологов, кардиохирургов и других специалистов. Трудности в организации квалифицированной медицинской помощи пациентам общесоматических учреждений с психическими нарушениями связаны с ограниченностью профессиональных контактов между

врачами соматических учреждений и специалистами психиатрических клиник и диспансеров, а также отрицательным, недоверчивым отношением к психиатрии, бытующим среди населения, связанным, прежде всего, со страхом стигматизации [Люсов В.А., Волов Н. А., 2010] [5, 6].

Между депрессивными расстройствами и ИБС существуют взаимосвязи. В частности, наличие депрессии значительно ухудшает комплаенс в отношении терапии сердечно-сосудистой патологии, снижает качество жизни и социальную адаптацию, влияет на течение заболевания в постинфарктном периоде и приводит к более ранней и повышенной смертности [Glassman A., Shapiro P., 1998]. В медицинской практике коморбидность депрессивных расстройств и ИБС встречается нередко. Пациенты с депрессивными расстройствами имеют высокий риск развития ИБС и, наоборот, у больных с ИБС повышен риск развития депрессивных расстройств. К сожалению, патогенетические закономерности взаимосвязи депрессии и ИБС недостаточно исследованы [1, 3, 8, 9].

Эти соотношения можно обозначить как своеобразные «реципрокные»: легкие и умеренно выраженные депрессии, особенно начальные этапы развивающегося депрессивного эпизода, сопровождаются возрастанием риска таких угрожающих жизни осложнений сосудистого заболевания, как гипертонический криз, инфаркт миокарда, инсульт. При глубоких депрессиях с типичной, классической триадой аффективных, соматовегетативных и мотивационно-волевых проявлений риск развития указанных осложнений снижается. Это хорошо известно в психиатрии. Именно к таким сочетаниям психической и соматической патологии в особой мере применимо введенное французскими исследователями понятие «психосоматическое балансирование». Сущность психосоматического балансирования заключается в том, что выраженность одного заболевания предполагает снижение выраженности клинических проявлений другого. Например, возрастание тяжести депрессии сглаживает проявления гипертонической болезни, снижает вероятность резкого повышения артериального давления, и, напротив, грубые дисциркуляторные нарушения могут ослаблять тяжесть депрессивного сдвига настроения и связанных с ним переживаний. Вместе с тем на этапах редукции депрессивного синдрома риск указанных осложнений соматического (сосудистого) заболевания может вновь возрасть, что требует особого внимания к соматическому состоянию пациента при завершении активной терапии депрессии. Эти сложные соотношения депрессии и сосудистой патологии, по-видимому, отражают присущие динамике депрессии закономерные изменения физиологической реактивности [10, 14].

Для разных этапов депрессии характерны существенно различающиеся проявления реактивности в разных ее формах - эмоциональной, вегетативной, иммунологической, нейрофизиологической. Так, начальные этапы развития депрессии сопровождаются общим повышением реактивности с эмоциональной (гипотимного полюса) и вегетативной неустойчивостью, в том числе колебаниями артериального давления, повышением чувствительности к различным внешним воздействиям. Напротив, развитие выраженного депрессивного синдрома сопровождается снижением реактивности - блокированием или сглаживанием реакций на внешние воздействия психологического и биологического характера: формируется относительно устойчивая, «закрытая» для внешних влияний структура депрессии. На этапах обратного развития депрессии, т.е. редукции ее основных проявлений, вновь обнаруживаются признаки эмоциональной и вегетативной неустойчивости, колебаний состояния и его зависимости от внешних влияний. Это одновременно и прогностически положительные признаки наметившегося выздоровления, и признаки этапной лабилизации реактивности, чреватые риском осложнений при наличии сосудистой патологии. Эти особенности депрессии необходимо учитывать для разработки последовательной терапевтической тактики [11, 12].

Данные, полученные в результате исследований последних лет, позволяют совершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия для больных с сердечно-сосудистой патологией, с депрессивными расстройствами, что будет способствовать оптимизации оказания помощи врачами психиатрами, кардиологами, а также профилактике психических нарушений у данной категории больных.

Интеграция в работе врачей различных областей возможно при использовании теоретических и практических результатов различных исследований в области соматопсихиатрии и психосоматики. Разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии способствует более качественному и прицельному осуществлению наблюдения за клинической картиной, течением заболевания, адекватному подбору систематической поддерживающей терапии посредством осуществления преемственности в решении клинических и социальных вопросов при ведении больных с патологией внутренних органов. Врачи общей практики должны уделять равное внимание проблемам психического и физического здоровья, чтобы облегчить выявление страданий. Предоставление времени во время индивидуальных посещений и поощрение для последующего наблюдения у того же врача общей практики для поддержки непрерывности лечения может быть неотъемлемой частью раскрытия информации о проблемах, связанных с психическим здоровьем.

Литература

1. Васюк Ю. Д., Довженко Т. В. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: учеб. пособие. М., 2006. 58 с.
2. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания. Практикующий врач. 2002.
3. Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. ГУНИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, //Журн психиатрия и психофармакотерапия. Томск.2005.
4. Мосолов С.Н. Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии. М., 2001.
5. Погосова Г.В., Ромасенко Л.В. Диагностика и терапия депрессии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (результаты многоцентрового проспективного исследования КООРДИНАТА). ГУНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ; ФГУ ГНЦ ССП Росздра-ва, М., 2000.
6. Салимова Н.Р. Ходжаев А.И. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания// Центральноазиатский медицинский журнал для практикующих врачей. 2010.№3.С14-16132
7. Смулевич А.Б. Депрессия в общей медицине. М. 2001.
8. Соболева Г.Н., Ерпылова Е.А., Рябыкина Г.В., Соболев А.В., Горельцева С.Ю. и др. Влияние депрессивного состояния на показатели вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца и коррекция выявленных нарушений с помощью терапии антидепрессантом тианептином // Кардиология. 2006. №11. С. 4-6
9. Терешенко С.Н., Жиров И.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия после инфаркта миокарда: угроза или гибель? //Кардиология 2009 №8.С.93-96
10. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Ромасенко Л.В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования //Кардиология. 2007. №3. С.28-37
11. Ушкалова А.В. Депрессии у соматических больных. Трудный пациент. 2006.
12. Annabelle Machin, Samantha Hider, Nicky Dale and Carolyn Chew-Graham British Journal of General Practice 2017; 67 (661): e531-e537.
13. Glassman A.H. Depression and cardiovascular comorbidity. Dialogues Clin Neurosci. 2007. 9:9-17
14. Dures E, Almeida C, Caesley J (2016) Patient preferences for psychological support in inflammatory arthritis: a multicentre survey. Ann Rheum Dis 75(1):142–147.

15. Grace S.L. Abbey S.E. Kapral M.K. et al. Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. *Am J Cardiol* 2015; 96: 1179-1185
16. Mc Caffery J.M., Frasure-Smith N. et al. Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: a review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. *Psychosom Med* 2006; 68: 187-200
17. Withers M, Moran R, Nicassio P, et al. (2019) Perspectives of vulnerable U.S Hispanics with rheumatoid arthritis on depression: awareness, barriers to disclosure, and treatment options. *Arthritis Care Res* 67(4):484–492.
18. Whooley M.A., Simon G.E. Managing Depression in Medical Outpatients. *NEJM*. 2000; 343: 1942-1950.