

## ДЕПРЕССИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Депрессия является не только психиатрической, но несомненно и неврологической проблемой. Что определяет значение депрессии для врача-невролога? Прежде всего следует признать высокую представленность депрессивных расстройств в картине очень многих неврологических заболеваний, как органических, так и психогенных. Причинами развития депрессии при органических заболеваниях ЦНС являются патологические изменения в мозге, связанные с определенными нейрохимическими дефектами.

Наиболее частой формой органической депрессии в неврологической клинике является паркинсонизм (депрессия встречается у 30-90% больных паркинсонизмом).

Патогенетически доказанная связь между этими состояниями является обоснованием успешного применения антидепрессантов при этом заболевании. Показано клиническое значение депрессии при целом ряде органических заболеваний нервной системы, в основе которых лежат качественно разные патогенетические механизмы: рассеянный склероз, дегенеративные заболевания (оливо-пункто-цереbellарная дегенерация, прогрессирующий супрануклеарный паралич, стрионигральная дегенерация), боковой амиотрофический склероз, хорея Гентингтона, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Крейтцфельда-Якоби и др. Депрессивные расстройства часто наблюдаются в клинической картине больных эпилепсией. На это патогенетическое сродство указывает значимая эффективность для депрессивной симптоматики карбамазепина и вальпроата натрия. Большую практическую проблему представляет депрессия, развивающаяся у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, внося свой вклад в инвалидизацию этих больных.

Отдельным аспектом геронто неврологии является анализ депрессий у больных пожилого возраста. Такие проявления, как нарушение концентрации внимания, апатия и нарушения памяти являются основными для первичных депрессий в пожилом возрасте. Эти депрессии носят название "псевдодементных". Кроме того, для них характерно большое разнообразие соматических нарушений, преобладание тревожно-ипохондрической симптоматики. С другой стороны, депрессия часто сопровождает различные типы деменции, как дегенеративные, так и сосудистые. Учитывая, что с возрастом частота болезни Альцгеймера, так же как и других типов деменции возрастает в несколько раз, значимость выявления и дифференциальной диагностики депрессий при этих формах становится очевидной.

Одним из самых распространенных в неврологической практике феноменов является хроническая боль. Хронические болевые синдромы независимо от их локализации и распространенности практически всегда сопровождаются депрессивными нарушениями различной степени. Патогенетическая связь хронической боли и депрессии сложна. С одной стороны, длительно существующий болевой синдром может приводить к формированию эмоционально-аффективных переживаний, а с другой - депрессия может быть как причиной возникновения стойких болевых феноменов, так и приводить к хронификации острой боли. Эта сопряженность обусловила практическую оправданность термина синдром "депрессия - боль". Хронические боли могут иметь самую разную локализацию. Это могут быть головные, лицевые, боли в шее и спине, в области сердца и живота, распространенные мышечные и суставные боли и т.д. Хроническая боль при этих синдромах имеет характерные признаки: тупой монотонный характер, наличие разнообразных сенестопатических ощущений, трудности описания и локализации боли, очевидная диссоциация между невысокой интенсивностью собственно болевых ощущений и степенью страданий от этой боли. Характерно эмоционально вегетативное сопровождение. Болевой синдром никогда не представлен изолированно, а всегда сочетается с жалобами психопатологического и психовегетативного характера.

Наиболее ярким проявлением синдрома "депрессия - боль" является цефалгический синдром. Подавляющее большинство головных болей относят к самостоятельным заболеваниям, среди которых наиболее распространены головные боли напряжения (50-70% всех головных болей),

мигрень (20%), хроническая ежедневная головная боль (20%), а также другие более редкие формы. Особое место занимает обсуждение роли депрессии в формировании так называемых "абюзусных" или "лекарственно индуцированных" головных болей. Происхождение этого типа цефалгий связывают с ежедневным, бесконтрольным и, как правило, неоправданным приемом анальгетиков или реже других препаратов с целью купирования, а чаще предупреждения возникновения головных болей. Одним из обязательных условий трансформации первичной головной боли в ежедневную хроническую форму является наличие депрессивных расстройств. Исходя из этих представлений, наряду с отменой анальгетиков основной удельный вес в лечении этих больных падает на тимоаналептическую терапию.

Именно перечисленные самые частые формы цефалгий характеризуются высокой представленностью депрессивных расстройств, по причине которых лечение антидепрессантами является приоритетным при этих формах. Не менее значимой является адекватная диагностика и терапия депрессивных нарушений при хронических диффузных мышечных болях (фибромиалгия). Депрессия является облигатным симптомом фибромиалгии, а лечение антидепрессантами в настоящее время считается наиболее эффективным при этих расстройствах.

В практической деятельности неврологам часто приходится сталкиваться с пациентами с различными вегетативными расстройствами. Им хорошо известно как трудна диагностика и лечение упорных и сопровождающихся эмоционально-аффективными нарушениями "панических атак". При активном и целенаправленном расспросе у этих пациентов удается выявить нарушения сна, аппетита, изменение массы тела, снижение либидо, постоянную слабость, утомляемость, снижение интереса к окружающему и другие симптомы, свидетельствующие о наличии депрессивных расстройств. Очевидно, что основными проявлениями "панических атак" являются вегетативные расстройства, затрагивающие различные системы организма: дыхательную, кардиальную, сосудистую. Все эти симптомы, возникают спонтанно и "беспричинно" способствуют появлению и фиксации другой группы симптомов - эмоционально-аффективных. В качестве вторичных синдромов нередко развиваются депрессивные расстройства, проявляющиеся снижением социальной активности, интереса, повышенной утомляемостью и т.д. Типичной считается следующая картина динамики "панических расстройств": приступы паники - агорафобия - ипохондрия - депрессия. Вторичное депрессивное "обрастание" наблюдается в 70-90% при длительном существовании "панических атак". Эти закономерности определяют тот факт, что базовыми препаратами в лечении вегетативных расстройств являются антидепрессанты. При этом показано, что антидепрессанты показаны не только, когда вегетативные расстройства являются проявлением депрессии, но и когда они протекают в рамках тревожных и тревожно-фобических расстройств, даже если очевидной депрессии не выявляется.

Нарушения сна являются одной из самых частых жалоб пациентов неврологического профиля. При этом хорошо известно, что в клинической картине депрессии наряду с аффективными, моторными, вегетативными облигатными являются диссомнические расстройства. Нарушения цикла "сон-бодрствование" при депрессии многообразны и включают инсомнию и гиперсомнию. Клинические проявления нарушений сна при депрессии имеют ряд характерных черт. Типичны жалобы на постсомнические расстройства - ранние утренние пробуждения. Однако, у больных с тревожной ажитированной депрессией нередко нарушено засыпание. Высокая клиническая сопряженность нарушений сна и депрессии базируется на общих нейрохимических процессах и подтверждается высокой эффективностью антидепрессантов и таких нефармакологических методов лечения как фототерапия и депривации сна.

Одной из самых трудных для практической оценки проблем являются нейроэндокринные расстройства. При этом значительную роль в клиническом симптомообразовании нейроэндокринных нарушений играют аффективные расстройства, а именно депрессия. Облигатным признаком как нейроэндокринной дисфункции, так и депрессии являются различные нарушения в мотивационной сфере - нарушения пищевого поведения, сексуальных функций и др. Расстройства пищевого поведения практически всегда приводят к изменению массы тела.

Привычными для депрессии считаются снижение аппетита и массы тела. Однако повышение аппетита и булимия также могут сопровождать депрессивные состояния. Распространенность последних значительно выше в популяции, чем это принято считать (около 30%). Эта форма мотивационных расстройств, получившая название "эмоциогенное пищевое поведение" преобладает у женщин склонных к полноте и тревожно-депрессивным реакциям. В настоящее время считается, что в основе эмоциогенного пищевого поведения и булимии лежит серотонинергическая дефицитарность, что обосновывает оправданность применения при ожирении антидепрессантов селективного серотонинергического действия. Результаты практического их использования показывают позитивное влияние не только на эмоциональное состояние и пищевое поведение, но и сопровождаются снижением массы тела и уменьшением психовегетативных и алгических расстройств у этих больных.

Другим не менее важным аспектом практической оценки мотивационных нарушений является нарушение половой функции при депрессии. К этим расстройствам можно отнести: снижение полового влечения, импотенция и фригидность, снижение интенсивности оргазма. У женщин депрессия может приводить к различным нарушениям менструального цикла. Депрессивное состояние может приводить к раннему и/или патологическому климаксу. Именно депрессивное состояние бывает ответственным за патологически протекающий климакс. Наиболее ярко представлены аффективные расстройства при синдроме предменструального напряжения. Клинические проявления при этих состояниях связывают с недостаточностью серотонина и нарушением соотношения эстрогенов и прогестерона в лютеиновую фазу цикла. Основные симптомы появляются за 7-10 дней до начала очередной менструации и проходят в первые дни менструации. Среди них лидируют сниженное подавленное настроение, раздражительность, повышенная утомляемость, агрессивность, враждебность, снижение работоспособности, обидчивость. В целом можно констатировать, что сочетание депрессии с нейроэндокринными и мотивационными расстройствами весьма многообразно. Важно своевременное выявление депрессии для проведения успешной терапии. Маркерами назначения антидепрессантов группы СИОЗС является не только верифицированная депрессия, но и нервная булимия, эмоциогенное пищевое поведение, синдром предменструального напряжения.

Патогенетическая общность формирования депрессии и целого ряда клинических феноменов, нередко доминирующих в структуре неврологических расстройств, делает оправданным широкое применение антидепрессантов в неврологической практике. Благодаря успехам психофармакологии и созданию новых препаратов, обладающих направленными селективными механизмами действия, существенно расширяются возможности эффективного лечения неврологических больных.

## **ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ И ВИДЫ ДЕПРЕССИЙ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Виды депрессий у неврологических больных весьма многообразны. Диагностика депрессивных состояний сложна для невролога по ряду причин. Во-первых, депрессия, с которой сталкиваются неврологи в повседневной практике, чаще всего протекает в скрытой, атипичной форме, маскируясь разнообразными психовегетативными, алгическими, соматическими проявлениями. Во-вторых, диагностика собственно депрессии объективно представляет сложности для врача, не являющегося психиатром. В связи с этим важно иметь представление об основных клинических видах депрессий у неврологических больных и клинических синдромах, требующих применения антидепрессантов с одной стороны, и необходимо знать ее диагностические критерии - с другой.

Депрессия является нередким проявлением целого ряда органических заболеваний центральной нервной системы. В этих случаях депрессия наряду с другими симптомами является проявлением основного заболевания. Другой вариант развития депрессии - это реактивное состояние в ответ на болезнь. Практически любое тяжело протекающее заболевание, которое приносит человеку страдания, ограничивает его возможности, заставляет менять привычный образ жизни, таким

образом дезадаптирует его, может привести к развитию депрессии. Депрессия может быть реакцией на лекарственную терапию. Многие лекарственные средства, влияя на нейромедиаторные процессы, приводят к развитию депрессивных состояний: гипотензивные средства (резерпин и его производные, клонидин, метилдопа, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов), гормональные средства (кортикостероиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы), препараты с антиконвульсивным эффектом (клоназепам, барбитураты), анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства, кардиальные средства (сердечные гликозиды из группы наперстянки), антибиотики (цикloserин, гризеофульвин), противотуберкулезные средства (изониазид). Депрессия может появляться и после отмены длительно применявшихся транквилизаторов, а иногда на фоне их приема. Развитие депрессивных эпизодов описано после длительного применения противопаркинсонических средств - леводопы и мидантана. Перечисленные варианты депрессивных состояний можно отнести к соматогенным, при которых основную роль в развитии депрессии играет органическое заболевание ЦНС или применяемые лекарственные препараты. Другим вариантом является реактивная или психогенная депрессия, как следствие воздействия психотравмирующей ситуации, как ответ на острый или хронический эмоциональный стресс. Однако, наибольшие трудности в диагностике вызывают атипично протекающие соматизированные депрессии. Эти варианты депрессивных состояний имеют много синонимов - маскированная, ларвированная, скрытая, вегетативная, алекситимическая, депрессия без депрессии, "смеющаяся депрессия". Такие виды депрессий чаще встречаются в соматических и неврологических клиниках. Собственно симптомы депрессии скрыты. А главными доминирующими в клинической картине являются соматические и вегетативные проявления. Наиболее часто масками депрессии являются нарушения сна, аппетита, нарушения полового влечения, хронические болевые синдромы, вегетативные пароксизмальные и перманентные нарушения. Еще одним видом хронической депрессии являются дистимии. К дистимиям относят легкие и умеренные депрессии, при которых редки суицидальные мысли, ангедония, а уровень социальной адаптации сохранен. У больных преобладают жалобы на общее недомогание, разбитость, усталость, нарушения сна и аппетита. Для диагностики дистимии подавленное настроение должно сопровождаться не менее, чем двумя следующими симптомами: сниженный или повышенный аппетит, нарушения сна или повышенная сонливость, низкая работоспособность или повышенная утомляемость, заниженная самооценка, нарушения концентрации внимания или нерешительность, чувство безнадежности.

Диагностика депрессии должна осуществляться в соответствии с установленными формальными критериями (МКБ-10). Основными критериями являются два: пониженное или печальное настроение и утрата интересов и чувства удовольствия. Остальные симптомы являются дополнительными.

## **Диагностические признаки депрессии**

### **Основные**

1. Пониженное или печальное настроение
2. Утрата интересов или чувства удовольствия

### **Дополнительные**

1. нарушения сна
2. чувство вины или низкая самооценка
3. утомляемость или снижение активности
4. трудности при сосредоточении
5. возбуждение или заторможенность движений или речи
6. расстройства аппетита
7. суицидальные мысли или действия
8. снижение полового влечения

Помочь в постановке диагноза могут и специально созданные тесты на выявление депрессивного состояния. Чаще всего используются шкала депрессии Гамильтона и шкала Бека. Однако следует

помнить, что соматизированные депрессии могут не выявляться даже при помощи тестов. Прежде чем диагностировать депрессию необходимо исключить соматическую или неврологическую органическую патологию.

Таким образом, высокая представленность больных с различными формами депрессий у неврологических больных определяет необходимость ведения их врачами-неврологами. Легкую и среднюю степень депрессивного состояния может лечить не психиатр, однако тяжелые депрессии должны находиться только в ведении психиатров. Вне зависимости от того, каково происхождение депрессии, ее необходимо купировать, применяя психотерапевтические и психофармакологические методы воздействия. Из психофармакологических средств ведущими являются антидепрессанты.

## **ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ**

Исходя из соблюдения общих принципов психофармакотерапии, при выборе конкретного антидепрессанта целесообразно ограничиваться монотерапией с использованием удобных в употреблении лекарственных препаратов (простота схемы лечения и титрования доз). Принимая во внимание возможности повышенной чувствительности и побочных эффектов, психотропные средства назначают в малых (по сравнению с используемыми в "большой" психиатрии) дозах. Учитывая характер основных типов депрессивных расстройств у неврологических больных и большую представленность атипичных стертых форм, при выборе эффективной дозы на начальных этапах можно применять малые дозы, постепенно наращивая их до среднетерапевтических. Между тем следует помнить, что для неврологических больных одной из причин неэффективности терапии являются низкие дозы используемых антидепрессантов. В этом смысле определенными преимуществами обладают серотонинергические антидепрессанты, которые как правило сразу назначаются в стандартной фиксированной на весь курс дозе. Отчетливое улучшение достигается на 3-4 неделе терапии. Не менее важным является вопрос о продолжительности тимоаналептической терапии. Преждевременная отмена антидепрессанта может привести к резкому обострению симптоматики. Поэтому отмену препарата производят лишь при достижения стойкого эффекта и постепенно.

Среди современных классов антидепрессантов одними из наиболее используемых являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Оправданность широкого применения препаратов этой группы связана с серотониновой моделью депрессии. СИОЗС обладают широким спектром клинических эффектов с выраженным анальгетическим, анксиолитическим, антипаническим действием, успешно применяются при лечении обсессивно-фобических и агрессивных синдромов. Круг клинических синдромов, при которых доказана их клиническая эффективность, достаточно широк: хронический болевой синдром, булимия, ожирение, алкоголизм, обсессивно-компульсивные расстройства, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, "панические расстройства" и др. Наряду с тем, что по высокой антидепрессивной активности они не уступают трициклическим антидепрессантам, существенным преимуществом антидепрессантов этого класса является низкая представленность собственных побочных эффектов, которые не требуют отмены препарата. Из всех представителей СИОЗС наибольшую оправданную популярность приобрел флуоксетин. Флуоксетин является наиболее изученным и самым назначаемым в мире антидепрессантом.