Депрессии, протекающие с соматовегетативными расстройствами

Е.В. Зеленина

Отечественные и зарубежные авторы традиционно рассматривают депрессию в неразрывном единстве психических и соматовегетативных расстройств. В соответствии с диагностическими принципами международной классификации психических заболеваний последнего пересмотра (МКБ-10) в рамках депрессий наряду с подавленным настроением, утратой интересов, сниженной самооценкой, идеями виновности и уничижения выделяют соматический (“витальный”, “биологический”, “эндогеноморфный”) синдром, включающий нарушения сна (пробуждение по утрам за 2 ч или более до обычного времени), утрату аппетита, потерю массы тела (5% в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо. При этом подчеркивается, что соматические симптомы могут присутствовать в клинической картине депрессий различной степени тяжести, а в случаях атипичной гипотимии являться основным диагностическим критерием.

К наиболее типичным соматовегетативным проявлениям депрессии относят нарушения сна. Еще Аретей Каппадокийский во II в. н.э. описывал больных депрессией как “печальных, унылых и потерявших сон”. E.Kraepelin (1910) отмечал, что сон у таких пациентов носит поверхностный характер и сопровождается частыми, длительными пробуждениями. J. Glatzel (1973) считал, что “разорванный сон” или раннее пробуждение наряду со снижением побуждений и уменьшением способности к эмоциональному резонансу может быть выражением депрессии даже при отсутствии тоскливого настроения. По данным литературы, из каждых 500 больных с эндогенными депрессиями на расстройства сна жалуется 99,6%, а из 1000 – 83,4%, причем в 2% случаев агрипнические проявления предшествуют другим симптомам заболевания.

При изучении соматовегетативных расстройств в рамках так называемых мягких, легких, атипичных форм депрессивных состояний было отмечено, что клиническая картина заболевания характеризуется доминированием соматических симптомов и нарушений вегетативной нервной системы, которые могут полностью перекрывать лежащую в их основе депрессию. Для квалификации такого рода депрессивных состояний наиболее часто употребляют термины “маскированная депрессия”, “ларвированная депрессия”, “скрытая депрессия”, “депрессия без депрессии”, “соматизированная депрессия”, “аффективные эквиваленты”, “вегетативная депрессия”, “депрессивные эквиваленты” и т.д.

В этом плане представляет интерес работа Д.Д.Плетнева “К вопросу о соматической циклотимии” (1927), в которой впервые в отечественной литературе поставлен вопрос о соматических расстройствах как о симптомокомплексе, составляющем единственное проявление циклотимии. Д.Д.Плетнев привел 2 клинических наблюдения, в которых наиболее характерными симптомами являлись периодические колебания массы тела, нарушения менструального цикла, полового влечения, активности и нарушения водообмена.

В зарубежной литературе широкую известность получили работы R. Lemke о вегетативной депрессии (1949), которую автор квалифицировал как заболевание из круга маниакально-депрессивного психоза. Рассматриваемый вариант депрессии определяется как “вегетативная дистония” и сопровождается преимущественно соматовегетативной симптоматикой (потливость, тремор, головная боль, головокружение, отсутствие аппетита, затрудненное дыхание, бессонница, импотенция) на фоне объективно установленного удовлетворительного состояния внутренних органов. Вместе с тем аффективные расстройства сами по себе (подавленное, тоскливое настроение) могут полностью “маскироваться” выступающими на первый план соматическими нарушениями. Концепция маскированной депрессии и в настоящее время сохраняет свою актуальность и развивается в многочисленных исследованиях. L. Gayral (1970), J. Lopez-Ibor (1972), J. Glatzel (1973), P.Kielholz (1973), S. Lesse (1980), Т.Я. Хвиливицкий (1973), В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина

(1981) и другие авторы выделяют в рамках атипичных депрессий агрипнический и аноректический варианты.

В результате специально проведенного психопатологического анализа выделены следующие три типа**соматовегетативных расстройств** (инсомния и/или анорексия), формирующиеся в рамках депрессии.

1. ***Расстройства сна и аппетита парциальны.*** Инсомния ограничивается нарушением ритма сна (затрудненное засыпание или раннее пробуждение) и/или сокращением его длительности, и/или недостаточным качеством (неглубокий сон со снижением порога к внешним раздражителям). Аппетит снижен, его редукция сопровождается незначительным изменением объема принимаемой пищи и/или беспорядочным питанием.

2. ***Агрипнические и аноректические расстройства*** приобретают признаки генерализации и представлены как более широким набором феноменов, так и большей их выраженностью. При этом наиболее существенным изменениям подвергается качество сна, не приносящего отдыха. Расстройства аппетита выражаются не только недостаточным и нерегулярным питанием – отсутствует чувство удовольствия от еды.

3. ***Нарушения сна*** проявляются тотальной инсомнией (полная бессонница либо резкое сокращение сна до 2 – 3 ч в сутки) и определяются утратой потребности в сне. Расстройства аппетита выражаются дефицитом питания с полной утратой чувства голода вплоть до отвращения к пище.

Соматовегетативные расстройства первого типа наблюдаются при тревожных и тоскливых депрессиях. В этих случаях манифестация расстройств сна и аппетита, их динамика и обратное развитие согласуются с аффектом тревоги, неотделимым от таких проявлений гипотимии как витальная тоска, психомоторные расстройства, идеи малоценности. Соматовегетативные нарушения присоединяются к аффективным феноменам по мере нарастания их интенсивности и достигают максимума при генерализованной тревоге, когда психомоторное возбуждение достигает ажитации; паника, страх, беспричинное ожидание опасности, предчувствия надвигающейся катастрофы приобретают свойства конкурирующих представлений, как бы захватывающих время, предназначенное для еды и сна. Несмотря на чувство голода и сонливость, нарушается саморегуляция режима питания и ритма сна с “судорожным поддержанием бодрствования”. Наступлению сна препятствует неудержимый поток мыслей, засыпание “запаздывает, отодвигается” на более позднее время. Сон в этих случаях поверхностный, чуткий, неспокойный, что связано с тягостными сновидениями, содержанием которых являются воспоминания событий прошедшего и заботы предстоящего дня. Потребность в пище подобно “запоздалой сонливости” носит смещенный на периоды, относительно свободные от проявлений гипотимии, характер; причем голод утоляется мгновенно. По мере редукции аффективных проявлений вынужденный отказ от регулярного питания восполняется увеличением порции и/или калорийности съеденного; ночное недосыпание – более поздним пробуждением и/или дневным сном.

Соматовегетативные расстройства второго типа регистрируются в картине депрессий с явлениями депрессивной психической анестезии (болезненно переживаемое притупление эмоционального реагирования, неспособность испытывать чувства к близким, высшие духовные чувства). В этих случаях наблюдается утрата нормального восприятия физиологических актов, отсутствие их завершенности, тогда как сами процессы сна, аппетита и потребность в них не нарушаются. Агрипнические расстройства характеризуются отсутствием чувства сна с утратой привычного ощущения отдыха, свежести после пробуждения, сонливостью в течение дня, стертостью границ между сном и бодрствованием. Такие нарушения сна (диссомнии) сопровождаются постоянными жалобами на полную или почти полную бессонницу при объективно достаточной продолжительности и глубине сна. Нарушения аппетита характеризуются утратой чувства как голода, так и насыщения, неспособностью ощутить вкус пищи, насладиться едой. Такие соматовегетативные расстройства сопровождаются ипохондрическими опасениями,

проявляющимися “ипохондрической озабоченностью физическим здоровьем”.

Соматовегетативные нарушения третьего типа определяют клиническую картину аффективного расстройства, “маскируя” проявления собственно гипотимии. Депрессивная фаза в этих наблюдениях манифестирует нарушениями сна и аппетита с объективно регистрируемыми изолированными моносимптомами либо их сочетанием. Дебют заболевания отличается внезапностью – пациенты точно датируют время исчезновения сна и аппетита. Расстройства процесса сна в отличие от так называемых перистатических вариантов с нарушением динамики сонного торможения и его глубины, выражаются утратой потребности в сне с полной бессонницей либо резким сокращением (до 2 – 3 ч в сутки) его длительности. Непродолжительный, прерванный сон не приносит отдыха, пробуждение тягостно, причем несмотря на чувство утомления, сонливость отсутствует. Утрата потребности в насыщении подобно бессоннице возникает внезапно и проявляется полной утратой аппетита вплоть до отвращения к пище, непереносимости даже запаха съестного, позывами на тошноту и рвоту. Вынужденный отказ от еды, характерный для депрессивной анорексии, сопровождается недостаточностью питания со значительным, наступающим на протяжении 1 – 2 нед болезни снижением массы тела. Депрессивный аффект в этих случаях представлен подавленностью с вялостью, внутренним дискомфортом, созвучными “негативному тону витальных ощущений” и тревожными опасениями по поводу соматического состояния, тогда как характерные для эндогенной депрессии чувство тоски, идеи самообвинения отсутствуют. При этом у большинства больных обнаруживается свойственная витальным депрессиям особенность – подверженность суточному ритму; наиболее тягостное самочувствие приходится на утренние часы.

Обратное развитие аффективного расстройства характеризуется редукцией соматовегетативных нарушений с последующим обратным развитием депрессивной симптоматики. При повторении фазовых аффективных состояний собственно гипотимическая составляющая синдрома становится более выраженной – на первый план выступают чувство витальной тоски, душевной боли, идеи малоценности, тогда как соматовегетативные расстройства отодвигаются на второй план.

По мнению ряда авторов, наличие в клинической картине эндогенной депрессии соматовегетативных расстройств (нарушения сна, потеря аппетита) служит хорошим прогностическим фактором в плане эффективности терапии антидепрессантами. Больные депрессиями с выраженными соматовегетативными расстройствами обладают более высокой психофармакологической лабильностью и большей чувствительностью к антидепрессантам. В связи с этим выбор терапии должен сводить к минимуму явления поведенческой токсичности (вялость, сонливость днем, торможение когнитивных функций) и возможные побочные расстройства, особенно вегетативные.

Учитывая тот факт, что в указанных случаях наиболее тягостными проявлениями патологического состояния являются агрипнические нарушения, выбор препаратов для нормализации функции сна требует особого обсуждения. Медикаментозное лечение инсомнии прежде всего обеспечивается назначением антидепрессантов с седативным эффектом (амитриптилин – триптизол, тримипрамин – герфонал, доксепин – синэкван, мапротилин – лудиомил, миансерин – леривон и др.) в вечернее время. Если же их прием оказывается недостаточным, для коррекции расстройств сна может быть рекомендовано использование транквилизаторов бензодиазепинового ряда (диазепины – валиум, седуксен, реланиум, сибазон; хлордиазепоксид – либриум, элениум; бромазепам – лексотан; лоразепам – ативан, мерлит; феназепам) и препаратов той же группы с преимущественным гипнотическим действием (нитразепам – эуноктин; радедорм, реладорм, рогипнол, мидазолам – дормикум, триазолам – хальцион, флуразепам – далмадорм и др.). Однако применение этих медикаментов может оказаться нежелательным в связи с возможностью побочных действий, усугубляющих вегетативные расстройства с ощущением телесного дискомфорта (вялость, сонливость по утрам, миорелаксация, гипотензия, атаксия). В случае плохой переносимости бензодиазепинов можно использовать некоторые антигистаминные

средства (димедрол, пипольфен, супрастин), а также транквилизатор пиперазинового ряда гидроксизин (атаракс), блокатор гистаминовых рецепторов типа Н1, обладающий наряду с антигистаминными свойствами высокой анксиолитической активностью. Показаны и гипнотики других химических групп. Среди таких медикаментов можно отметить производные циклопирронов – зопиклон (имован) и препараты группы имидазопиридинов – золпидем (ивадал). Последние сокращают ночные пробуждения и обеспечивают нормализацию длительности сна (до 7 – 8 ч), не вызывая слабости, вялости, астенических проявлений после пробуждения.

Выбор того или иного гипнотика должен основываться на знании о преимущественном воздействии препарата на пре-, интра- или постсомнические расстройства сна. Так, для улучшения качества засыпания предпочтительно назначение имована, тогда как на глубину сна большее влияние оказывают рогипнол и радедорм. Нормализации продолжительности сна в утреннее время способствует назначение такого препарата как реладорм. Сравнительная эффективность основных гипнотических средств при нарушениях сна представлена на рисунке (по данным А.П. Музыченко и соавт.).

В некоторых случаях используют нейролептики с выраженным гипнотическим эффектом: промазин (пропазин), хлорпротиксен, тиоридазин (сонапакс), алимемазин (терален). Необходимо также исключить вечерний прием психотропных средств, которые могут вызвать бессонницу (антидепрессанты со стимулирующим эффектом – ингибиторы МАО, ноотропы, стимуляторы, препятствующие засыпанию и провоцирующие частые пробуждения).