

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИЙ С УЧЕТОМ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ОБОСТРЕНИЙ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.В. Моисейчева, И.Л. Степанов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Депрессией, по результатам различных эпидемиологических исследований, страдают от 5% до 20% населения [2, 4, 5, 13]. При этом замечено, что депрессия чаще других психопатологических синдромов сосуществует с рядом соматических заболеваний. В большинстве работ рассматриваются, как правило, депрессии на фоне обострений соматической патологии, упуская из виду общую отягощенность соматической сферы заболеваниями, находящимися в стадии ремиссии.

По данным ряда исследований, больные большой депрессией являются активными потребителями услуг общемедицинской сети. При невыборочном обследовании пациентов общесоматической поликлиники (исключая больных с транзиторными инфекционными заболеваниями) у 68% выявлены депрессивные расстройства различной нозологической принадлежности легкой и умеренной тяжести [9]. Пациенты, страдающие депрессией, чаще обращаются за помощью в общемедицинские учреждения (более шести визитов к специалистам в течение шести месяцев) по сравнению с группой пациентов без психических расстройств, причем риск высокого потребления общемедицинской помощи у мужчин больше в 1,5 раза, а у женщин – в 3 раза [22]. В британском исследовании среди больных, посещающих врачей-соматологов, выявлена высокая частота депрессии (59%), наличие которой повышало в 17 раз вероятность частых посещений [14]. В ходе отечественного исследования в рамках программы «КОМПИАС» также выявлена связь депрессии и обращаемости пациентов за общемедицинской помощью. Депрессивные состояния встречались у 45,2% амбулаторных и у 48,3% госпитализированных больных. У пациентов, однократно обратившихся в поликлинику в течение года, расстройства депрессивного спектра выявлялись в 33% случаев, обратившихся более пяти раз – в 62%. Депрессии обнаружены у 41% никогда не госпитализировавшихся больных и у 63% больных, госпитализировавшихся более

двух раз в течение года [6]. Вероятно, причина кроется в негативном взаимовлиянии аффективного расстройства и хронического соматического заболевания, проявляющегося утяжелением симптоматики, отрицательным воздействием на течение как психической, так и соматической патологии, и, как следствие, увеличением потребности в лечении и обращении за медицинской помощью. Сочетание депрессии и стабильной стенокардии повышает риск развития осложнений сердечно-сосудистой патологии (инфаркт миокарда, остановка сердца, реваскуляризация) в 2,9 раза [15, 20]. В последних проспективных исследованиях у больных с сахарным диабетом при анализе развития сосудистых и трофических осложнений соответствующие показатели возрастали, в отличие от пациентов без депрессии [17, 25].

Клинические проявления депрессий у пациентов с соматическими заболеваниями разнообразны и порой атипичны. Так больные с сердечно-сосудистой патологией отмечают множественные астенические нарушения (упадок сил, быструю утомляемость, снижение энергетического потенциала, страдают гиперстезией к резким звукам и свету), клиническую картину дополняют подавленность и идеаторно-моторная заторможенность [7]. Некоторые симптомы депрессии непосредственно влияют на течение соматического заболевания. В ходе шестилетнего исследования Р.В.Ноен и соавт. выявили, что утомляемость, нарушение сна и аппетита, наблюдаемые при депрессии, повышали риск сердечно-сосудистых нарушений на 34, 26 и 46% соответственно [16]. При обследовании больных депрессией выявляется в 2–3 раза больше соматических симптомов по сравнению с контрольными пациентами без депрессии [1, 19]. Наиболее часто отмечают: повышенная утомляемость, вялость, разбитость, упадок сил, снижение трудоспособности и активности, раздражительность, нарушения сна, вегетативные нарушения (головокружение, сердцебиение, потливость, одышка, нехватка

воздуха, диспепсические расстройства, перебои в сердце), трудности при концентрации внимания, сексуальные дисфункции, изменение аппетита и массы тела, плохое самочувствие, сопровождающееся неприятными телесными ощущениями, хронический болевой синдром [3, 8, 10, 11, 24].

Пациенты с психическими расстройствами и отягощенностью соматической сферы заболеваниями значительно увеличивают затраты медицинского обслуживания у данного контингента больных: увеличивается продолжительность и частота госпитализаций [12, 21, 23]. Представляется важным отметить снижающуюся в результате сосуществования аффективного расстройства и соматической патологии эффективность медицинской помощи и связанное с этим возрастание экономических и социальных последствий [18]. Вышеперечисленное определяет большое практическое значение исследования депрессивных расстройств у больных с сопутствующей соматической патологией.

Цель исследования: выявление клинико-психопатологических особенностей депрессивного состояния больных с предшествующей потребностью в общемедицинской помощи по поводу сопутствующей соматической патологии, компенсированной на момент обследования.

Материал и методы

В исследование вошли 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31 – 22 чел., F32–17 чел., F33 – 61 чел.): 78 женщин и 22 мужчины в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст – 42,02 года). Обследовались пациенты на клинической базе специализированного отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России (в настоящее время филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России) и одной из общемедицинских городских поликлиник Москвы.

Изученная выборка формировалась на основании констатации на момент обследования: 1) текущего депрессивного эпизода; 2) наличия компенсированной соматической патологии. Критерии исключения: депрессии психотического уровня; коморбидность депрессивного расстройства с другим психическим заболеванием, с органическим поражением ЦНС, с хроническим алкоголизмом, токсикоманией, различными зависимостями от ПАВ.

На основании данных анамнеза, собранных со слов больных и их родственников, из амбулаторных карт и выписок истории болезни, собраны сведения об имеющихся у обследуемых пациентов соматических заболеваниях (на момент первого депрессивного эпизода и на момент проведения обследования при текущем депрессивном эпизоде). Также за период 1,5 года до настоящего обследования получены сведения об обострениях соматических болезней и обра-

ниях по их поводу в медицинские учреждения. В дальнейшем зафиксированные соматические заболевания учитывались и как отдельное нозологическое заболевание, и как патология, развившаяся в рамках определенной системы организма в соответствии с основными разделами МКБ-10. Таким образом, все зарегистрированные соматические заболевания распределились по следующим системам органов: кровообращения (БОК), пищеварительной (БОП), дыхательной (БОД), мочеполовой (БМПС), опорно-двигательной (БОДС), эндокринной (БЭС), болезни органов зрения (БОЗ) и слуха (БОС).

Подробное клинико-психопатологическое обследование проводилось на этапе обращения пациента за амбулаторной помощью к врачу-психиатру или при поступлении пациента на стационарное лечение, затем на момент окончания наблюдения (через 4–6 нед.) при редукции симптоматики, «выходе» из депрессии. Оценка динамики выраженности симптомов и структуры депрессии у пациентов проводилась с использованием шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS-21) и клинико-психопатологической карты, разработанной в группе исследования депрессий отделения расстройств аффективного спектра.

Для статистической обработки данных применялся непараметрический метод сравнения для независимых групп – тест Манна-Уитни. Для сравнения распределений объектов двух групп использовали критерий Фишера, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Для больных депрессией с соматическими заболеваниями в стадии ремиссии в данной выборке наиболее характерными являлись женский пол, трудоспособный возраст, высокий уровень образования, наибольшая представленность рекуррентного типа депрессивного расстройства.

Собранные данные об имеющейся соматической патологии позволили дифференцировать пациентов на две категории и сформировать две группы: больные с обострениями соматических заболеваний и обращениями по этому поводу в медицинские учреждения за период полутора лет до настоящего обследования и больные ни разу не обратившиеся за общемедицинской помощью в обозначенный период. Группа без обращений (29 чел.) в основном включала пациентов, у которых соматическая патология не имела актуальности, хронические заболевания протекали за исследуемый период без эпизодов обострения, а также несколько человек, которые самостоятельно справлялись с симптомами заболевания за короткое время.

Пациенты групп с обращениями за медицинской помощью и без обращений в общемедицинские учреждения в связи с обострениями соматических заболеваний за период полутора лет до обследо-

вания достоверно не отличались по социально-демографическим показателям, за исключением возраста: больные, нуждающиеся в общемедицинской помощи, были старше. Следует упомянуть о тенденции к достоверным значениям (при $p < 0,06$) превалирования в группе с обращениями пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством, а без обращений – с биполярным расстройством.

Для статистической обработки применялся непараметрический метод сравнения для независимых групп – тест Манна-Уитни. Были выявлены различия в клинической картине депрессии в этих группах (табл. 1). В частности, в группе с обращениями за медицинской помощью к соматологам (71 чел.) достоверно более выражены физическая истощаемость, чрезмерная озабоченность здоровьем, соматическая тревога (сухость во рту, диспепсия, отрыжка, сердцебиения, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение), моторная заторможенность, слабость, вялость, повышенное артериальное давление, задержка стула, выраженность телесных ощущений. Пациенты были с большим количеством соматических заболеваний, более поздним началом аффективного расстройства. В группе без обращений к соматологам отмечено более выраженное чувство вины, снижение самооценки, обсессивно-компульсивные симптомы, тенденция к пониженному давлению ($p < 0,061$). Собственно аффективный (тоска, тревога, апатия, дисфория) и волевой компоненты депрессивного синдрома по своей выраженности у данных групп не различались.

На «выходе» из депрессии при сравнении групп следует отметить сохранение у пациентов с обращениями за общемедицинской помощью соматической тревоги с физиологическими проявлениями (сухость во рту, диспепсия, отрыжка, сердцебиения, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение) ($p < 0,05$), общих «соматических» симптомов (чувство утраты энергии, упадок сил, тяжесть в теле) ($p < 0,05$), чрезмерной озабоченности здоровьем ($p < 0,05$).

Анализ жалоб на неприятные телесные ощущения позволил выявить некоторые особенности у больных данных групп. Группа пациентов без обращений характеризовалась наименьшей представленностью ощущений по всем областям тела, за исключением грудной клетки и головы. Для сопоставления двух рядов выборочных значений по частоте встречаемости признака использовался критерий Фишера, при значении $p < 0,05$. По локализации достоверные отличия в преобладании жалоб на неприятные телесные ощущения в группе пациентов с обострениями соматической патологии и обращениями за врачебной помощью отмечены в области спины ($p < 0,05$), живота ($p < 0,03$), мигрирующих телесных ощущений ($p < 0,05$).

При оценке сведений о чувственном характере ощущений в данных группах следует отметить достоверно большую выраженность жалоб на чувство сдавления ($p < 0,02$) и алгические ощущения ($p < 0,01$) в группе с обострениями соматической патологии (рис. 2).

Таблица 1

Клинико-психопатологические особенности депрессивного состояния у пациентов с обращениями и без обращений за общемедицинской помощью по поводу соматического заболевания

Психопатологические симптомы и признаки	Пациенты с обострениями-обращениями по поводу соматических заболеваний (за 1,5 года до настоящего обследования) N=71	Пациенты без обращений по поводу соматических заболеваний (регистрация патологии в анамнезе) (за 1,5 года до настоящего обследования) N=29
Соматическая тревога	$p < 0,01$	
Слабость, вялость	$p < 0,05$	
Физическая истощаемость	$p < 0,01$	
Моторная заторможенность	$p < 0,05$	
Чувство вины		$p < 0,05$
Снижение самооценки		$p < 0,05$
Повышение АД	$p < 0,05$	
Выраженность телесных ощущений	$p < 0,001$	
Обсессивно-компульсивные симптомы		$p < 0,05$
Запоры	$p < 0,001$	
Чрезмерная озабоченность здоровьем	$p < 0,01$	
Количество систем, отягощенных соматическими заболеваниями	$p < 0,01$	
Общее количество соматических заболеваний	$p < 0,001$	

Рис. 1. Распределение телесных ощущений по локализации в группах в соответствии с обращаемостью пациентов за медицинской помощью по поводу обострений соматической патологии за период полутора лет (в %)

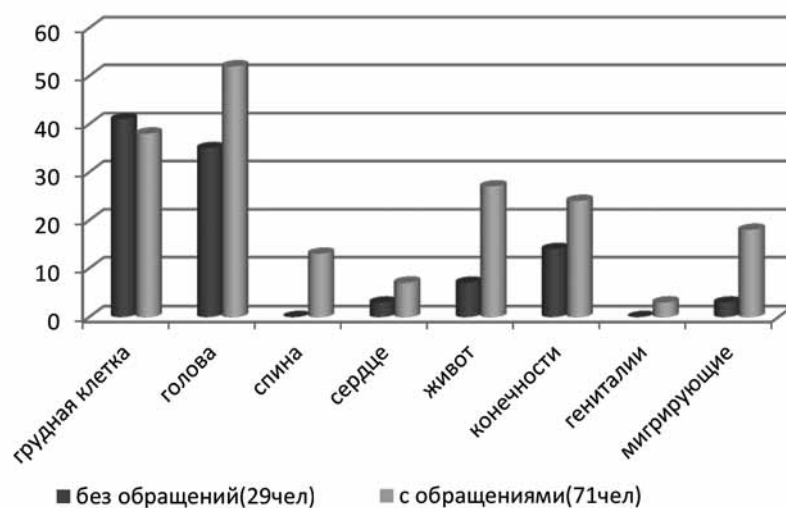


Рис. 2. Характеристика соматических жалоб в группах пациентов в соответствии с обострениями соматической патологии за 1,5 года и обращаемостью по данному поводу за медицинской помощью (%)

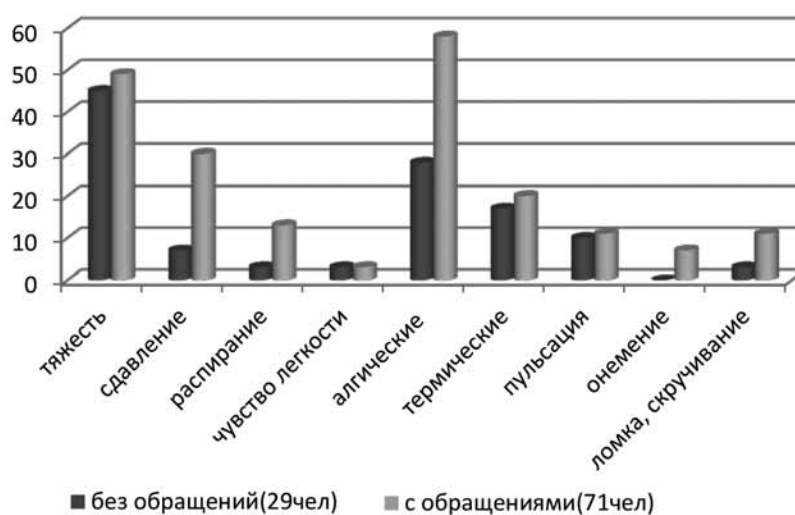
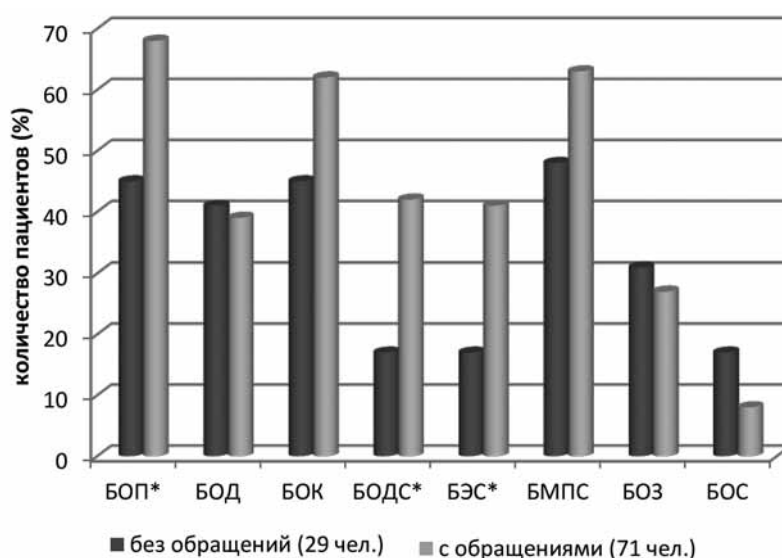


Рис. 3. Встречаемость соматической патологии на момент обследования у пациентов всей выборки с учетом обострений соматических заболеваний и обращений по данному поводу за медицинской помощью (в %) за период полутора лет

Примечания: * – достоверные различия, БОП – болезни органов пищеварения, БОД – болезни органов дыхания, БОК – болезни органов кровообращения, БОДС – болезни опорно-двигательной системы, БЭС – болезни эндокринной системы, БМПС – болезни мочеполовой системы, БОЗ – болезни органов зрения, БОС – болезни органов слуха.



У пациентов, включенных в исследование, фиксировались обострения хронических соматических болезней. На рис. 3 показаны результаты по представленности соматической патологии в группах, сформированных на основании обострений соматических заболеваний и потребности в общемедицинской помощи.

В группе пациентов с обострениями соматических заболеваний, повлекших за собой необходимость получения медицинской помощи, соматическая пато-

логическая патология была выявлена у 71 человека (24,5%), в том числе у 29 человек (100%) в группе без обращений за медицинской помощью.

логия была представлена болезнями органов пищеварения (68%), болезнями мочеполовой системы (63%), болезнями органов кровообращения (62%), болезнями опорно-двигательной системы (42%), болезнями эндокринной системы (41%), болезнями органов дыхания (39%), болезнями органов зрения (27%), болезнями органов слуха (8%). Отягощенность соматической сферы больных, у которых за период полутора лет до момента обследования обращений к врачам-соматологам отмечено не было (29 чел.), представлена следующими заболеваниями: болезнями мочеполовой системы (48% пациентов), болезнями органов пищеварения (45%), болезнями органов кровообращения (45%), болезнями органов дыхания (41%), болезнями органов зрения (31%), болезнями опорно-двигательной системы (17%), болезнями эндокринной системы (17%), болезнями органов слуха (17%). Для сравнения распределений объектов групп применялся критерий Фишера, достоверность различий подразумевало значение $p < 0,05$.

Установлены статистически достоверные различия у пациентов этих групп: преобладание болезней органов пищеварения, опорно-двигательной и эндокринной систем (при $p < 0,05$) в группе с обострениями и обращениями за медицинской помощью по поводу соматической патологии. Обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов, прибегающих к медицинской помощи специалистов по поводу соматических заболеваний, отмечалась в целом большая отягощенность соматической сферы.

Заключение

Наличие компенсированной соматической патологии («соматически отягощенной почвы»), протекающей с обострениями и обращениями в общемедицинские учреждения в предшествующий депрессивному состоянию период, привносит ряд особенностей в клиническую картину депрессии. Так у пациентов с обращениями по поводу обострений соматического заболевания при сравнении с группой без обращений достоверно чаще выявлялись симптомы астенического и «соматического» круга, в частности, слабость, утомляемость, физические проявления тревоги с неприятными телесными ощущениями и фиксацией на своем соматическом здоровье. В структуре депрессии с увеличением соматической отягощенности всё больше появляется соматоформных симптомов, астении, ипохондрических проявлений, соматовегетативных наслоений и других атипичных черт. Возможно предположить, что данная симптоматика

в свою очередь «ориентирует» больных на поиск помощи у врачей-соматологов.

Анализ телесных ощущений у пациентов в зависимости от обострений соматических заболеваний и обращений по данному поводу в медицинские учреждения за период полутора лет до настоящего обследования показал наибольшую распространенность телесных болезненных проявлений у пациентов, обращавшихся за общемедицинской помощью, в частности, достоверно чаще в области спины, живота и мигрирующих, по характеру алгические и с чувством сдавления. Объяснением тенденции в преобладании телесных ощущений в области грудной клетки у пациентов, не обращавшихся в врачам-соматологом, может быть большая распространенность в группе биполярного аффективного расстройства с присущей «классической» депрессии витальности ощущений.

При изучении распространенности соматической патологии выявлен ряд особенностей среди пациентов с более тяжелым течением соматических заболеваний, с обострениями болезней и необходимостью прибегать к медицинской помощи врачей-соматологов в отличие от пациентов без актуальной соматической патологии за указанный период в полтора года. Достоверно чаще обращались к врачам-соматологам больные, соматическая отягощенность которых характеризовалась прежде всего наличием заболеваний органов пищеварения, опорно-двигательной и эндокринной систем.

Подход, основанный на оценке взаимосвязей соматической патологии, представленной лишь одной отдельно взятой системой, и аффективного расстройства, целесообразен и широко используется в исследованиях в рамках отдельных дисциплин, но имеет определённые ограничения широкого применения в повседневной врачебной практике, где пациент приходит к психиатру со всем комплексом имеющихся заболеваний. Выявление и дифференциация остаточных проявлений соматической патологии на стадии ремиссии у больных с текущим депрессивным эпизодом и их влияние на клиническую картину и течение депрессии, представляют определённые сложности не только в квалификации соматического и психического статуса пациента, но и в назначении адекватной терапии. В связи с этим, обозначенные выше особенности клинической картины депрессии у больных с сопутствующей соматической патологией имеют важное практическое значение не только для оценки депрессивного состояния пациента, но и для выработки эффективной лечебно-реабилитационной тактики ведения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 296 с.
2. Бобров А.С. Эндогенная депрессия: 2-е изд., доп. и перераб. Иркутск: Папирус, 2010. 370с.
3. Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы «КОМПАС») // Consilium Medicum. 2004. № 2. С. С.154–158.
4. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. 2-е изд., исправл. и доп. Томск: Сибирский издательский дом, 2001. 130 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: 2011, 431 с.
6. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Дробизев М.Ю.,

- Шальнова С.А., Погосова Г.В. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004. № 1. С. 48–54
7. Ромасенко Л.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3. С. 8–10.
 8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 434 с.
 9. Степанов И.Л. Диагностика и лечение депрессий в общесоматической (поликлинической) практике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1991. 24 с.
 10. Степанов И.Л., Моисейчева О.В. Клинико-психопатологическая характеристика единичных и повторных депрессивных эпизодов у пациентов с компенсированной соматической отягощенностью // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 4. С. 11–16.
 11. Табеева Г.Р., Вейн А.М. Фармакотерапия депрессии // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 1. С. 57–61.
 12. Albert N.M., Fonarow G.C., Abraham W.T., Gheorghiadu M., Greenberg V.H., Nunez E., O'Connor C.M., Stough W.G., Yancy C.W., Young J.B. Depression and Clinical Outcomes in Heart Failure: An OPTIMIZE-HF Analysis // Am. J. Med. 2009. Vol. 122. P. 366–373.
 13. Angst J. Epidemiology of Depression // Psychopharmacol. 1992. Vol. 106. P. 71–74.
 14. Dowrick C.F., Bellon J.A., Gomez M.J. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms // Br. J. Gen. Pract. 2000. Vol. 50. P. 361–365.
 15. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients with Stable Coronary Artery Disease // Arch. Gen. Psychiatry. 2008. Vol. 65. P. 62–71.
 16. Hoen P.W., Whooley M.A., Martens E.J., Na B., Van Melle J.P., de Jonge P. Differential Associations Between Specific Depressive Symptoms and Cardiovascular Prognosis in Patients With Stable Coronary Heart Disease // J. Am. Coll. Cardiol. 2010. Vol. 56. P. 838–844.
 17. Katon W., Russo J., Lin E.H., Heckbert S.R., Ciechanowski P., Ludman E.J., Von Korff M. Depression and diabetes: factors associated with major depression at five-year follow-up // Psychosomatics. 2009. Vol. 50. P. 570–579.
 18. Katon W. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illnesses // Dialogues Clin. Neurosci. 2011. Vol. 13. P. 7–23.
 19. Kroenke K., Spitzer R.L., deGruy F.V., Hahn S.R., Linzer M., Williams J.B., Brody D., Davies M. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care // Arch. Gen. Psychiatry. 1997. Vol. 54. P. 352–358.
 20. Ormel J., Petukhova M., Chatterji S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C., Bromet E.J., Burger H. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 368–375.
 21. Sayers S.L., Hanrahan N., Kutney A., Clarke S.P., Reis B.F., Riegel B. Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure // J. Am. Geriatr. Soc. 2007. Vol. 55. P. 1585–1591.
 22. Simon G.E. Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use // Psychiatr. Med. 1992. Vol. 10. P. 49–59.
 23. Vamos E.P., Mucsi I., Keszei A., Kopp M.S., Novak M. Comorbid Depression Is Associated With Increased Healthcare Utilization and Lost Productivity in Persons With Diabetes: A Large Nationally Representative Hungarian Population Survey // Psychosom. Med. 2009. Vol. 71. P. 501–507.
 24. Watanabe N., Stewart R., Jenkins R., Bhugra D.K., Furukawa T.A. The epidemiology of chronic fatigue, physical illness, and symptoms of common mental disorders: a cross-sectional survey from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity // J. Psychosom. Res. 2008. Vol. 64. N 4. P. 357–362.
 25. Williams L.H., Rutter C.M., Katon W.J., Reiber G.E., Ciechanowski P., Heckbert S.R., Lin E.H., Ludman E.J., Oliver M.M., Young B.A., Von Korff M. Depression and incident diabetic foot ulcers: a prospective cohort study // Am. J. Med. 2010. Vol. 123. P. 748–754.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИЙ С УЧЕТОМ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ОБОСТРЕНИЙ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.В. Моисейчева, И.Л. Степанов

Цель исследования: выявление клинико-психопатологических особенностей депрессивного состояния больных с предшествующей потребностью в общемедицинской помощи по поводу сопутствующей соматической патологии, компенсированной на момент обследования

Материал и методы. Обследованы 100 больных депрессией (в соответствии с диагностическими критериями аффективного расстройства МКБ-10) с соматическими заболеваниями в стадии ремиссии. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический, клинико-anamnestический, статистический.

Результаты. Проведено описательное, открытое, клиническое исследование депрессивного состояния у больных с аффективным расстройством с учетом их обращаемости за медицинской помощью к врачам-соматологам в период, предшествующий текущей депрессии. В структуре депрессии с накоплением в анамнезе соматической отягощенности

увеличивается представленность соматовегетативных наслоений и других атипичных черт. Пациенты с обращениями за медицинской помощью имели значительно большую отягощенность соматическими заболеваниями органов пищеварения, опорно-двигательной и эндокринной систем.

Заключение. Анализ особенностей клинической картины депрессии с учетом структурных и динамических характеристик сопутствующей соматической патологии как «соматически отягощенной почвы» имеет важное практическое значение для оценки собственно депрессивного состояния пациента, прогноза обращаемости за медицинской помощью и для выработки персонализированной лечебно-реабилитационной тактики ведения пациента.

Ключевые слова: клинико-психопатологические особенности депрессии, соматическая патология, потребность в общемедицинской помощи.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL PICTURE OF DEPRESSION WITH REGARD FOR PREVIOUS EXACERBATIONS OF PHYSICAL DISORDERS

O.V. Moiseycheva, I.L. Stepanov

Goal: detection of clinico-psycho-pathological features of depression in patients with previous need for general health care because of concurrent physical disorder though in remission at the moment of investigation.

Design: descriptive and open clinical investigation. Material and methods: 100 depressive patients (according to ICD-10 diagnostic criteria) with physical disorders in stage of remission. Principal methods of investigation: clinico-psycho-pathological, psychometric, clinico-historical and statistical. Results: this research focused on characteristics of depressive condition in patients with affective disorder, with regard for their medical needs in the period preceding current depressive episode. The findings suggest an increase

of somato-vegetative and other atypical features in the structure of depression in patients with the history of somatic disorders. The patients who sought medical care also showed more obvious burden of physical disorders in gastrointestinal, musculoskeletal and endocrine systems. Conclusion: Analysis of the clinical picture of depression with regard for structural and dynamic characteristics of concurrent physical disorders as a 'somatic ground' is important for evaluation of the depressive condition, prognosis of health care use by the patient and development of personalized treatment and rehabilitation plan.

Key words: clinico-psycho-pathological features of depression, physical disorders, patients' health care needs.

Моисейчева Ольга Викторовна – научный сотрудник отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии (отделение расстройств аффективного спектра) Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: moisej-olga@yandex.ru

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии (отделение расстройств аффективного спектра) Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: stigl2006@rambler.ru