

УДК 616.895.4–07

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ КОЛИЧЕСТВА СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Колесникова А.Б., Богданчикова Л.В., Мокашева Ек.Н., Мокашева Евг.Н.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава РФ, Воронеж, e-mail: anastasia-kol198 @yandex.ru*

Депрессия – важная проблема современной клинической медицины. Сочетание соматической патологии с депрессивными расстройствами способствует более тяжелому течению обеих нозологий. В то же время использование различных опросников и анкет в амбулаторной практике и в стационарах может помочь в ранней диагностике данной коморбидной патологии, что возможно в будущем улучшит взаимодействие врачей общей практики, психиатров и терапевтов. Пациенты неврологического и гастроэнтерологического отделений проанкетированы на наличие у них депрессии при помощи опросника депрессии Бека. Проведен сравнительный анализ пациентов с разным количеством соматических заболеваний по отношению к группе контроля. При сравнении полученных данных обращал на себя внимание рост количества баллов по шкале депрессии в зависимости от увеличения числа сопутствующих заболеваний. Наиболее высокие баллы набрала группа с тремя и более патологиями. Также, при оценке по опроснику Бека возможна интерпретация по двум субшкалам, ответственным за нарушения в когнитивно-аффективной и соматических сферах. Наиболее высокие показатели соматических проявлений депрессии наблюдались в группе с тремя и более заболеваниями на фоне развития у них сахарного диабета.

Ключевые слова: депрессия, опросник Бека, когнитивно-аффективная субшкала, субшкала соматических проявлений депрессии

THE RELATIONSHIP OF THE DEGREE OF DEPRESSIVE DISORDERS FROM THE AMOUNT OF SOMATIC DISEASES

Kolesnikova A.B., Bogdanchikova L.V., Mokasheva Ek. N., Mokasheva Evg.N.

*Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh,
e-mail: anastasia-kol198 @yandex.ru*

Depression is an important issue in modern clinical medicine. The combination of somatic pathology with depressive disorders contributes to a more severe course of both nosologies. At the same time, the use of various questionnaires and questionnaires in outpatient practice and in hospitals can help in the early diagnosis of this comorbid pathology, which may in the future improve the interaction of general practitioners, psychiatrists and therapists. Patients of the neurological and gastroenterological departments are surveyed for their depression using the Beck depression questionnaire. A comparative analysis of patients with different numbers of somatic diseases in relation to the control group was carried out. When comparing the data obtained, attention was drawn to the increase in the number of points on the scale of depression depending on the increase in the number of associated diseases. The highest scores were scored by a group with three or more pathologies. Also, when evaluating using the Beck questionnaire, interpretation is possible for two subscales responsible for cognitive-affective and somatic disorders. The highest rates of somatic manifestations of depression were observed in the group with three or more diseases during the development of diabetes mellitus.

Keywords: depression, Beck's Depression Inventory, cognitive-affective subscale, subscale of somatic manifestations of depression

Депрессия на современном этапе развития медицины представляет собой достаточно серьезную проблему. По данным различных исследований, депрессия к 2020 году выйдет на 2 место после заболеваний сердечно-сосудистой системы по количеству потерянных для жизни лет [1, с. 24]. По данным ВОЗ, больше половины больных с диагнозом депрессии лечится у врачей общей поликлиники, а среди длительно наблюдающихся пациентов, процент данного заболевания достигает 80% [2, с. 224]. Рост уровня депрессии связывают с процессом урбанизации, увеличением различных факторов, приводящих к стрессовым ситуациям, неправильным образом жизни современного общества, способствующего гиподинамии. Все это в совокупности привело к предска-

занному ранее «веку меланхолии», который раньше представлял из себя лишь фантазию автора, а сейчас является суровой реальностью.

Болезни внутренних органов при недостаточно верной лекарственной терапии могут приводить к хронической интоксикации организма, которая становится основой для астено-депрессивного синдрома у больных [3, с. 25]. В дальнейшем, при недостаточном внимании к данному синдрому у многих врачей как амбулаторного, так и госпитального звена, он может перейти в более тяжелую стадию и дать толчок для развития клинической депрессии, которая может потребовать госпитализации и назначения серьезной медикаментозной терапии. Также рядом авторов отмечается тот факт, что на-

личие депрессии ухудшает течение соматической патологии у пациентов, способствуя росту нетрудоспособного населения и увеличивая процент инвалидности, что может неблагоприятно влиять на экономические показатели [4 с. 12, 5]. Всего этого можно избежать, если проявлять внимание к данной патологии на ранней стадии развития и оказывать соответствующую лекарственную и психотерапевтическую помощь.

У многих больных симптомы депрессии являются продромальными для таких соматических патологий, как неврологические, эндокринные, сердечно-сосудистые, инфекционные (вирусные), онкологические и аутоиммунные процессы. Часто подобные пациенты составляют группу гиподиагностики, жалобы которой воспринимаются врачом как естественная реакция на жизненные трудности и не заслуживают особого внимания для дальнейшего обследования [5].

Большое количество пациентов с депрессией наблюдается в амбулаторном звене и часто их жалобы расцениваются как повод для различных дополнительных, порой дорогостоящих исследований и назначений [6]. Именно для врача общей практики важно лечение пациента в целом, а не его отдельных систем органов, чем часто занимаются именно узкие специалисты, а это весьма опасный подход, так как при таком способе ведения практики весьма вероятны ошибки в дифференциальном диагнозе, а как следствие, неверно назначенная лекарственная терапия, которая может даже усугубить состояние пациента [3, с. 25]. Только комплексный подход в клинике и амбулатории может вылечить больного. Однако, он гораздо сложнее и требует более тесного взаимодействия между клиницистами, чем имеется на данном этапе развития медицины. Ранняя диагностика данного состояния важна именно на начальных стадиях развития, так как легкие формы депрессии возможно предотвратить с минимальными финансовыми затратами как для самого пациента, так и для системы здравоохранения.

Частая встречаемость соматической патологии совместно с депрессией говорит о важности взаимодействия врачей амбулаторного звена и психиатров для более эффективного лечения данных состояний [2 с. 226]. Часто врачам-терапевтам недостаточно времени на приеме, чтобы выявить среди всех жалоб пациента те, которые могут помочь заподозрить наличие депрессивного расстройства, поэтому ценным диагностическим критерием может служить использование анкетирования как на догоспитальном этапе, так и в самом стационаре. Можно предложить заполнять опросники

перед самым приемом у врача в поликлинике или перед поступлением и после выписки из медицинских учреждений. Это позволит выделить группу риска среди пациентов и улучшить качество оказываемой терапии за счет повышения комплаентности между пациентом и врачом, потому что больные всегда хорошо отзываются на лечение у тех специалистов, которые заинтересованы не только в улучшении соматической патологии больных, но и в удовлетворительном психическом состоянии их пациентов.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа зависимости тяжести депрессивных расстройств от количества сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование 84 человек на наличие депрессии. Из них 74 – пациенты неврологического и гастроэнтерологического отделений ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница», а 10 человек, у которых по результатам опроса отсутствуют хронические заболевания.

Для определения уровня депрессии использовалась шкала (тест – опросник) депрессии Бека [7]. Данный тест состоит из 21 пункта, первые 13 из которых являются когнитивно-аффективной субшкалой, а последние восемь – соматической. Такие жалобы, как раздражительность, неудовлетворенность собой, наличие суицидальных мыслей, чувство вины и социальной отчужденности отражают нарушения со стороны ментальной сферы, а потеря веса, аппетита, трудности в работе и нарушение сна уже будут относиться к физиологическим проявлениям депрессии. Оценка результата по опроснику Бека происходит по следующим градациям: если суммарный балл составил менее 9 – отсутствие депрессии, 10–15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия), 16–19 баллов – умеренная депрессия, 20–29 баллов – депрессия средней тяжести (выраженная) и 30–63 баллов – тяжелая депрессия. Дополнительно опрашиваемые указывали на наличие у них каких-либо хронических соматических заболеваний. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA version 6.0 и Microsoft Excel 2011.

Результаты исследования и их обсуждение

По количеству соматических заболеваний у пациентов были выделены следующие группы: I группа – наличие одного заболевания (14 человек – 17%), II группа – пациенты с двумя заболеваниями (35 че-

ловек – 41%) и III группа, в которую вошли 25 пациентов с 3 и более патологиями (30%). Опрошенные, у которых отсутствовали хронические заболевания, составили группу контроля (ГК) – 12% (рис. 1).

Из III группы была выделена подгруппа пациентов с наличием сахарного диабета в количестве 10 человек (ГБ1). В данном случае средний показатель уровня депрессии составил 16,5 баллов, что в 2 раза выше,

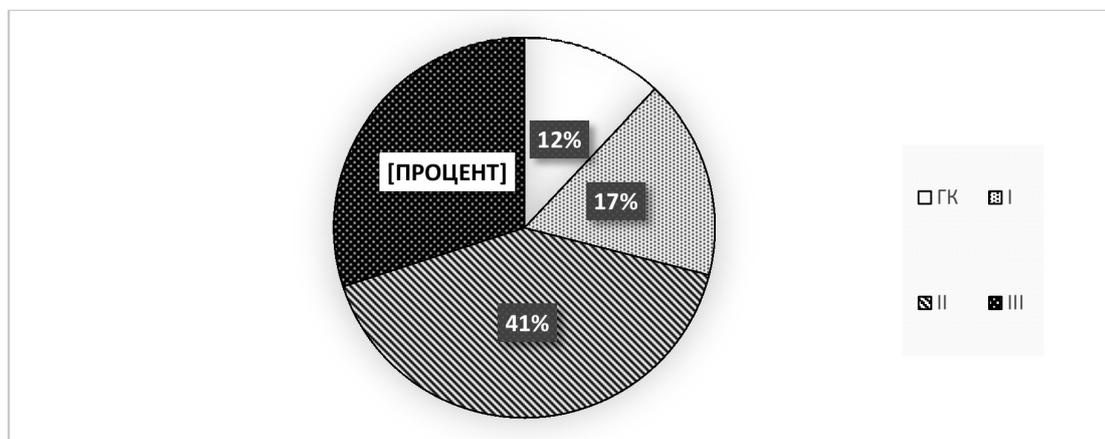


Рис. 1. Процентное распределение анкетированных по группам

В ГК средние значения по шкале Бека составили 8,0 баллов, что соответствует норме, в I – 9,2 балла, II – 12,0 баллов, III – 13,0 баллов. Значения последних двух показателей определяют у пациентов наличие депрессии легкой степени (рис. 2).

чем в ГК и отражает депрессию умеренной степени тяжести. Оставшиеся 25 пациентов из III группы составили подгруппу без сахарного диабета (ГБ2). Среднее значение по Беку в данной подгруппе равно 10,8 баллов (рис. 3).

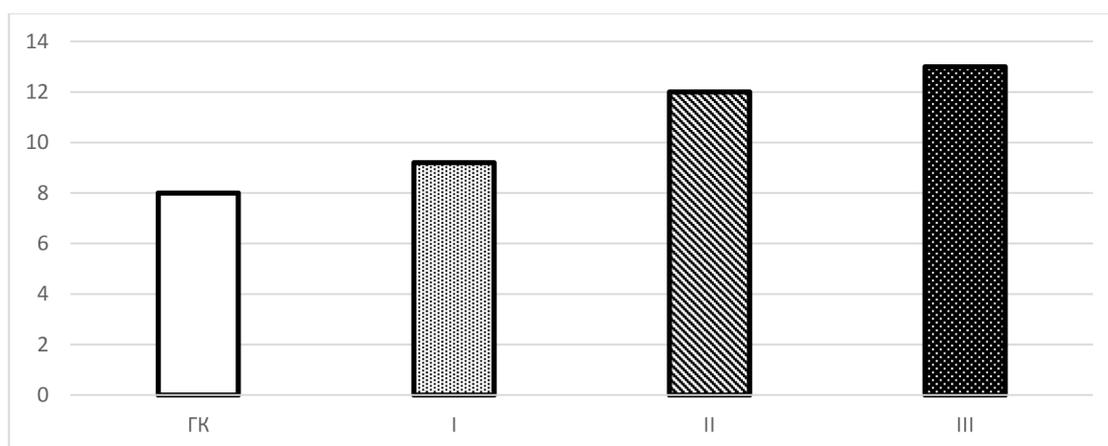


Рис. 2. Соотношение средних значений баллов по шкале Бека среди анкетированных

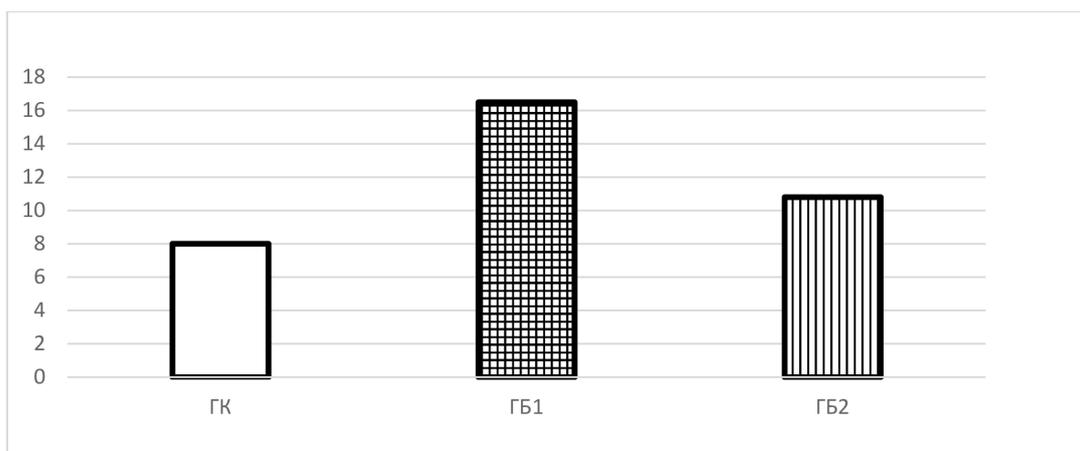


Рис. 3. Соотношение средних значений по шкале Бека в подгруппах (ГБ1 и ГБ2) III группы к группе контроля

При анализе анкеты Бека результаты можно интерпретировать в зависимости от распределения набранных баллов по двум субшкалам: когнитивно-аффективной (КА) и субшкалы соматизации (С). При наличии 1 заболевания среднее значение в процентах по КА субшкале составило 9%, в группах II и III – 12% соответ-

ственно. По субшкале соматизации группа пациентов с 1 и 2 заболеваниями набрали 6%, а при наличии 3 заболеваний – уже 10%. Данные изменения шкал могут говорить о росте соматического компонента при исследовании депрессии на фоне увеличения количества сопутствующей патологии (рис 4 (а)).

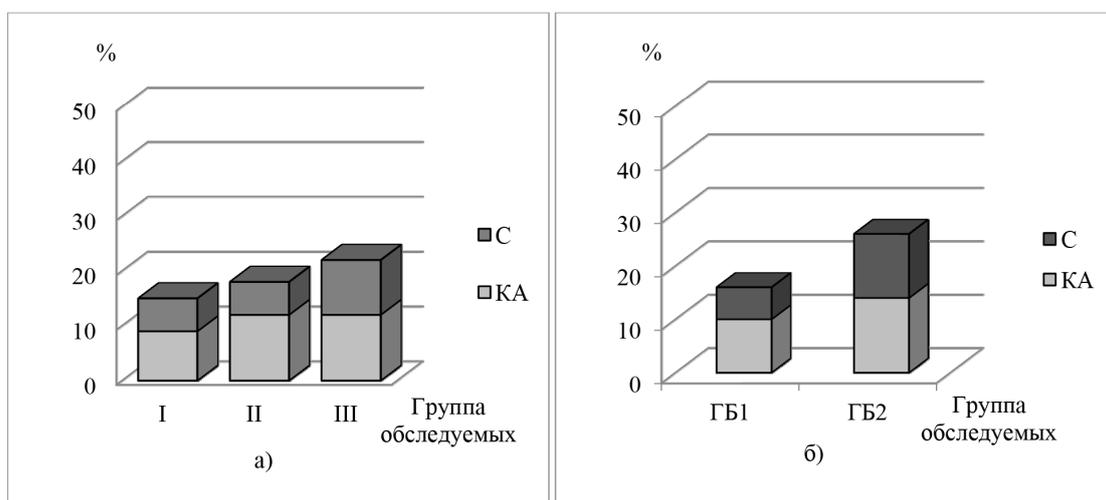


Рис. 4. Распределение средних значений шкал в процентном соотношении среди трех групп исследуемых пациентов с разным количеством заболеваний (рис а) и при делении III группы на подгруппы: с наличием (ГБ1) и без сахарного диабета (ГБ2) (рис б) в зависимости от набранного количества баллов по когнитивно-аффективной субшкале (КА) и субшкале соматических проявлений (С)

При более подробном анализе группы пациентов с тремя и более заболеваниями были получены следующие результаты: у подгруппы без нарушения углеводного обмена средние показатели КА и С субшкал равны 10% и 6% соответственно. При анализе подгруппы с сопутствующим сахарным диабетом определяются более высокие значения субшкал: 14% по КА субшкале и 12% по субшкале соматизации. Увеличение значений по субшкале С почти в 2 раза при наличии сахарного диабета может говорить о более тяжелом течении хронических заболеваний именно у данной категории больных. Также важным является тот факт, что значения шкал у групп с 3 и более заболеваниями без сахарного диабета и группы с 2 заболеваниями не сильно отличаются: 10% и 12% по когнитивно-аффективной субшкале и около 6% по субшкале соматизации (рис. 4 (б)).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что при увеличении количества сопутствующих заболеваний растет уровень депрессии по шкале Бека, а при наличии патологии углеводного обмена, помимо распространенных когнитивно-аффективных расстройств присоединяется соматический компонент проявлений депрессии. Вероятно

это связано с тем, что нарушение углеводного обмена ведет за собой существенные изменения метаболического статуса клетки и способствует соматическим проявлениям депрессии.

Список литературы

1. Можяев М.В., Пакриев С.Г. Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – №1. – С. 24–30.
2. Петрова Н.Н. Депрессия в общей медицинской практике // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2008. – №1. – С. 224–225.
3. Решетова Т.В., Жигалова Т.Н., Герасимова А.В. Депрессивные расстройства в общей врачебной практике, диагностика и лечение // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. – №1. – С. 25–27.
4. Степанов И.Л., Моисейчева О.В. Значение клинико-психопатологических и динамических характеристик депрессивных состояний у больных с соматической отягощенностью в анамнезе для оценки их социального функционирования // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – №3. – С. 12–17.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 782 с.
6. Ковров Г.В., Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Депрессия в общей практике // Русский медицинский журнал (Неврология). – 2010. – №6. – С. 504–507.
7. Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. – СПб.: Наука и Техника, 2013. – 384 с.