

Disease. J Am Coll Cardiol 2011;57:e16—e94.
 56. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. JAMA 1995;273:1421—8.
 57. Halliday A., Mansfield A., Marro J. et al. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomized controlled trial. Lancet 2004;363:1491—502.
 58. Hobson R.W. 2nd, Weiss D.G., Fields W.S. et al. Efficacy of carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis. The Veterans Affairs Cooperative Study Group. N Engl J

Med 1993;328:221—7.
 59. Yadav J.S., Wholey M.H., Kuntz R.E. et al. the Stenting and Angioplasty with Protection in Patients at High Risk for Endarterectomy Investigators. Protected carotid-artery stenting versus endarterectomy in high-risk patients. N Engl J Med 2004;351:1493—501.
 60. Brott T.G., Hobson R.W. 2nd, Howard G. et al. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. N Engl J Med 2010;363:11—23.
 61. Abbott A.L. Medical (nonsurgical) intervention alone is now best for prevention of stroke associated with asymptomatic severe carotid

stenosis: results of a systematic review and analysis. Stroke 2009;40:e573—83.
 62. Marquardt L., Geraghty O.C., Mehta Z. et al. Low risk of ipsilateral stroke in patients with asymptomatic carotid stenosis on best medical treatment: a prospective, population-based study. Stroke 2010;41:e11—e17.
 63. Rothwell P.M., Goldstein L.B. Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis: asymptomatic carotid surgery trial. Stroke 2004;35:2425—7.
 64. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Превентивная кардионеврология. СПб.: ФОЛИ-АНТ, 2008;224 с.

С.В. Кикта¹, М.Ю. Дробизhev², О.В. Латыпова³, С.В. Ваулин⁴

¹ФГБУ Поликлиника №3 Управления делами Президента РФ, ²НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ³Новосибирский государственный медицинский университет, ⁴ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

МКБ-10 и депрессии у больных с соматическими и неврологическими заболеваниями

Проведен обобщенный анализ ранее опубликованных исследований по программе ПАРУС (2327 пациентов в различных непсихиатрических учреждениях здравоохранения). Установлено, что депрессии у этих больных не могут квалифицироваться в пределах пятого класса болезней МКБ-10 («Психические расстройства» и «Расстройства поведения»). Показано, что депрессии чаще всего могут рассматриваться в качестве психических симптомов соматического или неврологического заболевания. Эта концепция наилучшим образом объясняет высокую распространенность таких депрессий, а также их «маскированный», «соматизированный» характер. Вместе с тем эта концепция противоречит господствующему в медицине подходу, предусматривающему разделение соматических (неврологических) заболеваний и психических расстройств.

Ключевые слова: МКБ-10, депрессии, соматические и неврологические заболевания, диагноз, психосоматика, лечение, организация помощи.

Контакты: Михаил Юрьевич Дробизhev dmyu2001@mail.ru

ICD-10 and depressions in patients with somatic and neurological diseases

S.V. Kikta¹, M.Yu. Drobizhev², O.V. Latypova³, S.V. Vaulin⁴

¹Polyclinic Three, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation, ²Research Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, ³Novosibirsk State Medical University, ⁴Smolensk State Medical Academy

The authors have made a generalized analysis of earlier published PARUS program studies covering (2327 patients in different nonmental health care facilities). It has ascertained that depressions in these patients cannot be qualified in Chapter V of ICD-10 (“Mental Disorders” and “Behavioral Disorders”). It has been shown that depressions can be most commonly regarded as mental symptoms of a somatic or neurological disease. This concept best explains the high prevalence of such depressions, as well as their masked, somatized pattern. At the same time this concept is in conflict with the prevailing medical approach contemplating the differentiation between somatic (neurological) diseases and mental disorders.

Key words: ICD-10, depressions, somatic and neurological diseases, diagnosis, psychosomatics, treatment, organization of care.

Contact: Mikhail Yuryevich Drobizhev dmyu2001@mail.ru

Для диагностики депрессий у больных с соматическими и неврологическими заболеваниями чаще всего используют две рубрики пятого класса болезней МКБ-10 («Психические расстройства» и «Расстройства поведения»): «рас-

стройства приспособительных реакций» (F43.2) и «органическое расстройство настроения» (F06.3) [1]. Это обусловлено тем, что рассматриваемые депрессивные состояния в большинстве случаев патогенетически связаны с соматиче-

Характерные диагнозы и жалобы у больных с депрессиями и различными заболеваниями

Выборка больных	Диагноз	Жалобы	
		связанные с соматическими и неврологическими заболеваниями	связанные с депрессией
1-я	Дорсопатия (69,4%), АГ (51,3%), дисциркуляторная энцефалопатия (46,7%), синдром вегетативной дистонии (28,7%)	Утомляемость, упадок сил, вялость, снижение трудоспособности, головокружение, обмороки; ухудшение памяти и внимания; раздражительность; боль (головная, в спине, шее, руках, ногах, суставах), покалывание, «мурашки», онемение кожи, озноб	«Все, что я делаю, требует от меня дополнительных усилий»; «кажется, что я стал меньше говорить»; «окружающие настроены недружелюбно ко мне»; «у меня плохой ночной сон»
2-я	Ожирение (100%), АГ (80,6%), дорсопатия (59,4%), дисциркуляторная энцефалопатия (36,0%), стабильная стенокардия напряжения (28,2%), хроническая сердечная недостаточность (21,0%)	Повышенный аппетит, ухудшение памяти и внимания, утомляемость, упадок сил, снижение трудоспособности, головокружение, боль (головная, в сердце, спине, шее, руках, ногах, суставах), сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка, вздутие, запор, понос, учащенное мочеиспускание, покалывание, «мурашки», онемение, стягивание кожи, выпадение волос, потливость, приливы	«Все, что я делаю, требует от меня дополнительных усилий»; «я легко могу заплакать»; «у меня плохой ночной сон»
3-я	АГ (81,5%), дорсопатия (47,0%), хроническая сердечная недостаточность (26,8%), нарушения ритма и проводимости сердца (26,4%), дисциркуляторная энцефалопатия (24,2%), стабильная стенокардия напряжения (24,0%)	Боль в сердце, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышка, учащенное мочеиспускание, холод в конечностях	«Я испытываю беспокойство, страхи»
4-я	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (62,1%), дорсопатия (24,1%)	Боль в животе, тошнота, вздутие, запор, понос	«Я не получаю удовольствия от еды, у меня плохой аппетит; мне кажется, что жизнь сложилась неудачно»
5-я	Псориаз (100%), дорсопатия (36,2%)	Сухость, жжение, онемение, стягивание кожи, зуд	«Я нервничаю по поводу того, что раньше меня не беспокоило»; «окружающие настроены недружелюбно ко мне»; «мне кажется, что люди меня недолюбливают»

ской или неврологической патологией [2, 3]. В одних ситуациях они напрямую вызваны заболеванием, в других — являются эмоциональной реакцией на него. Соответственно, в первом случае следует применять диагноз «органические расстройства настроения», во втором — «расстройства приспособительных реакций».

В нашей стране для установления диагноза психического расстройства требуется консультация психиатра. Между тем психиатры, как правило, работают в специализированных психиатрических учреждениях. И лишь очень небольшое число психиатров консультируют в поликлиниках и соматических многопрофильных больницах [4]. В результате подавляющая часть депрессий, возникающих у больных с соматическими или неврологическими заболеваниями, не диагностируется, а следовательно, не лечится.

Это заставляет еще раз обратиться к проблеме квалификации депрессивных состояний у больных с соматическими и неврологическими заболеваниями. Подобные депрессии анализируются в ряде работ [5–8], основанных на результатах крупной анкетной программы ПАРУС, включающей 2327 пациентов (преимущественно амбулаторные больные — 74,4%, женщины — 63,3%, средний возраст — 49,5±14,4 года) [9]. Эти исследования, как правило, выполняются по однотипной методике. Наблюдения делятся на две группы: основную и сравнения. В первую (основную) включаются больные с депрессиями и каким-либо заболеванием (например, ожирением) либо пациенты с депрессив-

ными состояниями, наблюдающиеся врачами одной из специальностей (неврологами, кардиологами, гастроэнтерологами). Остальные случаи составляют группу сравнения. Такой подход позволяет точнее оценить соотношения между клиникой депрессий, в одной стороны, и характером соматической и неврологической патологии — с другой. При этом особенности депрессивных состояний регистрируются с помощью шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований США (CES-D) [10]. Для фиксации проявлений соматических и неврологических заболеваний используется опросник общих (общепатологических) симптомов [11].

В таблице приведены результаты проведенных исследований [5–8, 12], касающиеся пяти выборок пациентов, основные характеристики которых были представлены ранее. В первую из них вошли 540 больных, наблюдавшихся у невролога; во вторую — 525 пациентов с ожирением, которые лечились у разных специалистов терапевтического профиля; в третью — 466 больных, наблюдавшихся у кардиолога; в четвертую — 145 пациентов гастроэнтеролога; наконец, в пятую — 105 больных псориазом, наблюдавшихся дерматологом.

Выявленные симптомы соматической и неврологической патологии вполне соответствуют заболеваниям, диагностированным у этих больных (см. таблицу). Действительно, при артериальной гипертензии (АГ) пациенты нередко испытывают головную боль и боль в области сердца, головокружение, слабость, жалуются на одышку, вызванную физической нагрузкой, учащенное мочеиспускание при ко-

лебаниях уровня АД. Нарушения мозгового кровообращения при АГ, дисциркуляторной энцефалопатии (хронической ишемии мозга), хронической сердечной недостаточности проявляются головокружением, астенией (слабость, истощаемость, раздражительность, снижение работоспособности), ухудшением когнитивных функций (жалобы на плохую память и внимание), затрудненной речью, парестезиями (покалывание, «мурашки», онемение кожи), ознобом. Для стенокардии напряжения характерны боль в сердце, для нарушений ритма и проводимости — сердцебиение и ощущение перебоев. При хронической сердечной недостаточности наблюдаются одышка, нарушения терморегуляции (холодные конечности). Заболевания позвоночника проявляются болью в шее, спине. Для язвенной болезни характерна боль в животе, проявления так называемого синдрома желудочной диспепсии (отрыжка, тошнота, тяжесть в эпигастрии и др.). Возможны нарушения опорожнения кишечника. Отмечается также снижение аппетита, особенно если прием пищи приводит к появлению или усилению боли, а также синдрому желудочной диспепсии. Различные жалобы на неприятные ощущения на коже (сухость, жжение, стягивание, зуд) наряду с высыпаниями типичны для псориаза. Наконец, многочисленными жалобами сопровождаются ожирение, а также сопутствующие ему заболевания. Наряду с повышенным аппетитом, характерно общее недомогание (утомляемость, упадок сил, снижение трудоспособности, головокружение). Выявляются признаки нарушения терморегуляции (потливость, приливы) и парестезии. Встречаются жалобы, связанные с поражением кожных покровов (стягивание кожи, выпадение волос) и опорно-двигательного аппарата (боль в суставах, позвоночнике, вследствие артрозов, вывихов и подвывихов). Характерны жалобы на боль самой разной локализации, возникающую в связи с накоплением в теле (в том числе и во внутренних органах) жировой ткани и развитием в ней хронического воспаления. Выявляются нарушения дыхания (одышка вследствие высокого стояния диафрагмы и снижения жизненной емкости легких; сужения воздухоносных путей, уменьшения поверхности газообразования). Отмечаются симптомы, свойственные сопутствующей ожирению патологии сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения.

У больных, включенных в программу ПАРУС, преобладают стертые (субсиндромальные) депрессии. Действительно, средняя сумма баллов по шкале CES-D колеблется в узком диапазоне — от 23 до 24. Так, у больных, наблюдающихся неврологом, этот показатель составляет $23,3 \pm 2,8$ балла (первая выборка); у пациентов с ожирением, которые лечились у различных специалистов терапевтического профиля (вторая выборка), — $23,6 \pm 3,2$ балла; у пациентов кардиолога (третья выборка) — $23,2 \pm 3,0$ балла; гастроэнтеролога (четвертая выборка) — $23,3 \pm 2,7$ балла; у больных псориазом (пятая выборка) — $23,5 \pm 3,5$ балла.

У всех пациентов показатели — менее 26 баллов, что характерно для наиболее легких депрессивных состояний [10]. Причем на первом плане в их структуре всегда оказываются симптомы, связанные с проявлениями соматической или неврологической патологии. В одних случаях эти симптомы непосредственно связаны с проявлениями заболевания. Например, анергия («необходимость прилагать дополнительные усилия при любом действии») явно вызвана астенией (повышенная утомляемость, упадок сил, вялость,

снижение трудоспособности и т. д.) при хронической ишемии мозга, сердечно-сосудистых заболеваниях или ожирении. Некоторые из особенностей астенического симптомокомплекса (раздражительность или, напротив, истощаемость с аффективной лабильностью) при неврологических заболеваниях или ожирении, по-видимому, определяют появление в структуре депрессии сенситивных идей отношения («окружающие настроены недружелюбно ко мне») или слезливости («я легко могу заплакать»). Кроме того, жалобы на затрудненную речь («кажется, что я стал меньше говорить») вполне могут быть следствием когнитивных расстройств (снижение памяти и внимания), свойственных неврологической патологии. Нарушения сна («у меня плохой ночной сон»), вероятно, связаны с большим количеством неприятных ощущений. Имеются в виду разнообразные боли, нарушения дыхания, пищеварения и др., которые возникают на фоне различных заболеваний (серечно-сосудистых, патологии позвоночника, ожирения и др.).

Некоторые из наиболее характерных симптомов депрессий явно отражают реакцию больного на отдельные проявления соматической патологии. Так, беспокойство и страх («я испытываю беспокойство, страх») свойственны депрессивным состояниям, наблюдающимся у больных с АГ, хронической сердечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости сердца, стабильной стенокардией напряжения. Очевидно, что указанные эмоции вызваны болью в сердце, перебоем в его работе, сердцебиением, одышкой. Их опасность бесспорна для больного хотя бы потому, что эти симптомы отражают нарушение функций сердечно-сосудистой системы.

К снижению аппетита и развитию ангедонии («я не получаю удовольствия от еды, у меня плохой аппетит»; «мне кажется, что моя жизнь сложилась неудачно») приводят боль и синдром желудочной диспепсии, возникающие при приеме пищи у больных с язвенной болезнью. В рассматриваемых случаях пациентам приходится так или иначе ограничивать себя в еде, и одна из возможностей реализации гедонистических влечений становится недоступной. Нервозность («я нервничаю из-за того, что раньше меня не беспокоило») и переживание реальной или мнимой стигматизации («окружающие настроены недружелюбно ко мне»; «мне кажется, что люди меня недолюбливают») вполне могут быть вызваны симптомами псориаза. К ним относятся кожные высыпания (особенно на открытых частях тела, которые не вошли в опросник общепатологических симптомов), а также различные неприятные ощущения на коже (сухость, жжение, онемение, стягивание, зуд).

На первый взгляд, из представленных данных следует, что депрессивные состояния, наблюдающиеся у пациентов неврологов, а также у больных с ожирением и сопутствующими ему заболеваниями, вполне можно отнести к органическим расстройствам настроения (F06.3). В свою очередь депрессии в кардиологической и гастроэнтерологической практике, а также у больных псориазом следует диагностировать как расстройство приспособительных реакций (F43.2). Однако более тщательный психопатологический анализ позволяет прийти к выводу, что для рассматриваемых депрессий не подходят указанные рубрики МКБ-10 [1].

Действительно, составители этой классификации явно исходили из того, что соматическая или неврологическая патология лишь порождает депрессивное состояние [1].

В дальнейшем течение депрессии определяется собственным стереотипом развития, свойственным «обычному» психическому расстройству. Так, для установления диагноза органического расстройства настроения необходимо, чтобы оно было вызвано соматическим или неврологическим заболеванием (F06.3). Однако клиника депрессии должна соответствовать критериям аффективных расстройств, характерных для психиатрической практики (F30—F33, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и т. д.). Точно так же нарушения адаптации (F43.2) возникают в течение месяца после серьезного стресса (потеря близких, переживание разлуки, миграция, положение беженца, наличие или возможность серьезной «физической» болезни). При этом на первый план выступают проявления тяжелого психического расстройства. Так, характерны: «депрессивное настроение, тревога, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторая степень снижения продуктивности в ежедневных делах». Кроме того, «индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности».

Между тем установлено, что симптомы соматической и неврологической патологии определяют не только патогенез депрессивного состояния, но и его клиническую картину. В результате депрессии, представленные в неврологической практике, а также у больных с ожирением и сопутствующими заболеваниями, отличаются от аффективных расстройств из рубрик F30—F33, распространенных в психиатрической практике. На первый план в структуре изученных депрессий выходят симптомы, которые напрямую выводятся из проявлений соматической и неврологической патологии (анергия, когнитивные расстройства, нарушения сна). В свою очередь депрессивные состояния в кардиологической и гастроэнтерологической практике, а также у больных псориазом не похожи на описание расстройства приспособительных реакций в МКБ-10 [1]. Основные проявления этих депрессий воспроизводят достаточно простую (и понятную) эмоциональную реакцию пациента не столько на наличие заболевания, сколько на его отдельные симптомы, которые угрожают жизни, ухудшают ее качество или стигматизируют человека при его контактах с окружающими. Соответственно, клиническая картина депрессивного состояния не носит столь выраженного и драматического характера, а отражает патологическое заострение отдельных отрицательных эмоций (беспокойство, страх, стыд) или ослабление некоторых положительных (способность радоваться жизни).

Важно также, что для диагностики депрессии в пределах органического расстройства настроения и нарушений адаптации необходимо, чтобы симптомы аффективного расстройства носили устойчивый характер и были выражены на протяжении определенного времени [1]. Между тем у изученных депрессий это условие не соблюдается. Если разделить среднюю сумму баллов по шкале CES-D (пусть это будет 24 балла) на число вопросов (их всего 20), то можно получить показатель, характеризующий частоту возникновения жалоб. Дело в том, что вопросы CES-D градуируются в соответствии с частотой возникновения жалоб. Так, ответ «очень редко или никогда» приравнивается к 0 баллов, «иногда» — к 1, «значительную часть времени» — к 2, «практически все время» — к 3. Поделив 24 на 20, получаем 1,2.

Иными словами, симптомы депрессии беспокоят больных не постоянно, а лишь чуть чаще, чем «иногда». Такой результат исследований вполне понятен, если учесть, что изученные депрессивные состояния не являются самостоятельным психическим расстройством, а полностью «встраиваются» в динамику соматического или неврологического страдания. При этом симптомы депрессии появляются лишь тогда, когда в клинической картине заболеваний наиболее выражены их определенные проявления (астения, неприятные ощущения и др.).

Представленные данные позволяют предположить, что анализируемые депрессивные состояния не следует рассматривать как самостоятельное психическое расстройство (хотя и вызванное соматической или неврологической патологией). Скорее депрессивные состояния представляют собой психопатологический синдром, свойственный соматическим или неврологическим заболеваниям. Эта гипотеза открывает чрезвычайно заманчивые перспективы как в научном, так и практическом плане. С ее помощью можно объяснить ряд важных особенностей депрессий у больных с соматической или неврологической патологией. Например, почему встречаемость депрессивных состояний у рассматриваемого контингента пациентов чрезвычайно велика? Так, по некоторым данным [13], распространенность депрессий достигает при паркинсонизме 67,1%, сахарном диабете 2-го типа 62,4%, онкологических заболеваниях 61,4%, хронической сердечной недостаточности 60,8%, дисциркуляторной энцефалопатии 59,7%, остром нарушении мозгового кровообращения 58,9%, ишемической болезни сердца 56,0% и др. Иными словами, депрессивные состояния наблюдаются у большинства изученных пациентов. Столь частая манифестация может быть лучше всего понята, если допустить, что депрессивные состояния не просто вызываются перечисленными заболеваниями, а являются характерной и неотъемлемой частью их клинической картины.

Та же гипотеза позволяет лучше понять, почему рассматриваемые депрессии традиционно характеризуются в литературе как «маскированные», или «скрытые» [2, 3]. Этим стремятся подчеркнуть, что их основные проявления (сниженное настроение, идеи виновности и др.) выражены чрезвычайно слабо, находятся на втором плане и часто вообще не распознаются. Доминируют же так называемые маски в виде разнообразных вегетативных, соматизированных, эндокринных расстройств. Среди них описывают тахикардию, экстрасистолию, лабильность АД, головокружение, мышечное напряжение, слабость в конечностях, нейродермит, кожный зуд, снижение и повышение аппетита, эректильную дисфункцию, нарушение менструального цикла. Характерны также цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии, фибромиалгии, невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), спондилолгии и т. д. Очевидно, что все эти симптомы соматической или неврологической патологии вряд ли могли бы доминировать в клинической картине депрессии, если бы она, возникнув в связи с заболеванием, в дальнейшем развивалась по стереотипу аффективных расстройств, которые обычно наблюдаются в психиатрии (F30—F33, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство и т. д.). В то же время превалирование разнообразных вегетативных, соматизированных, эндокринных расстройств вполне понятно, если де-

прессивные состояния являются психопатологической составляющей болезней внутренних органов и ЦНС.

В практическом плане эта гипотеза важна, потому что позволяет определить, какие специалисты должны оказывать помощь этому контингенту больных. В настоящее время на этот счет существует два мнения. Согласно первому из них, установление диагноза депрессии и назначение терапии является прерогативой психиатра [8]. Остальные врачи должны своевременно направлять больных на психиатрическую консультацию и при возможности следить за эффективностью лечения. Согласно другому мнению, с лечением депрессий у пациентов с соматическими и неврологическими заболеваниями вполне могут справиться (конечно, при условии соответствующего обучения) и врачи непсихиатрических специальностей [2, 3]. Очевидно, что первая точка зрения в наибольшей мере соответствует традиционным представлениям о рассматриваемых депрессивных состояниях как о клинически самостоятельных психических расстройствах, хотя и патогенетически связанных с патологией внутренних органов или нервной системы. Второе мнение больше соответствует данным проведенных исследований. Если депрессии являются психопатологическим симптомокомплексом соматического или неврологического заболевания, то их лечение целесообразнее осуществлять врачам непсихиатрических специальностей, которые непосредственно наблюдают больных. При этом заметно возрастает роль антидепрессивной терапии. Она перестает быть «чужой» для врачей непсихиатрических специальностей. Лечение антидепрессантами включается в общий план медицинской помощи больным с соматическими или неврологическими заболеваниями.

Решающее значение приобретает и рациональный выбор антидепрессантов. Такой выбор может быть отчасти основан на уже сформулированных требованиях к препаратам, применяемым вне психиатрии. В частности, предпочтение отдают наиболее переносимым антидепрессантам, отвечающим самым высоким стандартам безопасности, которые вполне совместимы с лекарствами, используемыми при соматических или неврологических заболеваниях [2]. Однако с учетом данных проведенных исследований можно дополнить указанные требования еще одним. Наиболее целесообразно использовать антидепрессанты, обладающие терапевтической активностью не только в отношении депрессии, но и соматических и неврологических заболеваний.

Рассматриваемая гипотеза о характере депрессивных состояний у изученных пациентов во многом соответствует основным представлениям отечественной психосоматической школы [2, 3]. Действительно, в нашей стране принято выделять органические, соматогенные и нозогенные (психогенные) депрессии, которые манифестируют под влиянием соматической и неврологической патологии. Причем в дальнейшем тяжесть этих депрессивных состояний полностью зависит от выраженности проявлений болезни. В частности, они усиливаются при прогрессировании заболевания и редуцируются по мере выздоровления. Сравнительно недавно представлена гипотеза о том, что рассматриваемые депрессии вообще не имеют какого-либо самостоятельного ритма (стереотипа) развития [14]. Иными словами, выраженность их симптомов полностью зависит от течения соматической или неврологической патологии. Наконец, предположение о том, что депрессии могут являться психопатологическим симптомокомплексом непсихиатрических заболеваний, вполне соответствует современным представлениям о формировании депрессивных состояний. Считается, что в их основе зачастую лежат процессы, свойственные соматической или неврологической патологии [11].

В заключение следует отметить, что выявленные в настоящей статье зависимости основаны на статистическом анализе. При таком подходе выявляются лишь самые частые соотношения между соматическими и неврологическими заболеваниями, с одной стороны, и депрессиями — с другой. Очевидно, что у рассматриваемого контингента больных в части случаев могут наблюдаться и иные, более тяжелые, депрессивные состояния, закономерности возникновения которых вполне соответствуют описаниям пятого класса болезней МКБ-10 («Психические расстройства и расстройства поведения»), а лечение невозможно без вмешательства психиатра. Соответственно, представляется целесообразным продолжить исследование депрессий у пациентов с соматическими и неврологическими заболеваниями. При этом необходимо сосредоточиться на дальнейшем разграничении двух типов депрессивных состояний, проанализированных в настоящей статье и описанных МКБ-10. Однако такой анализ не может основываться только на изучении результатов анкетных исследований и требует проведения специальной клинической работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. <http://www.mkb10.ru>.
2. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003; 432 с.
3. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психокardiология. М.: МИА, 2005; 784 с.
4. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Психиатрическая помощь в Российской Федерации в 2005 г. Орг психиатр пом 2006; 5:4—12.
5. Дробижев М.Ю., Макух Е.А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине. Психиатр и психофармакотер 2007; 9(4):26—9.
6. Дробижев М.Ю., Макух Е.А., Кикта С.В. Депрессии у больных, страдающих ожирением. Врач 2008; 12:51—5.
7. Кикта С.В., Дробижев М.Ю. Соматизированная депрессия в практике кардиолога. Фарматека 2011; 221(8):56—61.
8. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ 2002; 25(144):1187—91.
9. Смуглевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Дробижев М.Ю. и др. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС). Псих расстр в общ мед 2007; 2(2):23—5.
10. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Журн неврол и психиатр 2003; 103(5):11—8.
11. Stahl S.M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 3rd ed. Cambridge University Press, 2008; 1117 p.
12. Кикта С.В., Дробижев М.Ю., Белоусова Т.А. Депрессии у больных псориазом. Фарматека 2010; 205(11):84—90.
13. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смуглевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология 2004; 1:48—54.
14. Андрищенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. <http://www.psychiatry.ru/diss.php?dissnum=186>