

ТЯЖЕЛЫЙ депрессивный эпизод

Н.А. Максименко,
Запорожская областная клиническая психиатрическая больница,
г. Запорожье

Депрессивный эпизод — тип психического расстройства, для которого характерны когнитивные, эмоциональные и соматические нарушения: сниженная энергичность, утомляемость, утрата ощущения удовольствия и интереса, ухудшение самочувствия и настроения.

Причинами заболевания могут быть генетические аномалии, нарушения обмена веществ (дефицит катехоламинов и серотонина), нейроэндокринные факторы, связанные с ритмом сна-бодрствования, питания, сексуальной активности. Основной метод диагностики — составление анамнеза и сопоставление клинической картины с жалобами пациента. Кроме того, депрессивные состояния чреваты рядом осложнений, наиболее тяжелыми из которых являются суицидальные мысли и попытки, что обуславливает необходимость своевременной постановки диагноза и назначения адекватного лечения.

Вашему вниманию представлен клинический случай тяжелого депрессивного эпизода у взрослого пациента без психотических симптомов.

Клинический случай

Пациент А., 42 года, обратился за помощью впервые с жалобами на подавленное эмоциональное состояние, нарушение работы кишечника в виде запоров, апатию, вялость, безразличие ко всему, ухудшение памяти.

Так, по словам пациента, он потерял прежнюю эмоциональность, стал невнимательным, несобранным, утратил чувство радости и удовольствия. Жаловался на нарушение сна, особенно в последние 10 дней («могу не спать вообще всю ночь, и уснуть только под утро, а потом не могу проснуться, испытываю весь день сонливость»), подавленность и апатию («не могу выполнять свои обязанности»), постоянные негативные мысли («о том, что вел не тот жизненный уклад, что не так жил, не создал семью... все сделал не так, как надо было... мысли о том, что болею — и вряд ли вылечусь»). Сообщал о том, что у него бывают приступы тревоги, при которых начинается дрожь в теле, аритмия.

Пациент жаловался на колебания артериального давления (АД), которое повышалось до 160/100 мм рт. ст., а также на «напряжение в челюстях и во всех мышцах».

Анамнез жизни

Наследственность пациента отягощена депрессивным расстройством у дяди по материнской линии, который наблюдался врачами-психиатрами, принимал длительное

время терапию антидепрессантами. Пациент родился от нормально протекавшей беременности, был младшим из двоих детей в семье рабочих. Семья полная и благополучная. По словам пациента, рос в любви («у нас царило взаимопонимание»). Развитие соответствовало возрастным нормам.

По характеру формировался общительным, активным, эмоциональным, впечатлительным. В школу пошел с 6 лет, учился хорошо («учеба давалась легко, с удовольствием общался со сверстниками, стойких хобби не складывалось, любил играть в футбол»). Характер в пубертатный период существенно не менялся. Всегда был мнительным, впечатлительным, «в меру тревожным, равнодушным»; часто задумывался о жизни, ее смысле, «склонен к меланхолии, но это никогда не влияло на привычный уклад жизни и не дезадаптировало». Окончил 11 классов средней школы, затем техникум по специальности правоведение. Поступил в Запорожский национальный университет на факультет правоведения. Учился хорошо, с интересом, имел близких друзей среди сверстников. Проблем со здоровьем в тот период времени не наблюдалось. В армию не был призван, так как посещал военную кафедру.

Вредных привычек не имеет: не курит, не принимает наркотические препараты, алкоголем не злоупотребляет.

Трудовую деятельность начал еще в возрасте 19 лет. Работал юристом на предприятии, с обязанностями справлялся, но «со временем понял, что нравится нечто другое, и стал успешно заниматься предпринимательской деятельностью».

На сегодняшний день занимает должность председателя крупного хозяйства. Подчеркивает: «Нынешняя деятельность — это и есть настоящее призвание».

Женат не был, детей не имеет. По словам пациента, женщины в его жизни были, но не сложились взаимоотношения. Проживает в собственном доме с матерью. Отец умер пять лет назад, болел раком поджелудочной железы. С матерью отношения хорошие («она меня понимает»). Из перенесенных ранее заболеваний отмечает простудные, в возрасте 15 лет — вирусный гепатит А.

Анамнез заболевания

Впервые почувствовал себя нездоровым в августе 2018 года, когда после застолья, где принимал избыточное количество пищи, с утра началось расстройство кишечника в виде послабления стула и вздутия живота, а также

сердцебиение и перепады артериального давления (от 100/60 мм рт. ст. до 160/100 мм рт. ст.).

Это состояние сохранялось длительно (почти четыре месяца) и вызывало тревогу по поводу здоровья. В конце ноября пациент самостоятельно стал придерживаться поста (так делал всегда), после окончания которого, в январе, начал полноценно питаться и состояние вновь ухудшилось «в плане возобновления кишечных расстройств и аритмии». Обращался за помощью к «трем гастроэнтерологам поочередно», принимал лечение по поводу «гастрита, эрадикации *Helicobacter pylori*», но «без какого-либо эффекта».

Прошел курс стационарного лечения в терапевтическом отделении с диагнозом «Синдром раздраженного кишечника. Тревожно-депрессивный синдром с частыми паническими атаками. Симптоматическая артериальная гипертензия. Хронический эрозивный гастродуоденит (ассоциированный с *Helicobacter pylori*), стадия нестойкой ремиссии». Принимал следующую терапию: армадин, цитофлавин, карнитит, гизапам, витамины группы В, эсциталопрам; массаж, магнитотерапия, амплипульс.

После выписки из терапевтического отделения улучшения состояния не отмечалось. Был направлен на консультацию к врачу-иммунологу, прошел полный курс иммунологического обследования, по результатам которого был назначен вначале эсциталопрам, который впоследствии (по причине отсутствия положительной динамики) заменен на вортиоксетин. Соматические жалобы не прекращались, напротив, их интенсивность нарастала, стал ощущать постепенное ухудшение настроения, а «к концу зимы уже присоединилась апатия».

В марте он уже думал: «Жизнь прожита не так, что у моих сверстников – уже семьи, дети, а у меня нет ничего и уже, наверное, никогда не будет... А теперь я болею каким-то неизвестным заболеванием, и это неизвестно чем закончится. Постепенно эта мысль укоренилась в моей голове. С течением еще какого-то времени мне стало казаться, что голова стала хуже «работать», и это продолжалось по прогрессирующей... Мне казалось, что я скатываюсь в бездну. Именно это состояние «плохо работающей головы» вызвало у меня сильную тревогу, и я начал самостоятельно обследоваться».

Пациенту была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (заключение: очагов патологической активности в веществе головного мозга не отмечается; МР-картина вентрикулярной асимметрии), МР-ангиография сосудов головного мозга (заключение: без патологических изменений).

Тем временем психическое состояние пациента ухудшалось: «Я перестал справляться с работой, забросил все свои дела. Все просто остановилось, я уже не мог быть продуктивным, не мог принимать решения, стал неуверенным, не знал, как ответить на самые простые вопросы. Не видел решения простых задач, не понимал, как правильно сделать... Мне казалось, что я вообще утратил возможность думать, делать выводы и вообще соотносить, что мой мозг утратил какие-то важные функции».

Именно поэтому начал дополнительно обследоваться самостоятельно. Все накапливалось «комом» и только усугублялось. Я не знал, что думать... и постепенно утратил желание так жить. Думал, что заболел каким-то серьезным заболеванием, а врачи просто не могут найти его причину, и я уже никогда не восстановлюсь и не вернусь к полноценному функционированию».

За это время пациент похудел на 15 кг. Кроме того, появились мысли о нежелании жить, о чем он заявил на очередном визите к врачу-иммунологу, после чего был направлен на консультацию к психиатру. Госпитализирован в отделение с дневной формой пребывания.

Данные обследований

Окулист: синдром сухого глаза.

Колоноскопия: участки неоплазии толстой кишки; эндоскопическая полипэктомия.

Допплерография экстракраниальных артерий и транскраниальное дуплексное сканирование: диаметры и скоростные характеристики брахиоцефальных сосудов достаточны. Сосудистый тонус сохранен. Церебральный тонус сосудов снижен.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: эхо-признаки умеренной гепатомегалии (за счет левой доли), диффузных изменений паренхимы печени; деформации, застойные изменения в желчном пузыре; диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы; мочекаменная болезнь, мелкий конкремент правой почки, микролиты обеих почек. Фиброгастродуоденоскопия: эрозивная гастродуоденопатия.

МРТ головного мозга: очагов патологической активности в веществе головного мозга не отмечается; МР-картина вентрикулярной асимметрии.

Психический статус при первичном осмотре

Пациент в ясном сознании. Выглядит астенизированным, осунувшимся, но одет аккуратно. Несмотря на потерю веса (15 кг), физически не ослаблен (вес 100 кг). Ориентирован всестороно верно. Доступен продуктивному контакту. Фон настроения резко снижен, подавлен, выражение лица печальное. На вопросы отвечает откровенно, после паузы.

Во время беседы сидит в однообразной позе, с опущенными плечами. Гипомимичен. Весь образ больного, его внешний вид передает страдания. В руках держит «толстую» папку с результатами обследований, выписками из других стационаров. Тревожен, постоянно перебирает пальцами рук, просит взглянуть на результаты обследования и сказать правду – можно ли что-то сделать или нет. При этом тут же сам говорит о неизбежности «плохого» исхода и о том, что «уже не очень верит в улучшение состояния». Ипохондричен, фиксирован на работе желудочно-кишечного тракта.

Время от времени в процессе беседы объективно усиливается тревога. Пациент становится более суетливым, учащается дыхание и пульс, лицо напряжено, потирает руки, поглаживает себя в области сердца, тяжело вздыхает. Утверждает, что пребывает в таком состоянии последние шесть месяцев, «и оно только прогрессирует».

Говорит о «волнообразно накапывающей тревоге», особенно, когда начинает думать о «неправильно прожитой жизни». Обеспокоен: «Восстаноятся ли утраченные функции мозга, станет ли он таким, как прежде». Пациент считает это основной проблемой.

Активно о суицидальных планах не говорит, но отчетливо звучит чувство безысходности и нежелание «так жить». Хотя откровенно заявляет: «Бывают такие мысли, чтобы раз — и все решилось, но попыток не совершал, и сейчас не буду... Я пришел лечиться, еще поборемся».

Обманов восприятия не выявляет. Активно оформленных бредовых идей не продуцирует, но присутствует ретроспективная негативная переоценка прошлой жизни: «Все сделал не так, как должно было быть, — семьи не создал, не женился, детей не родил... Не так жил, как надо».

К состоянию критика достаточная, доступен коррекции. Внушаем. После психотерапевтической беседы становится мягче. Объективно мышление последовательное, несколько замедлено по темпу, логичное. Память снижена за счет ухудшения активного внимания. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Оценка состояния по шкале Монтгомери–Асберг (MADRS) — 36 баллов; по опроснику о состоянии здоровья пациента (PHQ)-9 — 27 баллов.

Диагноз

Пациенту выставлен диагноз: тяжёлый депрессивный эпизод без психотических симптомов.

Лечение

При поступлении пациенту был назначен венлафаксин пролонгированного действия (Велаксин®) в стартовой дозе 75 мг в сутки, с последующим повышением дозы до 300 мг в сутки. А в связи с наличием выраженной тревоги (которая возникала без связи с внешними обстоятельствами) на первом этапе терапии в схему лечения вводили транквилизаторы, а именно диазепам внутримышечно по 2,0 мл (10 мг) 1 раз в день на протяжении первых пяти дней. На этом фоне волнообразно протекающая симптоматика тревоги была купирована, назначенный ранее диазепам отменен, а доза Велаксина фиксирована в пределах 300 мг в сутки.

Стационар посещал первое время в сопровождении брата, который постоянно находился возле пациента. Пациент ни с кем не общался, старался пораньше уйти, периодически описывал «тревогу». Инициативу не проявлял, но при этом аккуратно соблюдал все рекомендации врача. Кроме того, сохранялись стойкие жалобы на апатию, отсутствие радости, «замедленность психических процессов, несобранность, сложности концентрации внимания». Аппетит не нарушен.

Постепенно на проводимой терапии состояние стало улучшаться. Вначале была купирована тревога, затем оживилась мимика во время беседы, на лице появилась улыбка, на первых порах мимолетная, ситуационная, а затем уже отражающая улучшение общего фона настроения. С течением времени стал самостоятельно приходить в отделение, заниматься «бизнес-делами», осуществлять «деловые» звонки, возобновил свое хобби — начал болеть

за футбольную команду, ходил на игру, испытал «настоящую радость, как до болезни, когда забирал племянницу из роддома».

Таким образом, постепенно вышел из состояния депрессии. К концу четвертой недели терапии в жалобах звучало следующее: «Не хватает уверенности в принятии серьезных решений, в том, что делаю все правильно, раньше я меньше задумывался о последствиях, а сейчас еще сомневаюсь даже там, где не нужно. Еще тяжело концентрировать внимание».

Оценка состояния на 30-й день терапии была такой: по MADRS — 12 баллов, по PHQ-9—7 баллов. В беседе стал инициативным, общительным. Перенесенный эпизод депрессии оценивал с полной критичностью. Настоял на выписке из отделения для дальнейшей амбулаторной терапии.

Был выписан с восстановленной трудоспособностью. Состояние при выписке стабильное. Функциональность восстановлена. Данных катамнеза в связи с малым периодом наблюдения нет. Побочных эффектов терапии на сегодняшний день не зафиксировано.

Выводы

Настоящий клинический случай представился интересным, поскольку состояние пациента прогрессивно ухудшалось на протяжении девяти месяцев, и вместе с этим больной искал помощи, став «частым посетителем» врачей соматического профиля.

Анализ анамнестических данных и динамики заболевания пациента позволяют говорить, что описанный эпизод депрессии не являлся первичным расстройством, а развился на фоне имевшейся ранее психопатологической симптоматики, которая нарушала его деятельность, но не приводила к тяжелой дезадаптации. Речь идет о выраженном проявлении тревоги и ее вегетативных эквивалентах, которые и стали в первую очередь причиной обращения к врачам смежных специальностей. Как следствие, были назначены дополнительные обследования, а вместе с тем и лечение, которое не приводило к улучшению самочувствия, а напротив, убеждало пациента в бесперспективности дальнейшей жизни, неизлечимости его состояния.

Данная ситуация привела к тяжело контролируемому чувству внутренней напряженности, появлению суицидальных мыслей и формированию большого депрессивного расстройства. Эпизоду депрессии предшествовал период нарастания симптомов тревоги с присоединившейся вегетативной дисфункцией и на этом фоне — единичных панических атак. Однако указанная симптоматика была быстро купирована и не подверглась дальнейшему усложнению, что позволяет исключить диагноз коморбидного генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства, а рассмотреть предшествующую персистирующую тревогу как продром эпизода депрессии.

Тот факт, что купирование депрессивной симптоматики привело к полному купированию симптомов тревоги, позволяет сделать вывод, что описанное состояние полностью соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода по МКБ-10.