

© Н.С. Волчкова, С.Ф. Субханкулова, А.Ф. Субханкулова, 2010  
УДК 616.89-008.454-055.2

## ДЕПРЕССИЯ И ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

**НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА ВОЛЧКОВА**, канд. мед. наук, доц. кафедры терапии и семейной медицины  
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»  
(8-917-861-62-99, e-mail: natalyavolchkova@mail.ru)

**САИДА ФАРИДОВНА СУБХАНКУЛОВА**, канд. мед. наук, асс. кафедры терапии и семейной медицины  
ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

**АСИЯ ФАРИДОВНА СУБХАНКУЛОВА**, канд. мед. наук, асс. кафедры акушерства и гинекологии № 2  
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

**Реферат.** В данной статье отражены основные сведения о патогенезе, клинике и лечении депрессий у женщин в различные периоды жизни.

**Ключевые слова:** депрессия, женское здоровье, пубертат, климактерий.

## DEPRESSION AND FEMALE HEALTH

**N.S. VOLCHKOVA, S.F. SOUBCHANKOULOVA, A.F. SOUBCHANKOULOVA**

**Abstract.** In the given article the basic data on pathogenesis, clinic and treatment of depressions at women during the various periods of life are reflected.

**Key words:** depression, female health, pubertat, climakterik period.

Депрессия (от лат. — подавление, угнетение) — психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения сопровождается моторным и мыслительным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативной дисфункцией [1,2].

**Распространенность депрессий.** Депрессия — одно из самых распространенных расстройств, ежегодно каждый 14-й человек в мире заболевает депрессией, в среднем каждый пятый хотя бы раз в жизни переносит депрессивный эпизод. Депрессия — одно из самых распространенных расстройств у женщин независимо от возраста, культуры и социально-экономического класса и встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин [3]. Этот факт можно объяснить тем, что женщины чаще обращаются за помощью к врачу, у них лучше выявляемость депрессии, а также их социально-экономическим положением в обществе и тесной связью эмоционального состояния с нейроэндокринной системой, регулирующей гормональный цикл. Эта связь наиболее четко прослеживается в критические периоды гормональной перестройки (пубертат, предменструальный период, климактерий), во время беременности, родов и после родов [4].

В большинстве случаев в общесоматической клинике депрессия своевременно не диагностируется и не лечится. Этому способствует то обстоятельство, что у больных общетерапевтического профиля, как правило, наблюдаются маскированные депрессии [5]. У таких больных классические депрессивные проявления мало выражены, а в ряде случаев не определяются вовсе. В этих ситуациях на первый план выходит соматовегетативная симптоматика. При этом возможности выявления депрессивного расстройства резко минимизируются. Так,

при предъявлении психологических жалоб депрессия диагностируется врачами общей практики в 90% случаев, а при наличии изолированных соматических жалоб — только в 47%. Кроме того, современные врачи в ущерб анализу жалоб пациентки уделяет чрезмерное значение инструментальным методам диагностики [6].

Современная гипотеза считает, что депрессия возникает из-за изменения работы важных генов, деятельность которых прекращается в связи с дефицитом нейротрансмиттеров серотонина, норадреналина, дофамина. При этом гены перестают «выдавать команду» на синтез целого ряда веществ, необходимых для нормального функционирования нейронов. Установлено, что у этих пациентов уменьшен объем серого вещества в лобной, орбитофронтальной, медиальной префронтальной, височной и теменной зонах коры, вентральном стриатуме и в гиппокампе, кроме того, у больных депрессией снижены локальный мозговой кровоток и метаболизм глюкозы в лимбических структурах и в префронтальной коре [7].

Депрессия у женщин проявляется, прежде всего, в подавлении психических функций, угнетении настроения, замедлении темпа ассоциативных процессов, двигательной заторможенности.

### **Клинические проявления депрессии** **Психические симптомы:**

- Двигательная и идеаторная заторможенность.
- Пониженная самооценка, идеи самообвинения, самоуничтожения.
- Пессимистическая оценка прошлого, настоящего и будущего.
- Гипотимия (сниженное настроение, тоска, печаль).
- Избегание контактов с окружающими (одновременно — страдания от одиночества, ненужности, никчемности).
- Суточные колебания настроения.

### **Соматические симптомы:**

- Плохое самочувствие и болезненный внешний вид.
- Потеря аппетита, выраженное снижение массы тела.
- Утомляемость, упадок сил.
- Нарушение сна (раннее пробуждение, трудность засыпания).
- Психомоторная заторможенность.
- Утрата полового влечения, импотенция.
- Запоры, головные боли (по типу «обруча»), аменорея, боли разной локализации.
- Сухость кожи, отсутствие слез, ломкость ногтей и волос.
- Тахикардия и повышение АД.
- Расширение зрачков (мидриаз).

У больных депрессией может наблюдаться любое сочетание симптомов, при этом их число играет решающую роль при установлении тяжести заболевания [8].

В зависимости от преобладания различной симптоматики, выделяют следующие варианты депрессивных состояний:

• **апатическая** депрессия характеризуется полным безразличием к своему состоянию, близким людям, происходящим событиям;

• **анестетическая** депрессия характеризуется эмоциональным бесчувствием (частая причина попыток самоубийств);

• **тревожная** депрессия проявляется беспричинным беспокойством, двигательным возбуждением, ощущением надвигающейся катастрофы;

• **маскированная** (соматизированная депрессия) проявляется типичными соматическими симптомами депрессии, разнообразными жалобами со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата. Наиболее частой жалобой является боль самой разной локализации. При обследовании таких больных не выявляется объективных изменений. Больные продолжают длительно предъявлять большое количество жалоб, не понимая, что в основе их состояния лежат психотические нарушения (неврозы, депрессии).

**Пубертат и депрессия.** Период становления менструальной функции является критическим периодом в жизни женщины. Гормональная перестройка и нарушение адаптации могут способствовать возникновению депрессии. С другой стороны, депрессивные расстройства могут отражаться на менструальной функции (начало в более поздние сроки, дисменорея, аменорея).

При отсутствии других причин нарушения менструальной функции (болезни эндокринной системы, половой сферы и др.) необходимо, прежде всего, обратить внимание на эмоциональное состояние подростка.

**Предменструальный синдром.** Сложный симптомокомплекс вегетативно-сосудистых, обменно-эндокринных, психических нарушений, возникающих у женщин за 2—14 дней до менструаций и исчезающих с ее началом и в первые дни месячных. ПМС встречается в 30—70% случаев, в зависимости от возраста. Жалобы женщин, страдающих ПМС, неспецифичны и очень разнообразны, но ведущими считаются изменения психического состояния.

### **Психопатологические проявления ПМС:**

- Подавленное настроение.
- Выраженная тревожность.

- Резкие перепады настроения.
- Гнев и раздражительность.
- Утрата интереса к повседневным занятиям.
- Нарушение концентрации внимания.
- Повышенная утомляемость.
- Повышенный аппетит или постоянное чувство голода.

- Нарушения сна.
- Чувство разбитости и усталости.
- Соматические нарушения (боли различной локализации, вздутие живота, болезненность молочных желез).

**Эмоциональные нарушения во время беременности и после родов.** Влияние беременности на эмоциональное состояние женщины неоднозначно. Незначительные депрессивные нарушения в виде раздражительности, плаксивости, обидчивости возникают во время токсикоза и проходят после его исчезновения (обычно на 4-м мес беременности).

Психотропная терапия во время беременности нежелательна из-за риска развития побочных эффектов и негативного влияния на плод. Поэтому проводится психотерапия с разъяснением преходящего характера этих отклонений или коррекция фитопрепаратами (пустырник, пион).

**Послеродовая депрессия.** Во время беременности женщина психологически готовится к предстоящему материнству и связанным с этим периодом трудностям. После родов могут появиться тревожные опасения за здоровье ребенка, правильность его развития, но постепенно женщина успокаивается и входит в роль матери (так называемый послеродовый блюз) [9].

Однако у 10—15% женщин в течение первых 4—16 нед после родов развивается послеродовая депрессия. Степень выраженности депрессивной симптоматики различна — от умеренной до тяжелой, с суицидальными мыслями и их реализацией.

Причинами депрессии могут быть как психосоциальные (конфликт с мужем, со свекровью, неблагоприятные материальные условия, рождение ребенка вне брака), так и эндогенная предрасположенность в период эндокринной перестройки.

Депрессии в анамнезе повышают риск послеродовой депрессии, а депрессия во время беременности и после родов увеличивает вероятность их развития в будущем.

При депрессивных расстройствах в послеродовом периоде назначают антидепрессанты. В процессе терапии необходимо соблюдать 3 условия:

1. Отменить кормление ребенка грудью.
2. При наличии угрозы жизни ребенка, суицидальных мыслей у матери они должны быть разлучены.
3. Антидепрессанты должны быть с минимумом побочных эффектов.

**Депрессии климактерического периода.** Период климактерия, как и пубертат, считается критической фазой в жизни женщины. В этот период происходит возрастная нейроэндокринная перестройка, это достаточно длительный процесс, который отражается на соматическом и психическом состоянии женщины.

Течение климактерия зависит не только от снижения уровня эстрогенов, но и от социальных, психологических и культуральных факторов.

Клиническая картина климактерического синдрома складывается из 3 групп симптомов:

1. Вегетативно-сосудистые (вазомоторные) нарушения — приливы жара, потливость, повышение АД.
2. Обменно-эндокринные нарушения — ожирение, остеопороз, уретральный синдром, атрофия влагалища.
3. Психические расстройства — снижение энергии, раздражительность, агрессивность, плаксивость.

#### Дифференциальная диагностика депрессий в период климактерия

Различают 3 основных вида депрессии в период климактерия:

1. **Климактерическая депрессия** развивается в менопаузе (39 — 56 лет), связана с выраженностью патологического климактерия, характеризуется подавленным настроением, страхом перед будущим, опасением за свое здоровье. Причиной климактерической депрессии является дефицит эстрогенов.

2. **Психогенная депрессия** возникает после тяжелой психической травмы и не зависит от тяжести климактерических соматовегетативных проявлений.

3. **Эндогенная депрессия** возникает без предшествующих тяжелых психических травм, не зависит от выраженности климактерических симптомов, проявляется типичными признаками депрессии (подавленным настроением, тоской, утратой прежних интересов, снижением энергии).

#### Терапия депрессий

Вид депрессии	Антидепрессанты	Гормональная терапия	Сопутствующая терапия
Климактерический синдром	Да	Да	Вегетотропные препараты
Психогенная депрессия	Да	При выраженном дефиците эстрогенов	Транквилизатор
Эндогенная депрессия	Да	Не рекомендуется	Транквилизатор, нейролептик

**Депрессия у женщин с искусственной менопаузой**  
**Посткастрационный синдром** развивается у женщин, перенесших экстирпацию матки с яичниками. В отличие от естественного климактерия, это всегда стресс, особенно в молодом возрасте, когда женщина ни физиологически, ни психологически не подготовлена к наступлению преждевременной менопаузы и бесплодию.

В течение первых недель после операции развивается климактерический синдром с вазомоторными нарушениями, прибавкой в весе. В раннем послеоперационном периоде у женщин появляется депрессивная симптоматика, нозогенно и психогенно обусловленная.

При удалении яичников, особенно в молодом возрасте, необходима заместительная гормональная терапия с одновременным назначением антидепрессантов.

После гистерэктомии гормональная функция яичников сохраняется до наступления естественной менопаузы. Тем не менее после гистерэктомии тоже отмечается депрессивная симптоматика с тревогой и страхом перед будущим, сомнениями в своей женской привлекательности. В таком случае на первое место в лечении выходят антидепрессанты.

**Ятрогенные депрессии.** Одна из разновидностей депрессий — депрессивные реакции на ошибочные или неосторожные врачебные действия. Другим видом ятрогенных являются депрессивные состояния, вызванные или спровоцированные длительным применением лекарственных препаратов, назначенных по другому

поводу, которые могут обладать депрессогенным действием.

#### Список препаратов, обладающих депрессогенными свойствами

Группа лекарственных средств	Наименование препаратов
Гипотензивные	Раувольфия, пропранолол, верапамил, нифедипин
Сердечные гликозиды	Дигоксин, строфантин
Антиаритмики	Новокаинамид, бета-блокаторы
Гормоны	Оральные контрацептивы, глюкокортикоиды, анаболические стероиды, кортизол
H <sub>2</sub> -блокаторы	Циметидин, ранитидин
Гиполипидемические	Статины
Антибактериальные и противогрибковые	Сульфаниламиды, антифунгициды
Психотропные	Нейролептики

В условиях полифармакотерапии в каждом конкретном случае врач должен иметь исчерпывающую информацию обо всех лекарственных средствах, которые принимает пациент, и в случае развития депрессивных реакций должен сменить препарат на сходный, но без предполагаемого депрессогенного действия.

**Лечение депрессий.** Проблемы с выявлением депрессивных состояний вне психиатрических учреждений усугубляются весьма редким назначением показанного в таких случаях лечения. Достаточно указать, что лишь 4% пациентов, страдающих депрессиями, получают общепринятую терапию антидепрессантами.

Причиной ограничения использования антидепрессантов являются опасения практикующих врачей спровоцировать у пациентов побочные явления, недостаточные знания механизмов действия антидепрессантов. Врач-интернист, назначая психоактивный препарат, испытывает чувство неуверенности, что приводит к некоторым техническим ошибкам, а также накладывает не всегда благоприятный отпечаток на взаимоотношения врача и пациента. Наиболее часто отмечается необоснованное занижение доз до субтерапевтических и неправильный выбор длительности курса [10]. Вследствие этого эффективность терапии оказывается недостаточной или возникает серьезная опасность осложнений.

При выявлении у больного депрессивного расстройства необходимо решить вопрос о выборе терапевтической тактики. Врачи общей медицинской практики могут проводить лечение больных с впервые возникшими депрессивными расстройствами легкой и умеренной степени тяжести при отсутствии суицидальных мыслей и поведения, психотической симптоматики, а также отсутствия противопоказаний по соматическому состоянию для назначения современных антидепрессантов. Основными критериями при выборе антидепрессантов наряду с терапевтической эффективностью являются безопасность, хорошая переносимость, отсутствие тяжелых побочных эффектов, минимальный риск нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами.

Более 30 лет **трициклические антидепрессанты** были (а в психиатрической клинике по-прежнему остаются) главным средством лечения тяжелой депрессии. В то же время их применение в общей врачебной практике значительно ограничивается возможностью развития серьезных побочных эффектов.

Антидепрессанты нового поколения обладают селективностью и в этой связи лишены побочных свойств. Они почти не уступают им по антидепрессивной эффективности и значительно превосходят их по переносимости и безопасности применения [11].

Антидепрессантами первого ряда для лечения легких и умеренных депрессивных состояний считаются **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина** (СИОЗС). Препараты этой группы тормозят обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона и не оказывают существенного влияния на другие нейромедиаторы.

Еще одним достоинством СИОЗС является удобство их применения: возможность проведения лечения фиксированными дозами или минимальная потребность в титрации, благоприятная фармакокинетика, позволяющая принимать их однократно в сутки и таким образом повышать приверженность пациентов к лечению. Однако надо помнить, что сочетание СИОЗС с аспирином или НПВП повышает риск кровотечений из верхних отделов ЖКТ.

Выбирая антидепрессивный препарат, терапевт должен прежде всего учитывать дополнительные риски:

- наличие сочетанных соматических заболеваний (увеличивается риск развития побочных эффектов и усиливается токсичность антидепрессантов);
- прием большого количества препаратов по поводу хронических заболеваний (увеличивается риск лекарственных взаимодействий).

Побочные эффекты СИОЗС: сексуальные дисфункции, нервозность, инсомнии, желудочно-кишечный дискомфорт, головные боли, снижение веса.

Известно, что продолжительность депрессии составляет 6—8 мес, поэтому и курс лечения должен длиться в течение 6—9 мес.

**Заключение.** В настоящее время здравоохранение стоит перед необходимостью расширения использования антидепрессантов за пределами специализированных психиатрических учреждений. Необходимой предпосылкой этого является решение организационных и экономических вопросов. В частности, целесообразно внедрение

практику работы лечебно-профилактических учреждений образовательных программ, посвященных основам общей психиатрических знаний и конкретным сведениям о диагностике и терапии депрессий. Такие образовательные программы по формам проведения и продолжительности могут варьировать в широких пределах в зависимости от конкретных обстоятельств. Они могут включать циклы лекций, семинары, интерактивные практикумы. Большое значение имеет публикация статей, методических материалов и руководств по ключевым вопросам клиники и терапии депрессивных состояний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Александровский, Ю.А.* Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — С. 63—97.
2. *Александровский, Ю.А.* Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю.А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 241—262.
3. *Дубницкая, Э.Г.* Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин / Э.Г. Дубницкая // *Consilium medicum*. — 2008. — Т. 10, № 6. — С. 87—90.
4. *Айламазян, Э.К.* Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян; под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 668—674.
5. *Карпов, А.М.* Самозащита от саморазрушения / А.М. Карпов. — М.: Медпресс, 2005. — С. 60—84.
6. *Смулевич, А.Б.* Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А.Б. Смулевич. — М., 2007. — 256 с.
7. *Маколкин, В.И.* Психосоматические расстройства в клинике внутренних болезней: учеб. пособие / В.И. Маколкин, Л.В. Ромасенко. — М., 2003. — 24 с.
8. *Вознесенская, Т.Г.* Невротическая депрессия в общей медицинской практике. Позиция невролога / Т.Г. Вознесенская // *Фарматека*. — 2009. — № 10 (184). — С. 70—75.
9. *Тювина, Н.А.* Депрессия у женщин: метод. рекомендации / Н.А. Тювина. — М., 2008. — 28 с.
10. *Набиуллина, Р.Р.* Пограничные психические расстройства у соматических больных: клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей / Р.Р. Набиуллина. — Казань, 2005. — 28 с.
11. *Никишова, М.Б.* Депрессии и неврозы в общей медицинской практике / М.Б. Никишова. — М., 2008. — 136 с.