

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С БЕССОННИЦЕЙ

Мирзаева Адиба Хамдамовна

Докторант Ташкентской Медицинской Академии

Аннотация: В этой статье было обследовано психо-эмоциональный статус 40 больных с бессонницей. Лечение проводилось с антидепрессантом сертралином. Пациенты принимающие сертралин как базисная терапия и психотерапия наблюдалась уменьшения баллов по психодиагностических тестов Цунга определяющие уровень депрессии, улучшения психо-эмоционального статуса и уменьшения бессонницы.

Ключевые слова: маскированная депрессия, соматизированная депрессия, мелатонин, антидепрессант, психотерапия, бессонница, фармакотерапия.

UYQUSIZLIK BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA NIQOBLANGAN DEPRESSIYANI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASH

Mirzayeva Adiba Xamdamovna

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi doktoranti

Annotatsiya: Maqolada arterial gipertenziya bilan murojat qilgan 40 bemorda emotsional holatini tekshiruv natijalari ko'rsatilgan. Davo antidepressant sertralin dori vositasi qo'llanilishi bilan o'tkazilgan. Bazis davo sifatida sertralin va psixoterapiya olgan bemorlar dapsixodiagnostik depressiya testlaridan Tsung testda bal-lar summasining pasayishi, bemorlarning psixo-emotsiona lholatining yaxshilanishi va uyqusizlik holatini kamayishi kuzatildi.

Kalit so'zlar: niqoblangan depressiya, somatizatsiyalashgan depressiya, melatonin, antidepressant, psixoterapiya, uyqusizlik, famakoterapiya.

EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MASKED DEPRESSION IN PATIENTS WITH INSOMNIA

Mirzayeva Adiba Khamdamovna,

Doktorant Tashkent Medical Academy

Annotation: This article describes the results of a study of psycho-emotional sphere in 40 patients with insomnia. They were treated with the inclusion of antidepressant sertralin. Patients treated with sertralin, psychotherapy reduced in the amount of points on a psychodiagnostic test of Tsung, improvement of psychoemotional status and reduced insomnia.

Key words: masked depression, somatization depression, melatonin, antidepressant, psychotherapy, insomnia, pharmacological treatment.

Введение: Бессонница — это расстройство сна, которое характеризуется его недостаточной продолжительностью, неудовлетворенностью его качеством, невозможностью заснуть или сочетанием этих факторов на протяжении долгого времени. Подобные проблемы возникают у 40-45 процентов людей, а у половины из них приобретают хронический характер. Бессонница остается одним из наиболее распространенных нарушений сна, встречающихся в гериатрической клинике, часто характеризующейся субъективными жалобами на трудности с засыпанием или поддержанием сна или не восстанавливающим сном, вызывающим значительные дневные симптомы, включая трудности с концентрацией внимания и нарушения настроения. Бессонница негативно влияет на работоспособность, настроение и восприятие действительности — это серьезное расстройство, а не временное явление, которое проходит в короткие сроки. Согласно мировой медицинской статистике, более 35% женщин и почти 30% мужчин страдают этим недугом. У детей бессонница диагностируется реже — примерно у каждого четвертого.

Многие пациенты не обращают внимания на заболевание или пытаются справиться с ним самостоятельно. В результате развивается стойкое нарушение сна — хроническая бессонница, которая трудно поддается лечению и вызывает множество проблем со здоровьем. При наличии такого заболевания пациенту стоит обратиться за первичной консультацией.

При целенаправленном скрининге депрессия выявляется у 45–95 % (в среднем – 69 %) больных, обращающихся за медицинской помощью по поводу соматических симптомов. В глобальной структуре времени заболеваний (смерть + инвалидизация) БДР составляют 4,4 % и находятся на четвертом месте среди всех патологий. [6] По американским прогнозам, к 2010-2030 гг. депрессии, рост которых наблюдается в геометрической прогрессии, выйдут на 1-е место в мире по распространенности, обойдя сердечно-сосудистые заболевания. У соматических больных распространенность депрессии достигает 22–33 % и сопоставима с распространенностью артериальной гипертензии или даже превышает ее. При этом только 20% больных ищут медицинскую помощь, причем большинство из них обращаются к терапевтам. [3],[7]

Считается, что по частоте соматизированные депрессии превосходят классические, или “явные” депрессии, депрессивного расстройства в целом — 4 % [10], для биполярных расстройств заболеваемость составила 2 % [9]. Так, обобщающим для группы скрытых депрессий было понятие маскированной депрессии. На основе анализа данных по обращаемости к семейным врачам аффективные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них больные с соматизированными депрессиями составляют от 7 до 31%. Сравнительно более высокие показатели распространенности соматизированных депрессий отмечаются среди больных пограничного профиля и общемедицинской практики – 31%. [3] [4].

В отличие от препаратов первого поколения современные антидепрессанты обладают селективностью и в этой связи лишены многих побочных свойств, характерных для трициклических антидепрессантов. Селективные антидепрессанты могут рассматриваться как препараты выбора при соматических проявлениях депрессии, а также у пожилых больных. [1] [8].

Препараты группы СИОЗС имеют благоприятный профиль. Так, в исследовании S. Roose и соавт. [3], изучавших безопасность СИОЗС у больных с бессонницей с сопутствующей депрессией, было показано, что 7-недельная терапия сертралин в дозе 200 мг/сут не вызывала каких-либо кардиальных осложнений, не повышало уровень тревожности.

Цель исследования. Изучить эффективность антидепрессантов и психотерапии при бессоннице.

Материал и методы исследования. Был проведен поиск литературы для обзора эпидемиологии, определения и возрастных изменений сна, а также факторов, способствующих бессоннице в позднем возрасте, и шкал, используемых для оценки бессонницы у пожилых людей. Цель состоит в том, чтобы обобщить последние диагностические рекомендации, а также нефармакологические и фармакологические стратегии лечения бессонницы у пожилых людей. Исследование проводилось в отделении кардиологии ТМА. Обследовано 40 больных с бессонницей в отделении неврологии. Возраст больных варьировало от 50 до 60±5.2 лет. Среди мужчин и женщин.

Больные были разделены на 2 группы: 1-я – основная (20 чел.) с бессонницей получавших базисную терапию антидепрессантами и психотерапией; 2-я – контрольная (20 чел.) с бессонницей получавшие только мелатонин.

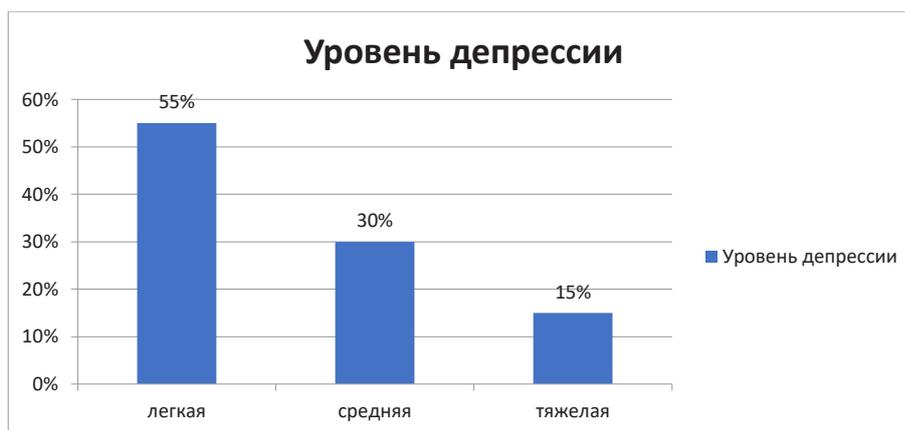
Оценку состояния пациентов проводили в динамике на основании комплекса клинических и психологических методов: 1) объективный осмотр; 2) Оценку депрессию проводили по тесту Цунга.

Базисная терапия включала антидепрессант сертралин назначался по ранее установленной схеме: 1-я неделя по 25 мг утром, 2-я неделя по 50 мг, в течении остальных 2-х недель по 100 мг в сутки.

Основная группа пациентов получали антидепрессанты по схеме. Курс лечения длился 2 месяца. Контрольная группа получала только мелатонин в дозе 2мг в сутки в течении 2 месяцев.

Результаты исследования

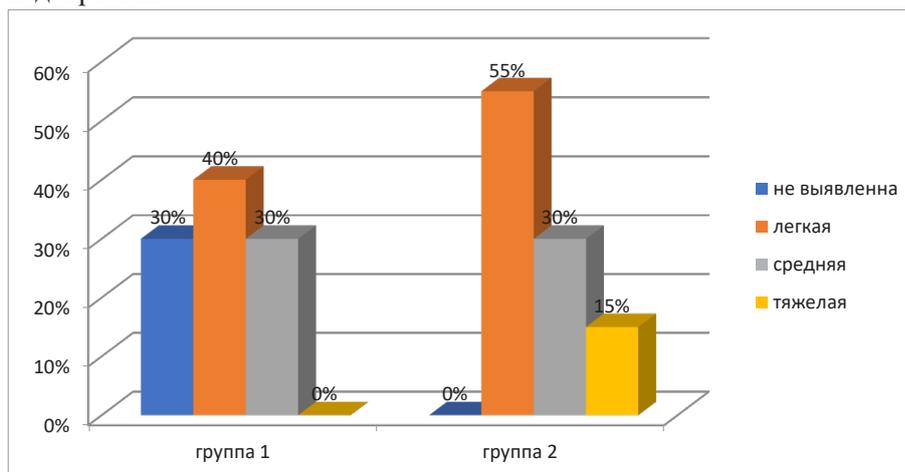
У 40 больных по тесту Цунга были исследованы депрессия в первый день госпитализации в условиях клиники, среди них у 22 больных (55%) было выявлено лёгкая степень – 52-58 (в среднем 55) балла, у 12 больных (30%) средняя степень – 63-69 (66) балла, у 6 больных (15%) тяжёлая степень – 74-80 (77) балла.



Уровень депрессии по тесту Цунга до лечения

* - отличие от исходного показателя достоверно, $p \leq 0,01$

Повторное исследование проводилось через две месяца в амбулаторных условиях. В 1ой группе у 6 больных депрессия не выявлено (30%); у 8 больных (40%) – лёгкая степень расстройств; у 6 больных (30%) – средняя степень расстройств. Во 2ой группе: у 11 больных (55%) выявлено лёгкая степень депрессии; у 6 больных (30%) – средняя степень; у 3 больных (15%) тяжёлая степень депрессии.



Уровень депрессии по тесту Цунга после лечения больных с бессонница получающих базисную терапию в комплексе с антидепрессантами и психотерапией в 1 ой группе и только мелатонин во 2ой гр.

* - отличие от исходного показателя достоверно, $p \leq 0,01$

По результатам видно, что у больных, получавшие комплексную терапию т.е базисную терапию антидепрессант вместе с психотерапией эффективность терапии повышается, улучшается сон, качество жизни пациентов, повышается работоспособность.

Заключение

1. Сочетание депрессии и бессонницы, как правило, относится к числу неблагоприятных факторов, с одной стороны, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента в целом, а с другой - негативно влияющих на проявления и даже исход, как психического заболевания, так и соматического. Мы говорим о маскированной депрессии, когда на первый план в клинической картине выступает так называемая симптоматика «фасада» (по сути, факультативная симптоматика, в данном случае бессонница), характерная для других заболеваний. Обязательная для депрессии симптоматика как бы отходит на второй план и выявляется

только при направленном клинико-психопатологическом исследовании. Поэтому в большинстве случаев маскированная депрессия остается не диагностируемой. Это влечет за собой ухудшению качества жизни, причем как больной, так и его лечащий врач оказываются не удовлетворенными результатами лечения. Такая ситуация обусловлена в первую очередь тем, что больные, как правило, не предъявляют собственно депрессивных жалоб, таких, как подавленное настроение и утрата интересов.

2. Правильная диагностика, своевременная оказания психологической помощи повысит эффективность лечения заболеваний.

3. Данное исследование показало, что психотерапия улучшает состояние при бессоннице. Применения психотерапию с антидепрессантами эффективно воздействует на психоэмоциональную состоянию больных с бессонницей, к улучшению психического состояния, но и сопровождается положительной динамикой клинического и функционального статуса больных, улучшает качество жизни и возвращает больных к трудовой деятельности, на продления и улучшения качества жизни больных.

4. Исходя из полученных данных, пациентам с бессонницей можно рекомендовать психотерапию и антидепрессанты, в кардиологической практике из антидепрессантов хорошая переносимость препарата сертралин.

Список литературы

1. Бурчинский С.Г. Проблемы фармакотерапии невротических и соматизированных депрессий: критерии выбора антидепрессанта // Здоров'я України. – 2008. – № 6. – С. 15.
2. Г.В. Погосова, доктор медицинских наук
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Антидепрессанты в кардиологической практике, журнал лечащий врач, Москва.
3. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф.И др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2006. – 287 с.
4. Нерсисян А., Даниелян К., Назаретян Э. Феномен асептического воспаления при Периодической Болезни, новые подходы Современные аспекты реабилитации в медицине, Материалы 2-ой Международной Конференции – Армения, Цахкадзор, 29 сентября-1 октября. 2007.
5. Оганесян Л.А. "О взаимоотношении психической и соматической сфер в клинике внутренних болезней" – Ереван, 2006, с. 266-268.
6. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2006. – № 1. – С. 48-54.
7. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003. 9.
8. Nersisyan A. "By Narek To Psychotherapy "World Psychiatric Association Of Psychiatrists And Neurologists American Medical Association, Mental Health And Public Health. Yerevan, 2004, p.14.
9. Soldani, Federico (April 2005, «Mania in the Swedish Twin Registry: criterion validity and prevalence», Australian and New Zealand of Psychiatry 39 : 235–43
10. «The Zurich study». EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE 234 (1): 30-37
11. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. Lancet. 2012;379(9821):1129–1141. [PubMed] [Google Scholar]
12. Shochat T, Lored J, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Curr Treat Options Neurol. 2001;3(1):19–36. [PubMed] [Google Scholar]
13. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep. 1995;18(6):425–432. [PubMed] [Google Scholar]
14. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. Neuropsychol Rev. 2011;21(1):41–53. [PubMed] [Google Scholar]
15. Klink ME, Quan SF, Kaltenborn WT, Lebowitz MD. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. Arch Intern Med. 1992;152(8):1634–1637. [PubMed] [Google Scholar]
16. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev. 2002;6(2):97–111. [PubMed] [Google Scholar]