

УДК 616.832-004.2:616.895.4-08
© Марута Н.А., Данилова М.В., 2011

СИСТЕМА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Марута Н.А., Данилова М.В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Высокая частота отягощенности рассеянного склероза депрессивной симптоматикой, которая по данным разных источников варьируется от 40 до 75%, определяет актуальность проблематики депрессивных расстройств при рассеянном склерозе [1,4,8-10].

Депрессивное расстройство крайне негативно влияет на течение рассеянного склероза, длительность пребывания больных в стационаре, частоту обращений их за медицинской помощью [2,7,10]. У больных депрессиями при рассеянном склерозе быстрее ухудшается качество жизни и формируется инвалидность в сравнении с больными без признаков депрессии [3,5,6]. Отмечено огромное влияние современных депрессивных расстройств на социальное функционирование больных рассеянным склерозом. Это негативное влияние проявляется в снижении профессионального статуса, частых сменах места работы, распаде семьи и аутоагрессивном поведении у этой категории больных [5-10].

В связи с чем проблема терапии депрессий при рассеянном склерозе имеет, не только научно-медицинское, но и социально-экономическое значение. При этом анализ современной литературы по проблемам лечения депрессий у больных рассеянным склерозом выявил острую потребность в усовершенствовании организации терапевтической помощи больным этой группы.

Целью данной работы явилась разработка системы дифференцированной терапии депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом с учетом особенностей формирования, течения и клиники депрессий при рассеянном склерозе, личностного и социального потенциала больного.

В основу разработанной системы дифференцированной терапии депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом были положены результаты комплексного клинко-психопатологического и патопсихологического исследования больных рассеянным склерозом с разными клиническими формами депрессивных расстройств.

В данном исследовании приняло участие 367 больных рассеянным склерозом, из которых основную группу исследования составили 238 больных с депрессивными расстройствами в клинической картине рассеянного склероза (38 больных (15,9 %) – с расстройствами адаптации, в виде депрессивной реакции (F43.21–43.22); 35 больных (14,8 %) – с депрессивным эпизодом (F32.0–32.2); 64 больных (26,9 %) – с рекуррентным депрессивным расстройством (F33.0–33.2); 101 больной (42,4 %) – с органическим депрес-

сивным расстройством (F06.32)), контрольную группу - 129 больных рассеянным склерозом без признаков аффективных расстройств.

В ходе исследования были выделены основные клинко-психопатологические и патопсихологические особенности, механизмы и факторы формирования депрессивной симптоматики, специфические для каждой выделенной клинической формы депрессии при рассеянном склерозе; установлены суицидогенные факторы и закономерности формирования аутоагрессии у данных больных. Полученные результаты и легли в основу предложенной ниже системы дифференцированной терапии депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

Разработанная система дифференциальной терапии больных депрессиями при рассеянном склерозе базируется на шести основных принципах: своевременность оказания помощи; специализированность и комплексный подход в лечении; дифференцированный подход к терапии; единство социально-психологических и биологических воздействий; этапность лечебного процесса; непрерывность терапии.

Реализация системы дифференцированной терапии осуществляется силами и средствами врачей психиатров, психотерапевтов, неврологов, интернистов, психологов и социальных работников в амбулаторных и стационарных неврологических, психиатрических учреждениях, а также в учреждениях оказывающих психотерапевтическую, психологическую и социальную помощь.

Все мероприятия дифференцированной терапии проводятся на условно выделенных трех этапах: диагностическом, лечебном и профилактическом (рис.1).

На диагностическом этапе: уточняется диагноз депрессивного расстройства, определяются основные причины его возникновения, этиопатогенетические механизмы формирования и закономерности течения, особенности клиники депрессии, риск аутоагрессии; оценивается неврологическое состояние больного (уточняется диагноз рассеянного склероза, его клиническая форма, особенности течения, спектр клинических проявлений, сопутствующие заболевания внутренних органов и систем); определяется патопсихологические факторы и механизмы формирования депрессивного расстройства; оценивается социально-психологический потенциал больного (состояние социально-психологических факторов психики пациента, противостоящих развитию болезни и способствующих адаптации и реадaptации больного).

На этапе лечения разрабатывается план лечебных мероприятий, в котором учитываются этиопатогенетические механизмы формирования депрессивного расстройства у больного рассеянным склерозом, его клиника и течение, состояние социально-психологических саногенных факторов психики больного, выделенные в исследовании риск-факторы аутоагрессивного поведения у этой категории больных.

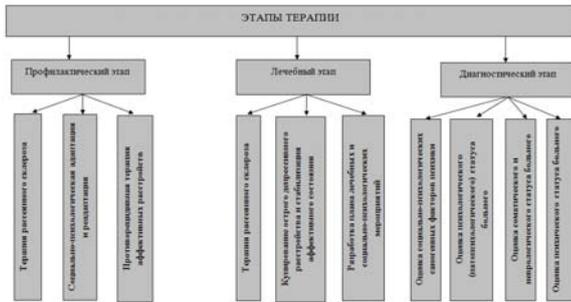


Рис. 1. Этапы дифференцированной терапии больных депрессиями при рассеянном склерозе и их основные задачи

В качестве риск-факторов фиксируются: 1) наличие у больного рассеянным склерозом депрессивного эпизода или рекуррентной депрессии; 2) вторично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза и его спинальная клиническая форма; 3) развитие депрессии у больных с длительностью заболевания рассеянным склерозом от 1 до 10 лет, в возрасте от 36 до 45 лет, работающих в сфере умственного труда и имеющих высшее образование; 4) плохие материально-бытовые условия жизни больных; 5) наследственная отягощенность психическими расстройствами, преимущественно аффективно-регрессивными, наличие в анамнезе перинатальной патологии и невропатической конституции; 6) наличие в преморбиде больного дистимических, тревожных, педантичных и циклотимических личностных особенностей; 7) наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с ухудшением материально-бытового состояния больного, угрозой или потерей социального статуса.

При выявлении у больных перечисленных риск-факторов в план лечения включаются мероприятия, направленные на первичную профилактику аутоагрессивного поведения, даже если больные не проявляют признаков аутоагрессии.

Мероприятия второго (лечебного) этапа направлены на купирование депрессивного расстройства и сопутствующего аутоагрессивного поведения; стабилизацию аффективного состояния; терапию рассеянного склероза. На этом этапе дифференцированной терапии используются как медикаментозные средства, так и средства психосоциальной реабилитации.

Медикаментозная терапия проводится дифференцированно – с учетом особенностей формирования, клиники и течения конкретной формы депрессии.

Согласно проведенному исследованию, клинико-психопатологические особенности больных с **депрессивными реакциями** при рассеянном склерозе заключаются в наличии тревожно-ажитированного синдромального варианта, в котором преобладают: двигательное беспокойство (заламывание рук, покусывание ногтей, губ, неуслышимость и т.д.); тревожное расстройство поведения; сомато-вегетативные расстройства (нарушение сна, гипергидроз, вегетативно-висцеральные кризы, сексуальные нарушения, нарушения со стороны мочевыделительной системы, нарушения сердечно-сосудистой системы); эмоциональные расстройства реактивного генеза (тревога, отчаяние, печаль, неудовольствие).

Учитывая клинические особенности депрессивной реакции при рассеянном склерозе, разработана следующая схема медикаментозной терапии:

I. Антидепрессанты: Паксил 20-40 мг/сут (6 месяцев);

II. Транквилизаторы: Алпразолам 0,25-6 мг/сут или Феназепам 2-3 мг/сут курсом не более 20 дней;

III. Нейролептики (при выраженной тревожной и обсессивно-компульсивной симптоматике): Рисперидон 0,5-1,5 мг/сут до купирования острого состояния;

IV. Вегетативные стабилизаторы: Беллатаминал по 1 табл. три раза в день курсом 20 дней;

Клинико-психопатологические особенности больных с **депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией** при рассеянном склерозе проявляются тоскливо-меланхолическим синдромом, в котором преобладают: рудиментарные двигательные расстройства (гипомимия, заторможенность, мышечная адинамия); когнитивные расстройства аффективного регистра (идеи малоценности, снижение уровня интересов); расстройство поведения (аутоагрессивное поведение, ухудшение коммуникативных функций); сомато-вегетативные расстройства (нарушение аппетита, нарушение сна, снижение массы тела, запоры); эмоциональные расстройства эндогенного генеза (суточные колебания настроения, безразличие, тоска, горе, отчаяние, печаль).

С учетом клинических особенностей депрессивного эпизода и рекуррентной депрессии предложена следующая схема медикаментозной терапии:

I. Антидепрессанты: Миртазапин 15-30 мг/сут (6-12 месяцев);

II. Транквилизаторы: Диазепам 10-20 мг/сут курсом не более 20 дней;

III. Нейролептики (при наличии депрессии психотического уровня признаков аутоагрессии): Рисперидон 0,5-1,5 мг/сут до купирования острого состояния.

У больных с **органической депрессией** при рассеянном склерозе клинико-психопатологические особенности состоят в проявлении де-

прессии апато-динамическим вариантом, в котором преобладают: двигательные расстройства (заторможенность движений, речи, мимики, вплоть до полной адинамии); когнитивные расстройства органического генеза (расстройства памяти, ригидность мышления, снижение уровня концентрации внимания, снижение уровня интересов, трудности в принятии решений); поведенческие расстройства (ухудшение коммуникативных функций); эмоциональные расстройства (безразличие, тоска, ощущение усталости, ангедония).

В соответствии с клиническими особенностями данного варианта депрессии разработана схема лечения больных депрессиями этой группы, состоящая из антидепрессивных и нейролептических средств, средств улучшающих микроциркуляцию головного мозга и стимулирующих метаболические процессы, ноотропов, аминокислот и витаминных препаратов:

I. Антидепрессанты: Мелитор 25-50 мг/сут;

II. Нейролептики (при наличии депрессии психотического уровня, признаков аутоагрессии): Рисперидон 0,5-1,0 мг до купирования острого состояния;

III. Транквилизаторы: Гидазепам 60-100 мг/сут, курсом не более 20 дней.

После купирования острого аффективного расстройства в схему лечения включаются психотерапия и методы социальной реабилитации.

Психотерапия больных депрессиями при рассеянном склерозе включает в себя индивидуальную, групповую, семейную психотерапию и состоит из комплекса кризисной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической психотерапии и аутогенной тренировки. Период проведения психотерапии: 1-2 месяца при купировании острого аффективного расстройства, с последующим 6-24-х месячным противорецидивным поддерживающим лечением и проведением поддерживающей психокоррекционной терапии, способствующей максимальной социализации и улучшению качества жизни пациента. Итогом проведения психотерапии на данном этапе является стабилизация психического состояния больного, выработка адекватного эмоционального реагирования на факторы, провоцирующие депрессивные расстройства, формирование новых форм поведения, исключающих тревожный, аффективный и эпилептоидный механизм отреагирования.

Задачей профилактического этапа является предупреждение у больных рассеянным склерозом рецидивов депрессий и депрессивных форм реагирования. На этом этапе используются поддерживающие медикаментозные, психологические, социальные, санаторно-курортные методы работы с пациентами. Осуществляется коррекция семейных взаимоотношений, профессионального и социального статуса, как важных саногенных факторов психики больного рассеянным склерозом. Эти мероприятия проводятся социальными работниками и врачами-пси-

хологами в учреждениях социальной работы с больными и инвалидами.

Коррекция семейных отношений осуществляется посредством психологической работы с семьей больного, которая проводится 1 раз в неделю в течение 3 – 6 месяцев, задачей которой является формирование поддерживающих отношений в семье.

Профессиональный аспект профилактического этапа дифференцированной терапии имеет задачи профессионального обучения или переобучения больных рассеянным склерозом, трудоустройства адекватного реабилитационному потенциалу пациента.

Социальный аспект профилактического этапа разработанной терапии больных депрессиями при рассеянном склерозе включает в себя социально-средовую и социально-бытовую формы помощи. Целью социальной работы является воссоздание нарушенных и утраченных социальных связей и формирование новых социальных отношений, с учетом имеющихся психоневрологических последствий рассеянного склероза.

Апробация системы дифференцированной терапии депрессивных больных рассеянным склерозом проводилась на базе Областной клинической больницы им. Мечникова (г. Днепрпетровск).

В апробации разработанной системы участвовало 95 больных, контрольная группа состояла из 81 больного. Все больные были выбраны из основной группы, участвовавшей в исследовании. Первая группа прошла курс разработанной дифференцированной терапии, вторая - курс традиционного лечения депрессий.

Сравнительный анализ результатов эффективности лечебных мероприятий проводился по трем критериям: динамика психического состояния (выздоровление, значительное улучшение психического состояния; улучшение психического состояния, отсутствие позитивной динамики психического состояния, ухудшение психического состояния); состояние саногенного потенциала больного (личностного, социально-психологического, профессионального); состояние качества жизни.

Апробация разработанной системы терапии депрессивных больных с рассеянным склерозом показала, что после ее использования в 74,7 % случаев диагностировано психическое здоровье, тогда как после использования традиционных форм лечения психическое здоровье диагностировано только у 38,3 % больных (при $p < 0,05$). В тоже время в группе больных, которые прошли лечение по традиционной схеме отмечено большее количество больных с отсутствием позитивной динамики чем в основной группе (соответственно 37,0 % и 9,4 %, при $p < 0,05$) и ухудшением психического состояния (соответственно 7,4 % и 0 %, при $p < 0,05$).

Анализ состояния саногенного потенциала (личностного, социально-психологического, про-

фессіонального), отриманого при патопсихологічному тестуванні і опросі двох груп хворих, учасників в апробації, так же показав високу ефективність розробленої системи диференційованої терапії депресивних хворих розсіяним склерозом. Так у хворих, що пройшли лікування по системі диференційованої терапії по порівнянню з хворими, що пройшли традиційне лікування значно знизилась показателі тривоги, з'явилась емоційна відчуженість; збільшилась емоційна стабільність; з'явилась впевненість в соціальних контактах і собі, практичність в поведінці; емоційні реакції стали адекватними по силі і змісту; знизилась на-

пряженість; покращились комунікативні функції. Крім того, у хворих, що пройшли лікування по розробленої схемі суттєво покращились показателі соціальної, професійної і особистої активності, збільшилась інтегративний показателі якості життя.

Таким чином, представлені дані переконливо свідчать про те, що розроблена і апробована система терапії і профілактики депресивних розладів при розсіяному склерозі по ефективності перевершує традиційно використовувані методи. Отримані результати цілком обґрунтовано рекомендувати для впровадження в практичну роботу по наданню допомоги хворим розсіяним склерозом.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вознесенська Т. Г. Депресія в неврологічській практиці і її лікування / Т.Г. Вознесенська // Неврологічний журнал. – 2006. – №6. – С. 4 – 11.
 2. Гвоздик М. Депресія - проблема ХХІ століття / М. Гвоздик // Здоров'я України ХХІ століття: медична газета. – 2006. – №18. – С. 30 – 31.
 3. Гусев Е.И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Гусев Е.И., Заваляшин И.А., Бойко А.Н. – 2004. – 540 с.
 4. Депресія в неврологічській практиці (клініка, діагностика, лікування) / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенська, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. -3-е изд. перераб. і доп. – М.: МИА, 2007. -197 с.
 5. Малкова Н.А., Рябухіна О.В., Бабенко Л.А. і др. Связанное со здоровьем качество жизни у больных рассеянным склерозом / Н.А. Малкова, О.В. Рябухіна, Л.А. Бабенко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – №12. – С.31–37
 6. Марута Н.А. Депресії в загальної медичній практиці. Справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети / Н.А. Марута, А.И. Мамчур, Л.Н. Юрьева – Киев, 2009. – 30с.
 7. Сравнительная оценка препаратов из группы СИОЗС (опра, флуоксетин) при лечении депрессии у больных рассеянным склерозом / В.В. Овчаров, Н.Ю. Булдакова, Е.В. Ениколопова, Бойко А.Н. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2007. – Выпуск 4. Рассеянный склероз. – С. 133-136.
 8. Kanner A. M. Depression in Neurological Disorders / A. M. Kanner. – Chicago, Lundbeck Institute, 2005. – 161 p.
 9. Mike Dilley, Simon Fleminger. Достижения в области нейропсихиатрии: клиническое значение / Mike Dilley, Simon Fleminger // Обзор современной психиатрии. – 2006. – Вып. 30. – С. 23 – 34
 10. Siegert R. J., Abernethy D. A. Depression in multiple sclerosis: a review / R. J. Siegert, D. A. Abernethy // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 2005. – №76. – P.469–475.
- Марута Н.А., Данилова М.В. Система диференційованої терапії депресивних розладів у хворих розсіяним склерозом // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 103-106.
- На основі результатів комплексного клініко-психопатологічного і патопсихологічного дослідження хворих розсіяним склерозом з різними клінічними формами депресивних розладів розроблена система їх диференційованої терапії. Описані основні принципи, етапи і методи запропонованої системи терапії. Представлені результати апробації розробленої системи терапії, в якій взяло участь 95 хворих, що пройшли курс диференційованої терапії, групу контролю склали хворі, що пройшли курс традиційного лікування депресії, в кількості 81 людина. По результатам апробації доведена висока ефективність розробленої системи терапії, по порівнянню з традиційними методами.
- Ключові слова:** розсіяний склероз, депресивні розлади, система диференційованої терапії
- Марута Н.О., Данилова М.В. Система диференційованої терапії депресивних розладів у хворих на розсіяний склероз // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 103-106.
- На підставі результатів комплексного клініко-психопатологічного і патопсихологічного дослідження хворих розсіяним склерозом з різними клінічними формами депресивних розладів розроблена система їх диференційованої терапії. Описані основні принципи, етапи та методи запропонованої системи терапії. Представлені результати апробації розробленої системи терапії, в якій взяло участь 95 хворих, що пройшли курс диференційованої терапії, групу контролю склали хворі, що пройшли курс традиційного лікування депресії, в кількості 81 особа. За даними апробації доведена висока ефективність розробленої системи терапії, в порівнянню з традиційними методами.
- Ключові слова:** розсіяний склероз, депресивні розлади, система диференційованої терапії
- Maruta N.O., Danylova M.V. The system of differentiated therapy for depressive disorders in patients with multiple sclerosis // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 103-106.
- On the base of results of an integrated clinical-psychopathological and pathopsychological investigation of patients with multiple sclerosis and different clinical forms of depressive disorders a system for their differentiated therapy was working out. The main principles, stages, and methods of the proposed system of therapy are described. Results of approbation of this developed system of therapy are presented with 95 patients taking part in it who received a course of the differentiated therapy. A control group consisted of 81 patients who received a course of a traditional treatment for depression. In accordance with the results of this approbation a high efficacy of the developed system of therapy versus traditional methods was proven.
- Key words:** multiple sclerosis, depressive disorders, system of differentiated therapy.

Надійшла 14.06.2011 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова