

УДК 616.89-008.454:130.121

## ЛЕЧЕНИЕ ИНСОМНИЙ ПРИ МАСКИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЯХ

С. М. Мороз, Н. Г. Салаяев, И. П. Куш, С. Я. Яновская

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МОЗ Украины», г. Днепропетровск

### *Резюме*

*В статье научно обосновано, что при наличии нарушений сна как моносимптома депрессивного расстройства, наиболее оптимальным является выбор антидепрессанта с достаточным седативным эффектом. Доказано, что одним из препаратов выбора является Миразеп, который обладает высокой терапевтической эффективностью в качестве монотерапии депрессивных расстройств, представленных инсомнией как моносимптомом.*

**Ключевые слова:** маскированная депрессия, инсомния, стратегия лечения

### *Summary*

*In the article was scientifically proven that the best choice is an antidepressant with a sufficient sedative effect, in case of insomnia as monosymptom depressive disorder, it was proved that one of the drugs is Mirazep, which has a high therapeutic efficacy as monotherapy depressive disorders, insomnia represented as monosymptom.*

**Key words:** masked depression, insomnia, treatment strategy

В настоящее время отмечается расширение круга и частоты встречаемости психических расстройств, по наблюдениям за пациентами общесоматических учреждений, о чем свидетельствуют данные отечественных исследований и зарубежных публикаций о распространенности психической патологии среди контингентов амбулаторно-поликлинической сети и многопрофильных больниц [4, 6, 8].

Наряду с этим, проявления психических нарушений стали менее выраженными, они «незаметнее», терпимее для окружающих. Констатируется увеличение числа непсихотических психических расстройств, но значительная часть больных, обнаруживающих различные проявления психической патологии, обращается не в лечебные учреждения сугубо специализированной сферы, а к врачам, медицинских специальностей: неврологам, терапевтам, кардиологам и другим, становясь пациентами общесоматических учреждений.

Среди всех психических расстройств депрессивные расстройства занимают первое место. Коморбидность различной соматической патологии с депрессивными расстройствами становится наиболее рас-

пространенной и сложно поддающейся диагностике и терапевтическому воздействию формой патологии. Отдельно следует отметить, что именно больные с депрессивными расстройствами отличаются значительной соматической «отягощенностью». Зачастую депрессия проявляется исключительно соматическими симптомами, прежде всего болями в различных частях тела, не имеющими объективного субстрата, или другими жалобами со стороны внутренних органов. Депрессивная триада у этих пациентов не является ярко выраженной или же отсутствует один или более ее компонентов, что позволяет говорить о маскированной депрессии.

Маскированная депрессия – диагноз, который употребляется применительно к случаю, когда на первый план выступают соматические симптомы депрессивного расстройства, так называемая, соматизация депрессии. Наибольшую диагностическую трудность вызывает диагностика депрессии при наличии одного стойкого моносимптома, чаще всего таким моносимптомом выступают головные боли, нарушения сна, боли в области сердца и другое. Затруднения в диагностике такого вида де-

прессивного расстройства объясняются также тем, что пациенты не соотносят данные симптомы с проявлениями депрессии, а считают их следствием каких-то соматических проблем.

Также следует отметить, что некоторые медикаменты, применяемые для лечения соматической патологии, особенно при их длительном приеме, могут вызывать побочные эффекты со стороны психической сферы от легкой астении, тревоги и депрессии до тяжелых психотических состояний [7].

Следует отметить, что особую сложность, несмотря на значительное количество различных антидепрессантов, вызывает лечение отдельных наиболее стойких симптомов, в частности: нарушений сна. Лечение этой патологии не должно изменять функционирование пациента в дневное время, не должно влиять на когнитивные функции в дневное время и менять формулу сна. В некоторых работах указывается, что резистентность такого вида депрессии совпадает с изменениями ЭЭГ появлением параксизмальных феноменов.

Несмотря на большое число проводимых исследований, наиболее актуальными и практически значимыми остаются вопросы разработки тактики лечения данных расстройств. Доля больных, нуждающихся в применении психофармакологических средств в общесоматической клинике, варьирует по оценкам разных авторов от 10 до 68%.

Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования явились диагностика, разработка тактики лечения и оценка ее эффективности при инсомнии как моносимптоме маскированной депрессии.

#### **Материалы и методы исследования**

Для решения цели и задач исследования нами была обследована группа больных, обратившихся в лабораторию сна ГУ «Укр. Гос. НИИ МСПИ МЗ Украины» с различными жалобами на нарушения сна. Всего было обследовано 118 человек. Из всей группы обследованных были отобраны 38 больных, у которых была выявлена маскированная депрессия после осмотра психиатром. В группу дальнейшего обследования вошли 17 мужчин и 21 женщина в

возрасте от 32 до 52 лет. Больные были обследованы клинически и психопатологически. Сначала больным был проведен стандартный клинико-психопатологический осмотр, а также оценивался уровень депрессии по шкале Монтомгери–Асберга для оценки депрессии (MADRS) [1]. Для оценки актуального психологического состояния, включающей и оценку тревожности, использовался тест цветочных выборов М. Люшера [5]. Диагностика проводилась на синдромальном уровне. Клинико-психопато-логический диагноз-маскированная депрессия ставился на основании жалоб больного, объективного психопатологического осмотра и выявления одного или двух компонентов депрессивной триады и соматовегетативных эквивалентов депрессивного синдрома.

Уровень депрессии оценивался в момент обследования в лаборатории сна и через 4 недели с момента назначения терапии инсомнии, как моносимптома депрессии. Диагностика с помощью теста цветочных выборов М. Люшера осуществлялась в двух направлениях:

1. Оценивался уровень актуальной активности и работоспособности;
2. Определялась степень отклонения от аутогенной нормы, которая является мерой внутренней оптимальности нервно-психического состояния человека.

Тест цветочных выборов М. Люшера проводился один раз в неделю, начиная с момента начала терапии.

В соответствии с полученными результатами препарат «Миразеп» в дозе 15–30 мг. Этот выбор обусловлен тем, что данный препарат обладает широким спектром антидепрессивной активности, обусловленной действием обоих его энантиомеров: L(+) энантиомер блокирует  $\alpha_2$ -I 5-HT<sub>2</sub>-рецепторы, а D(-) энантиомер блокирует 5-HT<sub>3</sub>-рецепторы, имеет минимальные побочные реакции и поведенческую токсичность, хорошо сочетается с другими лекарственными препаратами, не вызывает привыкания.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате проведенного сомнографического исследования выявлены сокра-

щение общего времени сна, увеличение времени бодрствования во время сна, увеличение количества пробуждений во время сна (часто более 3 минут), увеличение времени наступления устойчивого сна, преимущественно регистрируется сон 1-й и 2-й фазы (поверхностный сон). По данным ЭЭГ-исследования у больных снижена общая амплитуда биоэлектрической активности мозга, преимущественно за счет бета-активности ( $11,2 \pm 0,39$  Гц).

В результате проведенного полного осмотра психиатром у пациентов выявлены жалобы на снижение общей активности и продуктивности деятельности, повышенная утомляемость, снижение мотивационно-волевого компонента деятельности, нарушение аппетита, сексуальные нарушения. Результаты оценки депрессии по шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS) представлены в табл. 1.

Как видно из представленных результатов у всех больных выявлено депрессивное расстройство, в подавляющем большинстве легкой степени выраженности, которое существовало у пациентов за фасадом инсомнии.

Ниже представлены результаты обследования больных с помощью теста цветочных выборов М. Люшера (табл. 2).

Начальные результаты, полученные с помощью теста цветочных выборов М. Люшера, свидетельствуют о значительном эмоциональном напряжении в актуальном состоянии больных. Отклонение от аутогенной нормы превышает 50%, уровень активности (показателя необходимой деятельности для преодоления психологического дискомфорта) значительно превышает уровень работоспособности (целенаправленной продуктивной деятельности).

Таблица 1

Оценка депрессии у больных с помощью шкалы MADRS для оценки депрессии.

Степень выраженности депрессивной симптоматики	Группа обследованных, n=38	
	абс. число	%
Депрессивные тенденции не выражены	0	0
Легкий депрессивный эпизод	35	92.1
Умеренный депрессивный эпизод	3	7.9
Тяжелый депрессивный эпизод	0	0

Таблица 2

Динамика показателей актуального состояния больных с нарушениями сна в процессе лечения по тесту цветочных выборов М. Люшера (в % из 100 возможных)

Показатели состояния больного	Во время поступления в стационар	Через неделю лечения	Через две недели лечения	На момент выписки из стационара
Отклонение от аутогенной нормы	68,13±1,41	64,12±1,36	52,64±1,33	46,26±1,32*
Уровень работоспособности	22,27±1,71	24,71±1,61	36,17±1,63*	44,63±1,39*
Уровень активности	66,32±1,13	62,45±1,29	58,29±1,41	42,22±1,43 *

\* Достоверность разницы ( $p < 0,05$ ) в пределах группы по отношению к моменту поступления в стационар

Таблиця 3

Оценка депрессии у больных с помощью шкалы MADRS для оценки депрессии через 4 недели после начала терапии

Степень выраженности депрессивной симптоматики	Группа обследованных, n=38	
	абс. число	%
Депрессивные тенденции не выражены	34	89.5
Легкий депрессивный эпизод	4	10.5
Умеренный депрессивный эпизод	0	0
Тяжелый депрессивный эпизод	0	0

Уже через неделю после начала терапии пациенты отмечали значительное улучшение состояния, редукцию нарушений сна, повышение общей и социальной активности.

В течение всего периода лечения наблюдалось значительное снижение отклонения от аутогенной нормы (с  $68,13 \pm 1,41$  до  $46,26 \pm 1,32$ ), что, начиная с третьей недели терапии статистически достоверно было ниже начальных показателей. Через четыре недели терапии показатели работоспособности превысили показатели активности, на фоне значительного снижения последней (с  $66,32 \pm 1,13$  до  $42,22 \pm 1,43$ ).

Данные результаты согласуются и с показателями по шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS), которые представлены в табл. 3.

У больных к исходу четвертой недели терапии наблюдалось значительная редукция депрессивной симптоматики – умеренный уровень депрессии не диагностировался, легкие проявления депрессии выявлены только у 10,5% пациента.

Следует обратить внимание, что у всех больных на этот момент отмечалась редукция соматовегетативных эквивалентов депрессии, что позитивно сказывалось на проведении терапии нарушений сна, а также общим улучшением самочувствия. Больным был рекомендован более длительный прием медикаментов (до полугода и более).

Побочных эффектов действия миразапа не наблюдалось. Это свидетельствует о достаточной эффективности терапии данного препарата.

## Выводы

Анализируя полученные данные, следует считать, что при наличии нарушений сна как моносимптома депрессивного расстройства, наиболее оптимальным является выбор антидепрессанта с достаточным седативным эффектом.

Одним из наиболее предпочтительных препаратов в данной ситуации является миразеп, который есть антагонистом мускариновых рецепторов средней силы, что объясняет высокую терапевтическую эффективность в качестве монотерапии депрессивных расстройств, представленных инсомнией как моносимптомом и относительно низкую частоту антихолинергических побочных эффектов у пациентов, который обладает высокой эффективностью.

## Литература

1. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004. – 408 с.
2. Бурчинський С. Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології // Ліки. – 2004. – № 56. – С. 28–32.
3. Мищенко Н. Тревожные расстройства – актуальная проблема медицины // Здоров'я України. – 2006. – № 18 (151). – С. 49.
4. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? // Здоров'я України. – 2006. – № 13–14 (146–147). – С. 1–3.
5. Основы психологии. Практикум / Ред. – сост. Л.Д. Столяренко. – Ростов н / Д: Изд-во «Феникс», 2000. – 576 с.
6. Подкорытов В. С., Серикова О. И. Пароксетин в терапии тревожных и депрессивных расстройств у соматических больных // Medicus Amicus. – 2006. – № 1. – С. 8–9.
7. Сергеев И. И. Психотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т.5. – № 6. – С. 1–14.
8. Goddard A. W., Mason G. F., Almai A. at al. // Archives Gen Psychiatry 2001; 58: 556.

