

Е.А. Тараканова

*доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, д.м.н.,
Волгоградский государственный медицинский университет*

Е.А. Tarakanova

*Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction
Volgograd State Medical University MD, Associate Professor*

М.Н. Волков

Директор ООО "РИА"ПАНДА-Волгоград"

M.N. Volkov

Director of "RIA PANDA-Volgograd" (yolka20@yandex.ru)

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНОЙ ИНСОМНИИ

Аннотация. В статье представлены результаты использования биологически активной добавки «Сонник» в терапии 30 амбулаторных пациентов с депрессивными расстройствами с наличием в клинической картине расстройства нарушений сна.

Annotation. The article presents the results of the use of biologically active supplement "Sonnik" in treatment of 30 depressive outpatients with insomnias.

Ключевые слова: депрессия, нарушения сна, антидепрессант.

Key words: depression, sleep disorders, antidepressant.

В настоящее время повсеместно возрастает выявляемость психических расстройств, особенно депрессий. Клинически значимые проблемы психического здоровья обнаруживаются у 25% пациентов общей медицинской сети: это, прежде всего, депрессии, тревожные и соматоформные расстройства [1, 2, 3]. Одним из наиболее значимых расстройств, требующих совместной работы врачей интернистов и психиатров, несомненно, являются депрессии. Это связано со спецификой клинических проявлений депрессии, в частности, наличием в ее структуре широкого спектра жалоб соматического характера, нарушений сна, общей активности и физического тонуса.

Среди населения показатели распространенности депрессий являются одними из самых высоких среди всех классов заболеваний. По данным ВОЗ, только клинически очерченные, типичные формы депрессий выявляются не менее чем у 12-25% пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общемедицинской сети, тогда как диагноз депрессии устанавливается только у 10-15%, а лечение антидепрессантами назначается только 4-13% пациентов с депрессией [3, 4, 5].

Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности, своего прошлого и будущего. Наряду с искажением когнитивных процессов, депрессивное изменение настроения сопровождается соматовегетативными дисфункциями, моторным торможением, снижением побуждений к деятельности [1].

В классическом варианте клинические проявления депрессий включают следующие группы симптомов: гипотимию, соматовегетативные нарушения,

расстройства сна. Гипотимия, или снижение настроения, при депрессии отмечается почти ежедневно и большую часть дня, мало изменяясь в течение суток, часто сочетаясь с тревогой. Все это сопровождается снижением или утратой интересов и способности получать удовольствие (ангедонией), заниженной самооценкой и уверенности в себе, пессимистическим видением будущего, идеями вины и самоуничтожения, снижением когнитивной сферы, суицидальными тенденциями. Соматовегетативные нарушения характеризуются повышенной утомляемостью, головокружениями, нарушениями сердечного ритма, сухостью во рту, запорами, снижениями аппетита, снижением половой потенции или фригидностью, нарушениями менструального цикла и т.д. К расстройствам сна при депрессиях относятся нарушения засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями, ночные кошмары, ранние пробуждения, потеря чувства удовлетворения от сна.

Систематика депрессивных расстройств включает типичные и атипичные формы, маскированные депрессии и смешанные состояния.

Наибольшие сложности возникают при диагностике так называемых соматизированных (маскированных, ларвированных, алекситимических) вариантов депрессий. Они характеризуются доминированием в клинической картине соматических и вегетативных симптомов, так называемых «соматических эквивалентов» в виде функциональных расстройств внутренних органов и вегетативной нервной системы. Эквивалентами депрессивных (аффективных) расстройств чаще всего являются сенестопатические явления (ощущения жжения, парестезии, разнообразные боли), «психические эквиваленты депрессии» (ипохондрическая готовность, страхи, навязчивости, другие неврозоподобные нарушения), вегетативные расстройства (головокружения, тахикардия, дискинезии, запоры, сухость слизистых), «токсикоманические эквиваленты депрессии» (склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками) [1, 7]. Усиливается тенденция к хронификации депрессий, которые выявляются практически во всех сферах здравоохранения независимо от профиля медицинских учреждений – амбулаторного, общесоматического, специализированного. Все это, несомненно, подчеркивает актуальность продолжения изучения распространенности, диагностики и подходов к терапии депрессивных расстройств [8, 9, 10].

У пациентов с депрессией выделены физиологические показатели, обнаруживающие циркадианные аномалии, которые теоретически могут облегчить диагностику депрессии на раннем ее этапе. Эти показатели включают расстройство сна и структуру сна, температуру тела и ритмы секреции гормонов (например, пролактин, кортикотропин, кортизол, гормон роста, тиреотропин, мелатонин) [11].

Расстройства сна давно рассматриваются как ключевой симптом эндогенной депрессии, поскольку нарушения сна, связанные с депрессией, впервые были описаны почти 30 лет назад. Депрессивные симптомы могут включать нарушения сна, включая смещение фазы циклов сон–бодрствование, снижение амплитуды или нарушение процессов, зависящих от цикла сон–бодрствование, трудности засыпания, снижение эффективности сна (с учетом его продолжительности и глубины по отношению к общему времени, проведенному в кровати), увеличение числа и продолжительности пробуждений среди ночи и мучительные утренние пробуждения [11].

Нарушения сна относятся к главным симптомам депрессии: более 90% пациентов отмечают расстройства сна, неблагоприятно влияющие на функционирование в дневное время. Кроме того, нарушения сна относятся к наиболее частым резидуальным симптомам, связанным с неполной ремиссией и, следовательно, с повышением риска рецидивов и повторных депрессивных эпизодов. Соответственно нарушения сна часто становятся ведущей причиной обращения пациентов с депрессией за медицинской помощью, а улучшение сна является важным фактором повышения комплаентности к фармакотерапии [6].

Хотя эффективная терапия депрессии обычно сопровождается улучшением сна, антидепрессанты, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина, меняют его архитектуру, а некоторые даже вызывают его нарушения, особенно в начале терапии. Примерно 35% пациентов, получающим терапию СИОЗС, дополнительно назначают гипнотики для коррекции индуцированных СИОЗС нарушений сна и тревоги. Некоторые антидепрессанты, включая амитриптилин, тразодон и мirtазапин, вызывают седацию и улучшают сон, но могут вызывать сонливость в дневное время.

В рамках разработки стратегии терапии депрессий с проявлениями инсомнии изучается эффективность антидепрессантов с разным набором фармакологических свойств в отношении перечисленных аномалий архитектуры сна [6, 11]. С учетом важности проблемы депрессивной инсомнии и необходимости восстановления циркадианного ритма показано, что антидепрессанты не всегда улучшают сон в первые недели: улучшение сна (субъективное и объективное) часто отмечается только после 3–4 нед лечения. Некоторые антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), широко используемые при терапии депрессивных расстройств, в начале лечения дополнительно увеличивают латентность сна и сокращают его продолжительность, кроме того, могут увеличивать число и продолжительность ночных пробуждений в первые недели. Субъективное улучшение качества сна при лечении препаратами из группы СИОЗС, по данным аналоговых шкал, происходит медленно после 2–3 недель терапии. Вместе с тем, улучшение сна в короткие сроки после начала лечения является важной терапевтической задачей, как правило, способствующей повышению желания больных продолжать лечение.

Биологически активные добавки (БАД) – на российском рынке появились в 90-х годах прошлого столетия. С ростом интереса к новому и необходимому продукту у общества возникла потребность в объективной информации о БАД. Биологически активные пищевые добавки к пище, наряду со специализированными продуктами питания, являются наиболее эффективным способом устранения дефицита витаминов, но при условии содержания биологических веществ в дозах, соответствующих физиологическим потребностям человека. Поскольку БАД стали объектом деятельности множества коммерческих фирм (которые активно рекламируют и часто производят их кустарным образом) и поначалу не были востребованы официальной медициной, их толкование стало двусмысленным как среди потребителей, так и среди медицинского персонала. Это зачастую приводит к серьезным заблуждениям и неправильным действиям. Негативный образ БАД формируется из-за: недостатка знания в области микронутриентологии, в том числе у медицинских специалистов (нет долж-

ного отражения вопроса в программах обучения не только в медицинских институтах, но и на факультетах повышения квалификации и переподготовки врачей); отсутствия объективной и достоверной информации о конкретных БАД и продуктах функционального питания; засилья недобросовестной рекламы и некачественной продукции (либо присутствие в препарате только части необходимых микронутриентов, либо их дозы значительно ниже уровня действующих доз); недостаточной информированности отечественного потребителя о законодательной базе, регулирующей оборот БАД.

Концепция государственной политики Российской Федерации в области здорового питания предусматривает, что расширение применения БАД для улучшения структуры питания — неотложная мера наряду с увеличением потребления витаминизированных продуктов и свежих фруктов и овощей. Помимо этого, концепция подразумевает повышение культуры питания населения и создание новых, научно обоснованных рецептов продуктов и БАД.

С целью получения дифференцированной оценки эффективности и безопасности БАД в комплексной терапии депрессивной инсомнии и нормализации циркадианных ритмов в условиях амбулаторной практики, проведено открытое несравнительное наблюдательное исследование в рамках 6-недельной терапии депрессивного эпизода.

Материал и методы.

В исследование включены 30 пациентов с депрессивными расстройствами, в возрасте от 18 до 55 лет, с наличием письменного информированного согласия для участия в исследовании, состояние которых на момент осмотра соответствовало критериям депрессии легкой и умеренной степени тяжести по МКБ-10, с отказом от беременности на весь период исследования (для женщин детородного возраста). Так как БАД не является лекарством, вся группа пациентов получала антидепрессант из группы СИОЗС в среднетерапевтической дозировке. В то же время, обязательным условием было исключение приема транквилизаторов для коррекции нарушений сна. Таким образом, «Сонник» в исследовании являлся препаратом, компоненты которого оказывают релаксирующее действие, нормализуют сон, помогают бороться с состоянием беспокойств и депрессии.

БАД «Сонник» (в качестве дополнительной терапии) в дозе 1 капсула в сутки назначался амбулаторно, курс лечения составил 6 недель. Оценка эффективности терапии в целом (антидепрессант + БАД «Сонник») проводилась с использованием следующих шкал: CGI-I (шкала общего клинического впечатления – подшкала тяжести CGI-S и подшкала улучшения - CGI-I), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Монтгомери - Асберг (MADRS), оценка эффективности БАДа – с помощью шкалы Leeds.

Критериями исключения являлись следующие: пациент имеет другой психиатрический диагноз, кроме большого депрессивного расстройства; у пациента имеется клинически значимое соматическое/неврологическое заболевание; у пациента в анамнезе злоупотребление наркотическими веществами/алкоголем; наличие в анамнезе онкологических заболеваний; наличие маниакально-гипоманиакального эпизода в анамнезе; беременность и период вскармливания, использование транквилизаторов и снотворных средств в течение всего исследования.

Субъективные показатели сна оценивались с помощью вопросника для оценки сна Leeds на 4 и 6 визитах. Вопросник состоит из 10 пунктов, результаты измерения группируются по 4 баллам, которые отражают легкость засыпания, субъективное качество сна, легкость пробуждения и целостность поведения после пробуждения. Вопросник оценивает изменения в ходе лечения относительно состояния пациента до начала терапии.

Показатели безопасности и комплаентность. Сообщаемые пациентами нежелательные явления регистрировались на каждом визите. Комплаентность оценивалась путем подсчета количества возвращенных капсул на каждом визите.

Обсуждение результатов.

Для оценки результатов терапии анализировались данные динамики состояния 30 пациентов, полностью завершивших 6-недельный курс терапии. К концу 6-ой недели терапии количество респондеров по шкале CGI составило 30 человек (100%).

По всем исследуемым параметрам была обнаружена четкая тенденция к улучшению, начиная с первых дней терапии. Сопоставление динамики общего балла по шкале HADS и субшкалам CGI показало, что статистически значимое ($p < 0,0001$) увеличение доли респондеров и ремиттеров достигается уже в первые 2 нед терапии. Сходные тенденции обнаружены при сравнении показателей шкалы Leeds. В частности, пациенты отмечали субъективное улучшение сна начиная с первой недели терапии. Оценивая показатели шкалы Leeds уже на 4 неделе терапии, можно отметить улучшение по пунктам «засыпание» и «качество сна», одновременно отмечалось улучшение показателей «легкость пробуждения» и «цельность поведения». В ходе продолжения терапии (6-ая неделя исследования) внутригрупповые баллы показателей шкалы Leeds статистически значимо снижались с большой степенью достоверности ($p \leq 0,0001$).

Согласно полученным в результате проведенного исследования данным, БАД «Сонник» может быть успешно использован в комплексной терапии депрессивных расстройств, сопровождающихся инсомнией. Компоненты комплекса «Сонник» способствуют хорошему засыпанию и нормальному сну, снижению возбудимости центральной нервной системы, снятию раздражительности и облегчению стрессовых и депрессивных состояний, хронической усталости.

Список источников:

1. Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике // Вестник волгоградского государственного медицинского университета, 2008.- №2.- с. 3-6.

2. Тараканова Е.А. Особенности диагностики и психофармакотерапии депрессий в общей медицинской сети // В сборнике: Психонкология и другие вопросы психосоматической медицины / Материалы Региональной научно-практической конференции молодых учёных. Под редакцией В.Г. Заики, О.И. Кита. 2012. С. 83-85.

3. Краснов В.Н. Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети // Социальная и клиническая психиатрия, 1999. – т.9.- в.4.- с.59.

4. Mischoulon D., McColl-Vuolo R., Howarth S. et al. Management of MD in the primary care setting // Psychother. Psychosom. 2001.- Vol.70.- p. 103-107.

5. Furlanetto L.M., Cavanaugh S., Bueno J.R. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients // Psychosom. 2000.- Vol.41.- №5.- p. 426-432.

6. Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А. Клиническое применение психотропных средств // Учебное пособие / Н.Я. Оруджев, Е.А.Тараканова.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013.- 100 с.

7. Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А. Современные подходы к терапии астенических состояний // Лекарственный вестник. 2009. Т. 5. № 4. С. 3-9.

8. Тараканова Е.А. Этические проблемы в психиатрической практике // Биоэтика. 2009. № 1. С. 20-23.

9. Тараканова Е.А. К вопросу о необходимости создания научно-образовательного клинического центра психосоматической медицины // Естественно-гуманитарные исследования. 2014. № 2(4). С. 125-128.

10. Тараканова Е.А. Оптимизация социальной адаптации психически больных // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10. № 2. С. 101.

11. Тараканова Е.А. Циркадианные аномалии при депрессиях // В сборнике: Психиатрия: дороги к мастерству / Материалы Российской научной конференции с международным участием. 2013. С. 817-825.