

НАРУШЕНИЯ СНА КАК ОДИН ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЕПРЕССИИ ПРИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Жигар А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность темы. Расстройства сна широко распространены у пациентов соматического профиля. От 30 до 55% населения планеты в отдельные периоды жизни имеют проблемы со сном. Нарушения сна полиэтиологичны: более 120 заболеваний указываются как наиболее вероятные причины данной патологии. Жалобы на нарушения сна редко являются непосредственной причиной обращения пациентов за медицинской помощью и встречаются преимущественно в перечне иных жалоб соматического либо психоневрологического характера. Около 60-70% пациентов (по данным литературы) с нарушениями сна имеют симптомы психических заболеваний в соответствии с критериями рубрики F (психические и поведенческие расстройства) МКБ-10. Несмотря на это, преобладающие в среде практических врачей взгляды в отношении нарушений сна как о чем-то преходящем, вторичном, симптоматическом, всецело зависящем от других более важных причин обуславливают поверхностное отношение к данному симптому. Большинство врачей общесоматической сети не пытаются анализировать и давать объяснения этому патологическому явлению, ограничиваясь назначением препарата для улучшения сна, причем достаточно часто зопиклона, который при длительном приеме может вызывать зависимость.

В то же время следует помнить, что не только основное заболевание влияет на состояние сна, но и состояние сна оказывает влияние на динамику основного заболевания. Одной из причин низкой эффективности гипотензивной терапии является нарушение сна, которое, по данным литературы, наблюдается примерно у 42% больных артериальной гипертензией. Нарушения сна у данных пациентов приводит к повышению ночного давления, за счет чего увеличивается среднесуточное давление. При добавлении к лечению препаратов, корректирующих сон, удается быстрее нормализовать артериальное давление.

Особого внимания заслуживают нарушения сна при депрессивных состояниях, они являются одним из патогномичных симптомов при данном расстройстве. В то же время, депрессии – одни из немногих расстройств, при которых своевременная и адекватная терапия инсомнии оказывает существенное влияние на течение основного заболевания. Для депрессий характерны как трудности засыпания, так и ранние пробуждения с невозможностью уснуть, тревожное беспокойство при ночном пробуждении, тягостное душевное

состояние в ранние утренние часы. Именно депрессивным больным свойственно отсутствие чувства сна. У таких больных нередко формируется навязчивый страх перед наступлением ночи и бессонницей

Все это делает проблему распознавания и адекватной помощи при нарушениях сна крайне важной.

Важность диагностики депрессии у данной категории пациентов обусловлена тем, что депрессия негативно влияет на проявления и даже исход соматического заболевания, может осложнять диагностику и лечение основного заболевания, а также является значимым фактором риска суицидальной активности (к которой можно отнести сознательный отказ пациента от лечения, несмотря на возможный летальный исход).

В практике врачей также часто встречаются соматогенные (симптоматические) депрессии, как правило, возникающие при тяжелых, хронически протекающих соматических заболеваниях. Симптоматические депрессии формируются в тесной зависимости от динамики соматической патологии: проявления аффективных расстройств манифестируют при нарастании тяжести и редуцируются по мере обратного развития симптомов соматического заболевания.

Цель. Оценка связи между нарушениями сна и наличием депрессивной симптоматики. Выявить наиболее частые психологические жалобы у пациентов различных соматических профилей.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты Городской клинической больницы №3 г. Гродно, которым был предложен тест-опросник (шкала) депрессии Бека для оценки уровня депрессии и проведена клиническая беседа с использованием разработанной нами анкеты. Состояние пациентов оценивалось в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. В исследовании приняли участие 32 пациента: кардиологического профиля 11, неврологического 15, терапевтического 6. Среди которых было 20 женщин и 12 мужчин.

Результаты. Из 11 пациентов кардиологического профиля: 7 (63,6%) жалуются на нарушение сна, 3 (27,3%) на сниженное настроение, 1 (9,1%) на раздражительность. Из 15 пациентов неврологического профиля: 8 (53,3%) жалуются на нарушение сна, 2 (13,3%) на сниженное настроение, 2 (13,3%) на раздражительность, 2 (13,3%) на повышенную тревожность. Из 6 пациентов терапевтического профиля: 2 (33,3%) жалуются на нарушение сна, 1 (16,7%) на сниженное настроение, 1 (16,7%) на раздражительность, 1 (16,7%) на повышенную тревожность. По данным тест-опросника (шкалы) депрессии Бека получены следующие результаты: у 16 (50%) пациентов депрессия отсутствует; у 9 (28,13%) пациентов лег-

кая депрессия, 6 (66,7%) из них жалуются на нарушение сна; у 1 (3,13%) пациента умеренная депрессия, у 4 (12,5%) пациентов выраженная депрессия, у 2 (6,25%) пациентов тяжелая депрессия все из них имеют жалобы на нарушения сна. Кроме того, состояние данных пациентов соответствовало диагностическим критериям МКБ-10 (преимущественно органическое аффективное расстройство, депрессивное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство). Таким образом, у 76,4% пациентов с нарушениями сна выявлены симптомы депрессии.

Выводы:

1. Нарушения сна широко распространены у пациентов соматического профиля.

2. Наличие у пациента жалоб на нарушение сна должно вызывать настороженность у врача в плане возможного наличия коморбидного аффективного расстройства.

Литература

1. Вейн, А.М. Нарушения сна и бодрствования / А.М. Вейн. - М.: Медицина, 1974. – 384 с.

2. Вейн, А. М., Хехт, К. Сон человека. Физиология и патология / А.М. Вейн, К. Хехт. - М.: Медицина, 1989. – 272с.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Жигар А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием кожи, которым страдает примерно 2-3% населения в мире.

С точки зрения психосоматики псориаз является следствием недовольства человека собственным телом, своим положением в жизни, окружающим миром, неумением ценить себя. Чем более выраженным является негативное отношение к себе и внешнему миру, внутренний конфликт, тем тяжелее протекает болезнь. Симптомы в виде высыпаний, бляшек отражают самоуничижительные мысли человека, появляющиеся корочки призваны огородить человека от внешнего мира. Как правило, пациент с психосоматической формой псориаза придает слишком большое значение мнению других о себе, стыдится своих недостатков, внутренне не может принять себя, постоянно боится, что его могут обидеть.

К личностным особенностям пациентов с псориазом относятся: алекситимия, страх отвержения, подавление агрессивных импульсов, трудности в установлении границ во взаимоотношениях.

К факторам, провоцирующим обострение псориаза и утяжеляющим его течение можно отнести стрессовые жизненные события, отсутствие социальной поддержки, небезопасный тип привязанности (тревожный и избегающий типы) в отношениях. Считается, что