УДК 616.74-009
МРНТИ: 76.29.51
DOI: 10.24412/2790-1289-2025-2-83-92

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ БЕКА

А. Ж. Кудебаева[1,2*], С. Т. Туруспекова[1], Э. М. Мамытова[3]
[1]НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Казахстан, Алматы
[2]НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы
[3]Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, Кыргызстан, Бишкек
**Корреспондирующий автор*

Аннотация

Миастения является классическим аутоиммунным заболеванием, клинические проявления которого в виде слабости и патологической мышечной утомляемости обусловлены явлениями аутоагрессии с образованием антител, направленных к различным антигенным мишеням периферического нейромоторного аппарата. Помимо соматических проявлений, всё большее внимание исследователей привлекают сопутствующие психические расстройства, прежде всего депрессивные состояния, которые могут существенно усугублять течение основного заболевания и снижать эффективность комплексной терапии.

Целью исследования является оценка частоты и взаимосвязи развития депрессии у больных миастенией.

Методы и материалы. Обследовано 40 больных миастенией (14 мужчин и 26 женщин, средний возраст больных 48,6 ± 12,95 лет). Определяли степень выраженности депрессии по шкале Бека. Уточняли связь этих показателей с полом, возрастом, длительностью заболевания, степенью тяжести миастении по шкале MGFA.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространённости депрессивной симптоматики среди пациентов с миастенией, при этом наиболее часто выявлялись депрессивные расстройства лёгкой и умеренной степени тяжести. Для пациентов с миастенией уровень депрессии по шкале Бека был достоверно выше, чем у здоровых. У больных миастенией он составил 16,62 ± 8,15, а у здоровых добровольцев – 8,25 ± 5,06 ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, депрессия у пациентов с миастенией представляет собой распространённую и нередко недооценённую клиническую проблему, требующую комплексного и систематического подхода к диагностике и терапии. Внедрение своевременного скрининга депрессии в стандартные клинические алгоритмы ведения пациентов с миастенией способствует более своевременному выявлению аффективных нарушений, повышает приверженность лечению и способствует улучшению общего прогноза заболевания. Оптимальным является междисциплинарный подход, включающий взаимодействие специалистов в области неврологии и психиатрии, что обеспечивает более эффективное ведение данной группы пациентов.

Ключевые слова: *миастения, депрессия, психоэмоциональные нарушения, шкала депрессии Бека.*

Введение

Миастения – классическое аутоиммунное заболевание, клинические проявления которого в виде слабости и патологической мышечной утомляемости обусловлены явлениями аутоагрессии с образованием антител, направленных к различным антигенным мишеням периферического нейромоторного аппарата [1]. Заболевание может проявляться различными симптомами, которые зависят от формы заболевания.

В основном заболевание начинается с глазной формы миастении, которая со временем в 85 % случаев переходит в генерализованную [2]. Диагноз ставится на основании клинических проявлений, лабораторных и инструментальных данных. В большинстве случаев клиническая картина основана на совокупности признаков и симптомов, таких как двоение в глазах, опущение век, трудности с речью и глотанием, слабость скелетной мускулатуры, которые возникают после физической нагрузки и колеблются в течение дня. Лабораторные тесты включают в себя определение аутоантител к ацетилхолиновому рецептору, мышечно-специфической тирозинкиназе и антитела к липопротеин-связанному рецепторному белку 4 и мышечным структурам (титину, рианодиновым рецепторам) [3]. Проведение электромиографии и компьютерной томографии вилочковой железы является следующим этапом диагностики миастении.

Миастения относится к орфанным заболеваниям, по данным различных источников распространённость в мире варьирует от 1,5 до 36,71 случаев на 100 000 населения. В Казахстане полномасштабные эпидемиологические исследования по распространённости заболевания не проводились. По предварительным данным распространённость в Казахстане оценивается в пределах от 0,5 до 5,0 случаев на 100 000 населения [4]. Миастения может развиться в любом возрасте, однако характерна определённая закономерность. Среди больных миастенией младше 40 лет чаще страдают женщины в соотношении 7:3, тогда как среди больных старше 50 лет преобладают мужчины в соотношении 3:2 [5].

Согласно данным систематического обзора и метаанализа, распространённость депрессивных симптомов у пациентов с миастенией варьирует от 1 % до 76 % [6], что свидетельствует о значительно более высокой частоте депрессии в данной группе по сравнению с общей популяцией. Эта тенденция может быть обусловлена как биологическими механизмами, включающими иммунные и нейрохимические нарушения, так и психологическими факторами, такими как хроническая усталость, социальная изоляция и снижение качества жизни.

Игнорирование депрессивных симптомов у пациентов с миастенией представляет собой значимую клиническую проблему, обусловленную тем, что сопутствующие аффективные расстройства коррелируют с ухудшением качества жизни, снижением приверженности к лечению, увеличением частоты госпитализаций, а также потенциально повышенным риском суицидального поведения. В то же время вопросы диагностики и терапии депрессии у данной категории пациентов остаются недостаточно изученными и стандартизированными. Сложности диагностики обусловлены существенным совпадением соматических симптомов миастении (включая утомляемость, мышечную слабость и расстройства сна) с проявлениями депрессивного синдрома, что затрудняет проведение адекватной дифференциальной диагностики.

Целью данного исследования было выявление депрессии с использованием шкалы Бека и установление ее связи с различными показателями у больных миастенией.

Методы и материалы

В данном поперечном исследовании принимали участие больные, состоящие на диспансерном учёте в поликлиниках города Алматы в течение полугода 2023 года. Все участники дали письменное информированное согласие перед началом исследования. В исследование не включали пациентов с органическими неврологическими заболеваниями и тяжелой соматической патологией. Протокол исследования был одобрен Локальным комитетом по этике Казахского национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова.

Было обследовано 40 пациентов с диагнозом миастения: 26 женщин, 14 мужчин (Таблица 1). Возраст больных классифицирован по трём группам согласно ВОЗ: молодой (от 18 до 44 лет) – 16 пациентов, средний возраст (от 45 до 59 лет) – 14 пациентов, пожилой возраст (старше 60 лет) – 10 пациентов. Средний возраст больных составил 48,6 ± 12,95 лет. Средняя продолжительность заболевания – 6,62 ± 6,51 лет.

Среди 40 больных с миастенией преобладала генерализованная форма, которая была выявлена у 32 (80 %) пациентов, а глазная форма – у 8 (20 %).

Тяжесть состояния оценивалась согласно MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America), предусматривающей 5 классов: от I класса - изолированная слабость окулярных мышц до 5 класса - необходимость в интубации,

сопровождающейся / или не сопровождающейся механической вентиляцией (кроме рутинного послеоперационного введения). При анализе согласно MGFA: в классе I – 8 (20 %) пациентов, в классе II – 3 (7,5 %), в классе III – 28 (70 %) и в классе IV – 1 (2,5 %).

Оценку степени выраженности депрессии определяли по шкале депрессии Бека. При интерпретации результатов опросника Бека использовали следующую интерпретацию: 0-9 – отсутствие симптомов депрессии, 10-18 – лёгкая депрессия, 19-29 – выраженная депрессия, 30-63 соответствует тяжёлой депрессии. Выраженность депрессивных симптомов может быть количественно оценена с помощью когнитивно-аффективной субшкалы, включающей пункты 1-13, а также субшкалы соматических проявлений депрессии, охватывающей пункты 14-21. Каждый больной прошёл неврологический осмотр с установлением формы заболевания, степени тяжести по шкале MGFA, был учтён пол, возраст и длительность заболевания. Контрольную группу составили 40 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу с больными миастенией.

Статистический анализ был выполнен с использованием компьютерной программы IBM SPSS Statistics 29. Для определения нормальности распределения данных был использован критерий Шапиро-Уилка (Shapiro-Wilk test). Для сравнительного анализа значений двух групп мы использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney U-Test). Для установления взаимосвязи между группами был применен непараметрический тест ранговой корреляции Спирмена (Spearman's coefficient). При уровне значимости $p<0.05$ нулевая гипотеза отвергалась.

Результаты

Сравнительный анализ степени выраженности депрессии выявил различия показателей между основной и контрольной группами. У больных миастенией уровень депрессии по шкале Бека был достоверно выше, чем у здоровых, и составил 16,62 ± 8,15, а у здоровых добровольцев 8,25 ± 5,06 ($p <0,01$).

Таблица 1. Основная характеристика пациентов с миастенией

Переменная	n	%
Пол		
Женщины	26	65 %
Мужчины	14	35 %
Форма заболевания		
Генерализованная	32	80 %
Глазная	3	20 %
Степень тяжести по MGFA		
I	8	20 %
IIAB	3	7.5 %
IIIAB	28	70 %
IV	1	2.5 %

Источник: составлено авторами

У больных миастенией в основном было выявлено преобладание лёгкой и умеренной выраженности депрессии: лёгкая депрессия отмечена у 32,5 % пациентов, умеренная – у 30 %, тяжёлая – у 10 % больных, отсутствие проявлений депрессии – у 27,5 % больных.

В нашем исследовании мы наблюдали, что среди участников с выявленной депрессией (29 больных и 14 добровольцев) преобладали женщины: в основной группе – 20 женщин (68,9 %) и 9 мужчин (31,0 %), в контрольной группе – 11 женщин (78,5 %) и 3 мужчин (21,4 %).

Результат теста ранговой корреляции Спирмена показал слабую положительную связь между возрастом и BDI ($p>0,15$). Более высокие показатели депрессии отмечены у больных старше 60 лет – 20,7 ± 7,84, в возрастной группе от 45 до 59 лет он составил 16,14 ± 7,09, от 18 до 44 лет – 14,5 ± 8,29 (Рисунок 1).

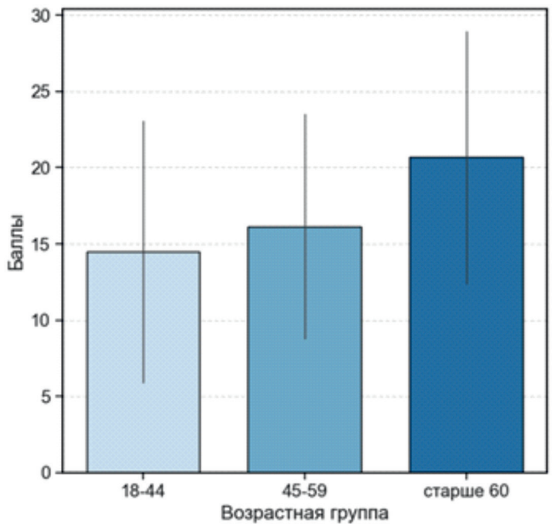

Рисунок 1. Показатели депрессии у пациентов с миастенией в зависимости от возраста
Источник: составлено авторами

В результате проведённого сравнительного анализа было определено отсутствие статистически значимых различий между степенями депрессии у женщин (17,08 ± 7,55) и мужчин (15,79 ± 9,1) при уровне значимости p=0,41. Установлено, что у больных с продолжительностью заболевания более 10 лет показатели по шкале Бека были выше (Таблица 2).

Таблица 2. Показатели депрессии в зависимости от длительности миастении

Длительность заболевания, годы	≤ 5 (n=23)	6 – 10 (n=13)	> 10 (n=4)
Шкала депрессии Бека, баллы (среднее значение ± стандартное отклонение)	13.17 ± 7.72	19.92 ± 5.88	25.75 ± 4.82

Источник: составлено авторами

Результат теста ранговой корреляции Спирмена показал сильную положительную связь между длительностью заболевания и результатами по BDI (p <0,001). При установлении связи между баллами по шкале депрессии Бека и степенью тяжести миастении по MGFA было найдено, что показатели депрессии становились выше по мере утяжеления состояния заболевания (Таблица 3, Рисунок 2). Однако количество пациентов в категориях было неравномерным, поэтому эти наблюдения следует подтвердить в дальнейших исследованиях.

Таблица 3. Значения по шкале депрессии Бека в соответствии со степенями тяжести заболевания

Степень тяжести по MGFA, классы	I (n=8)	IIA – IIB (n=3)	IIIA – IIIB (n=28)	IVA – IVB (n=1)
Шкала депрессии Бека, баллы (среднее значение ± стандартное отклонение)	7,62 ± 0,99	9,0 ± 0,82	19,32 ± 6,68	36,0 ± 0

Источник: составлено авторами

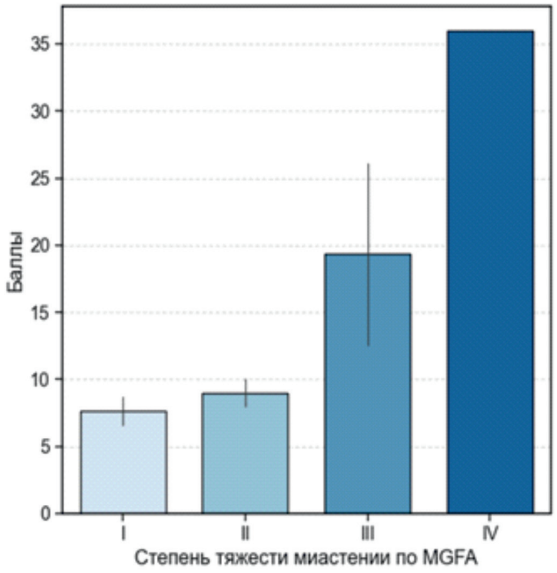

Рисунок 2. Показатели депрессии у пациентов с миастенией в зависимости от MGFA

Источник: составлено авторами

Обсуждение

Наше исследование показало высокую распространённость депрессии у больных миастенией в сравнении с контрольной группой. По данным автора Siddig A., у пациентов с миастенией чаще отмечается депрессия, чем в общей популяции [7]. Хроническое течение заболевания с высокой частотой развития кризов, возрастные особенности, социальная изоляция, а также побочные эффекты медикаментозной терапии выступают в качестве факторов, предрасполагающих к развитию депрессии.

Частота умеренной и тяжёлой депрессии в нашем исследовании составила 40 % от общего числа обследованных, что сопоставимо с ранее опубликованными данными, полученными с использованием шкалы BDI у пациентов с миастенией, согласно которым у 41 % больных выявляются аффективные расстройства [8]. В ряде других исследований, таких как статья Крейс О. А., опубликованной в 2020 г. [9], депрессия преимущественно диагностировалась лёгкой степени выраженности (44,1 %; n = 30), тогда как умеренная – у 17,6 % участников (n = 12). В нашем исследовании также было установлено преобладание лёгкой и умеренной степени депрессии среди пациентов с миастенией.

В нашем проведённом исследовании отмечена зависимость повышения показателя депрессии от длительности заболевания и степени тяжести миастении по MGFA. С увеличением продолжительности заболевания у пациента повышается риск развития депрессии. Эту связь можно объяснить несколькими факторами: нестабильное течение заболевания с развитием кризов, необходимость длительного приёма лекарственных препаратов, ограничение трудоспособности, снижение социальных контактов, а также тревожность пациентов, обусловленная неопределённостью дальнейшего развития событий. Приведённые данные совпадают с исследованием Güleç [10], в котором также оценивалась зависимость депрессии от различных показателей, таких как возраст, пол, продолжительность болезни, принимаемые лекарственные средства и частота госпитализации.

Степень депрессивных расстройств у больных миастенией зависела от класса миастении по MGFA, что можно сравнить с результатами другого исследования [11], где отмечалась тяжёлая депрессия у 71 % пациентов с IV классом по MGFA. Вместе с тем следует отметить неравномерное распределение пациентов по классам, что требует проведения дополнительного анализа и подтверждения данных в последующих исследованиях.

Более высокие показатели депрессии у пациентов пожилого возраста могут быть обусловлены личностными изменениями, изменением социальных ролей пожилых в обществе, усилением зависимости от окружающих, а также наличием сопутствующей соматической

патологии [8]. В нашем исследовании также наблюдались более высокие показатели депрессии у пациентов старшего возраста, хотя в других исследованиях [12] показывается возможность развития депрессии в более молодом возрасте и с более ранним дебютом заболевания.

В ходе проведённого исследования не было выявлено статистически значимых различий в уровне депрессии между пациентами женского и мужского пола. Между тем в работе Bogdan [13] была установлена ассоциация между тяжестью миастении, уровнем депрессии, хроническим стрессом и принадлежностью к женскому полу. Согласно результатам исследования Zhao [14], гендерных различий в наследуемости и экспрессии генов, ассоциированных с депрессивными расстройствами, не обнаружено. Возможные отличия в патогенезе депрессии у мужчин и женщин могут быть обусловлены не только биологическими, но и социально-психологическими факторами, включая более низкую обращаемость мужчин за психиатрической помощью [15]. Указанные аспекты целесообразно учитывать при планировании и интерпретации результатов будущих исследований.

В Казахстане мало исследований посвящено изучению орфанных заболеваний. В связи с этим результаты нашего исследования показывают довольно высокую распространённость депрессии у больных миастенией, важность ее своевременной диагностики и коррекции, а также установление связи депрессии с различными аспектами заболевания.

Одним из ограничений настоящего исследования является его поперечный (одномоментный) дизайн, что не позволяет установить причинно-следственные связи. В частности, на основе полученных данных невозможно достоверно определить, к примеру, влияет ли применение определённых лекарственных препаратов (глюкокортикоидов) на развитие депрессии.

В настоящем исследовании для предварительной оценки депрессии у пациентов с миастенией была использована шкала Бека, представляющая собой один из наиболее валидированных, надёжных и широко применяемых инструментов в клинической и научной практике. В перспективе дальнейших исследований возможно расширение методологического подхода за счёт включения дополнительных диагностических инструментов, таких как шкала депрессии Гамильтона, а также привлечения специалистов-психиатров. Данный подход создаст условия для всестороннего и клинически релевантного анализа депрессивной симптоматики в исследуемой когорте.

Выводы

Таким образом, при изучении самооценочной шкалы Бека у больных миастенией установлена легкой и умеренной степени депрессия в 62,5 % случаев. Имеется взаимосвязь депрессии от ряда факторов, таких как возраст больного, продолжительность заболевания и степень тяжести клинических проявлений миастении по MGFA. В перспективе наших дальнейших исследований депрессии планируется использование дополнительных диагностических инструментов, таких как шкала депрессии Гамильтона и шкала тревоги Спилбергера.

Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что врачи могут применять персонализированный подход к каждому пациенту.

Список источников

1. Миастения: клинический протокол / Министерство здравоохранения Республики Казахстан. – Астана, 2024. – 26 с. – URL: https://diseases.health.gov.kz (дата обращения: 20.12.2024).
2. Gilhus N. E., Tzartos S., Evoli A., et al. Myasthenia gravis // Nat. Rev. Dis. Prim. – 2019. – Vol. 5. – P. 30.
3. Yoganathan K., Stevenson A., Tahir A., et al. Bedside and laboratory diagnostic testing in myasthenia // J. Neurol. – 2022. – Vol. 269. – P. 3372-3384. – DOI: 10.1007/s00415-022-10986-3.
4. Bubuioc A.-M., Kudebayeva A., Turuspekova S., et al. The epidemiology of myasthenia gravis // J. Med. Life. – 2021. – Vol. 14(1). – P. 7-16. – DOI: 10.25122/jml-2020-0145.
5. Ciafaloni E. Myasthenia Gravis and Congenital Myasthenic Syndromes // Continuum (Minneap Minn). – 2019. – Vol. 25. – P. 1767-1784. – DOI: 10.1212/CON.0000000000000800.
6. Nadali J., Ghavampour N., Beiranvand F., et al. Prevalence of depression and anxiety among myasthenia gravis (MG) patients: A systematic review and meta-analysis // Brain Behav. – 2023. – Vol. 13(1). – Article No. 2840. – DOI: 10.1002/brb3.2840.

7. Siddig A., Hussein A., Aladil O., et al. Prevalence of depression among Sudanese patients with myasthenia gravis // J. Neurol. Sci. – 2019. – Vol. 405. – P. 5-6.
8. Law C., Flaherty C. V., Bandyopadhyay S. A Review of Psychiatric Comorbidity in Myasthenia Gravis // Cureus. – 2020. – Vol. 12(7). – Article No. 9184. – DOI: 10.7759/cureus.9184.
9. Крейс О. А., Алексеева Т. М., Гаврилов Ю. В., и др. Диагностика сонливости, усталости и депрессии у пациентов с миастенией гравис // Нервно-мышечные болезни. – 2020. – Т. 10, № 4. – С. 27-37.
10. Güleç Uyaroğlu F., Bilgin Ş., Keleş E., Zorlu Y. Anxiety and depression symptoms in patients with generalized myasthenia gravis // J. Tepecik Educ. Res. Hosp. – 2016. – DOI: 10.5222/terh.2016.097.
11. Kalbus O. I., Makarov S. O., Shastun N. P., et al. Features of depression development in myasthenia gravis // Med. Perspekt. – 2020. – Vol. 25. – P. 96-104.
12. Gavrilov Y. V., Alekseeva T. M., Kreis O. A., et al. Depression in myasthenia gravis: A heterogeneous and intriguing entity // J. Neurol. – 2020. – Vol. 267, № 6. – P. 1802-1811.
13. Bogdan A., Barnett C., Ali A., et al. Chronic Stress, Depression and Personality Type in Patients with Myasthenia Gravis // Eur. J. Neurol. – 2019. – DOI: 10.1111/ene.14057.
14. Zhao L., Han G., Zhao Y., et al. Gender Differences in Depression: Evidence from Genetics // Front. Genet. – 2020. – Vol. 11. – Article No. 562316. – DOI: 10.3389/fgene.2020.562316.
15. Yu L., Qiu L., Ran H., et al. Studying the relationship between clinical features and mental health among late-onset myasthenia gravis patients // World J. Psychiatry. – 2022. – Vol. 12(3). – P. 470-482. – DOI: 10.5498/wjp. v12.i3.470.

References

1. Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan (2024). Myasthenia: Clinical protocol. Astana, 26 p. Retrieved December 20, 2024, from https://diseases.health.gov.kz. (In Russian).
2. Gilhus N. E., Tzartos S., Evoli A., et al. Myasthenia gravis // Nat. Rev. Dis. Prim. – 2019. – Vol. 5. – P. 30.
3. Yoganathan K., Stevenson A., Tahir A., et al. Bedside and laboratory diagnostic testing in myasthenia // J. Neurol. – 2022. – Vol. 269. – P. 3372-3384. – DOI: 10.1007/s00415-022-10986-3.
4. Bubuioc A.-M., Kudebayeva A., Turuspekova S., et al. The epidemiology of myasthenia gravis // J. Med. Life. – 2021. – Vol. 14(1). – P. 7-16. – DOI: 10.25122/jml-2020-0145.
5. Ciafaloni E. Myasthenia Gravis and Congenital Myasthenic Syndromes // Continuum (Minneap Minn). – 2019. – Vol. 25. – P. 1767-1784. – DOI: 10.1212/CON.0000000000000800.
6. Nadali J., Ghavampour N., Beiranvand F., et al. Prevalence of depression and anxiety among myasthenia gravis (MG) patients: A systematic review and meta-analysis // Brain Behav. – 2023. – Vol. 13(1). – Article No. 2840. – DOI: 10.1002/brb3.2840.
7. Siddig A., Hussein A., Aladil O., et al. Prevalence of depression among Sudanese patients with myasthenia gravis // J. Neurol. Sci. – 2019. – Vol. 405. – P. 5-6.
8. Law C., Flaherty C. V., Bandyopadhyay S. A Review of Psychiatric Comorbidity in Myasthenia Gravis // Cureus. – 2020. – Vol. 12(7). – Article No. 9184. – DOI: 10.7759/cureus.9184.
9. Krejs O. A., Alekseeva T. M., Gavrilov Ju. V., i dr. Diagnostika sonlivosti, ustalosti i depressii u pacientov s miasteniej gravis // Nervno-myshechnye bolezni. – 2020. – T. 10, № 4. – S. 27-37.
10. Güleç Uyaroğlu F., Bilgin Ş., Keleş E., Zorlu Y. Anxiety and depression symptoms in patients with generalized myasthenia gravis // J. Tepecik Educ. Res. Hosp. – 2016. – DOI: 10.5222/terh.2016.097.
11. Kalbus O. I., Makarov S. O., Shastun N. P., et al. Features of depression development in myasthenia gravis // Med. Perspekt. – 2020. – Vol. 25. – P. 96-104.
12. Gavrilov Y. V., Alekseeva T. M., Kreis O. A., et al. Depression in myasthenia gravis: A heterogeneous and intriguing entity // J. Neurol. – 2020. – Vol. 267, № 6. – P. 1802-1811.
13. Bogdan A., Barnett C., Ali A., et al. Chronic Stress, Depression and Personality Type in Patients with Myasthenia Gravis // Eur. J. Neurol. – 2019. – DOI: 10.1111/ene.14057.
14. Zhao L., Han G., Zhao Y., et al. Gender Differences in Depression: Evidence from Genetics // Front. Genet. – 2020. – Vol. 11. – Article No. 562316. – DOI: 10.3389/fgene.2020.562316.
15. Yu L., Qiu L., Ran H., et al. Studying the relationship between clinical features and mental health among late-onset myasthenia gravis patients // World J. Psychiatry. – 2022. – Vol. 12(3). – P. 470-482. – DOI: 10.5498/wjp. v12.i3.470..

БЕК ШКАЛАСЫН ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ МИАСТЕНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒЫ ДЕПРЕССИЯНЫ АНЫҚТАУ

А. Ж. Кудебаева[1,2*], С. Т. Туруспекова[1], Э. М. Мамытова[3]
[1] «С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КЕАҚ, Қазақстан, Алматы
[2] «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы
[3] И. К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Қырғызстан, Бішкек
**Корреспондент автор*

Аңдатпа

Миастения классикалық аутоиммунды ауру болып табылады, оның клиникалық көрінісі әлсіздік және патологиялық бұлшықет шаршауы түрінде перифериялық нейромоторлық аппараттың әртүрлі антигендік нысандарына бағытталған антиденелердің түзілуімен аутоагрессия құбылыстарынан туындайды. Соматикалық көріністерден басқа, зерттеушілердің назарын қатар жүретін психикалық бұзылулар, ең алдымен, негізгі аурудың ағымын айтарлықтай нашарлатуы және кешенді терапияның тиімділігін төмендетуі мүмкін депрессиялық күйлері қызықтырады.

Зерттеудің мақсаты - миастениямен ауыратын науқастардағы депрессияның жиілігі мен байланысын бағалау.

Әдістер мен материалдар. Миастениямен 40 науқас тексерілді (14 ер және 26 әйел, науқастардың орташа жасы 48,6 ± 12,95 жас). Депрессияның ауырлығы Бек депрессиясының инвентаризациясы (BDI) көмегімен анықталды. Бұл көрсеткіштердің жыныспен, жаспен, аурудың ұзақтығымен және MGFA шкаласы арқылы миастения ауырлығымен байланысы нақтыланды.

Нәтижелер. Нәтижелер миастениямен ауыратын науқастар арасында депрессиялық белгілердің жоғары таралуын көрсетеді, жеңіл және орташа депрессиялық бұзылулар ең жиі кездеседі. Миастениясы бар емделушілерде Бек депрессиясының инвентаризациясына сәйкес депрессия деңгейі дені сау адамдармен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болды. Миастениямен ауыратын науқастарда ол 16,62 ± 8,15, ал сау еріктілерде 8,25 ± 5,06 ($p < 0,01$) болды.

Қорытынды. Осылайша, миастениямен ауыратын науқастардағы депрессия диагностика мен терапияға кешенді және жүйелі көзқарасты қажет ететін кең таралған және жиі бағаланбайтын клиникалық мәселе болып табылады. Миастениямен ауыратын науқастарды басқарудың стандартты клиникалық алгоритмдеріне уақтылы депрессия скринингін енгізу аффективтік бұзылыстарды уақтылы анықтауды жеңілдетеді, емдеуді ұстануды арттырады және аурудың жалпы болжамын жақсартады. Пәнаралық тәсіл, соның ішінде неврология және психиатрия мамандары арасындағы өзара әрекеттестік оңтайлы болып табылады, бұл пациенттердің осы тобын тиімдірек басқаруды қамтамасыз етеді.

Түйін сөздер: *миастения грависі, депрессия, психоэмоционалды бұзылулар, бек депрессия шкаласы.*

DETECTION OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS USING THE BECK SCALE

A.Zh. Kudebayeva [1,2*], S.T. Turuspekova [1], E.M. Mamytova [3]
[1] S. D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Kazakhstan, Almaty
[2] Kazakh-Russian Medical University, Kazakhstan, Almaty
[3] Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Kyrgyzstan, Bishkek
**Corresponding author*

Abstract

Myasthenia is a classic autoimmune disease, the clinical manifestations of which, in the form of weakness and pathological muscle fatigue, are caused by the phenomenon of autoaggression with the for-

mation of antibodies directed against various antigen targets of the peripheral neuromotor apparatus. In addition to somatic manifestations, more and more attention of researchers is attracted by concomitant mental disorders, primarily depressive states, which can significantly aggravate the course of the underlying disease and reduce the effectiveness of complex therapy.

The purpose of this study is to assess the frequency and relationship of depression in patients with myasthenia.

Methods and Materials. Forty patients with myasthenia were examined (14 men and 26 women, the average age of patients was 48.6 ± 12.95 years). The severity of depression was determined using the Beck Depression Inventory (BDI). The relationship between these indicators and gender, age, disease duration, and myasthenia severity, as measured by the MGFA scale, was clarified.

Results. The results indicate a high prevalence of depressive symptoms among patients with myasthenia, with mild and moderate depressive disorders being the most common. For patients with myasthenia, the level of depression according to the Beck Depression Inventory was significantly higher than in healthy subjects. In patients with myasthenia, the value was 16.62 ± 8.15, and in healthy volunteers, it was 8.25 ± 5.06 ($p < 0.01$).

Conclusion. Thus, depression in patients with myasthenia gravis is a common and often underestimated clinical problem that requires a comprehensive and systematic approach to diagnosis and therapy. The introduction of timely depression screening into standard clinical algorithms for the management of patients with myasthenia gravis facilitates more timely detection of affective disorders, increases treatment adherence, and improves the overall prognosis of the disease. An interdisciplinary approach, involving interaction between specialists in neurology and psychiatry, is optimal, ensuring more effective management of this patient group.

Keywords: *myasthenia gravis, depression, psycho-emotional disorders, Beck Depression Inventory.*

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Кудебаева Айгерим Жангильдыевна – Қазақстан-Ресей медициналық университетінің неврология кафедрасының аға оқытушысы, С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің докторанты; e-mail: aigerim_09july@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2556-1846.

Туруспекова Сауле Тлеубергеновна – медицина ғылымдарының докторы, профессор, С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің жүйке аурулары кафедрасының меңгерушісі; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4593-3053.

Мамытова Эльмира Миталиповна – медицина ғылымдарының докторы, И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясының неврология және клиникалық генетика кафедрасының меңгерушісі; e-mail: elmiramamytova@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-4322-5555.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Кудебаева Айгерим Жангильдыевна – старший преподаватель кафедры неврологии Казахстанско-Российского медицинского университета, докторант Казахского Национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова; e-mail: aigerim_09july@mail.ru; ORCID: 0000-0002-2556-1846.

Туруспекова Сауле Тлеубергеновна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой нервных болезней Казахского Национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова; e-mail: doctorsaule@mail.ru; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4593-3053.

Мамытова Эльмира Миталиповна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой неврологии и клинической генетики Киргизской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева; e-mail: elmiramamytova@yahoo.com; ORCID: 0000-0002-4322-5555.

ABOUT AUTHORS

Kudebayeva Aigerim Zhangildyevna – senior lecturer of the neurology department at the Kazakh-Russian Medical University, PhD student at Asfendiyarov Kazakh National Medical University; e-mail: aigerim_09july@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2556-1846.

Turuspekova Saule Tleubergenovna – doctor of medical sciences, professor, head of the department of nervous diseases of Asfendiyarov Kazakh National Medical University, ORCID: 0000-0002-4593-3053.

Mamytova Elmira Mitalipovna – doctor of medical sciences, head of the department of neurology and clinical genetics of the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, e-mail: elmiramamytova@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-4322-5555.

Конфликт интересов. *Каждый из авторов заявляет об отсутствии коммерческих интересов, которые могли бы повлиять на результаты настоящего исследования.*

Вклад авторов. *Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.*

Финансирование. *При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.*

Статья поступила:17.01.2025г.

Принята к публикации:7.03.2025г.