

## Эффективность психофармакотерапии у пациентов с расстройствами депрессивного спектра в зависимости от некоторых особенностей догоспитального периода

Шмунк Е.В., Корнетов Н.А.

### Psychopharmacotherapy efficacy in patients with disorders of depressive spectrum depending on some peculiarities of prehospital period

Shmunk Ye.V., Kornetov N.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Шмунк Е.В., Корнетов Н.А.

Большинство пациентов с расстройствами депрессивного спектра наблюдаются в первичной сети и получают психотропные препараты, которые оказывают влияние на дальнейшее течение депрессии. Пациенты, принимавшие на догоспитальном этапе транквилизаторы, демонстрируют более высокий уровень тревоги, а у пациентов, принимавших антидепрессанты, легче купируется атипичная депрессивная симптоматика, что требует дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** расстройства депрессивного спектра, депрессия в первичной сети, предикторы исхода при депрессии.

Most of patients with disorders of depressive spectrum are observed in primary care (PC) and take psychotropic medications that influence the course of depression. Patients who took tranquilizers in PC demonstrated higher level of anxiety. Those who took antidepressants had more significant reduction of atypical depressive symptoms. Further investigations are necessary.

**Key words:** disorders of depressive spectrum, depression in primary care, outcome predictors in depression.

УДК 616.8-008.64-08-036.8:615.214:615.851

### Введение

Своевременная диагностика депрессивных расстройств во многих случаях становится решающим условием для успешной терапии. Депрессия настолько же часто встречается в первичной сети, насколько и не диагностируется или неадекватно лечится [2, 4, 8]. Проведенное в 2002—2003 гг. в 35 городах РФ крупное клинико-эпидемиологическое исследование «Компас», посвященное изучению распространенности депрессии у пациентов общесоматического профиля, показало, что расстройства депрессивного спектра отмечались у 46% обследуемых, а у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

диагностировались более чем в 50% [1]. Применение анксиолитиков и седативных препаратов, низких доз антидепрессантов (почти всегда трициклических) гораздо хуже, чем использование высоких доз или лечение без использования антидепрессантов [5, 6].

Выявление депрессии в первичной сети позволяет облегчить ее симптомы, предупредить рецидив и снизить затраты на лечение, а также негативное влияние заболевания на родственников, эпидемиологическую ситуацию и общество в целом [8—12].

Стратегия современных тенденций развития мировой психиатрии доказала необходимость смещения акцента в медико-социальном обслу-

Шмунк Е.В., Корнетов Н.А. Эффективность психофармакотерапии у пациентов с расстройствами депрессивного спектра...

живании пациента на амбулаторное звено [1–3, 8].

## Материал и методы

После получения информированного согласия было обследовано 102 пациента. Из них мужчины составили 22,5% (23 человека), женщины 77,5% (79 человек). Средний возраст пациентов на момент обследования —  $(43,8 \pm 11,5)$  года (от 18 до 68 лет). Средний возраст начала заболевания  $(42,2 \pm 11,9)$  года. Длительность расстройств до поступления в стационар составила от 0,5 до 312 мес.

Исследование проводилось в отделении тревожных и депрессивных расстройств Томской областной клинической психиатрической больницы (ТОКПБ). Диагностика осуществлялась по исследовательским диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра [7]. В исследование включались лица от 18 лет и старше, впервые госпитализированные в психиатрический стационар, страдающие депрессивными расстройствами аффективного спектра. Из исследования были исключены лица с депрессивными расстройствами, контактировавшие с психиатрической службой ранее (табл. 1).

Таблица 1

Диагностические категории, используемые для включения и исключения пациентов из исследования

Критерии включения	Критерии исключения
Депрессивный эпизод легкой и умеренной степени тяжести	Депрессивные расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов	Депрессивные синдромы
Рекуррентное депрессивное расстройство	в рамках органических расстройств, шизофрении, шизоаффективного
Дистимия	расстройства, хронических бредовых расстройств, соматоформного, соматизированного и ипохондрического расстройств
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	
Пролонгированная депрессивная реакция	
Смешанная тревожная и депрессивная реакция	

Исследование включало в себя несколько этапов:

1. Заполнение врачом вместе с пациентом «Стандартизированного опросника обращения пациентов с симптомами депрессии в общесоматической сети» (Н.А. Корнетов, 1998), шкалы для оценки атипичных депрессивных симптомов Гамильтона, версии для сезонного аффективного расстройства — Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version (SIGHSAD).

2. Заполнение шкал самооценки депрессии и тревоги Бека, Шихана, шкалы самооценки социальной адаптации Social Adaptation Selfevaluation Scale (SASS).

При умеренных и тяжелых депрессивных расстройствах осуществлялась медикаментозная терапия антидепрессантами в стационарных условиях в сочетании с индивидуальной психотерапией. На протяжении первых 2 нед дополнительно назначалась терапия анксиолитиками. Оценка эффективности лечения проводилась при поступлении, через 2, 4 и 6 нед терапии.

## Результаты и обсуждение

При госпитализации в отделение тревожных и депрессивных расстройств ТОКПБ у пациентов чаще всего (61,8% случаев) были диагностированы однократные депрессивные эпизоды (табл. 2).

Таблица 2

Диагностированные расстройства депрессивного спектра		
Диагноз	Абс.	%
Депрессивный эпизод умеренной степени тяжести без соматических симптомов (F 32.10)	10	9,8
Депрессивный эпизод умеренной степени тяжести с соматическими симптомами (F 32.11)	46	45,1
Тяжелый депрессивный эпизод (F 32.2)	7	6,9
Рекуррентное депрессивное расстройство (F 33.1)	12	11,8
Дистимия (F 34.1)	5	4,9
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2)	7	6,9
Пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21)	11	10,7
Смешанная тревожно-депрессивная реакция (F 43.22)	4	3,9

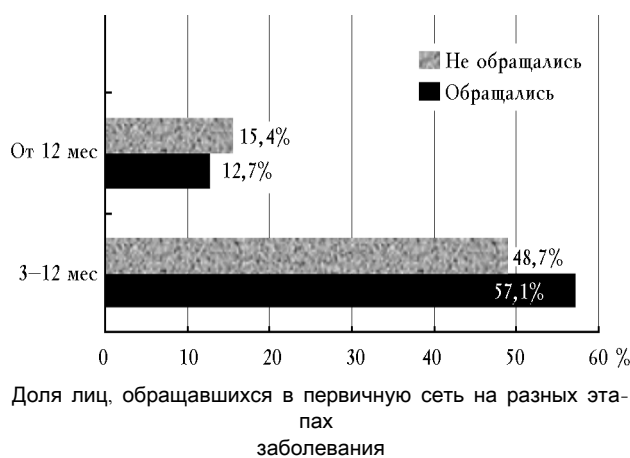
Второй эпизод депрессии отмечался в 8,9% случаев, третий в 2,9%. Из всех опрошенных 4 больным (4,9%) был выставлен диагноз дистимии, 7 (6,9%) имели «двойную депрессию».

В структуре депрессивного расстройства в большинстве случаев (54,9%) преобладала тревога, в 15,7% — анергия, в 17,7% — тоска, в 6,8% — алгии, в 4,9% — другие симптомы.

Все обследованные пациенты были разделены для анализа на две группы: обращавшиеся за помощью в поликлинику (группа контроля, 61,8%) и не обращавшиеся (исследовательская группа, 38,2%). В данном случае была поставлена задача определить различие ряда клинических и временных показателей в выделенных группах, связанных с лечением в первичной сети и эффективностью терапии в стационаре.

В клинической картине депрессивных расстройств в обеих группах преобладала типичная депрессивная симптоматика; атипичные симптомы (повышенный аппетит, тяга к углеводистой пище, увеличение массы тела, гиперсомния, обратный суточный ритм) встречались в 20,5% случаев в исследовательской группе и в 15,8% — в группе контроля.

В группе обращавшихся в поликлинику число болящих от 3 до 12 мес составило 57,1%, а в исследовательской группе 48,7%. Болящие более года распределились следующим образом: 12,7% в группе обращавшихся и 15,4% в исследовательской группе (рисунок).



Эти данные демонстрируют, что пациенты, попадающие в поле зрения врача поликлиники, в более короткие сроки направляются в специализированную сеть.

Чаще всего направление на госпитализацию пациентам давал психиатр или психотерапевт поликлиники (42,9%), самостоятельно обращались 34,9%; 12,7% больных получали направление от терапевта и 7,9% от невролога, на долю других специалистов пришлось 1,6% направлений. В исследовательской группе 84,6% пришли в стационар самостоятельно, 12,8% были направлены психиатром консультативной службы.

Для проверки значимости различий качественных показателей использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона, где в роли одной переменной выступал признак «обращались (не обращались) в поликлинику», а в роли другой — какая-либо качественная характеристика. Значимой являлась величина показателя  $p < 0,05$ .

Большинство пациентов (72,5%), обращавшихся к врачу поликлиники, получали лекарственную терапию, из них 39 (38,2%) человек принимали транквилизаторы, 24 (23,5%) человека антидепрессанты. Пациенты контрольной группы чаще принимали транквилизаторы — 50,8% против 17,9% в исследовательской группе ( $p = 0,0009$ ), антидепрессанты — 33,3% против 7,7% ( $p = 0,003$ ).

Динамика расстройств депрессивного спектра на фоне антидепрессивной терапии в стационаре оценивалась по шкалам Бека, Шихана, SIGH-SAD и SASS. Для определения достоверности различий использовался  $t$ -критерий для независимых выборок, где за независимую группировочную переменную был взят признак «обращались (не обращались) в поликлинику», а в качестве зависимых переменных использовалось количество баллов по клиническим шкалам на разных временных отрезках. При этом уровень значимости  $t$ -критерия составлял  $p < 0,05$ . В данных группах не отмечалось значимых различий в динамике расстройств.

Затем была предпринята попытка выделить другие подгруппы и сравнить в них динамику по указанным шкалам. Так, пациенты, прини-

**Шмунк Е.В., Корнетов Н.А. Эффективность психофармакотерапии у пациентов с расстройствами депрессивного спектра...**

мавшие на догоспитальном этапе транквилизаторы, на момент поступления демонстрировали достоверно более высокий уровень тревоги по шкале Шихана (60,4 балла) по сравнению с теми, кто их не принимал, — 46,5 балла ( $p = 0,01$ ). Однако в дальнейшем на фоне терапии динамика в двух группах значимо не отличалась.

У пациентов, принимавших на догоспитальном этапе антидепрессанты, отмечалась более выраженная редукция атипичной депрессивной симптоматики по шкале SIGH-SAD на 4-й ( $p = 0,02$ ) и 6-й нед терапии ( $p = 0,04$ ).

## Выводы

1. Исследование показало, что большинство пациентов с расстройствами депрессивного спектра обращались за помощью в первичную сеть (61,8%), но лишь 23,5% из них назначалась терапия антидепрессантами.

2. Пациенты, обращавшиеся за помощью в первичную сеть, достоверно чаще принимали психотропные препараты.

3. Пациенты, принимавшие на догоспитальном этапе транквилизаторы, демонстрировали более высокий уровень тревоги по шкале Шихана при поступлении в стационар.

4. У пациентов, принимавших на догоспитальном этапе антидепрессанты, отмечалась более выраженная редукция атипичной депрессивной симптоматики по шкале SIGH-SAD на 4-й

( $p = 0,02$ ) и 6-й нед терапии ( $p = 0,04$ ), что требует дальнейшего изучения.

## Литература

1. *Краснов В.Н.* Депрессии в общей медицинской практике // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 5. С. 181—183.
2. *Корнетов Н.А.* Депрессивные расстройства — диагностические невидимки в психиатрической и общей медицинской практике // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9. Вып. 3. С. 85—90.
3. *Незнанов Н.Г., Вид В.Д.* Проблема комплайенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. № 4. Т. 6. С. 159—162.
4. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицинской практике. М.: Берег, 2000. 159 с.
5. *Bosworth H.B., Hays J.C., George L.K., Steffens D.C.* Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2002. V. 17 (3). P. 238—246.
6. *Brugha T.S., Bebbington P.E., MacCarthy B. et al.* Antidepressants may not assist recovery in practice: a naturalistic prospective survey // Acta Psychiatr. Scand. 1992. V. 86 (1). P. 5—11.
7. *Cooper J.E.* Pocket guide to the ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders with Glossary and Diagnostic Criteria for Research / Compl. and Ed. J.E. Cooper. WHO, Geneva, Churchill Livingstone, 1994. 419 p.
8. *Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R.* Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care // JAMA. 2003. V. 289. P. 3145—3151.
9. *Gilbody S., Bower P., Fletcher J. et al.* Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes // Arch. Intern. Med. 2006. V. 166. P. 2314—2321.
10. *Katon W.J., Schoenbaum M., Fan M.Y. et al.* Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. V. 62 (12). P. 1313—1320.
11. *Korff M.V., Goldberg D.* Improving outcomes in depression // BMJ. 2001. V. 323. P. 948—949.
12. *Rost K., Pyne J.M., Dickinson L.M., LoSasso A.T.* Cost-Effectiveness of Enhancing Primary Care Depression Management on an Ongoing Basis // Annals of Family Medicine. 2005. V. 3. P. 7—14.

Поступила в редакцию 24.12.2008 г.

## Сведения об авторах

**Е.В. Шмунк** — аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

**Н.А. Корнетов** — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

## Для корреспонденции

**Корнетов Николай Алексеевич**, [korn@mail.tomsknet.ru](mailto:korn@mail.tomsknet.ru)