

Т. В. Панько, канд. мед. наук, вед. науч. сотрудн.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

Цель работы — изучение особенностей клиники депрессивных проявлений при легком, умеренном и тяжелом депрессивных эпизодах, терапия и оценка динамики состояния в процессе лечения антидепрессантами.

Исследование носило комплексный характер. Было обследовано и пролечено 88 больных, из них 18 с легким депрессивным эпизодом, 33 с умеренным и 37 с тяжелым депрессивным эпизодом. Возраст обследованных больных колебался от 24 до 67 лет независимо от выраженности депрессивного эпизода. Базовой терапией был антидепрессант Тразодон.

Оценка состояния больных показала высокие результаты терапии. Так, среди пациентов с легким депрессивным эпизодом 88,88 % считали себя здоровыми и лишь 11,12 % отмечали у себя незначительные проявления болезни и оценивали свое состояние как значительное улучшение; среди больных с умеренным депрессивным эпизодом выздоровление отмечено у 51,51 % больных, значительное улучшение было отмечено у 39,39 % больных, улучшение у 9,09 % пациентов; у больных с тяжелым депрессивным эпизодом выздоровление отмечено у 37,83 % больных, значительное улучшение было отмечено у 37,83 % больных, улучшение у 8,10 % пациентов, ухудшение состояния у 5,40 % пациентов, незначительная динамика у 10,80 % прошедших курс лечения.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, диагностика, терапия

Проблема состояния психического здоровья населения во всех странах мира становится все более актуальной вследствие высокого уровня распространенности психических расстройств различного генеза. Среди психических расстройств особое беспокойство и внимание вызывают аффективные (особенно депрессивные) расстройства [1—3]. Актуальность депрессивных расстройств обусловлена рядом причин:

— во-первых, уровнем распространенности расстройств депрессивного спектра среди населения Европы и США, который на протяжении последнего десятилетия существенно возрос и тенденция к росту сохраняется и составляет на сегодняшний день от 5 до 10 % (этот показатель в 60-е годы составлял — 0,8 %), в Украине этот показатель составляет 112,61 на 100 000 населения [5];

— во вторых, распространенностью депрессивные расстройства в различных возрастных категориях от детей до лиц пожилого возраста (среди детей до 12 лет депрессивные расстройства встречаются до 2,00 %, среди подростков до 18 лет — до 5,00 %, среди лиц среднего возраста — до 20,00 %, среди лиц пожилого возраста до 30,00 %) [6—8];

— в-третьих, депрессивные расстройства встречаются не только в практике врача-психиатра, но в первую очередь, в первичной медицинской сети (у 60 % больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживаются депрессивные расстройства различной степени тяжести, но диагностируются только у 5 % всех обратившихся туда депрессивных больных) [9];

— в-четвертых, высокими экономическими затратами — депрессия вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе — среди болезней, приводящих к потере трудоспособности (ежегодно около 150 миллионов человек в мире лишаются трудоспособности из-за депрессий), по материальным затратам она стоит на четвертом месте среди других заболеваний [10];

— в-пятых, высоким уровнем суицидов (от 45 до 60 % всех самоубийств на планете совершают больные депрессией; так человек, страдающий депрессией, имеет в 35 раз больше шансов покончить жизнь самоубийством; за последние 10 лет число попыток самоубийства среди молодежи выросло почти в 3 раза) [11—14].

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости своевременной диагностики, терапии и профилактики депрессивных расстройств.

Целью работы было изучение особенностей клиники депрессивных проявлений при легком, умеренном и тяжелом депрессивных эпизодах, выбор терапии и оценка динамики состояния в процессе лечения антидепрессантами.

Исследование носило комплексный характер и включало клинико-психопатологический метод с оценкой жалоб, анамнеза заболевания и жизни пациента, причин и условий формирования болезни. Также использовались психометрические шкалы: шкала HAMD-24 [15], которая включает оценку различных проявлений депрессии, оценивая степень выраженности каждого симптома; шкала «Субъективная характеристика ночного сна»; шкала «Способ определения суицидального риска» [16].

Было обследовано и пролечено 88 больных, из них 18 с легким депрессивным эпизодом, 33 с умеренным и 37 с тяжелым депрессивным эпизодом. Возраст обследованных больных был от 24 до 67 лет независимо от выраженности депрессивного эпизода. Общая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Как свидетельствуют полученные данные, независимо от выраженности депрессивного эпизода, в группах обследованных преобладали женщины (с легким депрессивным эпизодом 61,11 %, с умеренным депрессивным эпизодом — 63,64 %, с тяжелым — 54,06 %). При оценке полученного образования, семейного положения, места проживания было установлено, что большинство обследованных больных имели высшее образование, имели семью, проживали в городе. Достоверные различия отмечались при оценке социальной занятости: так 66,66 % больных с легким депрессивным эпизодом и 84,85 % больных с умеренным депрессивным эпизодом работали, при тяжелом депрессивном эпизоде работали лишь 35,13 % больных.

Анализ анамнестических данных позволил установить, что длительность заболевания у всех обследованных больных была различной. Так, при легком депрессивном эпизоде продолжительность заболевания составляла от 69 до 94 дней, в среднем 89,2 дня; при умеренном депрессивном эпизоде — от 184 до 201 дня (средняя продолжительность — 196,4 дня), при тяжелом депрессивном эпизоде — от 276 до 298 дней (средняя продолжительность — 291,3 дня).

Таблиця 1

Общая характеристика обследованных больных с легким, умеренным и тяжелым депрессивным эпизодами

Показатель, который оценивается	Больные с легким депрессивным эпизодом (n = 18) % ± m %	Больные с умеренным депрессивным эпизодом (n = 33) % ± m %	Больные с тяжелым депрессивным эпизодом (n = 37) % ± m %
Пол:			
— мужчины	38,89 ± 8,33	36,36 ± 8,50	45,94 ± 8,38
— женщины	61,11 ± 8,33	63,64 ± 8,50	54,06 ± 8,38
Образование			
— среднее	16,66 ± 5,84	9,09 ± 5,10	10,81 ± 5,17
— среднеспециальное	11,11 ± 5,31	27,27 ± 7,87*	5,40 ± 3,78
— незаконченное высшее	16,66 ± 5,84	12,12 ± 5,56	24,32 ± 7,14
— высшее	55,57 ± 8,33	51,52 ± 8,23	59,47 ± 8,18
Место проживания			
— город	83,34 ± 5,84	81,81 ± 6,81	81,08 ± 6,52
— сельская местность	16,66 ± 5,84	18,19 ± 6,81	18,92 ± 6,52
Социальная занятость:			
работающие	66,66 ± 7,96*	84,85 ± 6,33*	35,13 ± 7,95
не работающие	33,34 ± 7,96	15,15 ± 6,33	64,87 ± 7,95*
Семейное положение:			
— семейные	66,66 ± 7,96	78,78 ± 8,33	51,35 ± 8,41
— одинокие	33,34 ± 7,96	21,22 ± 8,33	48,65 ± 8,41

Примечание. Здесь и далее: * — отличия достоверны при $p < 0,05$

При оценке развития симптомов болезни было выявлено, что у всех больных, независимо от выраженности депрессивного эпизода на момент обследования, интенсивность и количество жалоб нарастало по мере продолжительности заболевания. Анализируя причины происходящего, было выявлено, что пациенты с легким депрессивным эпизодом попадали в поле зрения психиатров на ранних этапах заболевания. Так, все 100,00 % пациентов, как с легким, так и с умеренным и тяжелым депрессивными эпизодами, первоначально обращались в поликлинику по месту жительства к терапевтам или невропатологам. В амбулаторных условиях пациентам было проведено обследование и начато амбулаторное лечение, которое сочетало в себе общеукрепляющую и сосудистую терапию. Проводимое обследование у 25,00 % больных не выявило никаких отклонений, у 21,25 % больных были выявлены явления гастроэнтероколита, у 31,25 % — вегетососудистая дистония, у 22,5 % больных — энцефалопатии различного генеза (сосудистого, травматического, гормонального). При отсутствии эффекта от проводимой терапии больным проводилось дальнейшее более углубленное обследование, как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара. Так, из 18 пациентов с легким депрессивным эпизодом 44,44 % проходили обследование и лечение дважды (вначале амбулаторно, повторно — стационарно); 56,56 % пациентов обследовались и лечились 1 раз только в амбулаторных условиях. Из 33 больных с умеренным депрессивным эпизодом все 100,00 % больных обследовались и проходили лечение, как в амбулаторных условиях, так и стационарно от 1 до 3-х раз. Из 37 больных с тяжелым депрессивным эпизодом все пациенты обследовались и лечились амбулаторно, а также проходили стационарное обследование и лечение от 2 до 4 раз за время болезни. По мере течения заболевания, отсутствия четкого диагноза, положительной динамики состояния в процессе проводимой терапии отмечалось усугубление симптомов депрессии.

С целью исключения невротического генеза депрессивных расстройств у обследованных больных был проведен анализ психогенных факторов. Полученные данные, свидетельствуют о том, что у обследованных больных, не зависимо от выраженности депрессивных расстройств, имели место различные психотравмирующие переживания. Однако большинство больных (86,10 % с легким депрессивным эпизодом, 77,26 % с умеренным депрессивным эпизодом, 89,18 % с тяжелым депрессивным эпизодом), несмотря на наличие психотравмирующих ситуаций, не связывали свое заболевание с ними, однако отмечали, что психотравмирующие переживания усугубляли состояние здоровья. Лишь 13,90 % больных с легким депрессивным эпизодом, 22,74 % больных с умеренным депрессивным эпизодом и 10,72 % больных с тяжелым депрессивным эпизодом указывали, что начало заболевания совпадало по времени с возникновением психогенных факторов.

Анализ начала заболевания в группах обследованных представлен в таблице 2.

Таблиця 2

Начало заболевания у больных с легким, умеренным и тяжелым депрессивным эпизодами

Характер течения заболевания	Больные с легким депрессивным эпизодом (n = 18) % ± m %	Больные с умеренным депрессивным эпизодом (n = 33) % ± m %	Больные с тяжелым депрессивным эпизодом (n = 37) % ± m %
Острый	58,33 ± 8,33*	16,66 ± 6,29	10,82 ± 5,17
Подострый	27,77 ± 7,52	22,74 ± 7,08	24,32 ± 7,14
Затяжной	13,90 ± 5,84	60,60 ± 8,63*	64,86 ± 7,95*

Как свидетельствуют полученные данные, в группе больных с легким депрессивным эпизодом у преимущественного большинства больных начало заболевания носило острый характер (58,83 %), подострый тип течения был у 27,77 % больных и затяжной — у 13,90 %. При умеренном и тяжелом депрессивных эпизодах

преобладал затяжной характер начала заболевания (соответственно 60,60 % и 64,86 %), подострый тип течения заболевания отмечался соответственно у 22,74 % и 24,32 %, острый — у 16,66 % и 10,82 % больных. Структура психопатологических проявлений легкого,

умеренного и тяжелого депрессивных эпизодов имела много общего и характеризовалась наличием аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений и соматических проявлений, что отобразено в таблице 3.

Таблица 3

Психопатологические проявления у больных с легким, умеренным и тяжелым депрессивным эпизодами (% \pm m %)

Клинические признаки	Больные с легким депрессивным эпизодом (n = 18)	Больные с умеренным депрессивным эпизодом (n = 33)	Больные с тяжелым депрессивным эпизодом (n = 37)
Аффективные расстройства			
Сниженное настроение	100,00 \pm 0,00	100,00 \pm 0,00	100,00 \pm 0,00
Немотивированная тревога	25,00 \pm 7,31	60,60 \pm 8,63*	29,72 \pm 7,61
Тревога за состояние своего здоровья	30,55 \pm 7,78	33,33 \pm 8,33	83,78 \pm 6,14*
Чувство тоски	38,88 \pm 8,23	30,30 \pm 8,12	67,56 \pm 7,80*
Плаксивость	66,66 \pm 7,96	45,45 \pm 8,80	62,16 \pm 8,08
Суицидальные мысли	8,33 \pm 4,67	24,24 \pm 7,57	51,35 \pm 8,33*
Безразличие	47,22 \pm 8,43	39,39 \pm 8,63	43,24 \pm 8,25
Эмоциональная лабильность	80,55 \pm 6,69*	45,45 \pm 8,80	81,08 \pm 6,52*
Раздражительность	83,33 \pm 6,48*	48,48 \pm 8,83	43,24 \pm 8,25
Личностные переживания			
Чувство вины	30,55 \pm 7,78	27,27 \pm 7,87	48,64 \pm 8,33*
Чувство ненужности	44,44 \pm 8,39*	24,24 \pm 7,57	51,35 \pm 8,33*
Чувство отсутствия перспективы в будущем	63,88 \pm 8,11*	21,21 \pm 7,22	62,16 \pm 8,08*
Чувство эмоциональной чувствительности	69,44 \pm 7,78*	33,33 \pm 8,33	54,05 \pm 8,30
Снижение уверенности в себе	41,66 \pm 8,33	81,81 \pm 6,81*	64,86 \pm 7,95
Утрата эмоционального отклика	55,55 \pm 8,39*	27,27 \pm 7,87	43,24 \pm 8,25*
Когнитивные нарушения			
Ухудшение памяти	80,55 \pm 6,69*	21,21 \pm 7,22	70,27 \pm 7,61*
Ухудшение внимания	52,77 \pm 8,43	72,72 \pm 7,87	45,94 \pm 8,30
Психическая утомляемость	47,22 \pm 8,43	18,18 \pm 6,81*	48,64 \pm 8,33
Соматические проявления:			
Физическая заторможенность	86,11 \pm 5,84	42,42 \pm 8,73*	67,56 \pm 7,80
Физическая утомляемость	38,88 \pm 8,23	39,39 \pm 8,69	35,13 \pm 7,80
Слабость	66,66 \pm 7,96*	33,33 \pm 8,33	70,27 \pm 7,61*
Суетливость	83,33 \pm 6,48*	51,51 \pm 8,83	72,97 \pm 7,73*
Расстройств сна	88,88 \pm 5,31	54,54 \pm 8,80	78,37 \pm 7,16
Парестезии	72,22 \pm 7,79*	27,27 \pm 7,87	64,86 \pm 7,80*
Сенестопатии	58,33 \pm 8,33*	18,18 \pm 6,81	45,94 \pm 8,30
Головные боли	94,44 \pm 3,98*	42,42 \pm 8,73	89,18 \pm 5,17*
Головокружения	52,77 \pm 8,43*	15,15 \pm 6,33	48,64 \pm 8,33
Кардиалгии	88,88 \pm 5,31*	27,27 \pm 7,87	78,37 \pm 7,16*
Удушье	77,77 \pm 7,02*	33,33 \pm 8,33	56,75 \pm 8,25*
Гипергидроз	41,66 \pm 8,33	36,36 \pm 8,50	40,54 \pm 8,54
Колебания давления	100 \pm 0,00	78,78 \pm 7,22	91,89 \pm 4,54
— повышение	72,22 \pm 7,79*	36,36 \pm 8,50	64,86 \pm 7,80
— понижение	8,33 \pm 4,67	24,24 \pm 7,57	10,81 \pm 5,17
— лабильность	19,45 \pm 6,69	18,18 \pm 6,81	16,21 \pm 6,14
Диспептические расстройства	30,55 \pm 7,78	15,15 \pm 6,33	35,13 \pm 7,80
Снижение аппетита	75,00 \pm 7,31	78,78 \pm 7,22	83,78 \pm 6,14
Потеря веса	47,22 \pm 8,43	75,75 \pm 7,57*	37,83 \pm 8,08
Боли в животе	52,77 \pm 8,43*	15,15 \pm 6,33	40,54 \pm 8,54*
Тошнота, рвота	25,00 \pm 7,31	12,12 \pm 5,76	29,72 \pm 7,61
Дизурические расстройства	25,00 \pm 7,31	18,18 \pm 6,81	27,02 \pm 7,73
Лабильность вазомоторов	38,88 \pm 8,23	15,15 \pm 6,33	35,13 \pm 7,80
Вегетососудистые пароксизмы	69,44 \pm 7,78	33,33 \pm 8,33	62,16 \pm 8,08

Афективні розлади проявлялись в формі зниження настрою, тривоги, почуття тоски, плаксивості, суїцидальних мислей, безразличчя, емоційної лабільності, подразливості. Личнісні переживання характеризувалися наявністю почуття провини, ненужності близьким, відсутності перспективи в майбутньому, емоційної уязвимості, зниження впевненості в собі, втратою емоційної відчуженості. Когнітивні порушення характеризувалися погіршенням уваги, пам'яті, психічної виснаженістю. Аналіз соматичних проявів свідчить про наявність в структурі депресивних розладів великої кількості скарг з боку серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи.

Клінічна картина легкого, помірного і важкого депресивного епізоду характеризувалася різною глибиною депресії, вираженістю тривоги, кількістю і інтенсивністю скарг соматичного характеру. Велика вираженість депресії супроводжувалася більшою вираженістю і поєднаністю скарг.

Клінічні прояви формували синдромальну структуру легкого, помірного і важкого депресивного епізоду. Структура психопатологічних синдромів, виявлених у пацієнтів представлена в таблиці 4.

Таблиця 4

Психопатологічні синдроми, виявлені у хворих з легким, помірним і важким депресивними розладами (% ± m %)

Синдром	Хворі з легким депресивним епізодом (n = 18)	Хворі з помірним депресивним епізодом (n = 33)	Хворі з важким депресивним епізодом (n = 37)
Депресивний	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00
Тривожний	27,77 ± 7,57	93,93 ± 4,24*	91,89 ± 4,54*
Дисфорический	16,66 ± 4,67	15,15 ± 6,33	8,10 ± 4,54
Астенічний	72,23 ± 7,57*	36,36 ± 8,50	37,84 ± 8,08
Іпохондричний	33,33 ± 8,23	30,30 ± 8,12	62,16 ± 8,08*
Сенесто-іпохондричний	16,66 ± 6,29	6,06 ± 4,24	16,21 ± 6,14
Соматовегетативний	38,88 ± 5,31*	12,12 ± 5,76	24,32 ± 7,14*

Як свідчать представлені дані, у всіх хворих, незалежно від вираженості епізоду, в клінічній картині ведучим являється депресивний синдром, який поєднується — при легкому депресивному епізоді частіше з астенічним (72,23 %) і соматовегетативним (38,88 %) синдромами; при помірному депресивному епізоді — з тривожним (93,93 %) і астенічним (36,36 %) синдромами; при важкому депресивному епізоді — з тривожним (91,89 %) і іпохондричним (62,16 %) синдромами.

Для оцінки вираженості депресивної симптоматики використовувалася шкала Гамільтона. Психометричний профіль досліджуваних груп представлений в таблиці 5.

Результати шкали Гамільтона підтвердили відповідність вираженості депресивної симптоматики в залежності від виду депресивного розладу. Так, у всіх хворих загальний рівень оцінки депресії підвищений і становить при легкому депресивному епізоді 19,02 бала, при помірному — 26,24 бала, при важкому — 32,52 бала.

Таблиця 5

Психометричні характеристики депресії і тривоги у хворих з легким, помірним і важким депресивними епізодами (в балах)

Показатель шкалы	Хворі з легким депресивним епізодом (n = 18)	Хворі з помірним депресивним епізодом (n = 33)	Хворі з важким депресивним епізодом (n = 37)
Зниження настрою	2,63	3,27	3,79
Чувство провини	1,78	2,07	2,79
Схильність до самоубийства	0,42	0,61*	0,83*
Рання безсонниця	0,83	1,23	1,05
Поздня безсонниця	1,17	1,22	1,62
Трудоспособність	1,67	1,73	2,16
Заторможеність	1,24	2,11	2,40
Безсонниця середі ночі	0,79	0,98	1,32
Ажитация	0,83	1,1	1,61*
Психічна тривога	1,47	2,01*	2,33*
Соматична тривога	1,04	2,43*	3,47*
Шлунково-кишкові симптоми	1,03	1,15	1,61*
Загальні соматичні симптоми	1,12	1,74*	1,82*
Половіві симптоми	0,48	0,76	1,17
Іпохондрия	1,41	2,17*	2,51*
Втрата ваги	0,63	0,91	1,17
Самооцінка (признає себе хворим)	0,48	0,75	0,91
Загальна оцінка	19,02	26,24	32,52

При оцінці суїцидального ризику, яка проводилася за допомогою шкали «Спосіб визначення суїцидального ризику», були отримані показники, які свідчать про підвищений суїцидальний ризик у всіх досліджуваних пацієнтів. Однак рівень суїцидального ризику був вище при легкому депресивному епізоді і становив 23,0 бала, при помірному депресивному епізоді цей показник був вище і становив 29,23 бала, найбільш високим цей показник був при важкому депресивному епізоді і становив 35,78 бала.

Оцінка якості сну, яка проводилася за допомогою шкали «Суб'єктивна характеристика ночного сну» представлена в таблиці 6.

При виборі терапії ми керувалися основними принципами терапії депресивних розладів: раннє початок терапії; комплексний характер терапії, що включає поєднання фармакотерапії і психотерапії; вибір антидепресанта з широким спектром дії, що охоплює всю структуру психопатології депресивних розладів — антидепресивним, анксиолітичним ефектами, впливом на соматичні прояви депресії; мінімальним впливом на психомоторні функції (що важливо для працюючих); позитивним впливом на когнітивну сферу (покращення концентрації уваги, пам'яті, зменшення виснаженості, зниження психічної

утомляемости); максимальная безопасность применяемого препарата; сохранение сексуальной функции (что особенно важно в молодом и среднем возрасте).

Таблиця 6

Оценка качества сна у больных с легким, умеренным и тяжелым депрессивными эпизодами (в баллах)

Субъективная характеристика ночного сна	Больные с легким депрессивным эпизодом (n = 18)	Больные с умеренным депрессивным эпизодом (n = 33)	Больные с тяжелым депрессивным эпизодом (n = 37)
Длительность засыпания	2,1	1,8	1,3
Продолжительность сна	2,1	1,9	1,5
Количество ночных пробуждений	2,8	2,1	1,7
Количество сновидений	2,7	2,5	2,1
Качество утреннего пробуждения	2,6	2,0	1,3
Качество сна	2,4	2,1	1,6
Суммарный балл	14,7	12,4	9,5

В качестве препарата выбора был отобран препарат Тразодон. Выбранный препарат относится к атипичным антидепрессантам с преимущественно седативным и анксиолитическим действием. Тразодон является первым представителем класса АИОЗС (SARI) — соединяет в себе мощный антагонизм к серотониновым рецепторам 2 типа и менее мощный механизм селективной ингибиции обратного захвата серотонина. Данный препарат имеет форму контролируемого высвобождения, которая обеспечивает постоянную концентрацию в крови выше минимально необходимого уровня), уменьшает риск седации в утренние и дневные часы. Важной особенностью препарата является отсутствие привыкания и зависимости, негативного влияния на когнитивную деятельность (улучшает объективные параметры памяти) и на сексуальную сферу (способствует существенному снижению риска развития сексуальной дисфункции — одного из серьезных осложнений терапии СИОЗС), ослабляет психомоторное возбуждение.

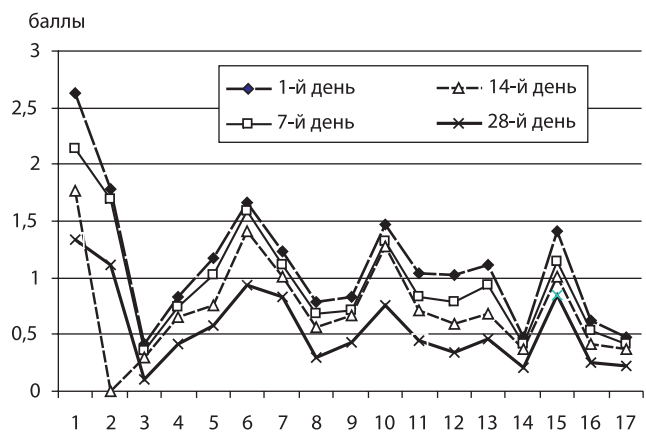
При лечении депрессивных расстройств независимо от выраженности депрессивной симптоматики базовой терапией является назначение антидепрессантов. В процессе лечения легкого, умеренного и тяжелого депрессивных эпизодов была разработана схема доз и длительности приема антидепрессанта. При легком депрессивном эпизоде прием препарата осуществлялся следующим образом 1 — 3 день — начальная доза — 50 мг на ночь, 4—7 день — 100 мг на ночь, с 8 дня — 50 мг утром и 100 мг на ночь. Доза 150 мг в 2 приема при легком депрессивном эпизоде была терапевтической и продолжительность приема в терапевтической дозе продолжалась в течение 60 дней, после чего доза препарата уменьшалась по 50 мг 1 раз в 2 недели. Продолжительность терапии при легком депрессивном эпизоде составляла до 4-х месяцев.

При умеренном депрессивном эпизоде прием препарата осуществлялся следующим образом 1—3 день — начальная доза — 50 мг на ночь, 4—7 день — 100 мг на ночь, с 8—14 день — 50 мг утром и 100 мг на ночь, с 15-го дня пациенты принимали 50 мг утром и 150 мг на ночь. Доза 200 мг в 2 приема при умеренном депрессивном

эпизоде была терапевтической и продолжительность приема в терапевтической дозе продолжалась в течение 120 дней, после чего доза препарата уменьшалась по 50 мг 1 раз в 2 недели. Продолжительность терапии при умеренном депрессивном эпизоде составляла 5,5—6 месяцев.

При тяжелом депрессивном эпизоде прием препарата осуществлялся следующим образом 1 — 3 день — начальная доза — 50 мг на ночь, 4—7 день — 100 мг на ночь, с 8—14 день — 50 мг утром и 100 мг на ночь, с 15-го дня пациенты принимали 50 мг утром и 150 мг на ночь, с 21-го дня — 100 мг утром и 150 мг на ночь. В случае недостаточной эффективности доза препарата с 28-го дня увеличивалась до 300 мг в 2 приема. Доза 250 мг или 300 мг в 2 приема при тяжелом депрессивном эпизоде была терапевтической и продолжительность приема в терапевтической дозе продолжалась в течение 120 дней, после чего доза препарата уменьшалась по 50 мг 1 раз в месяц. Продолжительность терапии при тяжелом депрессивном эпизоде составляла 9 месяцев.

Динамики состояния симптомов по шкале Гамильтона у больных с легким депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 1.



1 — снижение настроения; 2 — чувство вины; 3 — склонность к самоубийству; 4 — ранняя бессонница; 5 — поздняя бессонница; 6 — трудоспособность; 7 — заторможенность; 8 — бессонница среди ночи; 9 — ажитация; 10 — психическая тревога; 11 — соматическая тревога; 12 — желудочно-кишечные симптомы; 13 — общие соматические симптомы; 14 — половые симптомы; 15 — ипохондрия; 16 — потеря веса; 17 — самооценка (признает себя больным)

Рис. 1. Динамика состояния симптомов по шкале Гамильтона у больных с легким депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 1, уже к концу первой недели приема препарата Тразодон отмечена положительная динамика по ряду симптомов. Так, уже к концу первой недели отмечается уменьшение соматических симптомов, соматической тревоги, улучшение ночного сна. К 14 дню отмечается не только продолжающаяся положительная динамика соматической составляющей, но и улучшается настроение, снижается тревога, показатель суицидального риска. К 28 дню приема препарата отмечена значительная редукция по всем показателям.

Динамика показателей суицидального риска у больных с легким депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 2.

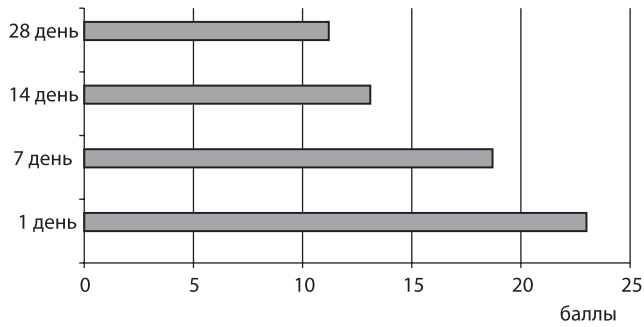


Рис. 2. Динамика показателей суицидального риска у больных с легким депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 2, уже к 7 дню приема препарата суицидальный риск снижается ниже критического (ниже 20 баллов).

Динамика качества ночного сна у больных с легким депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 3.

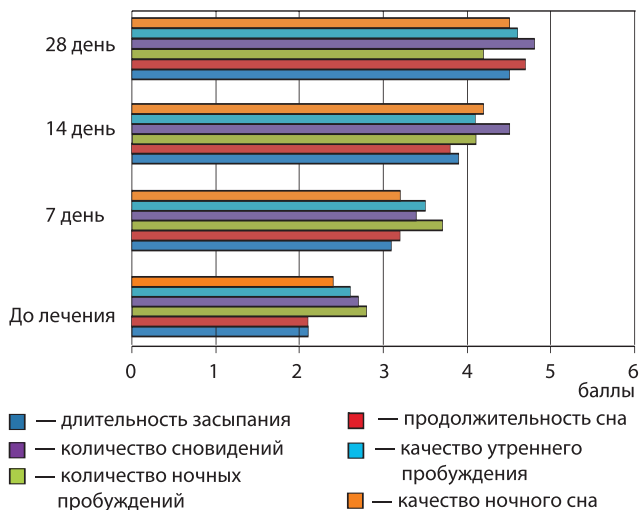


Рис. 3. Динамика качества ночного сна у больных с легким депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 3, у пациентов с легким депрессивным эпизодом положительная динамика на первой недели носит незначительный характер, однако уже к концу недели сдвиги в качестве сна уже более заметны.

Динамика состояния симптомов по шкале Гамильтона у больных с умеренным депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 4.

Как видно из рисунка 4, у пациентов с умеренным депрессивным эпизодом положительные сдвиги отмечаются к 14 дню и касаются преимущественно соматической составляющей. Однако и у этой группы пациентов к 28 дню приема препарата отмечена значительная редукция по всем показателям.

Динамика показателей суицидального риска у больных с умеренным депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 5.

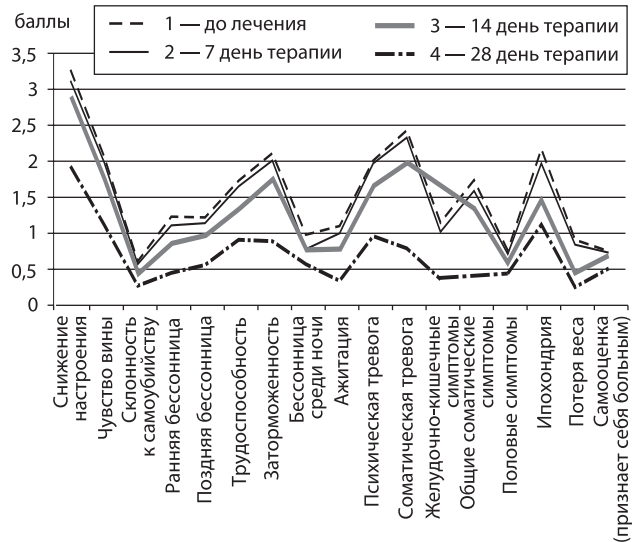


Рис. 4. Динамика состояния симптомов по шкале Гамильтона у больных с умеренным депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

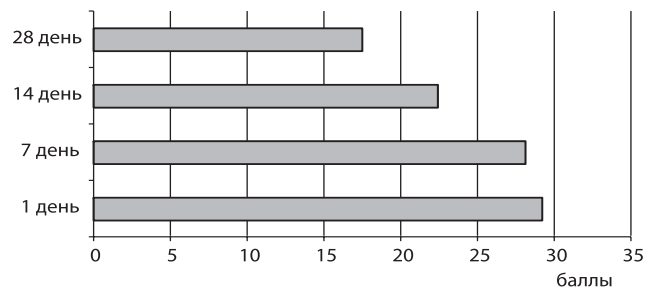


Рис. 5. Динамика показателей суицидального риска у больных с умеренным депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 5, динамика суицидального риска у данной группы больных достигает значимого снижения только к 14 дню, снижаясь ниже критических показателей к 28 дню терапии. Более медленную динамику можно объяснить глубиной депрессии и большей выраженностью исходных показателей.

Динамика качества ночного сна у больных с умеренным депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 6.

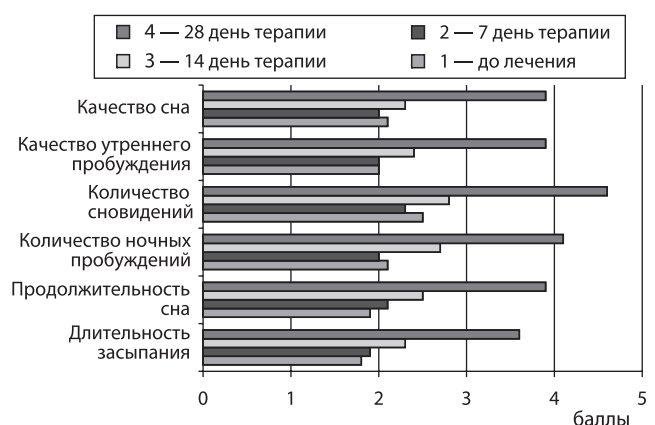


Рис. 6. Динамика качества ночного сна у больных с умеренным депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 6, у пациентов с умеренным депрессивным эпизодом положительная динамика начинается уже с первой недели приема, становясь значительно выраженной к 21 дню.

Динамики состояния симптомов по шкале Гамильтона у больных с тяжелым депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 7.

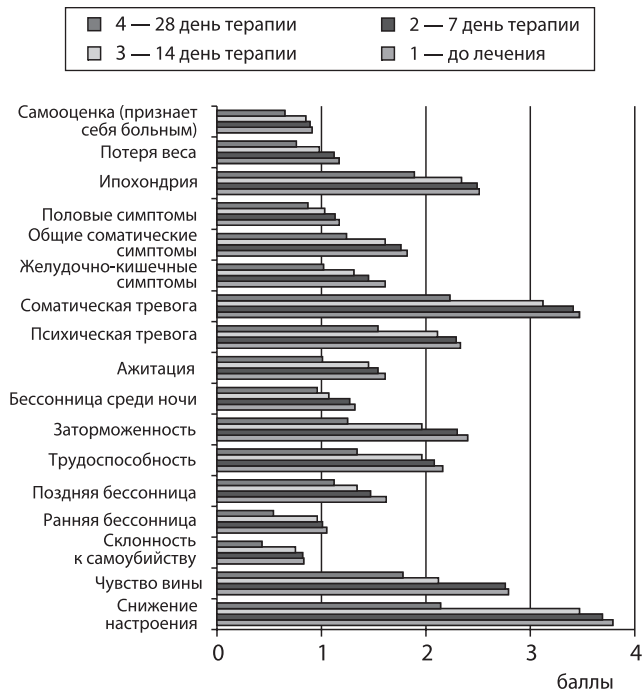


Рис. 7. Динамика состояния симптомов депрессии по шкале Гамильтона у больных с тяжелым депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 7, у пациентов с тяжелым депрессивным эпизодом положительные сдвиги отмечаются несколько позже — к 21 дню приема препарата. Более выраженная редукция симптомов отмечается к 28 дню.

Динамика показателей суицидального риска у больных с тяжелым депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 8.

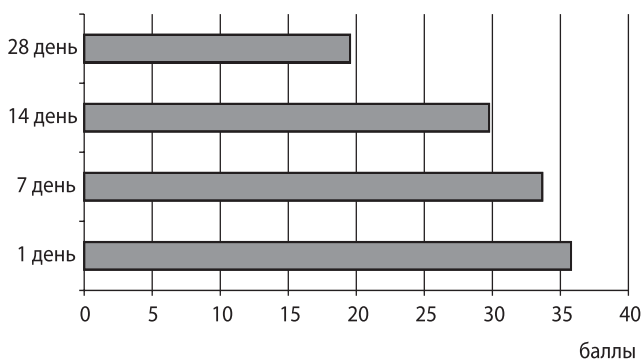


Рис. 8. Динамика показателей суицидального риска у больных с тяжелым депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Как видно из рисунка 8, динамика суицидального риска у данной группы больных достигает значимого снижения только к 21 дню, снижаясь ниже критических показателей к 28 дню терапии. Более медленную динамику можно объяснить как глубиной депрессии, так и продолжительностью заболевания, когда пациент с его точки зрения не видит перспектив в будущем.

Динамика качества ночного сна у больных с тяжелым депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном представлена на рисунке 9.

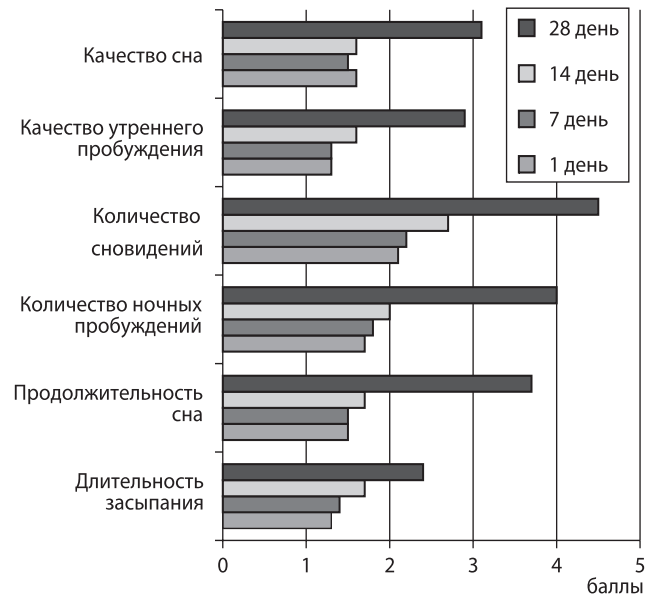


Рис. 9. Динамика качества ночного сна у больных с тяжелым депрессивным эпизодом в процессе терапии Тразодоном

Динамика показателей ночного сна у больных с тяжелым депрессивным эпизодом, хотя и наступает достаточно медленно, тем не менее, показатели качества сна существенно улучшаются в процессе терапии.

Общая оценка эффективности и безопасности препарата Тразодон при лечении депрессивных расстройств свидетельствует о его высокой эффективности, хорошей переносимости и безопасности. Так, оценивая общую эффективность на протяжении не только стационарного лечения, но и дальнейшего амбулаторного приема мы отметили, что все пациенты завершили рекомендованный прием препаратов. Оценка динамики состояния на момент выписки из стационара показала, что у больных с легким депрессивным эпизодом значительное улучшение было отмечено у 83,33 % больных, улучшение у 16,67 % пациентов; у больных с умеренным депрессивным эпизодом значительное улучшение было отмечено у 78,78 % больных, улучшение у 21,22 % пациентов; у больных с тяжелым депрессивным эпизодом значительное улучшение было отмечено у 48,64 % больных, улучшение у 37,84 % пациентов, незначительная динамика у 13,51 % прошедших курс лечения.

Оценка состояния больных спустя 6 месяцев показала более высокие результаты. Так, среди пациентов с легким депрессивным эпизодом 88,88 % считали себя здоровыми и лишь 11,12 % отмечали у себя незначительные проявления болезни и оценивали свое состояние как значительное улучшение; среди больных с умеренным депрессивным эпизодом выздоровление

отмечено у 51,51 % больных, значительное улучшение было отмечено у 39,39 % больных, улучшение у 9,09 % пациентов; у больных с тяжелым депрессивным эпизодом выздоровление отмечено у 37,83 % больных, значительное улучшение было отмечено у 37,87 % больных, улучшение у 8,10 % пациентов, ухудшение состояния у 5,40 % пациентов, незначительная динамика у 10,80 % прошедших курс лечения.

В процессе терапии антидепрессантом Тразодонем возникали кратковременные побочные действия в виде сонливости в течение дня, пошатывания при ходьбе и перемене положения тела при приеме больших доз, дискомфорта в области живота. Описанные побочные эффекты, как правило, проходили самостоятельно в течение 10—12 дней и не требовали изменения дозы.

Оценивая общие результаты проведенного исследования можно говорить о достаточно высокой эффективности препарата Тразодона. Необходимо подчеркнуть, что препарат Тразодон может использоваться в амбулаторной практике, в случае лечения больных с легким депрессивным эпизодом, т. к. при лечении данного вида расстройств не требуется назначения больших доз препарата и его титрация может быть произведена амбулаторно. Лечение больных с умеренным и тяжелым депрессивными эпизодами должно проводиться в условиях стационара не только потому, что требуются большие дозы препарата, но и по другим причинам, таким как высокий уровень суицидального риска, выраженность тревожно-депрессивной симптоматики, существенное снижение трудоспособности.

Список литературы

- Sartorius N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы / N. Sartorius // WPA Bulletin on Depression. — 2003. — № 6. — С. 3—4.
- The epidemiology of major depressive disorders: results from the National Comorbidity Survey Replication / [Kessler R. C., Berglund P., Demler O. et al.] // JAMA. — 2003. — Р. 3095—3105.
- Барановська, Л. М. Характеристика громадського психічного здоров'я в Україні (за даними статистики МОЗ України, ГУОЗ та МЗ КМДА) / Л. М. Барановська, В. Д. Юрченко // Психічне здоров'я / Mental Health. — 2003. — № 1(1). — С. 7—10.
- Baldwin, D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. — Oxford, Lundbeck Institute, 2005. — 82 p.
- Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2002—2011 рр. — Харків: АРСІС, 2012. — 160 с.
- Кравченко Н. Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) / Н. Е. Кравченко // Терапия психических расстройств». — 2007. — № 3. — С. 5—11.
- Марута, Н. А. Клинические проявления и принципы терапии депрессивного эпизода у лиц пожилого возраста / Н. А. Марута, С. П. Колядко, Е. С. Череднякова // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т.15, вип. 1(50). — С. 207—208.
- Oliver E. Ухудшается ли прогноз депрессии с возрастом? // Новости медицины и фармации. — 2009. — № 277. — С. 51.
- Baldwin R. C. The prognosis of depression / R. C. Baldwin // Current Opinions in Psychiatry. — 2000. — № 13. — Р. 81—85.
- Волошин, П. В. Психопатологические и психологические детерминанты суицидального риска при невротической болезни / П. В. Волошин, Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Череднякова // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1(54). — С. 73—74.
- Денисенко, М. М. Показники суїцидальної поведінки у хворих на депресивний епізод / М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т.15, вип. 1(50), (додаток). — С. 180.
- Марута, Н. О. Предикитори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н. О. Марута, Н. О. Явдак // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т.14, вип. 2(47). — С. 59—62.
- Юрєва, Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрєва. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
- Марута, Н. А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке / Н. А. Марута // НЕЙРОNEWS. — 2008. — № 6(11). — С. 24—30.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Br. G. Soc. Clin. Psychol. — 1967. — V. 6. — P. 278—296.
- Гавенко, В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00; заявник та патентовласник ХДМУ. — № 20001021010; заявл. 13.02.01; надрук. 2001, Бюл. № 6.

Надійшла до редакції 20.08.2012 р.

Т. В. Панько

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Депресивні розлади: клініка, діагностика та диференційований підхід до терапії

Мета роботи — вивчення особливостей клініки депресивних проявів при легкому, помірному і тяжкому депресивних епізодах, терапія і оцінка динаміки стану в процесі лікування антидепрессантами.

Дослідження носило комплексний характер. Було обстежено і проліковано 88 хворих, з них 18 з легким депресивним епізодом, 33 з помірним і 37 з важким депресивним епізодом. Вік обстежених хворих коливався від 24 до 67 років незалежно від вираженості депресивного епізоду. Базовою терапією був антидепрессант Тразодон.

Оцінка стану хворих показала високі результати терапії. Так, серед пацієнтів з легким депресивним епізодом 88,88 % вважали себе здоровими і лише 11,12 % відзначали у себе незначні прояви хвороби і оцінювали свій стан як значне поліпшення; серед хворих з помірним депресивним епізодом одужання відзначено у 51,51 % хворих, значне поліпшення було відзначено у 39,39 % хворих, поліпшення у 9,09 % пацієнтів, у хворих з важким депресивним епізодом одужання відзначено у 37,83 % хворих, значне поліпшення було відзначено у 37,87 % хворих, поліпшення у 8,10 % пацієнтів, погіршення стану у 5,40 % пацієнтів, незначна динаміка у 10,80 %, які пройшли курс лікування.

Ключові слова: депресивні розлади, діагностика, терапія.

T. V. Pan'ko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Depressive disorders: clinics, diagnosis and a differential therapeutic approach

The aim of the study was to investigate clinical peculiarities of depressive manifestations in a mild, moderate, and severe depressive episodes, therapy, and dynamic assessment of the condition during treatment with antidepressants.

The study was integrated. Eighty eight patients, including 18 ones with a mild depressive episode, 33 with a moderate depressive episode, and 37 with a severe depressive episode have been examined and treated. The age of the patients was from 24 to 67 years old irrespective from the depressive episode severity. Antidepressant Trasonon was as a basic treatment.

An assessment of patients' conditions demonstrated high results of the treatment. Thus, 88.8 % of patients with a mild depressive episode suggested themselves as healthy ones and only 11.12 % reported mild signs of the disease and evaluated their conditions as significantly improved. For patients with a moderate depressive episode, 51.51 % were recovered, 39.39 % were significantly improved and 9.09 % were improved. In patients with a severe depressive episode a recovery was registered in 37.38 %, a significant improvement was pointed out in 37.87 %, an improvement was pointed out in 8.10 %, a worsening of the condition was registered in 5.40 %, and 10.80 % were without significant dynamics.

Key words: depressive disorders, diagnosis, therapy