

Д. А. Жупанова
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА
 У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ**

Д. О. Жупанова
Клінічні особливості медикаментозного комплайєнса у пацієнтів з депресивним епізодом

D. O. Zhupanova
Clinical features of compliance medication in patients with depressive episode

Целью данной работы явилось изучение клинических факторов медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с депрессивным эпизодом.

В исследовании приняли участие 111 пациентов с депрессивным эпизодом (F32.1—F32.2): 36 больных депрессивным эпизодом с полным МК; 41 больной депрессивным эпизодом с частичным МК; 34 больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК.

В процессе исследования установлено, что у больных депрессивным эпизодом нарушения МК ассоциировались с такими клиническими факторами как ухудшение эмоционального контакта, расстройств внимания, частичная критика к болезни, коморбидные зависимости от психоактивных веществ. Такие клинические особенности способствовали снижению установки на сотрудничество с врачом, формированию пассивности в отношении приема медикаментов, что в сочетании с отсутствием информации об ожидаемом эффекте лечения и побочными эффектами (нарушения сексуального влечения, увеличение массы тела, седация) приводило к нарушениям МК.

Вышеизложенные факторы необходимо учитывать при назначении антидепрессивной терапии и проведении психотерапевтической и психообразовательной работы с данной категорией больных.

Ключевые слова: медикаментозный комплайенс, депрессивный эпизод, клинические факторы, побочный эффект

Метою даної роботи було вивчення клінічних чинників медикаментозного комплайєнсу (МК) у пацієнтів з депресивним епізодом.

У дослідженні взяли участь 111 пацієнтів з депресивним епізодом (F32.1—F32.2): 36 хворих депресивним епізодом з повним МК; 41 хворий депресивним епізодом з частковим МК; 34 хворих депресивним епізодом з відсутністю МК.

У процесі дослідження встановлено, що у хворих з депресивним епізодом порушення МК асоціювалися з такими клінічними чинниками як погіршення емоційного контакту, розлади уваги, часткова критика до хвороби, коморбідні залежності від психоактивних речовин. Такі клінічні особливості сприяли зниженню настанови на співпрацю з лікарем, формуванню пасивності щодо прийому медикаментів, що в поєднанні з відсутністю інформації про очікуваний ефект лікування та побічними ефектами (порушення сексуального потягу, збільшення маси тіла, седация) призводило до порушень МК.

Вищевикладені чинники необхідно враховувати під час призначення антидепресивної терапії та проведення психотерапевтичної та психоосвітньої роботи з даною категорією хворих.

Ключові слова: медикаментозний комплайєнс, депресивний епізод, клінічні чинники, побічний ефект

The aim of this work was to investigate clinical factors of medication compliance (MC) inpatients with depressive episode.

The study involved 111 patients with depressive episode (F32.1—F32.2) including 36 patients with depressive episode and a complete MC, 41 patients with depressive episode and a partial MC, and 34 patients with depressive episode and lack of MC.

In the course of the study it was determined that in patients with depressive episode MC deficiency was associate with such clinical factors as a worsening of an emotional contact, attention impairments, a partial critical attitude to the disease, comorbid substance dependencies.

The se clinical peculiarities promoted a decreased motivation to cooperate with a physician and formation of passivity regarding the medication intake. In combination with lack of information about an expected treatment effect and adverse effects (impairment of a sexual desire, an increased body mass, sedation) these factors resulted in the MC deficiency.

The abovementioned factors should be taken into account in prescription of antidepressant therapy and in psychotherapy and psychoeducation for this category of patients.

Key words: medication compliance, depressive episode, clinical factors, adverse effect

Приверженность терапии у пациентов с депрессией вызывает огромный интерес в связи с распространенностью патологии и низкой эффективностью терапии [6, 9, 11, 12].

Несоблюдение режима приема медикаментов сопровождается ухудшением симптоматики, увеличением риска рецидивов и повторными госпитализациями [1—8].

Вышеизложенное и определило цель данной работы — изучить клинические факторы медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с депрессивным эпизодом.

В исследовании клинических особенностей МК различной степени выраженности приняли участие 111 пациентов с депрессивным эпизодом (F32.1—F32.2):

1 группа — 36 больных депрессивным эпизодом с полным МК;

2 группа — 41 больной депрессивным эпизодом с частичным МК;

© Жупанова Д. О., 2015

3 группа — 34 больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК.

В этих группах больных с помощью шкалы оценки негативной симптоматики (SANS); шкалы оценки продуктивной психопатологической симптоматики (BPRS); шкалы оценки глобального функционирования (GAF); шкалы оценки медикаментозного комплайенса; шкалы оценки побочных эффектов медикаментозной терапии (UKU) были изучены основные клинические характеристики у больных с различной степенью МК [10, 11].

Особенности негативной симптоматики у больных депрессивным эпизодом с различной степенью МК, изученные с помощью шкалы SANS, представлены в таблице 1.

Согласно полученным результатам, у больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК выявлен средневысокий уровень негативной симптоматики — $62,7 \pm 10,2$ балла при $p < 0,05$ (см. табл. 1).

Из негативных симптомов наиболее выраженными в этой группе больных являлись расстройства внимания

Таблиця 1. Особливості негативної симптоматики у больових депресивним епізодом з різною ступенем МК

Негативні симптоми	Відсутність МК (n = 34)	Частинний МК (n = 41)	Повний МК (n = 36)
Уплотнення і ригідність афекта	19,7 ± 4,4	18,8 ± 3,9	20,4 ± 4,0
Нарушення мови	9,4 ± 3,2	8,8 ± 2,3	8,6 ± 2,1
Апатобулімічні розлади	9,1 ± 3,1	8,3 ± 3,4	8,4 ± 2,9
Ангедонія — асоціальність	10,4 ± 3,7	9,6 ± 3,0	9,3 ± 3,9
Вважання	10,7 ± 2,9*	6,7 ± 1,9	6,0 ± 1,7
Загальна оцінка (балл)	62,7 ± 10,2*	48,3 ± 9,4	49,1 ± 10,5

Примічання: різниця достовірна по відношенню до групи больових з повним і частинним МК: * — при $p < 0,05$

(невважальність при контакті з лікарем і психологічному тестуванні, суб'єктивне сприйняття зниження рівня концентрації уваги, високий рівень розсіяності) — 10,7 ± 2,9 балла, при $p < 0,05$.

Статистически значимих різниць в оцінці загального стану негативної симптоматики між больовими депресивним епізодом з частинним і повним медикаментозним комплаєнсом виявлено не було.

По результатам дослідження особливостей продуктивної психопатологічної симптоматики у больових депресивним епізодом з різною ступенем медикаментозного комплаєнса, вивчених з допомогою шкали BPRS (табл. 2), слід відзначити, що статистически значимих різниць в оцінці загального стану продуктивної психопатологічної симптоматики між больовими депресивним епізодом з різною ступенем МК виявлено не було.

Враховано з тим виявлено, що у больових депресивним епізодом F32.1—F32.2 і відсутністю МК в структурі продуктивної психопатологічної симптоматики переважають емоційний уход в себе (недостаток емоційного контакту з співрозмовником, недостаточний увага ситуації медического огляду, неможливість установити близький, емоційний контакт з іншими людьми в ситуації спілкування) — 5,8 ± 1,1 балла (в помірно значимій ступені вираженості) при $p < 0,05$ і зниження установки на співпрацю з лікарем (спротивлення, невдоволення, передубеженість і недостаточна готовність співпрацювати з лікарем і іншим медическим персоналом) — 5,6 ± 1,2 балла (в помірно значимій ступені вираженості) при $p < 0,05$.

У больових депресивним епізодом з частинним МК в структурі продуктивної психопатологічної симптоматики більш виражено зниження установки на співпрацю з лікарем — 4,4 ± 1,0 балл (в помірній ступені вираженості) при $p < 0,05$.

Таблиця 2. Особливості продуктивної симптоматики у больових депресивним епізодом з різною ступенем медикаментозного комплаєнса

Продуктивні симптоми	Відсутність МК (n = 34)	Частинний МК (n = 41)	Повний МК (n = 36)
Відношення до соматического стану	4,1 ± 1,2	4,4 ± 1,4	4,2 ± 1,5
Тревога	3,0 ± 1,3	3,4 ± 1,0	4,2 ± 0,9
Емоційний уход в себе	5,8 ± 1,1*	3,2 ± 0,9	3,0 ± 1,0
Розпад мисльових процесів	1,4 ± 0,1	1,4 ± 0,3	1,6 ± 0,2
Чувство вина	5,2 ± 1,3	5,0 ± 0,9	4,9 ± 1,1
Напруженість	3,3 ± 0,8	3,1 ± 0,7	5,3 ± 1,0
Манерність, вичурність поведінки	1,3 ± 0,2	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,2
Ідеї величчя	1,2 ± 0,1	1,3 ± 0,2	1,4 ± 0,3
Депресивне настроєння	5,4 ± 1,0	5,1 ± 1,1	5,0 ± 1,3
Враждебність	3,1 ± 0,6	2,9 ± 1,0	3,0 ± 0,8
Підозрливість, параноїдні змісти	1,2 ± 0,2	1,4 ± 0,2	1,4 ± 0,4
Галюцинації	1,4 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,2
Двигальна заторможеність	3,2 ± 1,1	3,3 ± 1,1	3,0 ± 0,9
Зниження установки на співпрацю з лікарем	5,6 ± 1,2**	4,4 ± 1,0**	3,2 ± 1,2
Вичурність мислення	1,4 ± 0,1	1,5 ± 0,2	1,6 ± 0,3
Афективна уплотненість	2,9 ± 0,6	2,8 ± 1,0	3,3 ± 0,7
Возбудження	1,6 ± 0,4	1,3 ± 0,2	1,3 ± 0,1
Нарушення орієнтування	1,3 ± 0,1	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3
Загальна оцінка	50,4 ± 12,7***	47,5 ± 11,4***	48,3 ± 10,8***

Примічання. Оцінка симптоматики виражена в форматі ($M \pm \sigma$), балли. Різниця достовірна по відношенню до групи больових з частинним (* — при $p < 0,05$) і повним МК (** — при $p < 0,05$). Різниця статистически не достовірна: *** — при $p > 0,5$

Согласно результатам анализа глобального функционирования больных депрессивным эпизодом с различной степенью МК, изученного с помощью шкалы GAF (табл. 3), статистически значимых различий в оценке глобального функционирования между больными депрессивным эпизодом с различной степенью МК выявлено не было.

Таблица 3. Особенности глобального функционирования у больных депрессивным эпизодом с различной степенью медикаментозного комплайенса

Глобальное функционирование	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Общая оценка (балл)	58,1 ± 12,1*	58,8 ± 9,9*	61,2 ± 10,5*

Примечания: различия статистически не достоверны: * — при $p < 0,5$

Результаты оценки МК больных депрессивным эпизодом представлены в таблице 4.

Согласно результатам исследования МК (табл. 4) было отмечено, что у больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК среди факторов, влияющих на МК, преобладают: уклонение от приема лекарств (избегание приема, отказы) — $0,6 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$); пассивное согласие на прием медикаментов, при отсутствии надежды на эффект — $1,2 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,01$); отсутствие информации о времени ожидаемого начала действия используемых препаратов — $0,4 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$); частичная критика к болезни — $1,1 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,01$); коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами — $0,3 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,01$); низкий терапевтический альянс — $0,5 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,01$).

Таблица 4. Результаты оценки медикаментозного комплайенса больных депрессивным эпизодом F32.1—F32.2

Характеристики МК	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Отношение к медикации			
Поведение при медикаментозном лечении	0,6 ± 0,2**	1,0 ± 0,4*	1,8 ± 0,2
Заинтересованность в приеме лекарств	1,2 ± 0,4**	2,0 ± 0,6*	2,8 ± 0,1
Опасения, связанные с психотропным действием и побочными эффектами	3,3 ± 0,3	3,4 ± 0,2	3,1 ± 0,3
Психологически обусловленное саботирование медикации	2,4 ± 0,4	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,4
Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса	—	—	—
	(первый эпизод депрессии)	(первый эпизод депрессии)	(первый эпизод депрессии)
Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам	1 (не принимал)	1 (не принимал)	1 (не принимал)
Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии	1,2 ± 0,3	1,1 ± 0,2	1,3 ± 0,4
Оценка больным эффективности принимаемой комбинации препаратов	1,0 ± 0,5	1,1 ± 0,2	1,2 ± 0,1
Приемлемость парентерального способа введения препарата	0 (не используется)	0 (не используется)	0 (не используется)
Приемлемость перорального приема препарата	0,7 ± 0,1	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1
Удовлетворенность режимом приема препарата	1,3 ± 0,3	1,5 ± 0,4	1,4 ± 0,3
Доступность препарата	0,8 ± 0,1	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,2
Информация о времени ожидаемого начала действия препарата	0,4 ± 0,2*	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,2
Факторы, связанные с пациентом			
Осознание болезни	1,1 ± 0,4**	2,0 ± 0,4*	2,7 ± 0,2
Уровень продуктивной симптоматики (BPRS)	50,4 ± 12,7	47,5 ± 11,4	48,3 ± 10,8
Уровень негативной симптоматики (SANS)	62,7 ± 10,2*	48,3 ± 9,4	49,1 ± 10,5
Частота рецидивирования	— (дебют)	— (дебют)	— (дебют)
Суицидальные и тенденции к саморазрушающему поведению	1,8 ± 0,1	1,7 ± 0,2	1,8 ± 0,2
Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности	0,3 ± 0,1**	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,2
Глобальный уровень социального функционирования (GAF)	58,1 ± 12,1	58,8 ± 9,9	61,2 ± 10,5
Наличие когнитивных нарушений	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,1
Факторы, связанные с близким окружением			
Уровень социальной поддержки, включая материальный	1,0 ± 0,4	1,1 ± 0,4	1,0 ± 0,3
Отношение близких к медикации	2,6 ± 0,3	2,7 ± 0,2	2,8 ± 0,2
Факторы, связанные с лечащим врачом			
Терапевтический альянс	0,5 ± 0,3**	1,1 ± 0,2*	1,8 ± 0,1
Адекватность врачебного наблюдения вне обострения	1,3 ± 0,2	1,5 ± 0,1	1,4 ± 0,3

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

У больных депрессивным эпизодом с частичным МК доминировали побочные действия в виде: уменьшения продолжительности сна в умеренно тяжелой степени — $2,4 \pm 0,5$ балла (при $p < 0,05$) и прибавка массы тела в умеренной степени — $1,9 \pm 0,5$ балла (при $p < 0,05$).

Следовательно, у больных депрессивным эпизодом нарушения МК ассоциировались с такими клиническими факторами как ухудшение эмоционального контакта, расстройства внимания, частичная критика к болезни, коморбидные зависимости от психоактивных веществ.

Такие клинические особенности способствовали снижению установки на сотрудничество с врачом, формированию пассивности в отношении приема медикаментов, что в сочетании с отсутствием информации об ожидаемом эффекте лечения и побочными эффектами (нарушения сексуального влечения, увеличение массы тела, седация) приводило к нарушениям МК.

Вышеизложенные факторы необходимо учитывать при назначении антидепрессивной терапии и проведении психотерапевтической и психообразовательной работы с данной категорией больных.

Список литературы

1. Аймедов, К. В. Предикторы некомплаенса терапевтической співпраці в осіб, схильних до азартних ігор, на етапі реабілітації із використанням сучасних інтернет-технологій [Текст] / К. В. Аймедов, Ю. П. Жовно, Ю. В. Довгій // Медична психологія. — 2010. — Т. 5. — №3(19). — С. 14—18.
2. Байрак, Д. Комплаєнс в медицині: знання — ключ до успіху [Електронний ресурс] / Д. Байрак // Новини медицини та фармації. — 2011. — №4(354). — Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158>
3. Банщиков, Ф. Р. Комплаєнс в психіатрії: реальність та перспективи [Текст] / Ф. Р. Банщиков // Обозрение психіатрії та медичинської психології. — 2006. — Т. 3. — №4. — С. 60—68.
4. Горещкая, А. Н. Особенности формирования комплаєнса и его типология у больных гипертонической болезнью [Текст] / А. Н. Горещкая // Медична психологія. — 2013. — Т. 8. — № 1(29). — С. 20—25.
5. Данилов, Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаєнс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества [Текст] / Д. С. Данилов, Н. А. Тювина, В. Д. Морозов // Российский психиатрический журнал. — 2013. — № 2. — С. 64—71.
6. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В. Н. Краснов; — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
7. Лесная, Н. Н. Особенности комплаєнса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции [Текст]: дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / Лесная Наталья Николаевна. — Харьков, 2010. — 154 с.
8. Лутова, Н. Б. Комплаєнс в психіатрії та способ его оценки [Текст] / Н. Б. Лутова, Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психіатрія та психофармакотерапія. — 2008. — №1. — С. 19—24.
9. Марута, Н. А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке [Текст] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2008. — № 6(11). — С. 24—30.
10. Метод прогнозирования медикаментозного комплаєнса в психіатрії [Текст] : методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева ; авторы-сост.: Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид, А. Я. Вукс. — СПб., 2007. — 24 с.
11. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич; — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.
12. Шестопалова, Л. Ф. Психологічні фактори формування комплаєнса хворих з алкогольною залежністю [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. М. Лісна // Журнал психіатрії та медичинської психології. — 2008. — № 3(20). — С. 61—67.

Надійшла до редакції 14.01.2015 р.

ЖУПАНОВА Дарья Александровна, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

ZHUPANOVA Daria, Out-Staff Researcher of the Department Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net