

УДК 616.895.8-06:616.89-008

Аскарова К.И., Аграновский М.Л., Муминов Р.К.,

Каримов А.Х., Салиев М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С
ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (КОМПЛЕКСНЫЙ
АНАЛИЗ)**

Резюме: Депрессия, сочетающаяся с хронической инсомнией, является одним из наиболее часто встречающихся психических расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, а их терапии представляет определенные трудности.

На примере из клинической практики показано успешное применение современных антидепрессантов, оказывающих не только собственно тимоаналептическое и регулирующее сон действие, но и дающих возможность преодоления зависимости от транквилизаторов, которые часто бесконтрольно принимают эти больные для уменьшения симптомов тревоги и коррекции нарушений сна.

Ключевые слова: депрессия, инсомния, антидепрессанты, транквилизаторы.

Askarova K.I., Agranovsky M.L., Muminov R.K.,

Karimov A.Kh., Saliev M.M.

Department of Psychiatry and Addiction

Andijan State Medical Institute

**TREATABILITY OF TREATMENT IN PATIENTS WITH
DEPRESSIVE DISORDERS (COMPLEX ANALYSIS)**

Resume: Depression, combined with chronic insomnia, is one of the most common mental disorders in patients with cardiovascular diseases, and their treatment presents certain difficulties.

The clinical practice shows the successful use of modern antidepressants, which not only have a thymoanaleptic and sleep-regulating effect, but also provide an opportunity to overcome the dependence on tranquilizers, which these patients often take uncontrollably to reduce anxiety symptoms and correct sleep disturbances.

Key words: depression, insomnia, antidepressants, tranquilizers.

Актуальность. В клинике легких и умеренно выраженных расстройств депрессивного спектра проблема переносимости лечения звучит особенно актуально из-за достаточно высоких требований к качеству жизни у данной группы пациентов[4,5]. При лечении депрессий невротического уровня выраженные ПЭ антидепрессивной терапии могут приводить не только к усилинию социальной дезадаптации, но и к утяжелению симптоматики самой депрессии. Также отмечается высокая чувствительность больных дистимией и соматизированными депрессиями к развитию холинолитических ПЭ[1,3]. Все сказанное способствует возникновению разнообразных НЯ и при проведении психотерапии[2,4]. По нашим данным, трансперсональная психотерапия депрессий часто сопровождается кратковременными обострениями тревоги, нарушениями сна, переходящими головокружениями, вторичными невротическими реакциями. Процент отказов от психотерапии при этом может доходить до 25%, лишь немногим уступая соответствующему показателю при терапии антидепрессантами.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является разработка общих принципов прогноза и оптимизации переносимости различных (фармако- и психотерапевтических) видов терапии депрессивных расстройств на основе построения системной модели

переносимости лечения у пациентов с легкими и умеренно выраженными депрессиями.

Материалы и методы исследования. Всего в исследование было включено 486 пациентов: 103 мужчины (21,2%) и 383 женщины (78,8%). Средний возраст больных составлял $40,31 \pm 10,23$ лет. При этом 61,1% из них имели высшее образование, а 37,9% - среднее и среднее специальное.

Результаты исследования. Профессионально заняты были 70,8% пациентов и 67,9% имели семью. Таким образом, значительное большинство обследованных относились к трудоспособному возрасту и характеризовались в целом достаточно высоким уровнем образования, профессиональной и социальной адаптации. У 58,0% больных диагностировался (по МКБ-10) первичный депрессивный эпизод легкой или умеренной степени выраженности, у 29,4% легкая или умеренно выраженная депрессия возникала в рамках рекуррентного депрессивного расстройства и у 12,6% определялась как дистимия. Выделенные клинические варианты депрессии распределялись следующим образом: астеническая (29,0%), тревожная (23,5%), истерическая (21,0%), тоскливая (15,8%) и ипохондрическая (10,7%). Дизайн исследования в целом подразумевал (после wash-out в течение 7 дней) комплексную, еженедельную оценку состояния всех включенных пациентов на протяжении 4-6 недель терапии (42 дня).

НЯ антидепрессивной лекарственной терапии и психотерапии объективно регистрируются не менее чем у 80,0% больных с депрессивными расстройствами. Подавляющее большинство возникающих НЯ имеют легкую или среднюю степень выраженности, незначительно затрудняющую повседневную жизнь пациентов. При субъективной оценке общая распространенность НЯ заметно ниже, колеблется в довольно широких пределах - от 26,7% до 70,0% - и гораздо лучше дифференцирует различные антидепрессивные препараты в плане их реальной

переносимости. При этом по многим показателям переносимость современной антидепрессивной фармакотерапии (СИОЗС) практически не уступает переносимости психотерапевтического лечения (КТП).

Взаимосвязи конкретных НЯ с тем или иным антидепрессантом имеют исключительно вероятностный характер и статистически достоверны лишь для некоторых из них. Количество достоверных взаимосвязей с конкретными НЯ прогрессивно уменьшается по мере увеличения реальной переносимости того или иного антидепрессанта либо психотерапии. Так, с приемом амитриптилина статистически значимо связано возникновение сонливости, гипокинезии, сухости во рту и запоров. Снижение аппетита и задержка эякуляции у мужчин значительно чаще возникают при приеме флуоксетина и венлафаксина. НЯ, достоверно связанные с приемом тианептина, не выявляются.

Динамика общего развития НЯ в процессе антидепрессивной фармакотерапии, плацебо-терапии и психотерапии имеет отчетливый регредиентный характер на протяжении первых 3-х недель терапии. Для отдельных НЯ возможны и другие типы динамики: волнообразный (диарея, нарушение оргазма, задержка эякуляции) и прогредиентный (снижение аппетита, уменьшение или увеличение веса тела). Указанные варианты динамики развития НЯ в процессе лечения для подавляющее большинства симптомов непосредственно не связаны с механизмом действия конкретного антидепрессанта или психотерапии, а определяются общим патогенетическими механизмами их развития, лишь запускаемыми воздействием то или иного терапевтического агента.

Исследование показало высокую актуальность коррекционных мероприятий в отношении отказов от лечения у больных с депрессивными расстройствами в виде мотивационной терапии (комплаенс-терапия). Выработаны следующие основные принципы мотивационной терапии: повышение уровня согласия больного с терапией с отказом от решения

других психологических проблем; рационально-терапевтическая или когнитивная стратегия терапии; дифференцированная тактика проведения терапии; этапность терапии; поддерживающая манера терапии; предельное информирование пациента; контроль ятрогений. Общая эффективность мотивационной терапии составляет 50%. При психотерапии эффективность дополнительного мотивирования пациентов несколько ниже, чем при терапии антидепрессантами, что указывает на необходимость дальнейшей модификации основной методики мотивационной терапии.

Интеграция полученных данных обуславливает построение двухуровневой системной модели переносимости различных видов лечения у больных с депрессивными расстройствами. На первом (базовом) уровне данной модели переносимость лечения определяется взаимодействием внешнего и внутреннего контуров и опосредующего звена - НЯ терапии. Внешний контур включает те или иные виды лечения, проводимые в соответствующих режимах. Внутренний контур включает индивидуальные предикторы переносимости лечения, ноцебо-реактивность, априорную переносимость планируемого лечения. На втором уровне модели переносимость лечения интегрируется с проблемой комплаенса. Основными опосредующими факторами любых взаимодействий на данном уровне являются личностные ресурсы врача и пациента (диадные отношения -интерсубъективность). В указанных рамках реализуются, со стороны пациента, либо согласие (комплаенс), либо отказ от лечения (нонкомплаенс), а со стороны врача, - усилия по мотивированию больного к участию в терапевтическом процессе (мотивационная терапия).

Вывод. Основные направления практического внедрения результатов исследования связаны с обоснованием принципов прогностической оценки переносимости фармако- и психотерапии у

больных с легкими и умеренно выраженными депрессивными расстройствами на основе первостепенного учета фактора субъективности (с точки зрения субъекта лечения). Дифференцированная, качественная и количественная оценка переносимости антидепрессивной лекарственной терапии и специфической психотерапии, с учетом предикторов переносимости, уровня ноцебо-реактивности, исходного отношения к возможности возникновения тех или иных НЯ, повышает общую эффективность лечебных мероприятий у больных с легкими и умеренно выраженными депрессивными расстройствами в условиях, прежде всего, амбулаторной психиатрической практики. Использование мотивационной терапии для профилактики и коррекции отказов больных от лечения обеспечивает необходимый уровень стандартизации отношений в рамках контакта «врач-пациент» и позволяет более эффективно и длительно поддерживать оптимальный уровень согласия пациента с рекомендуемым лечением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Костюкова Е.Г. Карбамазепин (тегретол) в профилактике аффективных расстройств (обзор литературы)//Психиатрия и психофармакотерапия. — 2014. — Т. 6, № 3.
2. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // Нейро News. — 2010. — № 5 (24). — С. 83-90.
3. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соцально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та ршення //Укратський вікник психоневрологі. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 10-14.
4. Angst J. Major depression in 1998: are we providing optimal therapy// J. Clin. Psychiatry. — 1999. — 60 (suppl. 6). — 5-9.
5. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey//Br. J. Psychiatry. — 2001. — 178. — 145-153