

должно быть направлено на употребление определенных лекарств, которые могут вызывать депрессивный синдром (верапамил, дигоксин, нифедипин, пропранолол, тиазидные диуретики, ранитидин, изониазид, НВПС). Это неполный перечень лекарственных средств, которые достаточно часто и длительно применяются в терапевтической практике. Врачу общей практики и терапевту нужно обладать большим практическим и теоретическим багажом знаний, чтобы сначала исключить соматическую патологию, что, разумеется, не просто сделать в пожилом возрасте, когда имеет место сочетание нескольких заболеваний. Отсутствие эффекта "общесоматической" терапии и положительный эффект на психотропные средства свидетельствуют в пользу истинной депрессии. Соматогенные депрессии чаще наблюдаются у пациентов соматических стационаров. Депрессия может возникать на фоне органической патологии, но может быть и дебютом начинающегося органического заболевания внутренних органов. Высокая вероятность развития депрессивных расстройств обнаруживается при онкологических заболеваниях и патологии сердечно-сосудистой системы.

Нами проведено исследование 53 больных в возрасте от 60 до 75 лет с диагнозом ИБС и гипертоническая болезнь. У всех пациентов был депрессивный синдром разной степени тяжести. Оценка депрессии проводилась по шкале Гамильтона и опроснику Бека. Лечение депрессивного синдрома проводилось препаратом миртазапин (ремерон). Через 2 недели терапии ремероном у 40% пациентов наступило улучшение состояния, через 3 недели значительное улучшение состояния (шкала Гамильтона). Характер побочных эффектов у больных пожилого возраста не отличался от пациентов всех возрастов. Влияние Ремерона на витальные функции полностью совпадало с эффектом плацебо.

АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Г.А. Алешикина

Московский ГМСУ, Россия

E-mail авторов: gallka82@yandex.ru

Одной из основных характеристик острых преходящих психозов считается нестабильность и полиморфизм психопатологической симптоматики, что в полной мере относится и к аффективным расстройствам, наблюдающихся в структуре психотических приступов.

Целью исследования являлся клинический и психометрический анализ аффективных нарушений в структуре острых преходящих психотических расстройств.

Материалы и методы:

Обследованы 22 больных мужского пола в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст $27,2 \pm 8,1$ года) с развившимся впервые в жизни острым психотиче-

ским состоянием. В соответствии с критериями МКБ – 10 эти психотические эпизоды были квалифицированы как острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F 23.0), другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F 23.3), другие острые и преходящие психотические расстройства (F 23.8). Использовались клиничко - психопатологический, психометрический, статистический методы. Для объективизации результатов исследования применялась шкала Гамильтона М. для оценки депрессий (Hamilton depression rating scale - HDRS – 21, Hamilton M., 1967); шкала оценки выраженности тревоги (Hamilton rating scale for anxiety - HAM – A, Hamilton M., 1959); шкала Янга для оценки мании (Young mania rating scale, YMRS, Young A., 1985). Психометрическая оценка психического состояния проводилась в первые дни пребывания больного в стационаре и после редукции психотической симптоматики.

Результаты исследования:

Средняя длительность психоза составила $8,9 \pm 8,5$ суток. В связи с ненормальным распределением значений вариационного ряда для оценки продолжительности психотического состояния применялся анализ квартильных соотношений, по результатам которого, у 25% больных длительность психотического эпизода составила 1 день, у 50% пациентов – от 6 до 14 дней и от 15 до 30 дней у 25% обследованных.

У 54,5% больных развитие психотического состояния сопровождалось тревожно-депрессивным аффектом, в 36,4% наблюдений на высоте психоза отмечалось сочетание симптомов тревожного, депрессивного и маниакального регистров в различных соотношениях. Средний балл тяжести депрессии в структуре психотического состояния составил $16,5 \pm 6,4$ балла. При этом в 25% случаев суммарный балл соответствовал депрессивному эпизоду тяжелой степени. Суицидальные тенденции отмечались у 20% пациентов с депрессивной симптоматикой в структуре психотического приступа, при этом 15% больных предприняли серьезные суицидальные попытки. Симптомы тревоги отмечались у 81,8% больных, средний балл шкалы Гамильтона М. для оценки тревоги составил $11,7 \pm 3,9$ балла. Следует отметить значительное преобладание психических проявлений тревоги над соматическими в структуре острых преходящих психотических расстройств. Тревожный синдром только в 22,2% случаев включал не резко выраженный соматический компонент, представленный сочетанием соматических сенсорных симптомов (ощущение слабости, нечеткость зрения) и вегетативных симптомов (сухость во рту, головные боли, гипергидроз). Маниакальный аффект в структуре психотического эпизода наблюдался у 31,8% пациентов. Средний балл по шкале Янга составил $23 \pm 5,4$ балла, что соответствовало мании средней степени выраженности. Маниакальный синдром, представленный классической триадой симптомов (повышенное настроение, моторное и идеаторное ускорение) наблюдался только у 1 пациента (4,5%). В остальных

случаях маниакальные симптомы отмечались в рамках смешанных аффективных состояний.

Маниакальный аффект характеризовался более медленным темпом редукции, в сравнении с тревожной и депрессивной симптоматикой. У 71% больных, из числа пациентов, у которых на высоте психоза отмечалась мания, в постпсихотическом периоде гипоманиакальное состояние сохранялось в течение 2-3 недель. В то время как выраженность тревожных и депрессивных расстройств после купирования галлюцинаторно-бредовой симптоматики не превышала нормальных значений по соответствующим шкалам.

Выводы: таким образом, структура острых преходящих психотических расстройств характеризуется выраженным полиморфизмом аффективных нарушений. В половине случаев отмечался тревожно-депрессивный аффект, с доминированием тимического компонента над соматическим. Треть наблюдений характеризовалась сочетанием симптоматики тревожного, депрессивного и маниакального регистров. Маниакальный аффект обладает наиболее медленным, в сравнении с другими аффективными нарушениями, темпом редукции, не совпадающим с регрессом психотической симптоматики. Полученные результаты демонстрируют неоднородность клинической картины, требующую дальнейшего изучения синдромальной структуры острых преходящих психотических состояний, а также закономерностей динамического взаимодействия аффективных и психотических симптомов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕЗОННЫХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

*А.М. Бардеништейн, Д.С. Краховецкая,
И.В. Щербакова, А.Г. Крупкин*

Московский ГМСУ, Россия

E-mail авторов: dina_iks@rambler.ru

Цель исследования: изучение и сравнение клинической эффективности мелатонинергического антидепрессанта – агомелатина и методов психотерапии в ходе лечения больных шизотипическим расстройством с сезонной депрессией.

Материал и методы:

В исследование было включено 80 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет, получавших амбулаторное или стационарное лечение. Клиническая диагностика шизотипического расстройства проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 (F21.3, F21.4). Больные обследовались в период манифестации сезонных депрессий. Критериями включения являлись признаки, соответствующие клиническим параметрам сезонной депрессии по DSM-IV-TR [APA, 2000; p. 427 - «seasonal pattern specifier for mood disorders»]. Критериями исключения пациентов из исследования служили: 1) признаки манифестного шизофренического (шизоаффективного) психоза с галлюцинаторно-

бредовой симптоматикой; 2) тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации; 3) органическая патология центральной нервной системы; 4) наркомания и/или алкоголизм; 5) возраст моложе 18 и старше 59 лет.

Пациенты были распределены на две группы по 40 человек. В 1-ю, основную группу (13 женщин, 27 мужчин, средний возраст $41,1 \pm 11,6$ лет) вошли больные, получавшие мелатонинергический антидепрессант агомелатин. Агомелатин назначали в суточной дозе 25-50 мг однократно на ночь. 2-ую, контрольную группу (16 женщин, 24 мужчин, средний возраст $38,0 \pm 11,8$ лет) составили пациенты, проходившие курс психотерапии без использования нейротропных препаратов. Больные получали по одному индивидуальному сеансу и три групповых сеанса психотерапии в неделю. Лечение проводилось в течение 6 недель.

Наряду с клинико-психопатологическим методом использовались следующие психометрические методики: 1. Шкала общего клинического впечатления - серьезность (тяжесть заболевания) - CGI-S (Clinical Global Impression - Severity of Illness) [Guy W., 1976]; 2. Шкала Гамильтона для оценки степени выраженности депрессии – HDRS-21 [Hamilton M., 1967, 1960]. Оценка состояния больных в ходе исследования проводилась дважды: на 1-й и 6-й неделях терапии.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью статистического пакета Microsoft Excel 7.0 и программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение.

На фоне проведенного лечения, через 6 недель терапии выявлена редукция среднего суммарного балла по шкале CGI-S в первой группе на $2,3 \pm 0,1$, в группе контроля на $1,6 \pm 0,1$ ($p > 0,05$).

Шкала HDRS-21 позволила подтвердить достаточный терапевтический эффект агомелатина. До начала лечения в 1-й группе среднее значение по шкале HDRS-21 составило $15,6 \pm 4,1$ баллов, во 2-й группе – $15,0 \pm 4,4$ баллов. Через 6 недель терапии в основной группе средний суммарный балл по HDRS-21 снизился до $7,8 \pm 3,5$, в контрольной группе до $10,0 \pm 3,4$ ($p < 0,01$). Отмечено статистически достоверное снижение баллов по шкале HDRS-21 в группе, получавшей агомелатин в течение 6 недель по сравнению с контрольной группой.

Для оценки эффективности лечения с учётом психического состояния пациенты группы терапии агомелатином были разделены на две подгруппы сопоставимые по возрасту и полу: подгруппа А ($n=20$; средний возраст $40,6 \pm 13,1$ лет) – пациенты с псевдоневрозоподобной шизофренией; подгруппа Б ($n=20$; средний возраст $37,6 \pm 10,7$) – пациенты с псевдопсихопатоподобной шизофренией.

По результатам исследования, в подгруппе А средний суммарный балл по шкале CGI-S снизился на $3,2 \pm 0,6$, в подгруппе Б – на $1,9 \pm 0,2$ ($p < 0,01$). Степень редукции баллов по шкале HDRS-21 в подгруппе А больше, чем в подгруппе Б на $3,7 \pm 0,1$ ($p < 0,01$).

В целом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования мелатонинергического антидепрессанта агомелатина при тера-