

УДК 616.895-08-036.2

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ В ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.А.КУТАШОВ*

Установлена высокая курабельность аффективных депрессивных расстройств у пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями при проведении им антидепрессивной терапии. В качестве антидепрессантов выбора могут быть использованы современные антидепрессанты – коаксил, стимулотон, феварин, обладающие достаточно высокой эффективностью, для терапии депрессивных расстройств любой структуры, гипотимических и тревожных депрессий в клинике гастроэнтерологии.

Клинические аспекты применения коаксила, стимулотона, феварина для лечения депрессий при гастроэнтерологических заболеваниях не были разносторонне изучены. Объектом исследования терапии коаксилом, стимулотон, феварином были лишь стационарные и амбулаторные больные с эндогенными депрессиями [1–2]. Препараты поступили на фармацевтический рынок России недавно, что не позволило изучить данные препараты. По иностранным источникам известно, что коаксил, стимулотон, феварин являются антидепрессантами сбалансированного ряда, что позволяет использовать их в терапии различных видов аффективных расстройств в рамках гастроэнтерологических хронических заболеваний.

Максимум концентрации в плазме – 6-8 часов. Период полужизни 22-36 часов вне зависимости от возраста и пола. Снижение функции почек не влияет на фармакокинетику. Возраст явно не влияет на фармакокинетику коаксила, стимулотона, феварина. Коаксил, стимулотон, феварин могут использоваться в одинаковых дозах у молодых и пожилых пациентов. Начальный антидепрессивный эффект развивается через одну-две недели после начала регулярного приема препаратов. Максимальный эффект развивается через 6-8 недель. Стабильная концентрация в плазме устанавливается через 4-7 дней приема дозы 1-3 раза в день [3].

Таблица 1

Группы пациентов, включенные в терапевтическую часть программы

Количество пациентов	Годы				
	2003	2004	2005	2006	2007
Общее число kbw с депрессией	8340	8550	8502	8484	8670
Вошедшие в программу исследования	4086	4248	4194	4206	4302
Группа - феварин	604	630	622	622	638
Группа, которая не получала феварин - контроль	758	786	776	780	796
Лица, выполнившие протокол исследований в группе, которая получала феварин	442	422	416	418	428
Лица, выполнившие протокол исследований в группе, которая не получала феварин-контроль	268	290	286	298	300
Группа, которая получала коаксил	609	612	614	606	617
Группа, которая не получала коаксил-контроль	760	780	769	770	780
Лица, выполнившие протокол исследований в группе, которая получала коаксил	435	454	424	467	430
Лица, выполнившие протокол исследований в группе, которая не получала коаксил-контроль	270	292	287	290	290
Группа, которая получала стимулотон	610	612	615	608	619
Группа, которая не получала стимулотон - контроль	750	734	765	768	759
Лица, выполнившие протокол исследований в группе, которая получала стимулотон	427	425	432	437	436
Лица, выполнившие протокол исследований в группе, которая не получала стимулотон - контроль	259	261	268	270	297

Препараты хорошо переносятся, и поэтому могут безопасно применяться даже при сопутствующей соматической патологии

без снижения эффективной дозы. Среди побочных реакций могут очень встречаться: сухость во рту, тошнота, тремор, потливость. Эти явления редуцируются в течение 2-3 недель постоянного приема коаксила, стимулотона, феварина [2–3]. Положительный опыт использования коаксила, стимулотона, феварина в качестве антидепрессантов распространился и на амбулаторное ведение больных с неглубокими формами депрессивных расстройств.

Круг показаний к применению препаратов расширялся [2–4]. Помимо эндогенных депрессий, коаксил, стимулотон, феварин эффективны и при депрессиях иного генеза, при психогенно-обусловленных депрессивных состояниях, депрессиях в рамках органических заболеваний, а также при депрессивных расстройствах в рамках хронических гастроэнтерологических заболеваний, что до сегодняшнего дня практически не изучалось.

С 2003 по 2007 годы в России, в Центрально-Черноземном регионе (Курская Воронежская, Белгородская, Тамбовская, Липецкая, области) были проведены нами масштабные эпидемиологические исследования при хронических гастроэнтерологических заболеваниях. Для терапии аффективных расстройств, возникающих в рамках соматических хронических заболеваний был определены новые антидепрессанты сбалансированного действия – стимулотон, коаксил, феварин.

Таблица 2

Эффективность терапии: динамика балла по опроснику CES-D (p<0,001)

Количество пациентов	Годы									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	БАЛЛЫ ПО ШКАЛЕ CES-D									
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
В1 группе	28,6	15,7	28,9	15,8	29,3	16,1	29,6	16,3	29,7	16,3
Во 2 группе	27,5	24,4	27,9	24,8	28,1	24,9	28,2	25,1	28,2	24,9
Коаксил - в 1 группе	29,1	16,2	28,9	15,7	27,5	17,1	28,2	15,2	28,6	15,9
Коаксил- контроль – во 2 группе	28,1	24,5	28,1	24,7	28,6	25,1	28,9	24,8	27,9	24,2
Стимулотон - в 1 группе	28,4	16,1	27,9	16,6	28,4	16,7	29,3	16,3	27,1	15,7
Стимулотон- контроль – во 2 группе	26,3	23,4	27,1	24,3	27,5	23,7	28,9	23,6	28,9	24,1

Исследование проводилось с января по март в 2003 по 2007 года. Программа охватила 7 городов Центрально-Черноземного региона Российской Федерации: Воронеж, Тамбов, Мичуринск, Липецк, Белгород, Старый Оскол, Курск. В рамках клинико-эпидемиологического исследования врач-гастроэнтеролог предлагалось последовательно включить в исследование 60 больных старше 18 лет, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями. При этом заполнялась карта обследования, куда заносились основные сведения о пациенте; его заболеваниях, оценка состояния по шкале VAS (Visual Analog Scale).

Больные заполняли шкалу депрессий Центра эпидемиологических исследований США – Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D). С учетом этих обстоятельств для максимальной точной оценки психического состояния врачами соматического профиля рекомендовано при суммарном балле ≥ 19 считать, что пациент обнаруживает расстройство депрессивного спектра (РДС, включают депрессии, и круг истеродепрессивных, тревожно-депрессивных, тревожно-ипохондрических и иных состояний, симптомы которых демонстрируют значительное перекрытие с проявлениями аффективной патологии). Сумма баллов ≥ 25 свидетельствует о выраженном аффективном расстройстве в рамках депрессивного состояния (ДС). Терапевтическая программа длилась 8 недель, включались первые 12 пациентов, набравшие ≥ 19 баллов по шкале CES-D. При этом первым 6 пациентам в дополнение к рекомендованным по поводу соматического заболевания препаратам назначался антидепрессант феварин в дозе 50 мг вечером, коаксил 37,5 мг, стимулотон по 50 мг (по 1 препарату произвольно 2 пациентам), другие продолжали получать лишь соматотропную терапию. Контроль осуществляли каждые 10 дней. По окончании терапевтической фазы программы оценивалась динамика состояния пациентов (CES-D, VAS, Шкала общего клинического впечатления), фиксировались побочные эффекты лечения. Анализ лиц, включенных в терапевтическую часть программы, можно проиллюстрировать табл.1. Сравнение пациентов

* Воронежская региональная организация медицинской реабилитации

по ведущим клинико-демографическим характеристикам не выявило явных различий между основной и контрольной группами.

Динамика показателей VAS на фоне лечения ($p<0,001$)

Количество пациентов	Годы									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	БАЛЛЫ ПО ШКАЛЕ VAS									
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
феварин - в 1 группе по оценке самого больного	61,4	37,4	61,8	37,5	61,1	37,2	61,5	37,2	61,9	37,8
феварин - во 2 группе, по оценке самого больного	58,9	50,1	58,7	50,2	58,4	50,8	58,5	50,9	58,8	50,4
феварин - в 1 группе по оценке врача	55,4	36,5	55,8	36,7	55,9	36,8	55,6	36,5	55,7	36,8
феварин - контроль - во 2 группе, по оценке врача	52,5	46,3	52,7	46,4	52,5	46,1	52,8	46,3	53,1	47,2
коаксил - в 1 группе по оценке самого больного	62,3	35,2	63,7	34,2	64,2	33,4	64,5	33,9	63,2	33,7
не получала коаксил - во 2 группе, по оценке самого больного	56,3	51,2	55,8	51,2	55,3	51,4	55,8	52,3	57,7	51,1
коаксил - в 1 группе по оценке врача	56,1	34,4	57,2	33,7	53,1	34,2	57,3	35,3	57,2	54,2
не получала коаксил – контроль - во 2 группе, по оценке врача	53,1	45,1	54,2	46,7	54,3	47,2	53,2	47,1	53,3	47,6
получала стимулотон - в 1 группе по оценке самого больного	65,4	32,1	65,7	32,4	65,7	33,4	65,4	33,3	65,3	33,8
не получала стимулотон - во 2 групп е, по оценке самого больного	56,9	50,1	57,8	50,3	58,4	51,2	56,9	50,3	59,1	51,2
стимулотон - в 1 группе по оценке врача	57,2	34,1	56,3	34,2	54,4	35,6	56,8	32,9	57,9	33,9
не получала стимулотон - контроль - во 2 группе, по оценке врача	56,2	48,2	55,4	46,6	54,6	46,8	56,3	46,9	53,2	48,1

8-недельная терапия феварином в суточной дозе 50 мг, коаксилом в дозе 37,5 мг, стимулотон 50 мг в сутки привела к существенному улучшению психического состояния больных. Суммарный балл CES-D снизился на фоне лечения на 45,1%, 46,4%, 47,1% ($p<0,001$) соответственно для каждого препарата. В контрольной группе существенного изменения этого показателя не произошло (табл.2). Полная редукция аффективных (депрессивных) расстройств (снижение суммарного балла CES-D до 18 и ниже) на фоне лечения феварином имела место у 62,3%, 62,5%, 63,1%, 63%, 62,7% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. и на фоне лечения коаксилом у 64,3%, 64,5%, 65,1%, 65%, 64,7% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. и на фоне лечения стимулотон 63,3%, 61,5%, 64,1%, 63,6%, 61,7% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. Закономерно, что более выраженный эффект лечения был характерен для больных со сравнитель-

но нетяжелыми психопатологическими состояниями. Снижение суммарного балла, при терапии феварином, CES-D до 18 и ниже отмечено у 81,3%, 80,7%, 80,8%, 81,4%, 81,8% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г., набравших 18-24 балла и выше и у 52,9%, 53,1%, 52,9%, 53,7%, 53,9% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г.. В контрольной группе полная редукция депрессивных расстройств отмечалась всего у 17,7%, 17,9%, 17,5%, 18,1%, 17,5% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. ($p<0,001$). Снижение суммарного балла, при терапии коаксилом, CES-D до 18 и ниже отмечено у 82,3%, 80,9%, 82,8%, 81,6%, 83,8% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г., набравших 18-24 балла и выше и у 53,9%, 53,6%, 53,9%, 54,7%, 54,9% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г.. В контроле полная редукция депрессивных расстройств отмечалась всего у 18,7%, 18,9%, 18,5%, 19,1%, 19,5% пациентов соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. ($p<0,001$). Снижение суммарного балла при терапии стимулотон CES-D до 18 и ниже было у 82,3%, 81,7%, 79,8%, 81,7%, 80,8% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г., набравших 18-24 балла и выше и у 51,9%, 52,1%, 51,9%, 54,7%, 54,7% больных соответственно. В контроле полная редукция депрессивных расстройств отмечалась у 17,8%, 17,5%, 17,3%, 18,2%, 17,7% пациентов соответственно ($p<0,001$).

При анализе результатов, полученных с помощью VAS, оказалось, что в оценке эффективности лечения пациент и врач были практически единодушны (табл.3). Значительное улучшение состояния на фоне лечения феварином отметили и пациенты, и их лечащие врачи (снижение суммарного балла VAS примерно на 24 (39,1%) и 18,9 (34,1%) соответственно). В контрольной группе позитивные изменения в состоянии больных были значительно скромнее: суммарный балл VAS по оценке больных снизился приблизительно на 8,8 (14,5%), врачей – на 6,2 (11,8%) от исходного уровня. Эти данные указывают на высокий процент неуспеха при терапии пациентов с РДС и ДС без включения в схему терапии феварина (табл.3).

Заметная положительная динамика состояния больных, получавших феварин, нашла отражение и в результатах, полученных с помощью Шкалы общего клинического впечатления. Существенное улучшение состояния отметили 70,1%, 71,2%, 71,3%, 70,9%, 71,7% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. (для сравнения в контрольной группе таких было всего 14,3%, 14,5%, 14,5%, 14,7%, 14,4%). По мнению врачей значительно улучшилось состояние 77,1%, 77,2%, 76,5%, 76,5%, 77,8% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. принимавших феварин, и лишь 15,7%, 15,8%, 15,7%, 15, 9%, 16,1% больных в группе контроля ($p<0,001$). Значительное улучшение состояния на фоне лечения коаксилом отметили и пациенты, и их лечащие врачи (снижение суммарного балла VAS примерно на 23 (38,1%) и 19,9 (34,1%) соответственно). В контроле позитивные изменения были значительно скромнее: суммарный балл VAS по оценке больных снизился приблизительно на 7,8 (13,5%), врачей – на 7,2 (10,8%) от исходного уровня. Эти данные указывают на высокий процент неуспеха при терапии пациентов с РДС и ДС без включения в схему терапии коаксила (табл.3).

Положительная динамика состояния больных, получавших коаксил, нашла отражение и в результатах, полученных с помощью Шкалы общего клинического впечатления. Существенное улучшение состояния отметили 71,1%, 71,9%, 72,3%, 71,9%, 72,7% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. (для сравнения в контрольной группе таких было всего 14,5%, 14,4%, 14,4%, 14,6%, 14,5%). Значительное улучшение состояния на фоне лечения стимулотон отметили и пациенты, и их лечащие врачи (снижение суммарного балла VAS примерно на 23 (37,1%) и 16,9 (32,1%) соответственно). В контроле позитивные изменения в состоянии больных были скромнее: суммарный балл VAS по оценке больных снизился на ~8,9 (14,6%), врачей – на 6,9 (12,1%) от исходного уровня. Эти данные указывают на высокий

процент неуспеха при терапии пациентов с РДС и ДС без включения в схему терапии стимулотона (табл.3).

Положительная динамика состояния больных, получавших стимулотон, нашла отражение и в результатах, полученных с помощью Шкалы общего клинического впечатления. По мнению врачей значительно улучшилось состояние 78,1%, 78,2%, 76,5%, 76,9%, 78,8% больных соответственно в 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 г. принимавших стимулотон, и лишь 14,7%, 14,8%, 15,1%, 14,9%, 15,1% больных в группе контроля ($p < 0,001$).

Результаты исследования показали высокую клиническую эффективность феварина, стимулотона, коаксила, а также значительное своеобразие этих препаратов. В нашей работе утверждается несомненная действенность феварина, коаксила, стимулотона в отношении депрессивных симптомов, разной степени тяжести, достаточно быстрое наступление лечебного эффекта при хронических гастроэнтерологических заболеваниях.

Литература

1. Макаревич А.Э. Заболевания органов дыхания. – Минск.: Высшая школа, 2000. – С. 148 – 183.
2. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Мед. информ. агентство, 1995. – 566 с.
3. Канаева Л.С. и др. Предикторы эффективности применения Стимулотона у больных с не психотическими депрессивными расстройствами // РМЖ. – 2004. – С.34–38
4. Benes F.M. et al. // Neosci. – 1996. – Vol.75, № 4. – P. 32–36.

MODERN ANTIDEPRESSANT IN THERAPY OF AFFECTIVE DISTURBANCES AT CHRONIC DISEASES OF THE GASTROENTERIC TRACT

V.A.KUTASHOV

Summary

The aims of this study is to show high clinical efficiency fevarini, stimulatoni, koaksili, and also a significant originality of these preparations. The author confirms, that the given preparations are very effective for depressive symptoms, a different degree of weight. The medical effect quickly comes at frequently meeting diseases of a gastroenteric tract.

Key words: depressive symptoms, gastroenteric tract.

УДК 616.895.8

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ (КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ И ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТЫ)

О.И. МИТРОФАНОВА*

Понятие «качество жизни» появилось в последние десятилетия, как важный компонент оценки результатов лечения и качества оказываемой помощи, отражающий новый подход к вопросам здоровья в свете биопсихосоциальных перспектив [2, 8]. Наряду с «объективными» количественными и качественными характеристиками социального функционирования, все большее значение придается субъективным переживаниям пациентами своего жизненного (биологического, психологического и социального) благополучия, получившего определение «качество жизни» [3, 5, 9]. Это понятие применяется как важное составляющее заботы о пациенте в оценке клинических исследований. Акцент оказания психиатрической помощи все в большей степени смещается в сторону партнерства с пациентом; больной становится полноправным участником терапевтического процесса, что требует все возрастающего внимания к его оценке как самих лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, так и происходящих в связи с ними изменений в его жизни [13]. Предполагается, что подобные подходы позволяют качественно улучшить оказание психиатрической помощи, создав ее всеобъемлющую модель. Вместе с тем, следует отметить, что, несмотря на пристальное внимание к этому вопросу, многие его аспекты остаются недостаточно изученными и требуют проведения ис-

следований, особенно в отечественной психиатрии. Подобная попытка и была предпринята в данном исследовании.

Цель – изучение клинических, социально-психологических и гендерных аспектов качества жизни больных шизофренией в разных социальных группах населения; оценка основных характеристик качества жизни в аспекте задач реабилитации.

Материалы и методы были обследованы в психиатрическом стационаре 200 больных в возрасте от 18 до 70 лет (150 женщин и 50 мужчин) с диагнозом шизофрении (F20.0, F20.2, F20.6, F20.8, F21). Помимо клинко-психопатологического обследования применялся модифицированный опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психических больных, разработанный А.Б. Шмуклером [12]. Для уточнения ряда клинических характеристик применялись: шкала оценки негативных и позитивных симптомов (PANSS). Наибольший удельный вес среди пациентов в возрастном отношении составили пациенты 36-55 лет (105 чел., 52,5%). У большинства обследованных преобладали параноидные (40,5%) и аффективно-бредовые (29%) синдромальные формы заболевания с непрерывно-прогредиентным (47%) и приступообразно-прогредиентным (28%) типом течения. Среди пациентов было сформировано несколько социальных групп, отвечающих требованиям исследования. По месту проживания пациенты разделились на жителей города и села (70,5% и 29,5% соотв.); по трудовому статусу – на инвалидов и не инвалидов (69% и 31% соотв.). По возрастному фактору пациенты были разделены на 4 группы соответственно возрастной морфологической классификации, принятой в физиологии: 18-21 год, 22-35 лет, 36-55 лет, 56 и более лет (3,5%, 20%, 52,5% и 24% соотв.) [1]. Так же пациенты разделились по гендерному фактору: женщины составили 75%, а мужчины – 25%. Несмотря на то, что большинство пациентов полностью или частично были удовлетворены своим психическим состоянием (83%), и качеством жизни в целом (56%), тем не менее, исследование выявило уязвимость значительной части больных практически во всех сферах социального функционирования: трудовой, семейной, социальных контактах, характере проведения досуга. Параметры качества жизни обнаружили взаимосвязь с длительностью психического заболевания, уровнем доходов, семейным статусом, характером занятости и труда. Отрицательное влияние практически на все субъективные параметры качества жизни оказывали аффективные нарушения. В то же время исследование выявило значительный разброс самооценки качества жизни и частое его несовпадение с объективными показателями (68%), что подтверждает данные других авторов [4, 6–7, 10–11].

Результаты: определенные различия выявились при сравнении пациентов, проживающих в сельской и городской местности. Жители села были представлены преимущественно женщинами (74,6%) в возрасте от 36 до 55 лет (59,3%), не употребляющими алкоголь (39%) и не курящими (55,9%), проживающими в частных домах (59,3%) в своих семьях (35,6%), с супругом и детьми (23,7%). Основную массу больных, проживающих в сельской местности, составили пациенты с параноидной формой шизофрении (49,2%), с непрерывно-прогредиентным типом течения болезни (47,5%), в клинической картине которых преобладала негативная симптоматика в виде тяжелой степени выраженности ангедонии, значительной степени выраженности аффективно-го уплощения и апатии. Продуктивная психопатологическая симптоматика представлена у таких больных значительной степенью выраженности бредовых идей и формальных нарушений мышления, легкой степенью выраженности обманов восприятия.

Группа больных шизофренией, проживающих в городе состояла из женщин (75,2%) в возрасте от 36 до 55 лет (49,6%), эпизодически употребляющих алкоголь (39,7%), не курящих (54,6%), проживающих в отдельной комнате в своей квартире (38,3%) с родителями (29,1%), не имеющих своей семьи (35,5%). Такие пациенты характеризовались преобладанием параноидной формы заболевания (36,9%) с непрерывно-прогредиентным типом течения (46,8%), в клинической картине которых так же преобладала негативная симптоматика в виде тяжелой степени выраженности аффективного уплощения и ангедонии. Рассматривая продуктивную психопатологическую симптоматику, можно отметить, что у таких пациентов значительной степени выраженности достигали лишь бредовые идеи, формальные нарушения мышления выражены в средней степени, а обманов восприятия совсем не обнаруживалось. Было замечено, что при невысоких, в целом, объективных показателях качества жизни и соци-

* ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва