

5. Tieves K. S. The epidemiology of traumatic brain injury in Wisconsin / Tieves K. S., Yang H., Layde P. M. // WMJ. — 2005; 104: 2: 22—54.

6. Скоромец А. А. Исследование эффективности комплексного препарата цитофлавин для коррекции последствий легкой черепно-мозговой травмы / А. А. Скоромец, Е. Л. Пугачева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2010. — Т. 110, № 3. — С. 31—36.

7. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы / А. М. Вейн. — М.: Медицина, 1991.

8. Даминов В. Д. Применение глиатилина в комплексном лечении больных, перенесших черепно-мозговую травму / В. Д. Даминов, В. В. Германович // Фарматека. — 2007, № 15. — С. 34—38.

9. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.

10. Кислицын Ю. В. Качество жизни пациентов с тяжелым ушибом головного мозга в отдаленном периоде / Ю. В. Кислицын, К. Г. Новиков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 11. — С. 31—36.

11. Оценка нарушений когнитивных функций в разные периоды после черепно-мозговой травмы / [З. А. Меликян, Ю. В. Микадзе, А. А. Попов и др.] // Там же. — 2011. — Т. 111, № 7. — С. 88—94.

12. Смекалкина Л. В. Применение электропсихотерапии в комплексном восстановительном лечении пациентов с последствиями травм / Л. В. Смекалкина // Российский психиатрический журнал. — 2010 — № 4. — С. 84—89.

Надійшла до редакції 04.09.2013 р.

КАЗАКОВ Виталий Евгеньевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Государственного заведения «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, e-mail: svitlanakazakova@ukr.net

KAZAKOV Vitaliy Evgenievich, MD, PhD, assistant of the Department of Psychiatry, narcology and medical Psychology of the State Institution "Luhansk State Medical University", Luhansk, e-mail: svitlanakazakova@ukr.net

УДК: 616.89-008.442

А. М. Кожина, Е. А. Зеленская
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Г. М. Кожина, К. О. Зеленська
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

G. M. Kozhyna, K. O. Zelenskaya
UP-TO-DATE APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS

В ходе работы проведена оценка клинической эффективности препарата Эмотон в терапии депрессивных расстройств. Нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 95 больных с депрессивными расстройствами не психотического регистра и длительностью заболевания от полугода до 5 лет.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный (44,3 % случаев), неврастенический (38,9 %) и тревожно-тоскливый (16,8 % случаев).

Проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Эмотон в терапии депрессивных расстройств — на фоне применения препарата редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, нормализация фона настроения. Характерным было улучшение когнитивных показателей больных, исчезновение навязчивых воспоминаний пережитого и фобической симптоматики. Отмечалась стабилизация вегетативного статуса. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим.

Ключевые слова: депрессия, серотонин, Эмотон

У ході роботи проведена оцінка клінічної ефективності препарату Емотон в терапії депресивних розладів. Нами з позицій системного підходу було проведено комплексне обстеження 95 хворих з депресивними розладами не психотичного регістру і тривалістю захворювання від півроку до 5 років.

На основі даних анамнезу, клініко-психопатологічного дослідження і показників за шкалами Гамільтона, Монтгомері — Асберга і Лікарняної шкали тривоги та депресії виокремлені такі варіанти психопатологічної симптоматики: тривожний (44,3 % випадків), неврастеничний (38,9 %) і тривожно-тужливий (16,8 % випадків).

Проведене дослідження показало високу ефективність застосування препарату Емотон в терапії депресивних розладів — на фоні застосування препарату редукція тривожно-депресивної симптоматики, зникнення почуття смутку, туги, внутрішнього напруження, нормалізація фону настрою. Характерним було поліпшення когнітивних показників хворих, зникнення нав'язливих спогадів пережитого та фобічної симптоматики. Відзначалася стабілізація вегетативного статусу. Відбувалося підвищення психофізичної активності, збільшення впевненості у власних силах і можливостях, що дозволяло розширювати контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Ключові слова: депресія, серотонін, Емотон

In this study the evaluation of clinical effectiveness of 'Emoton' in patients with depressive disorders was carried out. Basing on the complex survey of 95 patients with non-psychotic depressive disorders and with illness duration from 6 months to 5 years.

Basing on anamnesis, clinical, psychopathological data and Hamilton, Montgomery-Asberg, Hospital Anxiety and Depression Scale data next variants of psychopathological symptomatology were signed out: anxious (44.3 % cases), neurasthenic (38.9 % cases) and anxiety with melancholy (16.8 % cases).

The study has shown high efficacy of the Emoton in treatment of depressive disorders — there were reduction of anxiety and depression symptoms, mood normalization, improvement of cognitive characteristics, stabilization of vegetative state marked. This group of patients had an improvement of cognitive signs, vanishing of obsessive reminiscences of experienced events and phobic symptomatology. There were growth of psychophysical activity and self-confidence marked, that had been helping to enlarge the number of contacts with people around and to renew usual motion conditions.

Keywords: depression, serotonin, Emoton

Проблема депрессивных расстройств является одной из актуальных для теории и практики современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общая распространенность большого депрессивного расстройства составляет в среднем 5 % населения, среди пациентов общей практики — 33 %, риск заболевания в течение жизни — более 20 %. Более 25 % обращений пациентов к врачам общей практики связано с депрессиями, при этом только в 10—30 % случаев депрессивные расстройства распознаются как таковые [1, 4, 8, 10, 13.]

При оценке суммарного рейтинга депрессии в отдельных возрастных когортах отмечается не только весомое увеличение общего количества пациентов, но и значительное «омоложение» этого заболевания. Известно также, что вероятность заболеть депрессией в течение жизни возрастает более чем в 2 раза и достигает 14,4—17,3 %. При этом оказывается, что выздоровление или наступление стойкой ремиссии отмечается лишь у 33 % больных, в то время как у 55 % депрессия рецидивирует, а еще у 12 % — продолжается годами и даже десятилетиями [3, 5, 12]

На протяжении последнего десятилетия во всем мире депрессивные состояния приобретают угрожающие масштабы, наносят экономический вред обществу. Повышение риска осуществления аутоагрессивных действий у больных с депрессивными расстройствами свидетельствует о несомненной актуальности проблемы эффективного и адекватного лечения депрессивных расстройств, имеющей как медицинское, так и социальное значение [2, 6, 7, 9, 11.]

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования цель которого: оценка эффективности и безопасности препарата Эмотон в терапии больных с депрессивными расстройствами.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 95 больных обоего пола возрасте 18—55 лет с депрессивными расстройствами непсихотического регистра и длительностью заболевания от полугода до 5 лет (средняя длительность заболевания — 2,9 года).

Все больные проходили ранее, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, терапию антидепрессантами, преимущественно гетероциклического типа, транквилизаторами, без существенного (или достаточно выраженного) эффекта. Лечение антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина ранее никто из больных не проходил.

В ходе работы были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический, включающий в себя изучение жалоб, оценку психического статуса больных, с выделением основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических критериев использовали критерии МКБ-10; клинико-анамнестический; психодиагностический с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1967), адаптированных к МКБ-10 (Пантелеева Г. Л., 1988); шкалы Монтгомери — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптированной к МКБ-10 (Guelfi G. D., 1993), больничной шкалы тревоги и депрессий (HADS), (Zigmond A. S., Snaithe R. P., 1983); клинико-биохимический с использованием

флуориметрических методов: оценка концентрации серотонина в крови по интенсивности флуоресценции флуорофора при конденсации с нингидрином (Костюковская Л. С., 1993), методы математической статистики.

Как показали полученные результаты, в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее характерны предъявляемые жалобы на сниженный фон настроения ($79,5 \pm 2,8$ % обследованных), подавленность ($46,2 \pm 3,4$ %), плаксивость ($37,4 \pm 3,3$ %), чувство грусти, тоски ($39,5 \pm 3,3$ %), чувство тревоги, постоянного внутреннего напряжения ($44,6 \pm 3,4$ %), нежелание общаться со сверстниками ($42,3 \pm 3,4$ %), плохую переносимость шума и яркого света ($35,6 \pm 3,3$ %), головные боли ($45,2 \pm 3,4$ %), головокружения ($33,7 \pm 3,2$ %), мышечное напряжение ($37,4 \pm 3,3$ %), мышечные боли ($22,4 \pm 2,8$ %), парестезии ($33,1 \pm 3,2$ %), нарушения цикла сон — бодрствование ($76,2 \pm 2,9$ %), общую слабость, вялость и быструю утомляемость ($56,2 \pm 3,4$ %), состояния растерянности ($64,7 \pm 3,3$ %), явления повышенной восприимчивости к ранее нейтральным раздражителям ($73,2 \pm 3,1$ %).

Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегетовисцеральными расстройствами — 68,7 % обследованных.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный — в 44,3 % случаев, неврастенический — 38,9 % и тревожно-тоскливый — в 16,8 % случаев.

Тревожный симптомокомплекс развивался в результате кратковременной, внезапной и индивидуально значимой психогении и проявлялся доминированием тревожного фона настроения, подавленностью, раздражительностью, гиперестезиями, чувством тоски, тревоги, постоянного внутреннего напряжения, беспокойства с невозможностью расслабиться, нарушениям цикла сон — бодрствование, вегетососудистыми пароксизмами, преимущественно кардиоваскулярного типа, а также тяжелой либо умеренно выраженной и депрессией по шкале Гамильтона, клиническими проявлениями по Больничной шкале тревоги и депрессии, большим либо умеренным депрессивным эпизодом по шкале Монтгомери — Асберга.

Неврастенический симптомокомплекс формировался постепенно на фоне массивной психогении с длительными, не прогнозируемыми последствиями. Для него были характерны проявления астении в сочетании с тревогой, напряженностью, аффектом тоски, депрессивными проявлениями; стойкие соматовегетативные расстройства, имеющие симпатoadреналовую, вагоинсулярную или смешанную направленность; тяжелая либо умеренно выраженная депрессия по шкале Гамильтона; клинические и субклинические проявления депрессии по Больничной шкале; большой либо умеренный депрессивный эпизод по шкале Монтгомери — Асберга.

Тревожно-тоскливый симптомокомплекс развивался при длительном подостром психогенном воздействии, проявлялся выраженной тревогой, чувством

тоски, внутрешнього напруження. Характерним явились изменения структуры суточных колебаний настроения с выраженными проявлениями тоски именно в утренние часы, в сочетании с грустью, подавленностью, апатией, ипохондрическими включениями, а также депрессивные и тревожные расстройства в рамках умеренного эпизода по шкале Гамильтона, субклинические проявления по Больничной шкале тревоги и депрессии, умеренный депрессивный эпизод по шкале Монтомери — Асберга.

Результаты проведенных нами биохимических исследований показали, наблюдается повышение концентрации серотонина в крови и снижение скорости экскреции адреналина и норадреналина в ночной и дневной периоды (табл.).

Содержимое биогенных аминов у больных с депрессивными расстройствами

Серотонин, кровь, мкмоль/л	Адреналин, экскреция с мочой, нмоль/час		Норадреналин, экскреция с мочой, нмоль/час	
	ночь	день	ночь	день
2,39 ± 0,24 <i>p</i> < 0,05	0,39 ± 0,06 <i>p</i> < 0,05	1,21 ± 0,25 <i>p</i> < 0,05	1,66 ± 0,26 <i>p</i> < 0,05	4,56 ± 0,86 <i>p</i> < 0,05

Примечание: *p* < 0,05 — статистически достоверные отличия в сравнении с практически здоровыми

У обследованных с высокими значениями бала депрессии по шкале Гамильтона и другими шкалами для определения депрессии определены наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови.

В целом у лиц с депрессивными реакциями выявлена низкая активность симпатoadреналовой системы в дневной и ночной периоды, возрастание уровня серотонина в крови и уменьшение содержимого мелатонина в плазме. Эти метаболические изменения зависели от нозологических признаков, выраженности депрессивных нарушений и других психоэмоциональных расстройств.

Полученные результаты согласуются с моноаминовой теорией депрессии, согласно которой торможение метаболического оборота серотонина и норадреналина в некоторых отделах мозга, в частности, в стволовых структурах и префронтальной коре, является одним из нейробиологических механизмов формирования депрессии. Это свидетельствует о том, что оптимальными для терапии депрессивных расстройств являются ингибиторы обратного захвата серотонина, что обусловило применение в нашей работе препарата Эмотон (основное действующее вещество — сертралин).

Сертралин является мощным ингибитором обратного захвата серотонина. Увеличивает синаптическую концентрацию серотонина и стимулирует серотонинергические эффекты в ЦНС. Сертралин избирательно угнетает обратный захват серотонина синапсами в головном мозге.

К преимуществам использования препарата Эмотон в нашем исследовании следует отнести: широкий спектр эффективности в отношении всех видов депрессивных расстройств; создание стабильной

концентрации препарата в крови (отсутствие «провалов» и «пиков») в течение 24 часов; удобство при применении высоких доз; назначение один или два раза в сутки, что, минимально обременяя пациента, обеспечивает соблюдение им режима лечения более надежно, чем при многократных приемах; отсутствие рецидивов при однократном пропуске приема препаратов.

Нами в ходе проводимой фармакологической монотерапии применялся Эмотон в дозе 50 мг 1—2 раза в сутки на протяжении от 1,5 до 2 месяцев.

Как показали результаты исследования начальный антидепрессивный эффект препарата достигался через 2 недели регулярного приема, максимальный эффект отмечен на 6 неделе лечения.

В целом Эмотон оказался эффективен у 87,9 % больных, у 68,1 % больных отмечалось полное, а у 23,8 % частичное купирование депрессивной симптоматики (рис. 1).

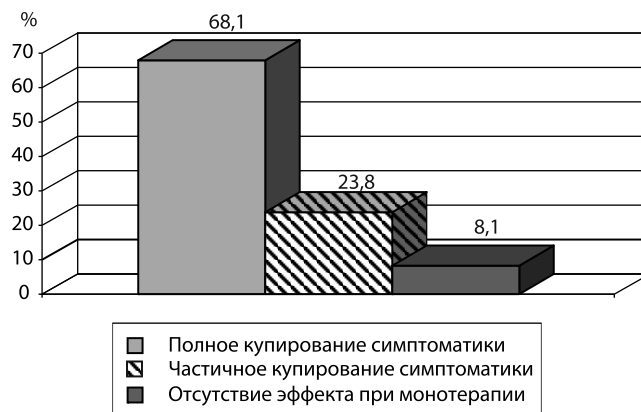


Рис. 1. Процент эффективности Эмотона при коррекции депрессивных расстройств

При оценке динамики показателей по психодиагностическим шкалам на 3 неделе приема Эмотона отмечено снижение показателей до 13 и меньше баллов по шкале Гамильтона, 15 и меньше баллов по шкале Монтомери — Асберга, 7 и менее баллов по Больничной шкале тревоги и депрессии, что свидетельствует об отсутствии депрессивного и тревожного эпизодов (рис. 2).

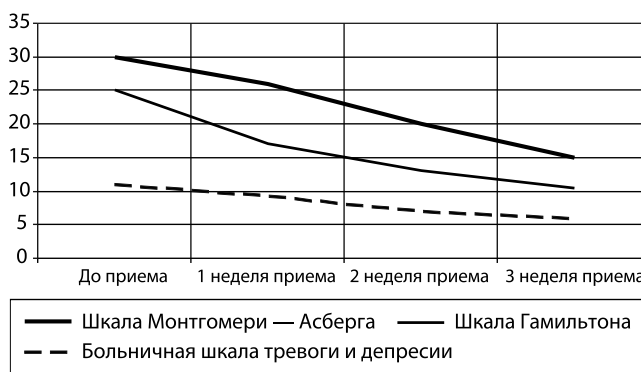


Рис. 2. Динамика показателей психодиагностических шкал на фоне применения препарата Эмотон

На фоне применения Эмотона нами отмечена редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, нормализация фона настроения. Характерным было улучшение когнитивных показателей больных, исчезновение навязчивых воспоминаний пережитого и фобической симптоматики. Отмечалась стабилизация вегетативного статуса.

Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим. Эта особенность терапии Эмотоном в полной мере соответствовала цели скорейшего купирования депрессивных расстройств (в течение 1—2 месяцев), позволяла сократить сроки стабилизации состояния.

В результате исследования была выявлена хорошая переносимость препарата, малая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата (сонливость, тахикардия, легкое подташнивание) отмечены у 9,7 % больных и являлись дозозависимыми.

Результаты проведенного нами исследования показывают, что для коррекции депрессивных расстройств помимо фармакотерапии целесообразно применять комплексные психокоррекционные программы, предусматривающие поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от личностных особенностей больных и содержательной части психотерапии. В состав вышеуказанных программ входят следующие психотерапевтические методики: рациональная, личностно-ориентированная, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, тренинг когнитивных, профессиональных и социальных навыков.

Также неотъемлемым компонентом психотерапевтического вмешательства является психообразовательная работа с больными депрессивными расстройствами и их родственниками.

Проведенное катаретическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой комплексной системы терапии депрессивных расстройств.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Эмотон в терапии депрессивных расстройств на современном этапе.

Список литературы

1. Бачериков А. Н. Клинико-психопатологические, психологические особенности и принципы профилактики суицидального поведения у больных эндогенными и экзогенными депрессиями / А. Н. Бачериков, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 4 (65). — С. 56—60.
2. Бурчинский С. Г. Новые подходы к оптимизации фармакотерапии депрессий в пожилом и старческом возрасте / С. Г. Бурчинский // Там само. — 2006. — Т. 14, вип. 1 (46). — С. 62—66.
3. Марута Н. О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17 з (66). — С. 5—9.
4. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 3 (52). — С. 89—94.
5. Марута Н. А. Эффективность препарата Венлакор при лечении депрессивных расстройств / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 139—142.
6. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Здоров'я України. — 2012. — № 3 (22). — С. 6—8.
7. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.
8. Марута Н. О. Когнітивно-бихевиоральна терапія при лікуванні депрессивних порушень / Марута Н. О., Семікіна О. Є., Малюта Л. В. // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Т. 15, № 2 (52). — С. 32—33.
9. Михайлов Б. В. Психогенные расстройства и проблемы психотерапии / Б. В. Михайлов // Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 84—89.
10. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади / В. Д. Мішиєв. — Львів : Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
11. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. — Харьков : Торнадо, 2003. — 350 с.
12. Пшук Н. Г. Психологічна предиспозиція депресії / Пшук Н. Г., Коваленко І. В., Пшук Г. Я. // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. — 2009. — Т. 1, № 2 (2). — С. 21—24.
13. Чабан О. С. Тревога, депрессия и боль / О. С. Чабан // Здоров'я України. — 2012, № 3 (22). — С. 4.

Надійшла до редакції 30.09.2013 р.

КОЖИНА Анна Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского государственного медицинского университета, e-mail: amkozhdina@rambler.ru

ЗЕЛЕНСКАЯ Екатерина Алексеевна, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского государственного медицинского университета

KOZHINA Anna Mikhailovna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of Kharkiv State Medical University, e-mail: amkozhdina@rambler.ru

ZELENSKAYA Ekatherina Alekseevna, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of Kharkiv State Medical University