

Терапевтическая эффективность расстройств депрессивного спектра в зависимости от врачебных вмешательств на догоспитальном этапе

Корнетов Н.А., Шмунк Е.В.

Therapeutic effectiveness disorders of depressive spectrum depending on medical interventions during prehospital period

Kornetov N.A., Shmunk Ye.V.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Корнетов Н.А., Шмунк Е.В.

Проведено открытое клиническое сравнительное исследование эффективности терапии расстройств депрессивного спектра у пациентов, которые непосредственно начинали лечение в специализированном отделении, и у больных, проходивших и на догоспитальном этапе различные консультации, обследования и назначения в первичной медицинской сети. Исследование показало высокую эффективность терапии в плане редукции депрессивной симптоматики, улучшения психологического состояния и показателей социальной адаптации в группе пациентов, не обращавшихся в амбулаторно-поликлинические службы.

Ключевые слова: депрессия, тактика ведения депрессивных расстройств, эффективность терапии, социальная адаптация.

Open clinical comparative assessment of therapy effectiveness of depressive spectrum disorders was carried out. We compared patients who began treatment in special psychiatric department and those who underwent different consultations, investigations and took medication in primary care before hospitalization. This investigation showed high effectiveness of therapy, reduction of depressive symptoms, improving of psychological state and increasing level of social adaptation in patients who didn't contact with primary care settings.

Key words: depression, management of depressive disorders, therapy effectiveness, social adaptation.

УДК 616.89-008.454-039.74-085-036.8

Введение

Депрессия является чрезвычайно распространенным расстройством [10] с хроническим или рецидивирующим течением [6, 9]. Нелеченая депрессия приводит к высокой личной и социальной стоимости из-за увеличения числа обращений за медицинской помощью [12], трудностей социального функционирования [3, 5] и высокого риска суицида [1]. Несмотря на доступное фармакологическое лечение с доказанной эффективностью, многие депрессивные амбулаторные больные не получают собственно антидепрессантов или лечение проводится субоптимальными дозами препаратов и (или) неадекватно по продолжительности [7, 8, 14].

В поликлинику обращаются 88% пациентов с психологическими проблемами [11]. Приблизительно две

трети пациентов первичной сети, страдающих тревогой и депрессией, описывают множественные соматические симптомы [13]. Прежде чем попасть в поле зрения психиатра, такие пациенты проделывают длительный путь, в течение которого они проходят многочисленные обследования и получают лечение, которое не приносит результатов. Эта своеобразная миграция по медицинским учреждениям часто маскирует клинические проявления депрессии. По мере накопления опыта обследований и общения с врачами искажаются представления пациента о своем страдании и формируется неверная внутренняя картина болезни. Отсюда вытекает важность раннего распознавания депрессии и адекватного ее лечения [4]. Современные представления о терапии неинфекционных заболева-

ний многогранны. Различные факторы влияют на клиническое течение заболевания, но не многие из них достоверно связаны с ответом на терапию [2].

Цель работы — изучение эффективности терапии расстройств депрессивного спектра с учетом факторов, характеризующих догоспитальный период.

Материал и методы

Исследование проводилось в отделении тревожных и депрессивных расстройств Томской клинической психиатрической больницы. После получения информированного согласия было обследовано 102 пациента, из них мужчины составили 22,5% (23 человека), женщины 77,5% (79 человек). Средний возраст участников обследования составил $(43,8 \pm 11,5)$ года. Средний возраст начала заболевания $(42,2 \pm 11,9)$ года. Средняя длительность расстройств до попадания в стационар составила 19,1 мес (от 0,5 до 312 мес).

Диагностика осуществлялась по диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (Соорег J.E., 1994). В исследование включались пациенты в возрасте 18 лет и старше, впервые госпитализированные в психиатрический стационар, страдающие депрессивными расстройствами аффективного спектра. Из исследования

исключались лица с депрессивными расстройствами, контактировавшие с психиатрической службой ранее.

При умеренных и тяжелых депрессивных расстройствах осуществлялась медикаментозная терапия антидепрессантами в стационарных условиях в сочетании с индивидуальной психотерапией. На протяжении первых 2 нед дополнительно назначалась терапия анксиолитиками с учетом уровня тревожной симптоматики. Оценка эффективности лечения проводилась по шкале Гамильтона, версии для сезонного аффективного расстройства — SIGH-SAD (Williams J. и соавт., 1991) при поступлении, на 7, 14, 21, 28, 35 и 42-й день терапии, а также по опросникам депрессии Бека (BDI), тревоги Шихана. Также использовалась шкала самооценки социальной адаптации Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) (Bosc M. и соавт., 1997).

Статистическая обработка данных выполнялась при помощи пакета стандартных прикладных про-

грамм Statistica 6.0 for Windows с использованием метода сравнения средних показателей (t -критерий для независимых выборок) и вычисления критерия χ^2 Пирсона при условии нормального распределения.

Результаты и обсуждение

Диагностированные расстройства депрессивного спектра представлены в таблице.

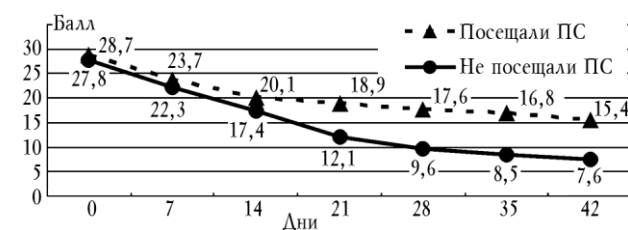
Диагностированные расстройства депрессивного спектра

Диагноз	Абс.	%
Депрессивный эпизод умеренной степени тяжести:		
без соматических симптомов (F32.10)	10	9,8
с соматическими симптомами (F32.11)	46	45,1
Тяжелый депрессивный эпизод (F32.2)	7	6,9
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1)	12	11,8
Дистимия (F34.1)	5	4,9
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2)	7	6,9
Пролонгированная депрессивная реакция (F43.21)	11	10,7
Смешанная тревожно-депрессивная реакция (F43.22)	4	3,9
<i>Итого</i>	102	100,0

Для сравнительного анализа все обследованные пациенты были условно разделены на две группы: 1-я — обратившиеся за помощью в первичную медицинскую сеть (ПМС), 2-я — не обратившиеся.

По диагностическим категориям данные группы не отличались ($p > 0,5$). В клинической картине депрессивных расстройств большинства пациентов в обеих группах преобладала типичная депрессивная симптоматика.

Перед началом терапии исходный уровень депрессии по шкале SIGH-SAD в группах также существенно не отличался ($27,8 \pm 6,4$) балла и ($28,7 \pm 6,8$) балла, соответственно ($p > 0,05$) (рисунок). К 42-му дню лечения в группе пациентов, не посещавших поликлинику, было выявлено достоверно более значительное снижение средних показателей ($7,6 \pm 5,2$) балла) по сравнению со 2-й группой ($15,4 \pm 5,4$) балла; $p < 0,05$).



Динамика показателей по шкале депрессии SIGH-SAD на фоне лечения антидепрессантами в сравниваемых группах

В группе пациентов, не посещавших поликлинику, преобладали респондеры (92,3%), а в группе посещавших — нонреспондеры (59,7%) ($p = 0,04$). Подобные же различия наблюдались и по шкале депрессии Бека и шкале тревоги Шихана (соответственно, $p = 0,02$ и $p = 0,04$). При оценке SASS улучшение социального функционирования к 42-му дню терапии было достоверно более выражено в 1-й группе пациентов — ($37,5 \pm 5,8$) балла. Во 2-й группе эти показатели были ниже (($34,3 \pm 8,4$) балла; $p = 0,04$). В целом исследование демонстрирует, что у пациентов, посещавших амбулаторную сеть, отмечалось менее выраженное улучшение во время антидепрессивной терапии в стационаре по сравнению с теми пациентами, которые не обращались в амбулаторно-поликлиническую службу.

Выводы

1. Пациенты с расстройствами депрессивного спектра, не посещавшие поликлинику, по сравнению с пациентами, посещавшими поликлинику на догоспитальном этапе, во время терапии в профильном отделении в большинстве случаев являются респондерами на тимоаналептическую терапию.

2. Начиная с 3-й нед монотерапии антидепрессантами группа пациентов, не обращавшихся в первичную медицинскую сеть на догоспитальном этапе, демонстрировали полную ремиссию к 6-й нед терапии в отличие от тех больных, которые мигрировали по различным специалистам амбулаторно-поликлинических служб.

3. По опросникам тревоги Шихана, депрессии Бека и шкале самооценки социальной адаптации выявленные различия в закономерностях в редукции депрессивных симптомов в анализируемых группах подтверждаются различиями в субъективной оценке динамики показателей психологического состояния и социального функционирования.

4. Для врачей первичной медицинской сети является важным понимание необходимости распознавания и принятой стандартами терапии депрессивных расстройств, как и других хронических неинфекционных заболеваний.

Литература

1. American Psychiatric Association: Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults // Am. J. Psychiatry. 1993. 150 (April suppl).

2. Bagby R.M., Ryder A.G., Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression // J. Psychiatry Neurosci. 2002. № 27 (4). P. 250—257.
3. Coryell W., Endicott J., Winokur G. et al. Characteristics and significance of untreated major depressive disorder // Am. J. Psychiatry. 1995. № 152. P. 1124—1129.
4. Katon W., Lin E., Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness // General Hospital Psychiatry. 2007. № 29 (2). P. 147—155.
5. Katon W., Von Korff M. et al. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care // Med. Care. 1992. № 30. P. 67—76.
6. Keller M.B. Underrecognition and undertreatment by psychiatrists and other health care professionals (letter) // Arch. Intern. Med. 1990. № 150. P. 946—948.
7. Keller M.B., Klerman G.L., Lavori P.W. et al. Treatment received by depressed patients // JAMA. 1982. № 248. P. 1848—1855.
8. Keller M.B., Lavori P.W., Klerman G.L. et al. Low levels and lack of predictors of somatotherapy and psychotherapy received by depressed patients // Arch. Gen. Psychiatry. 1986. № 43. P. 458—466.
9. Keller M.B., Lavori P.W., Mueller T.I. et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects // Arch. Gen. Psychiatry. 1992. № 49. P. 809—816.
10. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. № 51(8). P. 8—19.
11. Patten S.B. An analysis of data from two general health surveys found that increased incidence and duration contributed to elevated prevalence of major depression in persons with chronic medical conditions // J. Clin. Epidemiology. 2005. № 58. P. 184—189.
12. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S. et al. The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services // Arch. Gen. Psychiatry. 1993. № 50. P. 85—94.
13. Tylee A., Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care // Prim. Care. Companion J. Clin. Psychiatry. 2005. № 7(4). P. 167—76.
14. Weissman M.M., Klerman G.L. The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated // Compr Psychiatry. 1977. № 13. P. 523—532.

Поступила в редакцию 22.06.2009 г.

Утверждена к печати 28.10.2009 г.

Сведения об авторах

Н.А. Корнетов — заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

Е.В. Шмунк — аспирант третьего года очной формы обучения, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

Для корреспонденции

Шмунк Елена Викторовна, тел.: 8 (3822) 65-24-80, 8-913-825-8787, e-mail: eshmunk@mail.ru