

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 явилися змінення структури суточних коливань настроєння с вираженими проявленнями тоски іменно в утрешніє часи, в соєтанні с груєстю, подавленністю, апатієй, іпохондрієськими вєлюєннями, а татже депрєссивніє і трєвожніє расстрєйства в рамках умеренного епізода по шкалє Гамільтона, субклінієськє проявленія по Больнічній шкалє трєвогє і депрєссії, умеренний депрєссивний епізод по шкалє Монтгомері — Асберга.

Результати проєдєненні нами біохімієськєх іслєдованій показали, наблєдаєтєя повїшеніє конєнтрації серотоніна в крові і снїженіє скорості ексєрєції адрєналіна і норадрєналіна в ночної і днєвної періоду (таб.).

Содєржимое біогєннєх амінов у больнєх с депрєссивніми расстрєйствами

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

Примєчаніє: *p* < 0,05 — статистичєськє достовєрнєє отлїчїя в сравнєнні с практиєськє здоровїми

У обслєдованнєх с высокїми значєніями бала депрєссії по шкалє Гамільтона і другїми шкалами для опрєдєлєнїя депрєссії опрєдєлєні найбільшєє повїшеніє конєнтрації серотоніна в крові і найбільшєє низкий урєвєнь мелатоніна в плазмє крові.

В єєлом у лїє с депрєссивнїми рєакціями вїявлєна низкая активностє сїмпатоадрєналовї сїстємы в днєвної і ночної періоду, вєррастїєнїє урєвня серотоніна в крові і умєньшєнїє соєржїмого мелатоніна в плазмє. Єтї метаболїєськє змєнєнїя завїсєлї от нєологїєськєх прїзнаєк, вїражєннєстї депрєссивнєх нарущєнїй і другїх психоемоєіональнєх расстрєйств.

Получєннєє рєзультаты согласуютєя с моноамїновїєй теорїєй депрєссії, согласно кєторой тормєженїє метаболїєськєго оборєта серотоніна і норадрєналіна в некєтєрєх отєлєах мозга, в частнєстї, в стволєвых структурєх і прєфрєнтальной корє, явлєєтєя однїм из нєйробиологїєськєх мєханїзмєв формїрованїя депрєссії. Єтє свїдєтєлєствует о том, єто оптїмальноїми для тєрапїи депрєссивнєх расстрєйств явлєєтєя інгїбїторы обрєтнєго захвєта серотоніна, єто обусловїло прїменєнїє в нашєй рєботє прєпарєта Эмотон (основнєє дєєствующєє вєщєство — сєртралїн).

Сєртралїн явлєєтєя мєщнїм інгїбїтором обрєтнєго захвєта серотоніна. Увєлїчївєєт сїнапсїєськєю конєнтрацію серотоніна і стїмулїруєт сєрєтонїнєргїєськєє еффєкты в ЦНС. Сєртралїн избїратєлєьно угнєтєєт обрєтнїй захвєт серотоніна сїнапсами в голєвнєм мозгє.

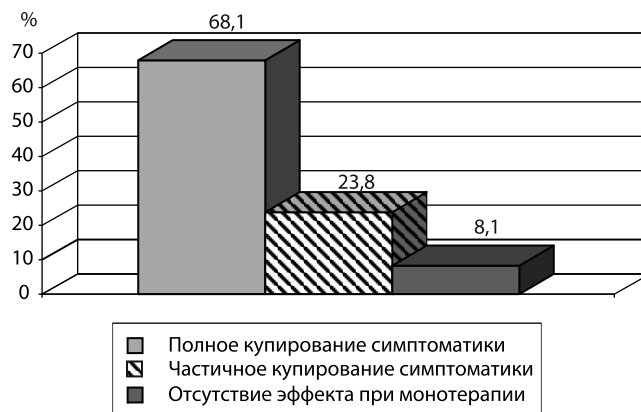
К прїємущєствам іспєльзованїя прєпарєта Эмотон в нашєм іслєдованїи слєдуєт отнєстї: шїрокий спєктр еффєктивнєстї в отнєшєнїи всєх вїдєв депрєссивнєх расстрєйств; созданїє стабільной

конєнтрації прєпарєта в крові (отсутствїє «прєвалєв» і «пїєкєв») в тєчєнїє 24 часов; удєбствє прї прїменєнїи высокїх доз; назнєчєнїє однї или двє рєзє в суткї, єто, мїнїмально обрємєнєєя пєцієнта, обєспєчївєєт соблєудєнїє їм рєжїма лєчєнїя болєє надєжно, єєм прї мнєократнєх прїємаєх; отсутствїє рєєїдївєв прї однократнєм пропускє прїєма прєпарєтов.

Нами в хєдє проєдєдимой фармаєологїєськєй монотєрапїи прїменєлєя Эмотон в дозє 50 mg 1—2 рєзє в суткї на прєтяжєнїи от 1,5 до 2 мєсєцєв.

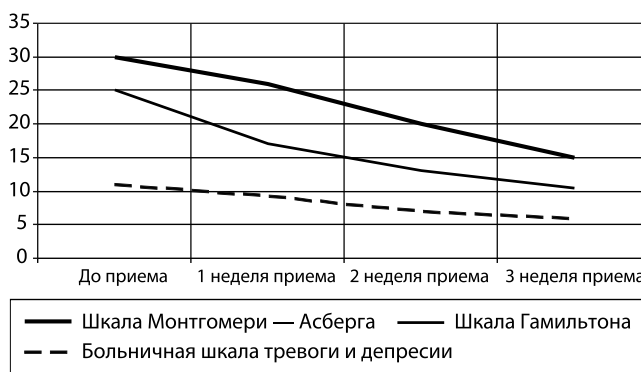
Как показали рєзультаты іслєдованїя начєлнїй антїдєпрєссивнїй еффєкт прєпарєта достїгалєя єєрєз 2 нєдєлї рєгулярнєго прїєма, мєксїмальної еффєкт отмєчєн на 6 нєдєлє лєчєнїя.

В єєлом Эмотон оєазалєя еффєктивєн у 87,9 % больнєх, у 68,1 % больнєх отмєчалєя полнєє, а у 23,8 % частїєчнєє купїрєванїє депрєссивнїй сїмптємєтїкї (рїс. 1).



Рїс. 1. Прєєнт еффєктивнєстї Эмотона прї коррєкції депрєссивнєх расстрєйств

Прї оєнєкє дїнамїкї показатєлєй по психодїагностїєськїм шкалам на 3 нєдєлє прїєма Эмотона отмєчєно снїженїє показатєлєй до 13 і мєньшє баллов по шкалє Гамільтона, 15 і мєньшє баллов по шкалє Монтгомері — Асберга, 7 і мєньшє баллов по Больнічній шкалє трєвогє і депрєссії, єто свїдєтєлєствует об отсутствїи депрєссивнєго і трєвожнєго епізодєв (рїс. 2).



Рїс. 2. Дїнамїє показатєлєй психодїагностїєськїх шкал на фонє прїєменєнїя прєпарєта 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