

УДК 616.895.4-053.9-085

*О. Н. Голоденко***ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: терапевтический комплекс, органические депрессивные расстройства, поздний возраст

Население планеты неуклонно стареет. Распространенность психических расстройств наиболее высока среди лиц возраста обратного развития. Самыми распространенными психическими расстройствами в позднем возрасте является депрессия [1; 2]. Распространенность депрессии у пациентов позднего возраста с соматоневрологической патологией составляет 11-59% [3]. Такие больные дольше лечатся в стационаре и чаще испытывают тяжелый психологический дистресс. Более того, как показано многими исследователями [4], показатель смертности выше среди депрессивных больных позднего возраста. Риск самоубийств у них значительно выше, чем в молодом возрасте [5].

Лечение таких пациентов осложняется тем, что возрастные изменения в организме и факторы, сопутствующие процессам старения, могут существен-

но изменять реакцию больного на антидепрессивные препараты. Не последнюю роль в выборе того или иного фармпрепарата играет и его стоимость, особенно для пациентов позднего возраста.

Общим свойством людей позднего возраста является биологическая уязвимость и нарастающая неспособность справляться с разнообразными стрессами, отсюда особая чувствительность к качеству медицинской помощи и, особенно, ее психологическим аспектам [6]. Поэтому большое значение в оказании помощи пациентам позднего возраста в данной работе отведено психотерапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности разработанного нами терапевтического комплекса для лечения больных с органическими депрессивными расстройствами позднего возраста.

**Материалы и методы исследования**

В исследование были включены пациенты (81 человек) с легкими и умеренными органическими депрессивными расстройствами позднего возраста, которые были разделены на две группы, не имеющие существенных различий в социально-демографических показателях, клинических проявлениях и психологических особенностях: основная группа - 40 больных (18 - предстарческого возраста, 22 - пожилого) и группа сравнения - 41 пациент (18 - предстарческого возраста, 23 - пожилого). Возраст обследованных был от 45 до 74 лет.

При выборе антидепрессанта учитывались клинические признаки депрессивного состояния - возбуждение или заторможенность пациента. Так, при агитированных депрессиях с ведущим тревожно-ипохондрическим или тревожно-депрессивным синдромом, когда высока вероятность суицидальных действий, назначались антидепрессанты с седативным компонентом: амитриптилин, саротен в средней суточной дозе,

не превышающей 75 мг в 2-3 приема; коаксил - в суточной дозе 25 мг два раза в день. При депрессиях с преобладанием заторможенности, утратой интересов и астенией (ведущий депрессивно-ипохондрический или астено-депрессивный синдром) пациенты получали антидепрессанты со стимулирующим эффектом: продеп, ципрамил - в суточной дозе 20 мг утром, мелипрамин - 50-75 мг в сутки.

В лечебный комплекс также были включены препараты, улучшающие микроциркуляцию (циннаризин, винпоцетин), ноотропные препараты (ноотропил, пирацетам), средства стимулирующие метаболические процессы (рибоксин, стекловидное тело), аминокислоты (глицисед), витаминотерапия (тиамин - В1, пиридоксин - В6, аскорбиновая кислота - С, никотиновая кислота - РР, токоферол - Е). Пациенты склонные к дисфорическому аффекту принимали карбомазепин (100-400 мг в сутки).

В терапевтический комплекс основной группы

были также включены фитоантидепрессант - экстракт травы зверобоя, деприм – 1 капсула 1-2 раз в день или по 1 таблетке три раза в день, психотерапевтические методы (индивидуальная рациональная психотерапия, групповая психотерапия, аутогенная тренировка) (По Л.Д. Богомоловой, 1979). При их выборе учитывалось наличие у многих пациентов позднего возраста ипохондрических включений, когнитивной триады А.Бека (1976) (сниженная самооценка, неадекватная интерпретация настоящего опыта и пессимистический взгляд на будущее) и чувства социальной изолированности.

На начальных этапах психотерапии с пациентом устанавливался более глубокий психологический контакт. Для этого использовалась индивидуальная рациональная психотерапия, которая являлась подготовительным этапом к проведению групповой психотерапии.

Цель групповой психотерапии заключалась в восстановлении и расширении социальных связей депрессивных больных позднего возраста. Группа состояла из 7-10 человек, длительность занятия составляла не более 1 часа (учитывалась повышенная утомляемость пациентов),

один раз в неделю, в течение 2,5 месяцев.

Параллельно с групповыми сеансами психотерапии, проводились занятия по овладению методом аутогенной тренировки. Путем самовнушения больные обучались вызывать в своем теле поэтапно ощущения тяжести, тепла, внутреннего комфорта, покоя и т.д. После освоения этого метода, пациенты проводили его самостоятельно, по рекомендации врача перед сном, в течение 20-90 минут.

После выписки больным основной группы было рекомендовано проводить аутогенную тренировку ежедневно и один раз в неделю в назначенный день, в течение месяца, являться на сеанс групповой психотерапии.

В работе были использованы методики: шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (объективная оценка состояния больного врачом) и Госпитальная шкала тревоги (HADS) (субъективная оценка своего состояния самим больным). Оценка клинического состояния проводилась на этапе развернутых проявлений болезни (на момент поступления) и при выписке в обеих группах больных органическими депрессивными расстройствами позднего возраста.

### Результаты исследования и их обсуждение

Выраженность депрессии (HDRS) при поступлении в основную группу и группе сравнения была умеренной. При выписке у пациентов основной группы усредненный показатель указывал на отсутствие депрессии, что было достоверно лучше, чем в группе сравнения, в которой показатель соответствовал легкому депрессивному эпизоду ( $p < 0,05$ ). По госпитальной шкале тревоги и депрессии полученные данные свидетельствовали о

выраженной тревоге и депрессии в обеих группах при поступлении. При выписке средние показатели в обеих группах указывали на отсутствие тревоги и депрессии, а статистический анализ показал, что в основной группе улучшение было значительнее ( $p < 0,05$ ). При сравнении показателей внутри каждой группы (при поступлении больных и при их выписке) получены достоверные различия ( $p^* < 0,05$ ). (табл. 1)

Таблица 1

#### Сравнительная характеристика тяжести аффективных расстройств при депрессиях органического генеза у пациентов позднего возраста до и после лечения

Методики	Основная группа n=40		Группа сравнения n=41		Достоверность различий
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	
Шкала Гамильтона (HDRS)	20,5±4,4	6,2±5,2*	21,9±3,9	10,5±4,2*	$p < 0,05$
HADS: Госпитальная шкала тревоги	10,7±3,3	3,4±3,3*	11,2±3,1	5,1±2,9*	$p < 0,05$
Госпитальная шкала депрессии	15,0±4,0	5,9±2,4*	14,9±3,8	6,9±1,2*	$p < 0,05$

Примечание: \* – достоверные различия при поступлении и выписке внутри группы ( $p^*$ );  $p$  – достоверные различия при выписке больных основной группы и группы сравнения.

У пациентов предстарческого возраста в обеих группах при поступлении наблюдалась умеренная депрессия (HDRS). При выписке в основной группе – депрессия отсутствовала, а в группе сравнения соответствовала легкому депрессивному эпизоду, различия достоверны ( $p < 0,05$ ). По госпитальной шкале тревоги и депрессии при поступлении в обеих группах выявлены клинически выраженные трево-

га и депрессия. При выписке усредненные показатели указывали на четкую тенденцию к снижению депрессии в обеих группах и полное отсутствие тревоги у пациентов предстарческого возраста основной группы ( $p < 0,05$ ). При сравнении показателей внутри каждой группы (при поступлении больных и при их выписке) получены достоверные различия ( $p^* < 0,05$ ). (табл. 2)

Таблица 2

**Сравнительная характеристика тяжести аффективных расстройств при депрессиях органического генеза у пациентов предстарческого возраста до и после лечения**

Методики	Основная группа n=18		Группа сравнения n=18		Достоверность различий	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	$p_1$	$p_2$
Шкала Гамильтона (HDRS)	23,0±5,4	4,3±2,3*	22,3±3,9	10,5±4,4*	<0,05	NS
HADS: Госпитальная шкала тревоги	13,3±0,5	2,3±1,4*	11,4±3,2	6,9±2,9*	<0,05	NS
Госпитальная шкала депрессии	14,0±3,1	6,0±2,7*	14,8±3,5	6,8±1,1*	NS	NS

Примечание: \* – достоверные различия при поступлении и выписке внутри группы ( $p^*$ );  $p_1$  – достоверные различия при выписке больных основной группы и группы сравнения;  $p_2$  – достоверность различий при выписке у пациентов предстарческого и пожилого возраста основной группы; NS – различия между группами недостоверны.

У пациентов пожилого возраста обеих групп также отмечалась умеренно выраженная депрессия, а тревога оценивалась на субклиническом уровне. При выписке в основной группе тревога и депрессия отсутствовали, в группе сравнения тревога также отсутствовала, а депрессия соответствовала легкому эпизоду. В по-

жилом возрасте при выписке достоверные различия были выявлены между показателями выраженности депрессии по обоим шкалам ( $p < 0,05$ ). При сравнении показателей внутри каждой группы (при поступлении больных и при их выписке) получены достоверные различия ( $p^* < 0,05$ ). (табл. 3)

Таблица 3

**Сравнительная характеристика тяжести аффективных расстройств при депрессиях органического генеза у пациентов пожилого возраста до и после лечения**

Методики	Основная группа n=22		Группа сравнения n=23		Достоверность различий	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	$p_1$	$p_2$
Шкала Гамильтона (HDRS)	20,1±4,2	6,5±5,5*	20,8±3,9	10,7±3,9*	<0,05	NS
HADS: Госпитальная шкала тревоги	10,2±3,4	3,6±3,5*	10,5±2,5	4,5±2,9*	NS	NS
Госпитальная шкала депрессии	15,1±4,2	5,2±2,4*	15,0±4,4	7,0±1,4*	<0,05	NS

Примечание: \* – достоверные различия при поступлении и выписке внутри группы ( $p^*$ );  $p_1$  – достоверные различия при выписке больных основной группы и группы сравнения;  $p_2$  – достоверность различий при выписке у пациентов предстарческого и пожилого возраста группы сравнения; NS – различия между группами недостоверны.

Сравнение всех показателей между выписками в возрастных подгруппах не дало достоверных различий ( $p > 0,05$ ) (табл. 2 и 3).

Как выяснилось в дальнейшем, многие пациенты основной группы продолжали самостоятельно общаться друг с другом, встречаться, перезваниваться. 37 пациентов (92,5%) отметили положительное влияние психотерапии на качество лечения ( $p < 0,05$ ). Препараты растительного происхождения отличались хорошей переносимостью, отсутствием нежелательных взаимодействий с соматотропными средствами и не вызывали зависимости. Средняя продолжительность пребывания в отделении составила 85 дней, что на 32 дня меньше, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Было замечено улучшение ночного сна, что способствовало отмене препаратов, улучшающих сон, нормализация артериаль-

ного давления, уменьшение жалоб на боли в области сердца, тахикардию, боли в эпигастриальной области.

После выписки в течение года за динамикой обострений органических депрессивных расстройств у больных обеих групп велось наблюдение. Из таблицы 4 видно, что в первые 3 месяца после выписки у пациентов основной группы достоверно реже возникали обострения заболевания (3 пациента – 7,5%), чем в группе сравнения (9 пациентов – 21,9%) ( $p < 0,05$ ). Обострения, возникавшие в остальной период года, достоверных различий не дали ( $p > 0,05$ ). В течение обозначенного года у половины больных основной группы (19 пациентов – 47,5%) обострений депрессии не наблюдалось, что достоверно отличалось от группы сравнения (4 пациента – 9,7%).

Таблица 4

**Частота госпитализаций у больных основной группы и группы сравнения, наблюдавшихся в течение года после проведенного лечения**

Очередное обострение в течение:	Основная группа n=40		Группа сравнения n=41		Достоверность
	абс.	%	абс.	%	
До 3 месяцев	3	7,5	9	21,95	$p < 0,05$
От 3 до 6 месяцев	5	12,5	8	19,5	NS
От 6 до 9 месяцев	7	17,5	10	24,4	NS
От 9 до 12 месяцев	6	15,0	10	24,4	NS
В течение года обострения не было	19	47,5	4	9,75	$p < 0,05$
Всего:	40	100	41	100	

Таким образом, применявшийся терапевтический комплекс позволил уменьшить количество и дозы потребления фармпрепаратов,

как психотропных, так и соматотропных, сократить длительность госпитализации и снизить частоту обострений заболевания.

*О. М. Голоденко*

**ЄФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ В ПІЗНЬОМУ ВІЦІ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

За допомогою методик HDRS, HADS проаналізована ефективність терапевтичного комплексу для лікування пацієнтів похилого віку з депресіями органічного походження, який включає в себе медикаментозну терапію, фітотерапію та психотерапію (групову, індивідуальну та аутогенну). (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 27-31)

**THE EFFICIENCY OF THE THERAPEUTIC COMPLEX OF THE PATIENTS WITH ORGANICALS DEPRESSIVES FRUSTRATIONS IN THE LATE AGE**

Donetsk State Medical University

With the help of methods HDRS, HADS analyzed the efficiency of the therapeutic complex for medical treatment of patients in the late age with depressions organical origin, which includes medical therapy, fitotherapy and psychotherapy (in the group, individual and autogeny). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 27-31)

*Литература*

1. Shah A., De T. Depression and anxiety in geriatric inpatients. Documented evidence of depression in medical and nursing care-homes and its implications in acutely ill geriatric inpatients // Int. Psychogeriatrics. — 1998. — 2. — P. 163-172.;
2. Loke B., Nickalson F., Buzvill P. Screening for depression: Clinical validation of geriatricians diagnosis, the brief assessment schedule depression cards and the 5-item version of the symptom checklist among nondemented geriatric inpatients // Int. J. Ger. Psych. — 1996. — 11. — P. 461-465.
3. Katona C.L. Depression and physical illness in old age // Depression in old age. — 1997. — P. 63-77.
4. O'Brien J., Ames D. Why do depressed patients die // Int. J. Ger. Psych. — 1994. — 9. — P. 689-693.
5. Кац И. Актуальные вопросы исследования суицидов на современном этапе // Вестник РАГЭПП, вып. 1, 1995. — P. 87-94.
6. Rost K., Khang M., Fortney J. Persistently poor outcomes of undetected mayor depression in primary care // Gen.Hosp.Psychiatry. — 1998. — Vol.20, №1. — P. 12-20.;
7. Koder D.-A., Brodaty H., Anstey K.J. Cognitive therapy for depression in the elderly // Int.J.Geriatr.Psychiatry. — 1996. — Vol.11. — P.97-107.

Поступила в редакцию 3.09.2005