

УДК 616.895.4-08-039.57

*А.Ю. Васильева, В.А. Абрамов, М.Б. Доценко***ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОМАТОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: медикаментозная терапия, методы психотерапевтической коррекции, соматогенные (симптоматические) депрессии, хронические соматические заболевания, амбулаторная общемедицинская практика

Своевременное распознавание и правильная квалификация депрессивных расстройств в общемедицинской сети приобретают реальный смысл лишь в сочетании с эффективной терапией, соответствующей по интенсивности и длительности основным параметрам аффективной патологии (тяжести, структуре и т.п.). Лечение больных соматогенными депрессиями представляется сложной задачей, поскольку такие пациенты требуют особого подхода, особенно учитывая двойной патоморфоз заболевания. Вместе с тем, как показывают данные ряда обзорных исследований, лишь менее чем половине депрессивных больных, получающих помощь в общемедицинской сети, назначается адекватное в плане выбора препаратов, необходимых доз и длительности медикаментозного воздействия лечение [1].

Ведущим методом лечения депрессий в поликлиниках общемедицинской сети является психофармакотерапия [2]. Однако психотропных средств, «идеальных для всех случаев жизни не существует». Требования к психофармакологическим препаратам для использования в общемедицинской сети существенно отличаются от предъявляемых к медикаментам тех же фармакологических классов, применяемых в специализированных психиатрических учреждениях. Выделение в отдельную группу психотропных средств, предпочтительных для применения в общемедицинской сети, можно обосновать следующими аргументами (А.Б. Смулевич, 2001) [3-5]: 1) структура психических нарушений, подлежащих терапии в условиях общемедицинской практики – преимущественно легкие, относительно нестойкие расстройства пограничного уровня и 2) психические нарушения, наблюдающиеся у больных в общемедицинской

сети, нередко выступают в коморбидности с соматическим заболеванием, что в свою очередь связано с необходимостью модификации психофармакотерапии.

В связи с вышеуказанными фактами, характеризующими объективные сложности терапии соматогенных депрессий, весьма актуальным становится применение психотерапевтических подходов в сочетании с фармакотерапией [6-13]. Психотерапия как средство коррекции психоэмоционального состояния соматически больных и их отношения к своему здоровью издавна применяется в соматической медицине. Многие авторы и в настоящее время сообщают об успешном применении психотерапии в комплексе лечения больных различными соматическими заболеваниями, подразумевающая положительную динамику отмечавшихся у них нарушений психической сферы (А.И. Сердюк, Б.В. Михайлов, 2000) [14]. Сейчас все чаще рекомендуется проводить индивидуальную психотерапию, фокальную или групповую психотерапию (Б. Любан-Плоцца и соавт., 1997) [15].

Таким образом, соматически больные с выраженными аффективными расстройствами нуждаются как в психотерапии, так и в лечении, предусматривающем использование психотропных препаратов [1,16-19]. При этом эффективность такой комбинированной терапии в значительной мере определяется уровнем интеграции общесоматической и психиатрической помощи и ее приближение к населению.

Цель настоящего исследования – разработка и оценка эффективности терапевтического комплекса, включающего как медикаментозное лечение, так и методы психотерапевтической коррекции, неврозоподобных расстройств в условиях амбулаторной общемедицинской практики.

Материал и методы исследования

Терапевтическую группу составили 50 пациентов с симптоматическими депрессиями на фоне различных хронических соматических заболеваний, которые кроме лечения основного соматического заболевания получали антидепрессивную терапию и психотерапию. Пациентам контрольной группы (30 клинически однородных с основной группой пациентов) назначалось только соматотропное лечение.

Эффективность предложенной системы ле-

чения больных оценивалась по завершении основного курса лечения – через 6 недель тремя способами:

1) методом самооценки пациентами своего состояния в сочетании с неструктурированным клиническим интервью.

2) методом объективной (стандартизированной) оценки тяжести депрессии до и после лечения (с помощью шкалы Гамильтона).

3) методом оценки качества жизни пациентов до и после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Поскольку лечение сомато-психических расстройств предполагает не только устранение симптомов, но и коррекцию терапевтически неблагоприятных личностных особенностей пациента и возвращение ему его социально-ролевых функций (семейных, профессиональных, межличностных и др.), мы использовали интегративный терапевтический комплекс, включающий современные методы психотерапевтического и психофармакологического вмешательства в сочетании с назначенным интернистом лечением соматического заболевания.

В организационном плане была применена консультационно-связующая модель оказания медицинской помощи, предусматривающая совместную курацию пациентов врачом терапевтом и психиатром. Эта модель обеспечивала не только прямой контакт с пациентами готовыми к психиатрическому лечению в дестигматизирующих условиях, но и плодотворное сотрудничество со специалистами общей практики.

Психофармакотерапия проводилась по принципу монотерапии депрессивных расстройств и дифференцированного использования антидепрессантов в зависимости от структурной коморбидности собственно депрессивных расстройств, проявляющихся астеническими, тревожными, ипохондрическими, апатическими и личностными расстройствами. Такой подход был сопряжен со стремлением к минимальности побочных эффектов и давал возможность активно вовлекать пациента в психотерапевтический процесс, тем самым способствовал более быстрой дезактуализации болезненных переживаний и восстановлению психоэмоционального состояния. В целом, при подборе антидепрессантов, наиболее приемлемых для использования в амбулаторной общесоматической практике, мы воспользовались требованиями, разработанны-

ми Н.А. Марутой (2001) [20]. Практически всем требованиям отвечают препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Выбор препарата для терапии определялся ведущим в клинической картине расстройства синдромом. Так, при астено-депрессивном синдроме мы отдали предпочтение флуоксетину (фрамекс, продеп) в дозе 20-40 мг/сут, при тревожно-депрессивном синдроме пациенты получали золофт в дозе 25-50 мг/сут или ремерон в дозе 15-30 мг/сут, при депрессивно-ипохондрическом – ремерон 30-45 мг/сут, депрессивно-апатическом – паксил в дозе 20-40 мг/сут. Антидепрессанты назначались в минимальных дозах с целью избежать риска нежелательных побочных явлений. Длительность антидепрессивной терапии острой фазы депрессии составила в среднем 4-6 недель, что обусловлено проявлением выраженного антидепрессивного эффекта не раньше чем через 3-4 недели непрерывного приема препарата. Поддерживающий прием тимоаналептических средств продолжался от 3 до 9 месяцев: при первичном депрессивном эпизоде поддерживающая (профилактическая) терапия продолжалась до 3-х месяцев, при повторном эпизоде – до 6 месяцев и при рекуррентном течении – до 9 месяцев.

С учетом личностных особенностей и клинического своеобразия аффективных расстройств, нами были разработаны и использованы в настоящей работе основные принципы организации психотерапии пациентам с симптоматическими депрессиями на фоне хронических соматических заболеваний в условиях территориальной поликлиники. В основном эти принципы сводились к следующему: 1) системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия, учитывающего особенности организации лечебного процесса в конкретном

лечебном заведении; 2) этапность и комплексность психотерапевтических мероприятий; 3) максимальная индивидуализация психотерапевтических воздействий с учетом сферы повреждений физиологических систем организма, давности и тяжести соматического заболевания; 4) дифференцированное сочетание патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при сочетании индивидуальных и групповых форм работы с больным и 5) направленность психотерапии на купирование депрессивной симптоматики, коррекцию неадекватного отношения к соматическому заболеванию, дезактуализацию конкретных симптомов и смягчение страданий.

В качестве теоретической основы для разработки системы психотерапевтических мероприятий нами была использована теория психологического совладания, определяющего успешную или неуспешную адаптацию пациента. При проведении психотерапии конкретному пациенту использовались наиболее конструктивные механизмы совладания: активное сотрудничество пациента в диагностическом и лечебном процессе, развитие у него положительной мотивации к лечению, активный поиск поддержки в терапевти-

ческой и социальной среде, проблемный анализ болезни и ее возможных последствий, разумная степень игнорирования болезни и определенное дистанцирование в отношении проявлений заболевания, терпеливость, сохранение самообладания и эмоциональной разрядки. Развитие и поддержание у пациента вышеуказанных механизмов совладания способствовали замене незрелых или неадекватных защитных реакций на более адаптивные способы психологической компенсации. Конструктивное изменение отношения пациента к соматическому заболеванию способствовало, в частности, симптоматическому снижению тревоги, укреплению чувства «Я», повышению самооценки.

Психотерапевтические мероприятия осуществлялись в три этапа: 1) седативно-адаптирующий, 2) лечебно-корректирующий и 3) поддерживающе-профилактический. Использовались методы индивидуальной, групповой, рациональной с элементами когнитивно-поведенческой психотерапии и методы психической саморегуляции.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых основной терапевтической группой пациентов и в группе сравнения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Эффективность лечебных мероприятий

Клинический эффект	Основная группа N=50		Контрольная группа N=30		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
Выраженное улучшение	32	64,0	2	6,7	p<0,05
Умеренное улучшение	15	30,0	3	10,0	p>0,05
Незначительное улучшение	2	4,0	12	40,0	p<0,05
Без изменений	1	2,0	10	33,3	p>0,05
Ухудшение	0	0	3	10,0	p>0,05

Таким образом, в группе пациентов, страдающих симптоматическими депрессиями и получавших помимо соматотропного лечения, психофармакотерапию и психотерапию, в 98% случаев наблюдалась разная степени выраженности позитивная динамика депрессивных расстройств (существенное улучшение у 94%) и только у 2 % больных эти нарушения продолжали удерживаться. В группе больных, не получавших антидепрессивной терапии, достоверное купирование депрессивных расстройств произошло только у 16,7% больных, а у 10% депрессия усилилась.

Как уже было отмечено, длительность лечебных мероприятий составила от 4-х до 6-ти не-

дель. Эффективность лечения кроме субъективной оценки пациентами своего состояния оценивалась с помощью шкалы Гамильтона (HDRS). Редукция симптомов депрессии по шкале Гамильтона представлена в табл. 2.

Под влиянием медикаментозного и психотерапевтического лечения по всем пунктам шкалы отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов депрессии, что нашло отражение в снижении среднего балла депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) на 61,9%, который после курса терапии составил 6,62±0,01 балла (отсутствие депрессии). Катамнестическое (в течение 9 месяцев) наблюдение за 20 пациентами основной группы, получавших на протяже-

нии этого периода антидепрессант, только у одного больного зарегистрировало актуализацию депрессивной симптоматики.

Редукция симптомов по шкале Гамильтона в контрольной группе составила на 19,4% от исходного уровня. После соматотропного лечения выраженность депрессивных расстройств в контрольной группе стала меньше – 14,04±0,013 балла, что соответствовало депрессии легкой степени.

Нежелательные побочные явления, которые были расценены как незначительные и не являющиеся показанием к отмене препарата, наблюдались у 5 больных (10,0%). К таким нежела-

тельным явлениям были отнесены: некоторое нарастание тревоги (2 случая, 4,0%) и тошнота (3 случая, 6,0%).

Высокая эффективность проведенной терапии, по нашему мнению, может объяснена отсутствием у пациентов резистентности к психофармакотерапии, так как в подавляющем большинстве случаев она проводилась впервые; использованием современных антидепрессантов; возможностью дестигматизирующего получения психиатрической помощи в условиях территориальной поликлиники; сочетанным применением методов психотерапии и психофармакотерапии.

Таблица 2

Выраженность симптомов по шкале Гамильтона в терапевтической группе до и после лечения

Симптомы	До лечения	После лечения	Достоверность различий
1. Депрессивное настроение	3,14±0,121	1,34±0,053	p<0,01
2. Чувство вины	1,46±0,070	0,68±0,011	p<0,01
3. Суицидальные намерения	0,72±0,013	0,23±0,012	p<0,01
4. Ранняя бессонница	0,43±0,082	0,17±0,016	p<0,05
5. Средняя бессонница	0,39±0,046	0,21±0,043	p<0,05
6. Поздняя бессонница	0,46±0,020	0,19±0,011	p<0,05
7. Снижение работоспособности и активности	1,48±0,087	0,73±0,019	p<0,01
8. Заторможенность	0,78±0,039	0,42±0,026	p<0,01
9. Ажитация	0,53±0,021	0,28±0,033	p<0,05
10. Психиатрическая тревога	1,19±0,453	0,49±0,028	p<0,01
11. Соматическая тревога	1,27±0,571	0,44±0,017	p<0,01
12. Желудочно-кишечные соматические симптомы	1,06±0,326	0,23±0,010	p<0,01
13. Общие соматические симптомы	0,72±0,024	0,23±0,008	p<0,01
14. Генитальные симптомы	0,57±0,013	0,13±0,011	p<0,05
15. Ипохондрия	1,07±0,021	0,57±0,016	p<0,01
16. Потеря в весе			
А. По данным анамнеза	0	0	
Б. Регистрируются в настоящее время	0,97±0,014	0	p<0,01
17. Снижение критичности отношения к болезни	1,18±0,016	0,28±0,148	p<0,01
18. Суточные колебания настроения			
А. Наличие колебаний	0,59±0,011	0,14±0,015	p<0,05
Б. Выраженность колебаний	0,72±0,021	0,27±0,013	p<0,01
21. Обсессивные и компульсивные симптомы	0,19±0,013	0	p<0,01
Всего	17,42±0,33	6,62±0,01	p<0,01

В заключение, необходимо отметить, что под влиянием разработанного нами терапевтического комплекса значительно улучшилось субъективное восприятие пациентами качества жизни.

Повышение удовлетворенности качеством жизни, по нашему мнению, связано с одной стороны с редукцией симптомов со-

матического заболевания, улучшением общего состояния, работоспособности и повышением физической активности, а с другой стороны – с нормализацией эмоционального состояния, и, как следствие, с изменением отношения к собственному «Я» и окружающей действительности.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности сочетанного использования психофармакологических средств и психотерапевтических методов при лечении симптоматических депрессий в условиях территориальной поликлиники. Такой подход, являясь дестигматизирующей фор-

мой психиатрической помощи, способствует не только устранению эмоционального дистресса, но и оказывает терапевтически благоприятное влияние на динамику основного заболевания. Это оправдывает создание новых организационных форм профессионального взаимодействия интернистов и психиатров.

Г.Ю. Васильева, В.А.Абрамов, М.Б. Доценко

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИЦІ ПРИ СИМПТОМАТИЧНИХ ДЕПРЕСІЯХ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОЇ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОЇ ПРАКТИЦІ

Донецький державний медичний університет

У роботі представлені дані про ефективність розробленого авторами терапевтичного комплексу стосовно до симптоматичних депресій, що включає в себе психофармакотерапію та методи психотерапевтичної корекції адаптовані до умов амбулаторної загальної медичної практики (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 155-159)

A. Yu. Vasilyeva, V.A. Abramov, M.B. Dotsenko

FEATURES THERAPEUTIC TACTICS AT SYMPTOMATIC DEPRESSIONS IN CONDITIONS OUT-PATIENT GENERAL PRACTICE

Donetsk State medical University

In work the data on efficiency developed by the authors therapeutic complex with reference to symptomatic psychopharmacotherapy depressions including pharmacotherapy and methods psychotherapeutic corrections and adapted for conditions out-patient general practice are submitted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 155-159)

Литература

1. Вильямс Д.В., Малроу С.Д., Чикветт Э., Ноэль П.Х., Агвилар К., Корнелл Дж. Клинические рекомендации: Систематический обзор испытанных новых методов медикаментозного лечения депрессии у взрослых // Междунар. Журн. Мед. Практики. — 2002. - № 3. — С. 56-70.
2. Дубницкая Э.Б. Значимость правильной диагностики и лечения депрессии в общей медицинской практике // Тер. Архив. — 1997. — № 5. — С. 84-85.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 253 с.
4. Мамедов Ф.М. Возможности терапии вторичных депрессий у больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза // Медицинская консультация. — 2002. - № 4. — С. 11-13.
5. Горожанкина Е.А., Мамедов Ф.М., Мамедова Р.М., Богаевская О.Ю. Некоторые аспекты терапии соматогенных депрессий и повышения качества жизни больных синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Медицинская консультация. — 2002. - № 4. — С. 13-19.
6. Battegey R. Psychotherapy of depressives // Psychopathology. — Vol. 19, Suppl. 12. — 1986. — P. 118-123.
7. Фридман А.М. Психотерапия депрессий // Журнал неврол. и психиатр. — 1990. - № 12. — С. 85-87.
8. Немирский О.В. Сочетанное применение психотерапии и фармакотерапии // Соц. и клин. психиатрия. — 1994. — № 1. — С. 119-127.
9. Ветроградова О.П., Сеницын В.Н., Степанова И.Л. Место психотерапии в лечении депрессий в общей поликлинике // Соц. и клин. психиатрия. — 1995. — № 3. — С. 49-53.
10. Аведисова А.С., Канаева Л.С., Чахава В.О., Коган Б.М. Роль фармако- и психотерапии при лечении депрессивных

- расстройств // Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — № 3. — С. 54-57.
11. Ginestet D., Slama M.F. Prescription des antidépresseurs // Perspectives Psy. — 1998. — Vol. 37. — P. 292-299.
12. Подкорытов В.С. Фармакотерапия при депрессивных расстройствах — актуальная проблема психиатрии XXI века // Архив психиатрии. — 2001. — Вып. 3 (26). С. 12-17.
13. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Лечение коморбидных депрессий // Український вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 1 (34). — С. 68-71.
14. Сердюк А.И., Михайлов Б.В. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотерапии: Методические рекомендации. — Харьков, 2000. — С. 8-9.
15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гоффманн К. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря: пер. з нім. — Київ: «АДЕФ-Україна», 1997. — С. 68-76; 273-283.
16. Гиндикин В.Я. Соматогенно обусловленные аффективные расстройства (клинические особенности и лечение) // Врач. — 1997. - № 8. — С. 5-8.
17. Яковлев В.А. Особенности диагностики и лечения депрессивных состояний при соматических болезнях // Военно-медицинский журнал. — 1998. - № 3. — С. 47-48.
18. Дзяк Л.А., Ярош О.К. Депресія та її корекція сучасними фармакологічними засобами // Мед. Перспективи. — 2002. — Т. VII, 2. — С. 51-57.
19. Громов Л., Дзяк Л.А., Ярош О.К. Фармакотерапія депресивних станів // Клін. Фармакол. — 2002. - № 3. — С.17-23.
20. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т.9. — Вып. 4 (29). — с. 79-82.

Поступила в редакцию 18.05.2004