

УДК 616.895.4-085.214.32

*В.Д. Мишнев***КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ НОВОГО
СЕРТОНИНЕРГИЧЕСКОГО АНТИДЕПРЕССАНТА - ЗОЛОФТ (СЕРТРАЛИН)**

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1.

Ключевые слова: депрессии, психофармакотерапия, антидепрессанты, золофт, клинические показания.

Рост общего числа депрессивных расстройств за последние десятилетия, их клинический патоморфоз и увеличение резистентных форм объясняет некоторую неудовлетворенность практикующих врачей, причем не только психиатров, отсутствием эффективных способов терапии аффективных расстройств [4,3,13]. Клинический опыт показывает, что успешное применение психотропных средств возможно лишь при понимании механизма действия того или иного препарата и, что более важно, точном знании клинических показаний к его применению [8,6]. Несмотря на отсутствие в настоящее время единой теории патогенеза аффективных расстройств, и, скорее всего, их полиэтиологичность, теория серотонинергической природы аффективных нарушений представляется наиболее разработанной и убедительной. Дополнительным подтверждением роли серотонина в развитии депрессий может быть выявление и успешное использование нового класса серотонинергических антидепрессантов, наиболее выразительным представителем которых является золофт (сертралина гидрохлорид). С целью уточнения клинических показаний к использованию антидепрессанта золофт нами был обобщен опыт применения данного препарата для лечения депрессивных расстройств различной клинико-нозологической принадлежности. Общее количество пролеченных нами больных составило 49 человек (из них около 70% были женщины). По нозологической принадлежности больные распределились следующим образом: невротическая депрессия — 10 больных (средний возраст пациентов 42.6 ± 2.1 года, средняя длительность заболевания — 4.8 ± 0.9 лет); периодическая депрессия — 13 больных (средний возраст и длительность заболевания составили, соответственно, 44.4 ± 1.8 и 8.4 ± 1.3 года); циркулярная депрессия — 6 больных (44.6 ± 2.1 и 12.8 ± 2.2 года); собственно МДП — 6 больных (54.8 ± 1.2 и 11.6 ± 2.1 лет); шизофренические депрессии — 6 больных (54.4 ± 1.2

и 8.6 ± 2.2 года); инволюционные депрессии — 8 больных (средний возраст — 66.2 ± 2.3 года и средняя длительность заболевания — 2.4 ± 0.6 года).

Общими клиническими признаками для всех обследованных больных были следующие: преобладание тревожного аффекта, высокая коморбидность депрессивных симптомов, существенная роль в генезе либо провокации фазы социально-психологических факторов. Так, на различного рода внешнюю причинную обусловленность заболевания указывало 88.6% больных невротической депрессией и более половины больных, страдающих циклотимией и МДП. В случаях эндогенных депрессий психотравмирующие влияния традиционно расценивались как провоцирующие. В значительном числе случаев эти же факторы являлись причиной повторных рецидивов, сокращения, соответственно, периода ремиссии, а также сохраняющегося в межфазовый период тревожно-неуверенного фона настроения. Течение депрессивных расстройств с типичной аффективной симптоматикой (невротические депрессии и циклотимии) без существенных личностных изменений и с сохраняющимися компенсаторными механизмами характеризовалось тенденцией к сокращению длительности фазы и увеличению частоты рецидивирования. В то же время при депрессивных расстройствах более глубокого уровня, а также сочетающихся с бредовой симптоматикой (МДП, шизоаффективные расстройства, инволюционные депрессии), отмечалась тенденция к затяжному течению фазы, явлениям госпитализма (значительная часть больных этой группы характеризовалась частичной или полной утратой трудоспособности) [9].

Тревожно-депрессивный синдром встречался в 62-77% случаев при психогенной и инволюционной депрессии и в 42.2% при МДП. Практически облигатный характер приобретали самые разнообразные ипохондрические жалобы, в отдельных случаях сочетающиеся с сенестофор-

мною симптоматикой. Сенестоформные жалобы депрессивных больных, в отличие от сенестопатических при прогрессивных психотических расстройствах, характеризовались четкой локализацией, описывались больными в более простых и доступных пониманию терминах, не отличались вычурностью. В среднем больные всех групп предъявляли до 4-5 различных жалоб соматовегетативного характера.

Вне зависимости от нозологической принадлежности отмечена высокая коморбидность депрессий с различными эмоционально-волевыми нарушениями — более 26% случаев и в 14-18% случаев — с обсессивно-компульсивными расстройствами. Более чем в трети случаев отмечено сочетание депрессий с различными паническими состояниями. В целом при биполярном течении отмечалось большее разнообразие депрессивной симптоматики в отдельных эпизодах заболевания, и определенная стереотипность, клишеобразность симптоматики — при периодической депрессии.

Преморбидные личностные особенности имели следующую представленность. В группе больных с пограничным уровнем расстройств явно преобладали тревожно-мнительные и гипертимно-циклоидные черты (62-70% всех выявленных вариантов акцентуаций). В случаях эндогенных депрессий преобладали паранойяльные, шизоидные, сенситивно-шизоидные черты. Общая представленность акцентуаций этого типа достигала 44-58%. Здесь же встречались аффективно-лабильные, тревожно-мнительные, гипертимно-циклоидные. В 12-15% случаев в силу разных причин установить тип личности не удалось.

Клиническим своеобразием каждой из выделенной групп было следующее: в группе невротических и циклотимических депрессий преобладали больные с соматовегетативными жалобами. Среднее количество соматических жалоб у больных этой группы достигало 4-5. Объективным исследованием наличие патологии не подтверждалось. У большинства больных этой группы отмечалась раздражительность [1], иногда даже злобливость. Клиническая картина заболевания в этих случаях приобретала дисфорический оттенок и состояние больных в значительной степени приближалось к описанным R.Lemke депрессиям с преобладанием расстройств типа "Unlust" [7].

Больных периодической депрессией отличала невыраженность суточных колебаний настроения, по сравнению с больными биполярным ти-

пом течения заболевания; соматические жалобы, характерные для депрессивных больных в целом, приобретали у тревожных больных в рамках монополярной депрессии преимущественный характер с достижением в отдельных случаях нестойких проявлений небредовой ипохондрии.

Биполярный вариант депрессии характеризовался высокой частотой рецидивирования. Как фазы, так и ремиссии, характеризовались меньшей продолжительностью. В большинстве случаев за некоторое время до манифестных симптомов психоза обнаруживались предвестники приступа в виде дистимий, чувства дискомфорта, необъяснимой тревоги и т.д. Значительное число предыдущих фаз при биполярных психозах отличал неполный выход из приступа с формированием ремиссии с различными резидуальными явлениями [5,17]. Все варианты циклотимий и МДП характеризовались наличием различной степени выраженности и стойкости истинного депрессивного бреда (самообвинения, бредовой переоценки биографии, неминуемого наказания, гибели от болезни и т.д.).

Депрессии при шизофрении сочетались с обильной психотической симптоматикой в виде галлюцинаций и бреда.

Инволюционные состояния характеризовались преобладанием в симптоматике сниженного настроения тревожной окраски, наличием внутреннего беспокойства, страхов, агитации или тревожных вербигераций, преобладанием депрессивных идей отношения и диффузной паранойдности над идеями самообвинения в виде склонности к тревожно-ипохондрическим опасениям. Аффективно-бредовые проявления у больных этой группы даже в случае относительной полиморфности клинической картины заболевания носили рудиментарный характер и не выходили за рамки депрессивного круга [2,12,15].

Лечение проводилось как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Контрольная группа не формировалась.

Во всех случаях золофт назначался один раз в сутки по утрам. При циклотимии, невротической и инволюционной депрессии среднесуточная дозировка составляла в большинстве случаев 50 мг на прием. При МДП и шизофренических депрессиях — 100-150 мг. За весь период лечения золофт у данных больных был единственным из используемых антидепрессантов. Наряду с этим больные получали стандартное для этих состояний лечение: транквилизаторы, нейролептики, ноотропы и т.д.

Отмечено выраженное сбалансированное дей-

ствие золофта как на тревожные состояния, так и на тоскливые. При амбулаторных вариантах депрессий указанного типа больные заявляли о положительных изменениях состояния уже на 7-10 сутки. Как существенные данные изменения оценивались ими на 15-20 сутки. Длительность лечения в этих случаях составляла в среднем около полутора месяцев. В рамках инволюционной депрессии тревожная симптоматика существенно редуцировалась к концу второй недели. В то же время хорошая переносимость золофта и почти полное отсутствие побочных эффектов позволяли применять его необходимо длительно в том числе и у лиц пожилого возраста.

Следует отметить положительный эффект золофта в случаях сенесто-ипохондрических депрессий и депрессий с навязчивостями. Данная, как известно, в целом труднокурабельная симптоматика в рамках невротической депрессии и циклотимии, редуцировалась к 4-6 недели лечения. Среднесуточная доза золофта в этих случаях составляла 50-100 мг.

Обратило на себя внимание редуцирование аутоагрессивной симптоматики при использовании золофта. Выход больных из состояния «суицидальной настроенности» происходил как бы более гармонично, чем в случаях использования антидепрессантов типа амитриптилин, герфонал, пиразидол и т.д. Практически одновременно у больных появлялась двигательная активность, эмоциональная адекватность, ослабевала соматоформная сенесто-ипохондрическая симптоматика, теряли актуальность мысли о бессмысленности существования, совершении тяжкого греха и т.д. В то время как при использовании трициклических антидепрессантов происходит, как известно, расщепление структуры депрессии в виде неравномерности редукции составных депрессивного синдрома, что подчас само является непосредственной причиной суицида [10].

При шизофренических депрессиях золофт назначался совместно с нейрорептиками. Редукция психотической депрессивной симптоматики при применении золофта по времени соответствовала или даже превышала случаи использования трициклических антидепрессантов. Однако в ряде случаев отмечался более качествен-

ный выход больных из приступа в случаях использования золофта. В целом мы согласны с рекомендациями ряда авторов [11,14], что в случаях прогредиентных психотических депрессивных состояний следует начинать лечение с одновременного назначения адекватных доз нейрорептиков с трициклическими антидепрессантами с переходом в последующем на один из антидепрессантов четвертого поколения из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и, в частности, — золофт.

Наши исследования подтвердили данные авторов [11,16] о более высоких показателях качества жизни у больных депрессиями при использовании золофта, по сравнению с применением традиционных антидепрессантов: повышение активности, оптимистическое восприятие жизни, эмоциональная адекватность, чувство перспективы, социабельность и т.д.

С учетом литературных данных препарат с осторожностью назначался при депрессиях со склонностью к инверсиям фазы. Случаи медикаментозного перевода депрессии в гипоманиакальное состояние не отмечены.

Наиболее высокая эффективность препарата установлена в группе больных невротической и гипопсихотической депрессией.

Особенно следует отметить хорошую переносимость препарата, по сравнению с трициклическими антидепрессантами.

Катамнез составил от полугода до года. Самочувствие большинства больных в этот период характеризовалось как хорошее и удовлетворительное.

Таким образом, действие золофта на депрессивные состояния различного генеза сопоставимо по эффективности с действием больших антидепрессантов. В то же время золофт является более эффективным для лечения депрессий с навязчивостями, сенесто-ипохондрических состояний. Действия золофта следует характеризовать как сбалансированные, гармоничные, равномерные по редукции различных составляющих депрессивного синдрома. Полагаем, что высокая эффективность и фактически полное отсутствие побочного эффекта позволит использовать золофт для успешного лечения различных депрессивных состояний.

В.Д. Мишиев

КЛИНИЧНИ ПОКАЗАННЯ ДО ВИКОРИСТАННЯ НОВОГО АНТИДЕПРЕСАНТА ЗОЛОФТ

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1.

На підставі власного досвіду використання золофта для лікування 49 хворих з різними типами депресій автори приводять докладну характеристику його клінічної ефективності. При цьому кожна клінічна група докладно змальовується, відокремлюються клінічні особливості, характерні кожній групі. Приводяться дані використання золофта як при невротичних варіантах депресій, так і при психотичних депресіях. Докладно змальовується засіб вживання золофта, дози, що використовуються, можливість поєднання з іншими психотропними препаратами. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1999. - № 1 (5). - С.91-94).

V.D. Mishyev

CLINICAL INDICATION TO ADAPTATION NEW ANTIDEPRESSIVE TREATMENT ZOLOFT

City Kiev clinical pshychoneurological hospital № 1.

On the basis of our own experience of treatment with zoloft 49 patient with depression of different types the detailed description of his clinical efficacy has given. Each clinical group has been described separately. Both for neurotic and psychotic variants of depression treatment by zoloft results were shown. Zoloft's doses, way of use, possibility of combination with other drugs were described in details. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1999. - № 1 (5). - P.91-94).

Литература

1. Абрамов В.А. Реабилитация больных с последствиями черепно-мозговых травм. -К.: «Здоровья», 1992.-186с.
2. Авербух Е.С., Ефименко В.Л. Особенности применения антидепрессантов у больных в позднем возрасте с учетом структуры депрессивных синдромов и клиники заболевания у них. // Фармакологические основы антидепрессивного эффекта. - Под ред. И.П.Лапина. -Л., 1970. - С. 145-147.
3. Александровский Ю.А., Кюне Г.Э. Общие принципы терапии психически больных //Руководство по психиатрии.- М.:Медицина,1988, Т.2.-С.463-476.
4. Вертоградова О.П.Общие принципы терапии и прогноза депрессий. // Психофармакологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. М.1985,с.5-10.
5. Вовин Р.Я., Мершов М.Я., Северовостокова В.И. и др.// Терапевтическая резистентность при шизофрении и аффективных психозах. - Л.,1975. - С.33-39.
6. Губский Ю.И., Шаповалова В.А., Кутько И.И., Шаповалов В.В. Лекарственные средства в психофармакологии. Киев «Здоров'я» 1997. 280с.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. - М.,Медицина,1994. - С.179-187.
8. Кутько И.И., Стефановский В.А. Депрессивные расстройства. -Киев.:Здоровья,1992.-153с.
9. Мишиев В.Д. Распространенность и структура депрессивных расстройств в популяции г.Киева. //Материалы Международной конференции психиатров. - Москва, 16-18 февраля 1998г.- С.56-57.
10. Мишиев В.Д. Особенности депрессивных проявлений у суицидентов с различными психическими расстройствами. // Врачебное дело. - Київ, Здоров'я, 1998. - N 2. - С.102-105.
11. Мосолов С.Н.Клиническое применение современных антидепрессантов. - Санкт-Петербург.: Медицинское информационное агенство, -1995.-565с.
12. Шахматов Н.Ф. Возрастная динамика основных форм психических расстройств в позднем возрасте. В кн.: Сравнительно-возрастные аспекты нервно-психических заболеваний, 1982.
13. Angst J. The course of affective disorders // Psychopathology. - 1986. - Vol. 19, N 2. - P. 47-52.
14. Ravindran A.V., Bialik R.J. Therapeutic efficacy of specific serotonin reuptake inhibitors in dysthymia // Can. J.Psychiat. - 1994. - Vol. 39. - P. 21-30.
15. Tanum L. Combination therapy with antidepressants // Abstract. - Management of treatment-resistant depression. - Proceedings of satellite symposium / H.J.Moller (Ed.). - 9 World Congress of WPA, Rio de Janeiro, 1993. - P.7.
16. Weitbrecht H.J 2. 0 Psychiatrie im Grundriss. 3 Aufl. Berlin,1973.
17. Winokur G. //New Results in Depression Research/ Eds Hippins H., Klerman C.L., Matussek N. - Berlin, 1994.-S.-70-78.

Поступила в редакцию 28.06.98г.