

Аффективные расстройства и их коррекция у больных дисциркуляторной энцефалопатией

Н.Н. Петрова, Л.А. Леонидова

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, кафедра психиатрии и наркологии

РЕЗЮМЕ

У больных с ДЭ в значительном числе случаев встречаются психические расстройства невротического уровня, преимущественно тревожно-депрессивного характера, в развитии которых принимают участие как личностно-психологические, так и соматогенные факторы. Коррекция аффективных расстройств у больных ДЭ позволяет значительно улучшить самочувствие и качество жизни этих больных.

ВВЕДЕНИЕ

Многочисленные клинко-эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют об устойчивых тенденциях роста частоты встречаемости, актуальности ранней диагностики и своевременного лечения тревожно-депрессивных расстройств в общемедицинской сети [1, 7–14].

Коморбидность неврологического заболевания с тревогой и/или депрессией – частое явление, связанное с высокой степенью инвалидизации, нозогенной реакцией, непосредственным поражением мозговых структур и нейромедиаторным дефицитом [2, 3, 5, 6]. Сочетание психического и неврологического расстройства значительно ухудшает клинический и социальный прогноз заболевания, а также качество жизни таких больных [4]. В меньшей степени эти вопросы исследованы у больных с хронической недостаточностью кровоснабжения мозга, не достигающей степени сосудистой деменции, и отсутствием тяжелого неврологического дефицита, приводящего к стойкой инвалидизации.

Целью исследования явилось повышение эффективности диагностики и лечения, а также улучшение качества жизни больных с хронической недостаточностью кровоснабжения головного мозга вследствие дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и психическими расстройствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе неврологического отделения ЦМСЧ № 122 г. Санкт-Петербурга было обследовано 100 пациентов в возрасте от 33 до 52 лет, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией I–II стадии. Критерии включения в исследование: отсутствие выраженных когнитивных расстройств (28–30 баллов по шкале MMSE).

Обследование носило комплексный характер и включало клинический метод в сочетании с рядом экспериментально-психологических методик: клинической градуированной шкалой депрессии Гамильтона, Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), Торонтской алекситимической шкалой (TAS), нозонеспецифическим опросником для оценки связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) SF-36 и Руководством по оценке психических расстройств в общемедицинской практике (Primary care evaluation of mental disorders – PRIME-MD) [18]. Руководство PRIME-MD позволяет в течение 5–10 минут относительно точно выявить или исключить наиболее частые психиатрические заболевания из 18 возможных расстройств в

пределах 5 основных категорий в соответствии с критериями Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам в четвертом издании (DSM-IV):

- 1) расстройства настроения (депрессия);
- 2) тревожные расстройства (паническое, генерализованное тревожное расстройство);
- 3) алкогольные проблемы (злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость);
- 4) расстройства пищевого поведения (нервная булимия, переедание);
- 5) соматоформные расстройства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее часто больные ДЭ предъявляли такие жалобы, как головная боль (74 %), головокружение (69 %), нарушение сна (66 %), чувство беспокойства (75 %), постоянное чувство усталости, упадка сил, повышенная утомляемость, снижение работоспособности (85 %). Эти жалобы являются основой клинических критериев для постановки диагноза начальных проявлений недостаточности кровообращения мозга (НПКМ), а также специфичны для ДЭ в целом. В то же время подобные жалобы могут быть обусловлены сомато-вегетативными проявлениями астенического синдрома, тревоги и/или депрессии, могут быть следствием соматоформного расстройства.

В течение последнего месяца психические расстройства у больных ДЭ были представлены апатией в 80 % случаев, диссомнией – в 66 %, чувством тревоги – в 63 %, подавленностью с чувством безнадежности – в 57 %, ангедонией – в 37 %, приступами паники – в 43 % случаев.

Обследование больных ДЭ с помощью Руководства по клинической оценке методики PRIME-MD показало высокую частоту коморбидной психической патологии (86 %). Как показано на рис. 1, наиболее часто встречались смешанные тревожно-депрессивные расстройства.

Рис. 1. Распределение диагнозов по методике PRIME-MD

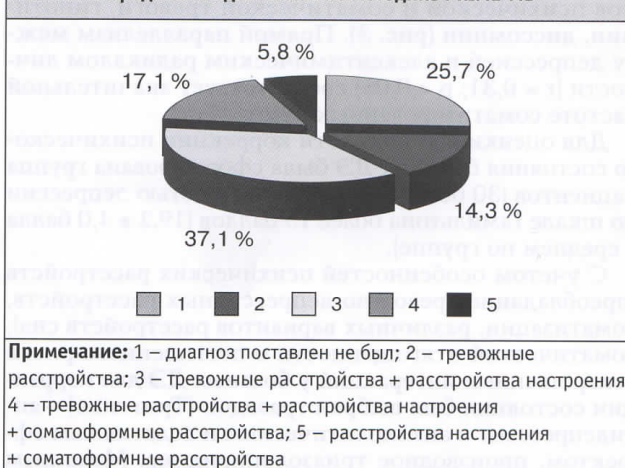
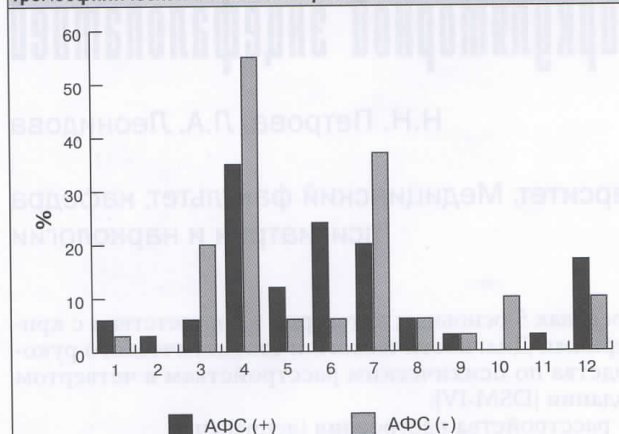


Рис. 2. Распределение психической патологии по данным методики PRIME-MD у больных с цереброваскулярной патологией в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей тромбофилической активности крови



Примечание: 1 – дистимия; 2 – большое депрессивное расстройство; 3 – генерализованное тревожное расстройство; 4 – панические атаки (как сопутствующее состояние); 5 – генерализованное тревожное расстройство + панические атаки; 6 – сочетание генерализованного тревожного расстройства и большого депрессивного расстройства; 7 – тревожно-депрессивное расстройство + панические атаки; 8 – дистимия + генерализованное тревожное расстройство; 9 – дистимия + генерализованное тревожное расстройство + панические атаки; 10 – малое депрессивное расстройство + генерализованное тревожное расстройство + панические атаки; 11 – малое депрессивное расстройство + генерализованное тревожное расстройство; 12 – нет диагноза (здоровы)

Выявлено, что у больных с преобладанием венозных нарушений мозгового кровообращения по данным дуплексного сканирования и высоких титров антифосфолипидных антител (АФА) расстройств депрессивного спектра встречались чаще, в то время как у пациентов с преобладанием атеросклеротических изменений по данным дуплексного сканирования и низкими титрами АФА отмечена высокая частота расстройств тревожного круга (рис. 2).

Данные об ассоциации высоких степеней внутричерепного венозного застоя и высоких титров антифосфолипидных антител с развитием депрессии согласуются с данными других авторов [15, 16].

В среднем по группе больных ДЭ выраженность депрессивных расстройств не превышала пограничного уровня по шкале Гамильтона ($13,7 \pm 5,8$ балла). У 40 % больных была выявлена выраженная депрессия, у 45 % депрессия соответствовала малому депрессивному эпизоду, 15 % пациентов не имели клинически очерченных депрессивных расстройств.

В структуре аффективных расстройств установлено преобладание частоты и выраженности симптомов психической и соматической тревоги, гипотимии, диссомнии (рис. 3). Прямой параллелизм между депрессией и алекситимическим радикалом личности ($r = 0,31$; $p < 0,05$) соответствует значительной частоте соматизированных расстройств.

Для оценки возможности коррекции психического состояния больных ДЭ была сформирована группа пациентов (30 больных) с выраженностью депрессии по шкале Гамильтона более 15 баллов ($19,2 \pm 4,0$ балла в среднем по группе).

С учетом особенностей психических расстройств (преобладание тревожно-депрессивных расстройств, соматизации, различных вариантов расстройств сна), соматической отягощенности и повышенного риска лекарственных взаимодействий у больных ДЭ для коррекции состояния был выбран тразодон (Триттико) – антидепрессант с анксиолитическим и седативным эффектом, производное триазолопиридина. Механизм

Рис. 3. Характеристика психического состояния больных ДЭ по шкале Гамильтона



Примечание: 1 – депрессивное настроение; 2 – чувство вины; 3 – суицидальные намерения; 4 – ранняя бессонница; 5 – бессонница в середине ночи; 6 – поздняя бессонница; 7 – активность; 8 – заторможенность; 9 – ажитация; 10 – психическая тревога; 11 – соматическая тревога; 12 – желудочно-кишечные соматические симптомы; 13 – общие соматические симптомы; 14 – генитальные симптомы; 15 – ипохондрия; 16 – потеря веса; 17 – критика

действия препарата связан с его высоким сродством к некоторым подтипам серотониновых рецепторов, а также со способностью ингибировать обратный захват серотонина. Доза препарата подбиралась индивидуально, начиная с 50 мг/сут до 150 мг/сут. Обследование больных проводилось до начала лечения, через 10 дней и через месяц терапии. Оценка параметров качества жизни проводилась до начала и через месяц терапии.

Эффект наблюдался уже с 50 мг препарата в отношении коррекции диссомнии и эмоционального состояния, вследствие чего отчетливо уменьшалось количество жалоб больных, в том числе сомато-вегетативного характера, особенно в первые 10 дней терапии ($p < 0,01$) (рис. 4, 5). Субъективное улучшение когнитивных функций может быть связано с нивелированием тревоги и депрессии.

Положительная динамика состояния на фоне терапии тразодонот отмечалась как субъективно, так и объективно. Выявленность расстройств значительно уменьшилась через 10 дней после начала приема препарата ($p < 0,05$) и продолжала снижаться на всем протяжении исследования (рис. 6, 7).

В таблице представлен уровень качества жизни пациентов в динамике до лечения и спустя месяц. Отчетливо прослеживается положительная динамика, особенно заметно изменяются в лучшую сторону следующие параметры: ограничивающее влияние эмоционального состояния на рождающее функционирование, удовлетворенность больных способностью к физическим нагрузкам, социальным функционированием, психическим здоровьем в целом.

Во время лечения препаратом тразодон у 6 пациентов со склонностью к артериальной гипотонии в первые дни наблюдались легкие ортостатические реакции в ответ на прием препарата, которые прошли в течение нескольких дней и не потребовали отмены терапии. Других побочных эффектов зафиксировано не было. Было отмечено, что у больных с декомпенсацией артериальной гипертензии на фоне приема тразодона стабилизация АД происходила успешнее.

Таким образом, тразодон эффективен в лечении коморбидных психических расстройств и способствует повышению качества жизни пациентов с ДЭ, в том числе в условиях неврологического отделения, а также в амбулаторно-поликлинической практике. Улучшение когнитивного функционирования в процессе антидепрессивной терапии может служить

Рис. 4. Динамика числа жалоб больных по методике PRIME-MD

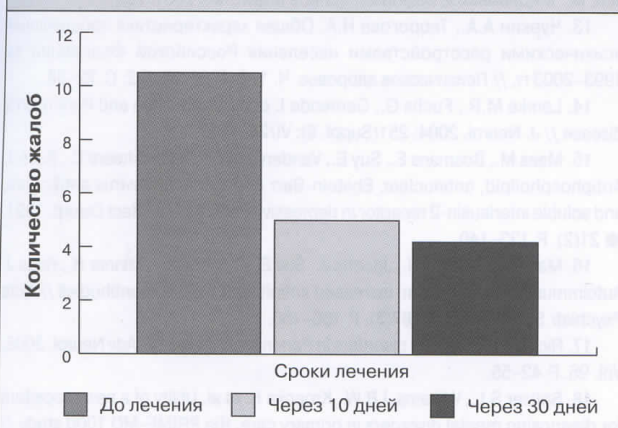
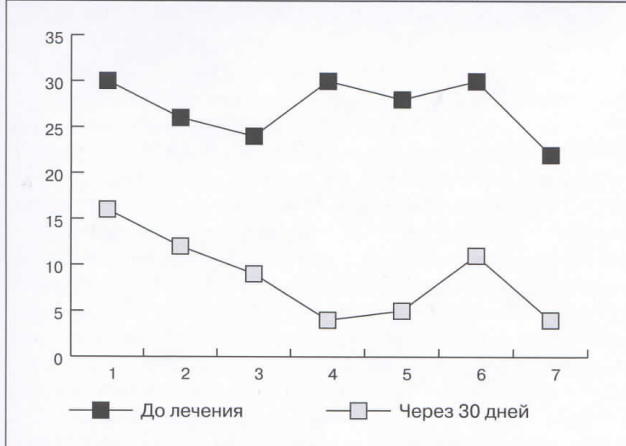


Рис. 5. Динамика регресса жалоб больных ДЭ: 1 – головные боли; 2 – головокружение; 3 – ухудшение памяти; 4 – нарушения сна; 5 – нарушение концентрации внимания; 6 – повышенная утомляемость; 7 – шум в голове



дифференциально-диагностическим признаком для установления генеза нарушения когнитивных функций у больных ДЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У подавляющего большинства (86 %) больных с хронической цереброваскулярной патологией выявлена коморбидная психическая патология, преимущественно тревожно-депрессивного спектра, в развитии которой принимают участие как соматогенные, так и индивидуально-психологические, психогенные факторы.

Ряд психопатологических и сомато-вегетативных симптомов может быть проявлением как сосудисто-мозговой недостаточности, так и тревожно-депрессивного синдрома, что обуславливает необходимость клинко-психопатологического и экспериментально-психологического обследования этой категории больных. Клиническая картина ранних проявлений дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) в значительной степени обусловлена сопутствующей аффективной патологией. Динамика жалоб в процессе тера-

Рис. 6. Динамика психических расстройств по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии

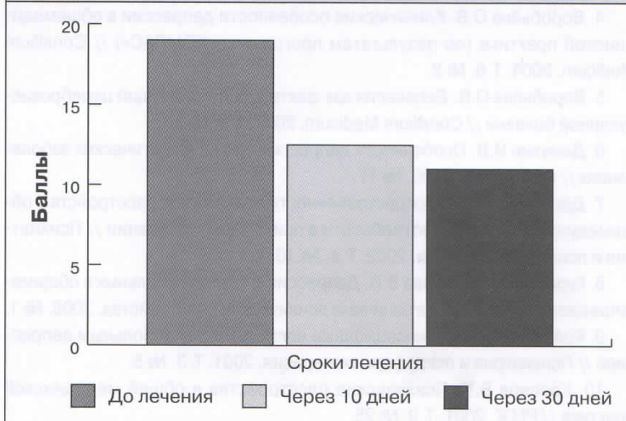
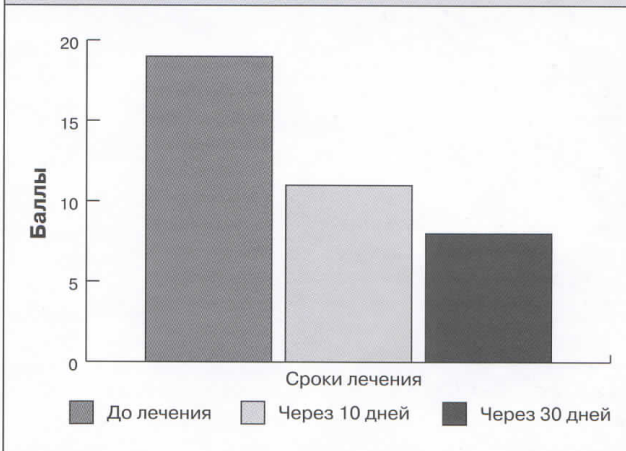


Рис. 7. Динамика психических расстройств по данным шкалы Гамильтона



пии аффективных расстройств позволяет подтвердить их дифференциальную диагностику.

Преобладание венозных нарушений мозгового кровообращения на фоне высоких титров антител к фосфолипидам ассоциируется с развитием депрессивных расстройств, а атеросклеротические изменения артерий головного мозга, отсутствие выраженных венозных нарушений по данным доплерографического исследования и нормальные титры антител к фосфолипидам – с расстройствами тревожного спектра.

На фоне антидепрессивной терапии наблюдается значительное уменьшение жалоб, снижение выраженности аффективных расстройств, улучшение когнитивного функционирования, повышение качества жизни по параметрам эмоционального, физического и социального функционирования.

Литература

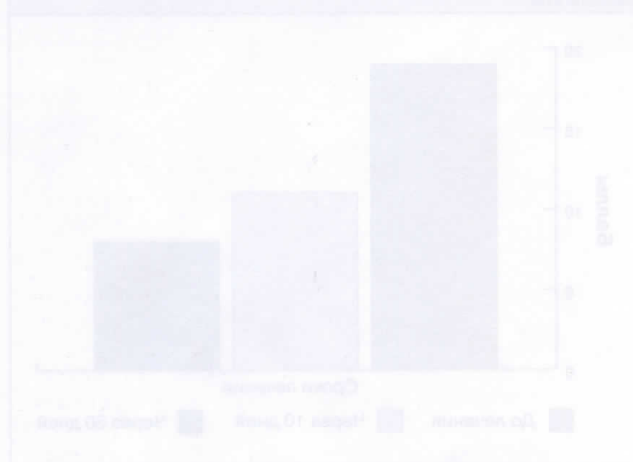
- Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 1.
- Вейн А.М. Лечение депрессий в неврологической практике // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 5.

Таблица. Динамика качества жизни больных ДЭ в процессе психотропной терапии

Шкалы SF-36 / Параметры КЖ	До лечения	30-е сутки терапии	Достоверность различий Р
PF – способность к физическим нагрузкам	24,2 ± 2,28	25,1 ± 2,24	–
RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование	24,3 ± 2,17	36,6 ± 2,32	< 0,05
BP – ограничивающее влияние на функционирование болевого синдрома	47,6 ± 3,41	51,6 ± 3,84	< 0,05
GH – общее состояние здоровья	31,6 ± 2,64	54,6 ± 2,45	< 0,01
VIT – физическая активность, энергичность	32,9 ± 2,56	56,3 ± 2,98	< 0,01
SF – социальное функционирование	35,4 ± 2,15	41,5 ± 2,23	< 0,05
RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	34,2 ± 2,82	55,2 ± 2,4	< 0,01
MH – психическое здоровье в целом	28,6 ± 2,12	45,9 ± 3,14	< 0,01

3. Вознесенская Т.Г. Депрессии в неврологической практике // Трудный пациент. 2003. Т. 1. № 2. С. 26–30.
4. Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы «КОМПАС») // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 2.
5. Воробьева О.В. Депрессия как фактор, сопутствующий цереброваскулярной болезни // Consilium Medicum. 2007. Т. 9. № 2.
6. Дамулин И.В. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях // Фарматека. 2005. № 17.
7. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребности в психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакология. 2002. Т. 4. № 10.
8. Курпатов В.И., Титова В.В. Депрессия и тревога у больных в общемедицинской практике // Пограничные психические расстройства. 2006. № 1.
9. Краснов В.Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 5.
10. Краснов В.Н. Психические расстройства в общей медицинской практике // РМЖ. 2001. Т. 9. № 25.
11. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: МИА, 1995.

12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 256 с.
13. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Общая характеристика заболеваний психическими расстройствами населения Российской Федерации за 1993–2003 гг. // Психическое здоровье. Ч. 1–2. 2006. № 1–2. С. 22–38.
14. Lemke M.R., Fuchs G., Gemende I. et al. Depression and Parkinson's disease // J. Neurol. 2004; 251(Suppl. 6): VI/24–VI/27.
15. Maes M., Bosmans E., Suy E., Vandervorst C., Dejonckheere C., Raus J. Antiphospholipid, antinuclear, Epstein-Barr and cytomegalovirus antibodies, and soluble interleukin-2 receptor in depressive patients // J Affect Disord. 1991. № 21(2). P. 133–140.
16. Maes M., Meltzer H., Jacobs J., Suy E., Calabrese J., Minner B., Raus J. Autoimmunity in depression: increased antiphospholipid autoantibodies // Acta Psychiatr Scand. 1993. № 87(3). P. 160–166.
17. Richard I.H. Anxiety disorders in Parkinson's disease // Adv Neurol. 2005. Vol. 96. P. 42–55.
18. Spitzer S.L., Williams J.B.W., Kroenke K. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study // JAMA. 1994. Vol. 272. P. 1749–1756.



Вопрос о том, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, остается открытым. В настоящее время принято считать, что депрессия может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом другого заболевания. В зависимости от того, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, она может быть классифицирована по-разному. В настоящее время принято считать, что депрессия может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом другого заболевания. В зависимости от того, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, она может быть классифицирована по-разному.

Вопрос о том, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, остается открытым. В настоящее время принято считать, что депрессия может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом другого заболевания. В зависимости от того, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, она может быть классифицирована по-разному.

Вопрос о том, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, остается открытым. В настоящее время принято считать, что депрессия может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом другого заболевания. В зависимости от того, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, она может быть классифицирована по-разному.

Вопрос о том, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, остается открытым. В настоящее время принято считать, что депрессия может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом другого заболевания. В зависимости от того, является ли депрессия самостоятельным заболеванием или симптомом другого заболевания, она может быть классифицирована по-разному.

Параметр	Биполярная депрессия	Узкая депрессия	Атипичная депрессия
Возраст (лет)	45,2 ± 12,5	48,7 ± 11,8	51,3 ± 13,2
Пол (мужчины/женщины)	15/15	20/20	25/25
Длительность заболевания (лет)	12,5 ± 3,2	10,8 ± 2,9	14,1 ± 4,5
Средняя тяжесть заболевания	18,7 ± 4,5	16,2 ± 3,8	20,5 ± 5,1
Средняя продолжительность обострения (недели)	12,3 ± 2,1	10,5 ± 1,8	14,7 ± 2,5
Средняя продолжительность ремиссии (недели)	15,6 ± 2,8	13,9 ± 2,4	17,2 ± 3,1
Средняя продолжительность заболевания (недели)	27,9 ± 5,3	26,7 ± 5,6	31,9 ± 7,6