

Тразодон в комплексной терапии тревожно-депрессивных расстройств

С.В. Полтораки, В.А. Михайлов, А.Ю. Поляков
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
имени В.М. Бехтерева»

Резюме. В статье рассматривается эффективность применения Тразодона в комплексной терапии тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня. Описывается роль и место фармакотерапии в комплексном лечении невротических расстройств.

Ключевые слова: смешанное тревожное и депрессивное расстройство, психофармакотерапия, психотерапия, эффективность комплексного лечения

The Trazodon in Complex Therapy of Anxious and Depressive Disorders

Mikhailov V.A., Poltorak S.V., Polyakov A.Y.
V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg

Summary. Article considers the effect of use Trazodon in complex therapy of anxious and depressive disorders of neurotic level. The role and place of the pharmacotherapy in complex treatment of neurotic disorders are described.

Key words: anxious and depressive neurotic disorders, psychotherapy, pharmacotherapy, the effect of complex treatment

По данным ВОЗ распространенность аффективных расстройств в 90-е годы в странах Европы и в США составила 5-10 % против 0,4-0,8 % к началу 60-х годов (Смулевич А.Б., Иванов С.В., 2006). Этот показатель, обобщающий данные литературы, отражает реальную частоту аффективных расстройств в современном мире (Ustun B.T., Sartorius N., 1995). По данным ВОЗ число депрессивных больных в популяции достигает 3-5 % (Вертоградова О.П., 1998). Недавно проведенные эпидемиологические исследования, выполненные в медицинских учреждениях различного типа, свидетельствуют, что депрессивные состояния наблюдаются у 23,8 % всех обследованных больных (Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., 2004). Увеличение показателей частоты депрессий объясняют социально-стрессовыми факторами, увеличением продолжительности жизни, эволюционным и терапевтическим патоморфозом и другими причинами, среди которых наибольшую вероятность в интерпретации этого явления приобретают изменения в организации и формах психиатрической помощи.

Депрессия и тревожные расстройства занимают одно из первых мест среди самых распространенных заболеваний в популяции.

По существующим прогнозам к 2020 году депрессия выйдет на второе место среди причин нетрудоспособности после сердечно-сосудистых заболеваний (Murtagh C.J., Lopez A.D., 1996; Kupfer D., 1999). Депрессия становится главной причиной госпитализации у 40,3 % психиатрических стационаров. Высокие показатели распространенности

депрессивных расстройств выявляются в общемедицинской практике: суммарный показатель составляет 23,8 %, в амбулаторной поликлинической сети — 34,3 %, среди пациентов многопрофильного стационара — 20,5 % (Смулевич А.Б. с соавт., 2005). В показателе инвалидизации (обзор за 2004 г.) депрессия занимает четвертое место в целом, третье в Европе и первое в США (Paykel E.S., Brugha T., Fryers T., 2006).

Статистические показатели аналогичны и в отношении тревожных расстройств. В течение жизни какое-либо тревожное расстройство возникает у 10,4-28,8 % населения (Offord D., Boyle M., Campbell D. et al., 1994; Antony M.M., Swinson R.P., 1996; Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al., 2005; Kroenke K. et al., 2007), а показатель заболеваемости за год составляет в среднем около 18 % среди лиц старше 18 лет (Аведисова А.С., Ахапкин Р.В., 2007). По данным А. Ferriman (2001) распространенность всех тревожных расстройств составляет 10 %, при этом распространенность смешанного тревожного и депрессивного расстройства составляет: 12 % — у женщин и 7 % — у мужчин. Strine T.W. с соавт. (2005) отмечает, что распространенность тревожных расстройств составляет 15 %.

D.A. Regier с соавт. (1998) указывают на большую распространенность нарушений тревожного спектра среди населения по сравнению с депрессивными расстройствами, это было выявлено при больших эпидемиологических исследованиях, проведенных в последние десятилетия прошлого столетия.

По данным В.Г. Ротштейна с соавт. (2005) в России 6–7 % населения страдают депрессивными и тревожными расстройствами.

В исследовании, предпринятом ВОЗ в 1999 году, было показано, что депрессия и тревога — наиболее часто сосуществующие расстройства в первичной врачебной практике. Депрессия и тревога в значительной мере, перекрывают друг друга по клиническим симптомам и патофизиологическим механизмам (Вертоградова О.П., 1978–1998; Дементьева Н.Ф., 1981; Тиганов А.С., 1997, 1999; Смулевич А.Б., 2000; Бобров А.С., 2001; Калинин В.В., 2002; Angst J., Dobler–Mikola A., 1985; Hamilton M., 1988; Lader M., 1988; Regier D.A. et al., 1990; Kessler R.C., 2001). Согласно данным литературы тревога присутствует в клинической картине депрессии у значительной части больных. М. Hamilton (1988) отмечает, что тревога при рекуррентной депрессии выявляется в 96% случаев, по данным G.D. Tollefson с соавт. (1993) тревогу можно обнаружить у 42 — 100 % больных депрессией. П.В. Морозов (2005) отмечает коморбидность депрессии и тревожных расстройств у 40–80 %.

Выделяют варианты депрессии, обозначаемые как «смешанная тревожная депрессия» (Boyer W.F., Feighner J.P., 2001), «депрессия, связанная с серотонином» (Van Praag H.M., 1996), смешанное тревожное и депрессивное расстройство — СТДР (МКБ–10).

Депрессивные и тревожные расстройства влекут за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Много работ посвящено качеству жизни пациентов и экономической стороне заболеваний (Смулевич А.Б. с соавт., 2005; Дробижев М.Ю., 2006; Paykel E.S., Crown W.N., Finkelstein S. et al., 2002; Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G. et al., 2003; Thomas C.M., Morris S., 2003; Salize H.J., Stamm K., Schubert M. et al., 2004; Rapaport M.H., Clary C., Fayyad R. et al., 2005; Brugha T., Fryers T., 2006).

Интерес к взаимоотношению тревоги и депрессии значительно возрос в связи с появлением антидепрессантов, действие которых связано с избирательным действием на серотонинергическую систему (Van Praag H.M., 1998; Kasper S., 2001; Kessler R.C., 2001). Одним из основных методов в терапии тревожно-депрессивных состояний является психотерапия. По-прежнему далека от разрешения проблема поиска эффективных психотерапевтических методов (Александровский Ю.А., 1993; Макаров В.В., 2000). Сложный генез тревожно-депрессивных расстройств часто требует комбинирования психотерапии и психофармакотерапии (Александровский Ю.А., 1993).

Выбор препарата для комплексной терапии тревожно-депрессивных расстройств

Новое поколение антидепрессантов, обладающее более высокой безопасностью применения (отсутствие холинолитических и сердечно-сосудистых осложнений) и большей селективностью действия на нейромедиаторные системы, дает возможность активного лечения депрессив-

ных состояний, при которых трициклические антидепрессанты замедляют или даже препятствуют более быстрой редукции симптоматики.

Одним из таких препаратов, прочно вошедших в клиническую практику, является Тразодон — препарат сложной бициклической структуры; производное триазолопиперидина. Помимо преимущественной блокады обратного захвата серотонина препарат обладает отчетливыми альфа-адреноблокирующими, антисеротониновыми и некоторыми антигистаминными свойствами, лишен холинолитического действия и имеет короткий период полураспада (5–10 часов).

В спектре психотропной активности преобладают седативный, анксиолитический и, в меньшей степени, антифобический эффекты, умеренное тимоаналептическое действие. Применяется при легких и умеренно выраженных тревожных депрессиях различного происхождения (эндогенные, невротические, реактивные, соматогенные), а также при дисфорических состояниях органического генеза, в том числе при деменции (Аведисова А.С. и др., 1993; Price L. H. Et al., 1988). Препарат хорошо зарекомендовал себя при маскированных (соматизированных) депрессиях, психосоматических заболеваниях и других психических расстройствах, встречающихся в общемедицинской практике (Blacker R. et al., 1988).

Действие препарата у трети больных развивается в течение первой недели лечения с отчетливого анксиолитического эффекта, а у 75 % больных — в течение двух недель.

Рекомендуемые дозы варьируют от 150 до 600 мг/сутки. В отличие от трициклических антидепрессантов тразодон не вызывает увеличения веса тела, не приводит к нарушениям сексуальных функций и более безопасен при передозировке.

Цель исследования

Целью данного исследования являлось изучение эффективности и безопасности применения тразодона в комплексной терапии (фармакотерапия + психотерапия) тревожно-депрессивных расстройств.

Задачи исследования

1. Исследовать клинические, клинко-психологические особенности пациентов отделения неврозов и амбулаторной сети с тревожно-депрессивными расстройствами для предложения комплексной модели терапии, включающей психотерапию и фармакотерапию тразодоном.

Определить показания, длительность применения и дозировки тразодона в комплексной терапии смешанных тревожно-депрессивных расстройств.

Доказать эффективность и безопасность применения тразодона у больных с тревожно-депрессивными расстройствами.

Практическая значимость исследования

Результаты исследования позволят психиатрам-психотерапевтам и врачам общей практики по-

лучить знания и опыт применения тразодона в лечении тревожно-депрессивных расстройств, повысит эффективность и сократит сроки лечения пациентов, страдающих этими заболеваниями.

Материал и методы исследования

Было изучено действие тразодона у 40 больных с тревожно-депрессивными расстройствами. В ходе исследования для определения эффективности применялись клинический метод (оценка тревожной и депрессивной симптоматики, вегетативных нарушений) и клинико-психологический метод (оценка уровня тревоги в начале и конце лечения по шкале тревоги Гамильтона и интегративному тесту тревожности, оценка уровня депрессии в начале и конце лечения по шкале депрессии Бека, оценка выраженности вегетативных нарушений по шкале ВЕЛА). Оценка безопасности применения тразодона проводилась по перечню побочных действий и определялась субъективно самими пациентами.

Методика терапии

Препарат тразодон назначался пациентам с тревожно-депрессивными расстройствами в начале лечения в дозе 150 мг/сутки однократно на ночь в течение шести недель. Наряду с приемом препарата с больными занимались индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапией. Других психотропных препаратов пациенты не получали (монотерапия). Психологическое обследование проводилось дважды: в начале и конце лечения.

Характеристика материалов и методов исследования

С целью определения эффективности применения тразодона в комплексной терапии (фармакотерапия и психотерапия) тревожно-депрессивных расстройств было исследовано 40 пациентов отделения неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. Больные, вошедшие в исследование, составляли нозологически и синдромально гомогенную группу.

33 пациента (82,5 %), участвовавших в исследовании эффективности тразодона, поступили на лечение первично и только 7 больных (17,5 %) повторно. Практически все пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами, вошедшие в исследование, — 36 человек (90 %) — лечились стационарно, а затем переходили на поддерживающее амбулаторное лечение (смешанный режим).

Отбор испытуемых проводился методом случайной выборки. В исследование вошло 26 женщин (65 %) и 14 мужчин (35 %). Возрастной диапазон респондентов составил от 23 до 60 лет (средний возраст $42,85 \pm 1,81$).

Подавляющая часть больных, получавших в рамках комплексного лечения препаратом тразодон, имели работу — 20 человек (50 %), социальный статус неработающих был у 13 пациентов

(32,5 %), 4 респондента (10 %) были учащимися, пенсионерами являлись 3 человека (7,5 %), инвалидов 1, 2, 3 группы не было (0 %). В исследуемой клинической группе пациентов в течение жизни меняли работу редко 38 человек (95 %), часто — 2 (5 %), проработавших на одном месте не оказалось (0 %).

Трудящиеся респонденты свои взаимоотношения на работе в основном оценивали как нейтральные — 13 человек (65 %), хорошими их считали 5 пациентов (25 %), избирательными — 2 (10 %), как конфликтные не видел никто (0 %); после начала заболевания стали хуже справляться со своими обязанностями, но остались работать на прежнем месте большинство пациентов — 15 человек (75 %), положение на работе не изменилось у 4 больных (20 %), поменял работу на более легкую только 1 испытуемый (2,5 %); на снижение производственной квалификации в связи с болезнью указали 9 пациентов (45 %), 4 человека (20 %) отметили повышение ее динамики и 7 больных (35 %) не видели изменений.

30 пациентов (75 %), участвовавших в исследовании эффективности препарата тразодон, были удовлетворены своими социальными связями, и только 10 больных (25 %) оказались неудовлетворенными своим социальным функционированием. При этом подавляющее большинство испытуемых оценили свои социальные связи как средние — 27 человек (67,5 %), ограниченными их назвали 7 респондентов (17,5 %) и широкими — 6 (15 %).

Травматические события в ядерной (родительской) семье отрицали практически все больные изучаемой клинической группы — 37 человек (92,5 %), и лишь 3 респондента (7,5 %) признали их наличие.

Контакты со сверстниками в детстве оценила как средние подавляющая часть испытуемых — 31 больной (77,5 %), как широкие — 7 (17,5 %) и ограниченные — 2 (5 %).

У 20 (50 %) больных, участвовавших в исследовании эффективности препарата тразодон, отсутствовала наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями, у 6 пациентов (15 %) наследственность была отягощена органическими заболеваниями головного мозга, у 4 (10 %) — алкоголизмом и у 1 больного (2,5 %) — неврозом, отягощенности психозами, психопатиями, эндокринными заболеваниями в изученной клинической группе зафиксировано не было (0 %).

Эпизоды злоупотребления алкоголем в анамнезе были зафиксированы только у 3 больных (7,5 %), получавших тразодон, большинство же испытуемых — 37 человек (92,5 %) никогда не злоупотребляли алкоголем; периодов нарушения пищевого поведения, как и эпизодов самоповреждающего поведения в исследованной клинической группе больных, выявлено не было, данные расстройства отрицали все 100 % респондентов.

Сопутствующие заболевания отсутствовали у большинства испытуемых — 22 человек (55 %),

принимавших тразодон, в рамках комплексного подхода к лечению тревожно-депрессивных расстройств. У 11 больных данной клинической группы (27,5 %) в анамнезе имели место органические поражения нервной системы, общесоматические заболевания как сопутствующая патология были у 7 пациентов (17,5 %), эндокринных и психосоматических заболеваний не было зафиксировано ни у кого (0 %).

Все 40 пациентов (100 %), принимавших участие в исследовании, получали медикаментозное лечение тразодоном, который назначался в дозе 150 мг в сутки однократно на ночь в течение шести недель, а также им проводилась индивидуальная форма когнитивно-поведенческой психотерапии; 13 больных (32,5 %) получали в качестве дополнительного вспомогательного лечения ауто-тренинг с ЛФК. Групповая форма психотерапии, а также гипнотерапия не применялись в комплексном лечении данного клинического контингента больных.

С целью определения эффективности использования тразодона для лечения тревожно-депрессивных расстройств применялись клиничко-психологический и экспериментально-психологический методы исследования, оценка безопасности применения тразодона проводилась по перечню побочных действий и определялась субъективно самими пациентами.

Клиничко-психологический метод был представлен включенным наблюдением, которое осуществлялось постоянно в процессе лечения пациентов на всем его протяжении от момента поступления до момента выписки из стационара.

Экспериментально-психологические исследования проводились дважды: в начале лечения (на диагностическом этапе) и в день выписки с помощью следующих психологических методик:

1. Для оценки тяжести депрессии использовалась Шкала депрессии Бека — BDI (Beck depression inventory) (Beck A.T. et al., 1961).

2. Для исследования степени выраженности тревоги и динамики состояния пациентов использовалась Шкала Гамильтона для оценки тревоги — HARS (Hamilton anxiety rating scale) (Hamilton M., 1959).

3. Для исследования структуры личностной и ситуативной тревожности в процессе лечения использовался интегративный тест тревожности (ИТТ).

4. Для оценки динамики вегетативных нарушений в процессе лечения использовалась методика определения степени вегетативной лабильности (VELA) (I. Fahrenberg, 1965).

5. Для оценки клинического состояния пациентов, степени выраженности общего терапевтического эффекта и безопасности терапии использовалась Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression scale — CGI), (Guy W., 1976).

Для математико-статистической обработки был составлен протокол исследования, включавший паспортные, социальные, анамнестические, кли-

нические и экспериментально-психологические показатели. Дальнейший анализ включенных в него данных осуществлялся с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6, SPSS for windows — 12-я версия. По каждому показателю определялись среднеквадратические отклонения, вычислялись средние величины и ошибки средних, подсчитывались достоверности разности показателей, определялись средние значения изменений показателей от первого ко второму исследованию.

Результаты исследования

У пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, которым была назначена комплексная терапия, включавшая в себя медикаментозное лечение препаратом тразодон и индивидуальную когнитивно-поведенческую психотерапию, были диагностированы статистически значимые различия ($p < 0,001$) по общему показателю степени выраженности депрессии до и после лечения (рис. 1).

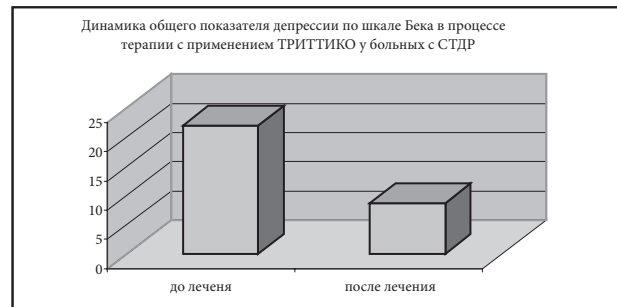


Рис. 1. Сравнительная характеристика общего показателя шкалы депрессии Бека — BDI у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, получавших препарат «ТРИТТИКО» в рамках комплексной терапии (до и после лечения)

Так, общий показатель выраженности депрессии у пациентов составил до лечения (22,08 ± 0,68), что соответствует зоне умеренно выраженной (невротической) депрессии, и значительно снизился после лечения (приблизительно в 2,5 раза) до отметок (8,78 ± 0,76) ($p < 0,001$), войдя в диапазон неопределенных значений между отсутствием клинически выраженной депрессии и ее минимальными проявлениями.

Таким образом, в рамках комплексного подхода (фармакотерапия и психотерапия) к лечению тревожно-депрессивных расстройств, где в качестве основного медикаментозного средства применяется тразодон, у пациентов происходит значительная редукция депрессивной симптоматики от изначально умеренной до легкой степени тяжести.

В процессе лечения больных, принимавших тразодон в качестве медикаментозного лечения, произошла статистически значимая редукция ($p < 0,01$) всех депрессивных симптомов, за исключением суицидальных мыслей, которые отсутствовали даже в минимальной степени у боль-

ных исследованной группы, как до, так и после лечения.

Наиболее выраженными у больных оказались 10 следующих, диагностированных до лечения, симптомов депрессии по мере уменьшения степени их напряженности: 1) снижение работоспособности ($1,70 \pm 0,07$), 2) нерешительность ($1,65 \pm 0,08$), 3) раздражительность ($1,63 \pm 0,09$), 4) повышенная утомляемость ($1,63 \pm 0,08$), 5) нарушения сна ($1,55 \pm 0,10$), 6) чувство неудовлетворенности ($1,53 \pm 0,09$), 7) идеи самообвинения ($1,48 \pm 0,09$), 8) снижение либидо ($1,40 \pm 0,09$), 9) нарушение социальных связей ($1,33 \pm 0,08$), из которых 5 симптомов относятся к когнитивно-аффективной составляющей депрессии и 4 к ее соматическим проявлениям.

Наибольшую напряженность после лечения сохранила приблизительно та же симптоматика, что подтверждает ее патогномичность для пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами: 1) повышенная утомляемость ($0,90 \pm 0,05$), 2) идеи самообвинения ($0,80 \pm 0,09$), 3) нерешительность ($0,78 \pm 0,08$), 4) снижение работоспособности ($0,70 \pm 0,09$), 5) нарушение социальных связей ($0,68 \pm 0,08$), 6) чувство неудовлетворенности ($0,68 \pm 0,08$), 7) раздражительность ($0,65 \pm 0,08$), из которых 5 симптомов относятся к когнитивно-аффективной составляющей депрессии и 2 к ее соматическим проявлениям.

В процессе лечения больных на фоне уменьшения напряженности ($p < 0,01$) всех клинических симптомов, представленных в опроснике Бека, наибольшей редукции подверглись такие болезненные проявления депрессии, как: 1) нарушение сна ($1,55 \pm 0,10$ — до терапии и $0,23 \pm 0,08$ — после; $t = 10,49$, $p < 0,001$), 2) снижение работоспособности ($1,70 \pm 0,07$ и $0,70 \pm 0,09$, соответственно; $t = 8,66$, $p < 0,001$), 3) раздражительность ($1,63 \pm 0,09$ и $0,65 \pm 0,08$, соответственно; $t = 8,51$, $p < 0,001$), 4) повышенная утомляемость ($1,63 \pm 0,08$ и $0,90 \pm 0,05$, соответственно; $t = 7,95$, $p < 0,001$), 5) снижение либидо ($1,40 \pm 0,09$ и $0,48 \pm 0,09$ соответственно; $t = 7,22$, $p < 0,001$) и 6) чувство неудовлетворенности ($1,53 \pm 0,09$, и $0,68 \pm 0,08$, соответственно; $t = 7,04$, $p < 0,001$).

Таким образом, у больных с тревожно-депрессивными расстройствами наибольшую напряженность имеют такие соматические проявления депрессии, как снижение работоспособности, повышенная утомляемость, нарушения сна и снижение полового влечения, и такие когнитивно-аффективные жалобы, как общая неудовлетворенность, раздражительность, нерешительность, идеи самообвинения и чувство социальной отчужденности, последние являются, по-видимому, патогномичными для данной клинической группы пациентов, именно они подвергаются наибольшей редукции в процессе комплексной терапии с применением тразодона, снижая тем самым общую тяжесть депрессивного синдрома, что в целом подтверждает эффективность применяемого лечения.

У пациентов, проходивших комплексное лечение, включавшее в себя медикаментозную те-

рапию тразодон и когнитивно-поведенческую психотерапию, были диагностированы статистически значимые различия ($p < 0,001$) до и после лечения как по общему уровню выраженности тревоги, так и по параметрам психической и соматической тревоги методики HARS (рис. 2.).



Рис. 2. Сравнительная характеристика показателей шкалы Гамильтона — HARS для оценки общей, а также психической и соматической составляющих тревоги у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, получавших препарат «ТРИТТИКО» в рамках комплексной терапии (до и после лечения)

Так, общий уровень выраженности тревоги у больных, получавших тразодон, составлявший до лечения $18,38 \pm 0,75$ и достигавший уровня тревожного состояния, в процессе терапии уменьшился с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) приблизительно в 2 раза до отметок минимальных симптомов тревоги ($8,35 \pm 0,78$; $t = 9,29$). Уровень параметра «психической» тревоги у пациентов данной экспериментальной группы до лечения находился в диапазоне симптомов тревоги ($10,05 \pm 0,38$) и подвергся самой выраженной редукции ($p < 0,001$) после лечения, до отметок отсутствия тревожного состояния ($4,23 \pm 0,43$; $t = 10,19$). Показатель «соматической» тревоги в группе больных с СТДР значимо ($p < 0,001$) снизился с отметок минимальных проявлений тревоги ($8,33 \pm 0,46$) до лечения до отметок отсутствия тревожного состояния ($4,13 \pm 0,39$; $t = 6,94$) после лечения.

Таким образом, в ходе комплексного лечения с применением препарата тразодон пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами происходит значительная редукция психических, и в меньшей степени соматических проявлений тревоги, последние имеют минимальную степень выраженности у больных, снижая тем самым тяжесть тревожного синдрома (с уровня тревожного состояния до единичных тревожных симптомов) и подтверждая эффективность применяемой терапии.

У больных, вошедших в исследование, в процессе комплексной терапии с применением тразодона произошла статистически значимая редукция ($p < 0,001$) общей выраженности личностной тревожности как базового свойства личности, а также таких ее структурных компонентов как

эмоциональный дискомфорт (ЭД) и астенический компонент (АСТ).

Так до лечения у больных исследуемой клинической группы была диагностирована средняя личностная тревожность (СТ-Л), показатель которой составил $6,28 \pm 0,23$, при этом в ее структуре в качестве основных доминировали такие параметры как астенический компонент (АСТ) — вялость, пассивность, повышенная утомляемость ($7,13 \pm 0,16$), тревожная оценка перспективы (ОП) — страхи, распространяющиеся не столько на текущее положение дел, сколько проецируемые в будущее ($6,70 \pm 0,24$), а также эмоциональный дискомфорт (ЭД) — сниженный эмоциональный фон, напряжение, отсутствие эмоционального равновесия ($6,63 \pm 0,19$).

В процессе лечебного вмешательства произошло снижение общего показателя личностной тревожности ($6,28 \pm 0,23$ — до терапии и $4,93 \pm 0,24$ — после; $t = 4,01$, $p < 0,001$), а также двух ее структурных компонентов: эмоционального дискомфорта (ЭД) ($6,63 \pm 0,19$ и $4,55 \pm 0,22$, соответственно; $t = 7,05$, $p < 0,001$) и в меньшей степени астенического компонента (АСТ) ($7,13 \pm 0,16$ и $5,93 \pm 0,27$, соответственно; $t = 3,83$, $p < 0,001$). Статистически достоверных различий до и после лечения в отношении других параметров личностной тревожности выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, в процессе комплексной терапии тревожно-депрессивных расстройств, в рамках которой применялся тразодон, у пациентов происходит незначительная редукция личностной тревожности, которая до лечения была средней, за счет субъективного уменьшения в рамках ретроспективной оценки (за последний год) ощущений нервозности, эмоционального напряжения, усталости, утомления. Отсутствие в процессе терапии изменений в отношении других, являющихся специфическими, компонентов личностной тревожности, в частности тревожной оценки перспективы (страхов, связанных с будущим), которая, по-видимому, патогномична для больных с тревожно-депрессивными расстройствами, указывает на стабильность этих параметров как личностных свойств.

Что касается ситуативной тревожности (СТ-С), которая представляет собой тревогу как состояние, обусловленное актуальной жизненной ситуацией, то в процессе лечения произошло уменьшение с высокой степенью статистической достоверности ($p < 0,001$) выраженности как общего показателя тревоги, так и всех ее структурных компонентов.

Так до лечения у пациентов, вошедших в исследование, диагностировалась очень высокая ситуативная тревожность ($8,08 \pm 0,16$), в структуре которой доминировали, как и в структуре личностной тревожности, только не в средней, а в высокой степени выраженности: астенический компонент (АСТ) ($8,38 \pm 0,09$), тревожная оценка перспективы (ОП) ($8,05 \pm 0,16$) и эмоциональный дискомфорт (ЭД) ($7,83 \pm 0,15$).

В процессе терапии произошло уменьшение ($p < 0,001$) степени выраженности всех структурных компонентов ситуативной тревожности как специфических (тревожной оценки перспективы, фобического компонента, реакций социальной защиты), так и фоновых (эмоционального дискомфорта и астенического компонента). Изначально очень высокий уровень тревоги как актуального состояния редуцировался до диапазона низких значений ($8,08 \pm 0,16$ — до терапии и $3,68 \pm 0,34$ — после; $t = 11,62$, $p < 0,001$). В большей степени изменились таких структурных компонентов ситуативной тревожности, как астенический компонент (АСТ) ($8,38 \pm 0,09$ — до лечения и $5,73 \pm 0,19$ — после; $t = 12,39$, $p < 0,001$), тревожная оценка перспективы (ОП) ($8,05 \pm 0,16$ и $3,53 \pm 0,35$, соответственно; $t = 11,84$, $p < 0,001$) и эмоциональный дискомфорт (ЭД) ($7,83 \pm 0,15$ и $4,53 \pm 0,25$, соответственно; $t = 11,36$, $p < 0,001$).

Таким образом, фармакотерапия тразодонем в комплексе с индивидуальной формой когнитивно-поведенческой психотерапии у больных с тревожно-депрессивными расстройствами эффективна в отношении редукции тревожного синдрома, а именно — уменьшения напряженности таких симптомов, как беспокойство, тревожные переживания, связанные с будущим и настоящим, эмоциональный дискомфорт, нервозность, вялость, утомляемость, неуверенность, ощущение собственной бесполезности.

У больных с тревожно-депрессивными расстройствами, принимавших участие в исследовании эффективности препарата тразодон, до лечения отмечался высокий уровень вегетативной лабильности ($25,78 \pm 0,96$), достоверно отличающийся ($p < 0,001$) от нормативных значений ($7,23 \pm 1,92$). В процессе комплексной терапии у пациентов статистически значимо снизилась ($p < 0,001$) степень выраженности вегетативной лабильности (рис. 3.).

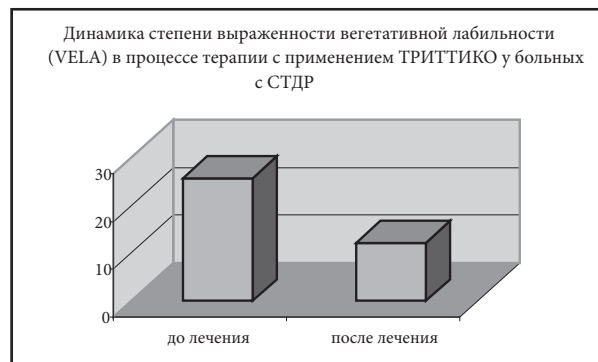


Рис. 3. Сравнительная характеристика показателей методики для определения степени вегетативной лабильности — VELA у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, получавших препарат «ТРИПТИКО» в рамках комплексной терапии (до и после лечения)

Так, до лечения показатель вегетативной лабильности составлял ($25,78 \pm 0,96$), что соот-

ветствует высокому уровню выраженности вегетативной дисфункции, а в процессе лечения редуцировался приблизительно в 2 раза до отметок умеренных проявлений вегетативных нарушений ($12,15 \pm 0,93$; $t = 10,21$, $p < 0,001$).

Таким образом, у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами после прохождения комплексной терапии, где в качестве медикаментозного лечения применяется тразодон, отмечается уменьшение выраженности жалоб на головные боли, головокружение, ощущение нехватки воздуха, сердцебиение, расстройства желудочно-кишечного тракта, потливость, напряжение, дрожь и прочие проявления нарушения деятельности вегетативной нервной системы, что можно расценивать как показатель эффективности терапевтического вмешательства в отношении стабилизации психовегетативного состояния.

При поступлении степень тяжести клинического состояния у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, которым была назначена комплексная терапия с применением тразодона, была оценена по субшкале глобальной клинической оценки (CGI-S) как умеренная — у 18 респондентов (45 %), как выраженная — у 13 больных (32,5 %) и как слабовыраженная — у 9 испытуемых (22,5 %). Больных с СТДР с очень слабой, а также сильной и чрезвычайно сильной степенью тяжести клинического состояния в исследовании выявлено не было (0 %). При выписке степень тяжести клинического состояния 18 пациентов (45 %) была оценено как слабо выраженная, 17 (42,5 %) — как очень слабо выраженная, 4 (10 %) — как умеренная и у 1 (2,5 %) осталась выраженной (рис. 4, 5).

Таким образом, в ходе комплексной терапии с применением тразодона у больных с тревожно-депрессивными расстройствами происходит уменьшение тяжести клинического состояния от умеренной и выраженной до слабо и очень слабо выраженной его степени, что указывает на эффективность проводимого лечения.

У подавляющего числа больных, вошедших в исследование, в динамике было зафиксировано значительное улучшение клинического состояния — у 29 человек (72,5 %), при этом состояние 6 больных (15 %) улучшилось очень сильно, 4 (10 %) — в минимальной степени и 1 (2,5 %) — не изменилось (рис. 6).

Таким образом, в процессе комплексного лечебного воздействия, в рамках которого в качестве медикаментозной терапии используется тразодон, у больных с тревожно-депрессивными расстройствами отмечается значительное улучшение клинического состояния, указывающее на эффективность терапевтического вмешательства.

Заключение

1. Препарат тразодон является эффективным и безопасным средством для применения в комплексной терапии больных с тревожно-

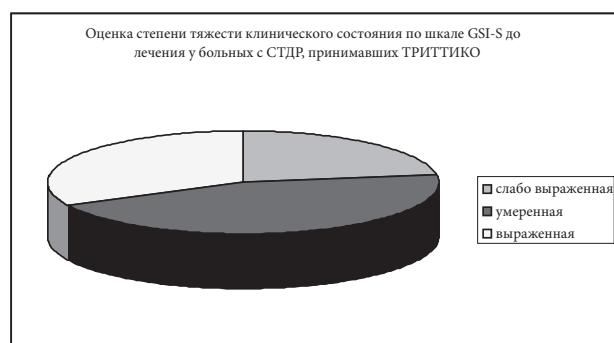


Рис. 4. Оценка степени тяжести клинического состояния — CGI-S у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, получавших препарат «ТРИПТИКО» в рамках комплексной терапии до лечения

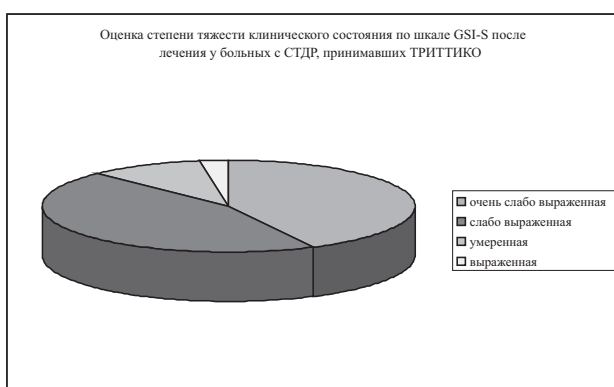
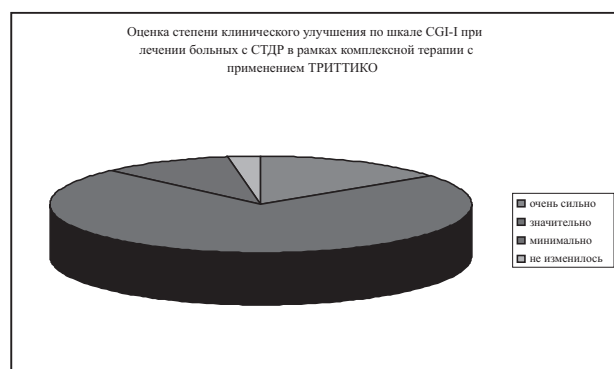


Рис. 5. Оценка степени тяжести клинического состояния — CGI-S у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, получавших препарат «ТРИПТИКО» в рамках комплексной терапии после лечения



депрессивными расстройствами невротического уровня.

2. Применение тразодона способствует сокращению сроков лечения, более благоприятному и убедительному катамнезу больных, стойкому и полному эффекту и сохранению полноценного социального функционирования пациентов с СТДР.

3. В отличие от трициклических антидепрессантов и многих современных препаратов-

анксиолитиков, тразодон не нарушает сексуальные функции и не приводит к прибавке веса.

4. Применение тразодон в сочетании с психотерапевтическим воздействием не нарушает течение

психотерапии, не приводит пациента в состояние, несовместимое с активным психотерапевтическим процессом (в отличие от трицикликов и других анксиолитических препаратов).

Литература

1. Аведисова А.С., Гончаров В.Н. Пролонгированный антидепрессант триттико при терапии невротической депрессии. // Журнал социальной и клинической психиатрии. 1993. № 3. С. 107–113.
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Психотерапия и психотерапия в лечении невротических расстройств. // Психоневрология в современном мире. Материалы юбилейной научной сессии. СПб., 2007. С. 242.
3. Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю. Новые подходы к терапии органических тревожных расстройств. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2007. № 4. С. 23–26.
4. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторак С.В., Фурсова М.В. Проблема мотивации к психотерапии и фармакотерапии у больных неврозами. // Вопросы подготовки клинических психологов, специалистов по социальной работе и врачей-психотерапевтов. Материалы 2-го Всероссийского совещания проректоров и заведующих кафедрами образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Оренбург, 2005. С. 257–258.
5. Михайлов В.А. Психоневрология в современном мире / В.А. Михайлов. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. № 11. С. 91–92.
6. Полторак С.В., Шаламайко Ю.В. Применение препарата «триттико» в лечении больных невротической, реактивной депрессией и алкоголизмом с депрессивными проявлениями. Тезисы докладов 5-го Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Москва, 1998. С. 536.
7. Полторак С.В. Сравнительная эффективность различных видов лечения психогенных депрессий. Диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. СПб., 1999. С. 128.
8. Полторак С.В., Шаламайко Ю.В. Препарат «триттико» в лечении больных с невротической, реактивной депрессией и алкоголизмом с депрессивными проявлениями: Тезисы юбилейной научной конференции с международным участием, посвященной 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. // «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». СПб., 2000. С. 206.
9. Полторак С.В. Психотерапия и психотерапия в лечении невротических расстройств: Материалы III съезда Российской психотерапевтической ассоциации и научно-практической конференции «Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии». Курск. 2003. С. 111–115.
10. Поляков А.Ю., Полторак С.В. Диагностические возможности полисомнографии в клинике невротических расстройств и психотерапии. // Актуальные проблемы сомнологии. Сборник материалов VII Всероссийской конференции, 22–23 ноября 2010. С. 52.

Сведения об авторах

Полторак Станислав Валерьевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: poltorak62@mail.ru

Михайлов Владимир Алексеевич — главный научный сотрудник и научный руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева, доктор медицинских наук, E-mail: vladmikh@yandex.ru

Поляков Александр Юрьевич — младший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, E-mail: doc-ap@yandex.ru