го длительного COVID. Недавнее исследование про постковидное депрессивное расстройство[8] показало, что 55 из 60 (92%) пациентов достигли клинического улучшения после 4 недель лечения СИОЗС. Такой значительный эффект не зависел от гендера, психиатрического анамнеза и варианта СИОЗС. Авторы сделали предположение, что такая быстрая реакция на СИОЗС может быть обусловлена их прямым действием на воспаление в головном мозге в дополнении к их типичным антидепрессивным механизмам (которые остаются неясными). Это было одиночное открытое исследование, и необходимы дополнительные данные в отношении эффективности различных методов лечения. Но это исследование также показывает важную роль психиатров в лечении и супервизии долгосрочных психоневрологических последствий COVID-19.

Поскольку пандемия распространяется и далее, будет крайне важно продолжать отвечать на ключевые вопросы о роли СИОЗС в лечении острого COVID-19. Какая дозировка и продолжительность приема флувоксамина лучше, насколько эффективно комбинирование с другими препаратами против COVID-19 (такими как моноклональные антитела)? Является ли более широкодоступный и простой в использовании флуоксетин достаточно эффективным лечением по сравнению с флувоксамином при учете, что он имеет более низкое сродство к S1R? Каковы лучшие варианты терапии психоневрологических проявлений длительного COVID и у каких пациентов?

Поскольку в настоящее время считается, что многие психотропные препараты обладают широким спектром молекулярных, клеточных и физиологических эффектов, включая противовоспалительные, нейропротекторные и кардиопротекторные, а также антипролиферативные, мы можем ожидать, что уроки, извлеченные при тестировании этих препаратов при COVID-19, будут ценны в контексте будущих попыток по перепрофилированию лекарств, начиная от инфекционных и воспалительных заболеваний и заканчивая нейродегенеративными заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера и рак[9].

Eric J. Lenze[1], Angela M. Reiersen[1], Paramala J. Santosh[2]

[1]Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis MO, USA

[2]Department of Child and Adolescent Psychiatry, King's College London, London UK

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

Редактура: к. м. н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Sukhatme V.P., Reiersen A.M., Vayttaden S.J. et al. Front Pharmacol 2021; 12:652688.
2. Lenze E.J., Mattar C., Zorumski C.F. et al. JAMA 2020; 324:2292-300.
3. Reis G., Dos Santos Moreira-Silva E.A., Medeiros Silva DC et al. Lancet Glob Health 2022; 10:e42–51.
4. Hoertel N., Sanchez-Rico M., Gulbins E. et al. Clin Pharmacol Ther 2021; 110:1498–511.
5. Clelland C.L., Ramiah K., Steinberg L. et al. BJPsych Open 2021; 8:e6.
6. Oskotsky T., Maric I., Tang A. et al. JAMA Netw Open 2021; 4:e2133090.
7. Davis H.E., Assaf G.S., McCorkell L. et al. EClinicalMedicine 2021; 38:101019.
8. Boldrini M., Canoll P.D., Klein R.S. JAMA Psychiatry 2021; 78:682–3.
9. Nykamp M.J., Zorumski C.F., Reiersen A.M. et al. Pharmacopsychiatry 2022; 55:24–9.

DOI:10.1002/wps.20983

Эмпирические критерии тяжести обсессивно-компульсивного расстройства на протяжении жизни

Cervin M; OCD Severity Benchmark Consortium, Mataix-Cols D. Empirical severity benchmarks for obsessive-compulsive disorder across the lifespan. *World Psychiatry*. 2022;21(2):315–316. doi:10.1002/wps.20984

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется длительными навязчивыми идеями и компульсиями, которые вызывают дистресс и различные нарушения[1]. Оно может поражать людей всех возрастов и имеет распространенность в течение жизни 1–2%[2,3]. Тяжесть ОКР оценивается с помощью обсессивно-компульсивной шкалы Йеля–Брауна (*Y-BOCS*)[4,5]. Несмотря на широкое использование этой шкалы в течение нескольких десятилетий, все еще существует неопределенность в отношении того, что представляет собой субклиническое, легкое, умеренное и тяжелое ОКР.

Насколько нам известно, только в двух предыдущих исследованиях были предприняты попытки рассчитать критерии тяжести *Y-BOCS*[6,7], что дало противоречивые результаты. Оба исследования оказались недостаточно мощными, так как в них было включено небольшое количество лиц с более низкой и более высокой степенью тяжести расстройства, а также были набраны участники только из одной страны или одной возрастной группы.

Чтобы обеспечить окончательные контрольные показатели тяжести ОКР, которые можно использовать на протяжении всей жизни пациента и в разных культурах, требуются большие многонациональные выборки. Подтвержденные эмпирическим путем, контрольные показатели тяжести облегчат принятие клинических решений, планирование испытаний и общение между специалистами, сообществом пациентов и политиками.

Консорциум оценки тяжести ОКР собрал данные *Y-BOCS* от 5140 человек с пожизненным диагнозом ОКР из Швеции, Бразилии, Южной Африки, США и Индии (47/53% мужчин/женщин, 21/79% детей/взрослых, возрастной диапазон: 5–82 года). Данные собраны в рамках различных исследовательских проектов; каждое из отдельных исследований было одобрено местным советом по этике, и все участники предоставили письменное информированное согласие (или согласие родных, если пациенты моложе 18 лет) на участие.

Для разработки модели использовались данные из четырех стран (Швеция, *N*=1697, Бразилия, *N*=936, Южная Африка, *N*=552, США, *N*=599, всего *N*=3784). Данные из Индии (*N*=1356) использовались для проверки внешней модели. Опытные клиницисты применяли «детскую» или «взрослую» версии *Y-BOCS* и шкалу общего клинического впечатления-тяжести (*CGI-S*), которая служила эталонной

мерой в этом исследовании. Шкала *CGI-S* представляет собой единый показатель (диапазон баллов: 1–7) общей тяжести расстройства (в данном случае ОКР), который соединяет всю доступную информацию о пациенте, включая, помимо прочего, текущие симптомы, нарушения и общее функционирование[8].

Модель порядковой логистической регрессии была обучена на 80% данных из четырех стран, использованных для ее разработки (обучающий набор данных, *N*=3027), а точность наилучших контрольных показателей серьезности оценивалась отдельно на оставшихся 20% этих данных (удерживаемый набор данных, *N*=757) и на внешнем наборе данных из Индии. Чтобы компенсировать неравномерное распределение классов серьезности при разработке модели, была проведена избыточная выборка путем взятия 2500 образцов с заменой из каждого класса серьезности.

Значительная доля всех участников тренинговых и несостоятельных наборов данных была классифицирована как «имеющие умеренно выраженное ОКР» (*CGI S* – 4 или 5; =2577, 68,1%). Следующим наиболее распространенным классом тяжести было легкое ОКР (3 балла по шкале *CGI-S*; *N*=580, 15,3%), затем тяжелое ОКР (6 или 7 баллов по шкале *CGI-S*; *N*=408, 10,8%) и субклиническое ОКР. (оценка *CGI-S* 1 или 2; *N*=219, 5,8%). Во внешнем индийском наборе данных среднетяжелое ОКР было наиболее распространенным (*N*=502, 37,0%), за ним следуют тяжелое ОКР (*N*=352, 26,0%), легкое ОКР (*N*=341, 25,1%) и субклиническое ОКР (*N*=161, 11,9%).

Ро Спирмена показало, что класс тяжести и тяжесть *Y-BOCS* коррелировали от умеренной до сильной степени (r=0,61, p<0,00001). Порядковая регрессионная модель с классом тяжести в качестве зависимой переменной и оценкой *Y-BOCS* в качестве независимой переменной была статистически значимой (p<0,00001), а оценка псевдо R2 модели Нагелькерке показала, что вариация в степени тяжести *Y-BOCS* составляет 47,9% изменения в классификации тяжести *CGI-S*.

При использовании обучающего набора данных модель порядковой регрессии показала, что субклиническое ОКР соответствовало баллам 0–13 по *Y-BOCS*, легкое ОКР – 14–21 баллу, умеренное ОКР – 22–29 баллам, а тяжелое ОКР – 30–40 баллам. Эти эталонные тесты классифицировали людей в наборах данных, не учитываемых и внешних, с умеренной точностью (отклонение: 57%, внешние: 55%). Когда мы допустили, что уровни серьезности перекрывают три точки, точность увеличилась до 79% в обоих наборах данных. Это указывает на то, что примерно половина ошибочных классификаций возникла вокруг контрольных точек, что ожидаемо, поскольку тяжесть ОКР является многомерной конструкцией[9].

Оценка *Y-BOCS* в 14 баллов отделяла клинических от субклинических пациентов с отличной чувствительностью (отклонение: 94%, внешнее: 91%) и адекватной специфичностью (62% и 78% соответственно). Положительная прогностическая ценность (ППЦ), или доля участников, классифицированных как имеющие клиническое ОКР, у которых действительно было клиническое ОКР, была превосходной как в контрольных (98%), так и во внешних (99%) наборах данных. Отрицательная прогностическая ценность (ОПЦ), или доля участников, классифицированных как имеющие субклиническое ОКР, у которых действительно было субклиническое ОКР, была ниже (40 и 28% соответственно).

Интересно, что 14 баллов на два балла ниже, чем 16 баллов, которые обычно используются в качестве критерия включения в большинство клинических испытаний ОКР. Насколько нам известно, 16-балльная отсечка, используемая в клинических испытаниях, является произвольной и может быть пересмотрена в свете текущих результатов.

Оценка *Y-BOCS* в 30 баллов отделяет тяжелое ОКР от нетяжелого с адекватной чувствительностью (отклонение: 70%, внешнее: 82%), хорошей специфичностью (89 и 84%), низким ППЦ (43 и 49%), и высоким ОПЦ (96 и 96%). Таким образом, 30 баллов лучше всего подходят для выявления лиц с тяжелым обсессивно-компульсивным расстройством, а не для выявления чистой группы выше определенного уровня тяжести. Таким образом, решения о нормировании доступа к определенным интенсивным специализированным методам лечения для лиц с баллами *Y-BOCS* выше 30 следует подвергать сомнению.

В значительной степени согласованные характеристики классификации (общая точность, чувствительность, специфичность, ППЦ и ОПЦ) общих контрольных показателей были обнаружены в разных странах, по полу и возрастным группам, а общие контрольные показатели были аналогичны по точности контрольным показателям, производным от подгрупп (то есть контрольным показателям, основанным только на подгруппах обучающего набора данных). Это указывает на то, что предоставленные контрольные показатели в значительной степени неизменны для национальных условий и отдельных людей и, следовательно, могут использоваться в глобальном масштабе и на протяжении всей жизни.

Таким образом, мы предоставляем этой области эмпирически полученные критерии тяжести *Y-BOCS* на протяжении всей жизни, которые будут полезны в исследованиях и клинических условиях (субклиническое ОКР: 0–13 баллов; легкое ОКР: 14–21 балл; среднее ОКР: 22–29 баллов; тяжелое ОКР: 30–40 баллов).

Однако из-за умеренной точности классификаций мы предостерегаем от исключительного использования этих контрольных показателей для принятия важных клинических решений в отношении отдельных пациентов, таких как предложение доступа к специализированному лечению. Следует использовать другие соответствующие переменные вместе с баллами *Y-BOCS* для принятия клинических решений и распределения ресурсов, такие как продолжительность расстройства, время без адекватного лечения, психические и соматические сопутствующие заболевания, условия проживания в семье, социально-экономические обстоятельства и личный анамнез лечения.

Примечание

Дополнительную информацию об этом исследовании можно найти по адресу https://osf.io/yu3xd/. В Консорциум оценки тяжести ОКР входят, помимо авторов *S.S. Arumugham* (Индия), *C. Lochner* (Южная Африка), *O. Cervin* (Швеция), *J.J. Crowley* (США и Швеция), *M.C. do Rosário* (Бразилия), *T.S. Jaisoorya* (Индия), *M.C. Batistuzzo* (Бразилия), *J. Wallert* (Швеция), *M.A. de Mathis* (Бразилия), *S. Balachander* (Индия), *W.K. Goodman* (США), *D.L.C. Costa* (Бразилия), *E. de Schipper* (Швеция), *S. Wilhelm* (США), *A. Palo* (США), *J.C. Narayanaswamy* (Индия), *R.G. Shavitt* (Бразилия), *Y.A. Ferrão* (Бразилия), *Y. Omar* (США), *J. Boberg* (Швеция), *T.K. Murphy* (США), *A. Tendler* (США и Израиль), *E. Ivanova* (Швеция), *S.C. Schneider* (США), *D.A. Geller* (США), *C. Rück* (Швеция), *D.J. Stein* (Южная Африка), *E.C. Miguel* (Бразилия), *E.A. Storch* (США) и *Y.C.J. Reddy* (Индия).

Matti Cervin[1], OCD Severity Benchmark Consortium, David Mataix-Cols[2,3]

[1]Department of Clinical Sciences Lund, Lund University, Lund, Sweden; [2]Department of Clinical Neuroscience, Centre for Psychiatry Research, Karolinska Institutet, Stock- holm, Sweden; [3]Stockholm Health Care Ser vices, Region Stockholm, Stockholm, Sweden

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)