

КОМПЛАЙЕНС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Петрова Н.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
кафедра психиатрии и наркологии,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В настоящее время отмечается тенденция к росту частоты и тяжести депрессии [1]. К 2020 году большое депрессивное расстройство по показателям инвалидизации и смертности может переместиться на второе место в списке болезней после сердечно-сосудистых заболеваний [7]. У 30% больных не возникает полной ремиссии, и сохраняются депрессивные симптомы [6], течение заболевания становится хроническим или непрерывным, нарастают нарушения в социальной сфере [8]. По данным А. Б. Смулевича (2003), начавшийся эпизод через год удовлетворяет симптомам депрессии в 40% случаев, в 20% он тянется больше 2 лет и в 17% – продолжается в течение всей жизни [5]. Снижение риска повторного эпизода определяется продолжительностью поддерживающей терапии в большей степени, чем эффективностью лечения острого эпизода [3]. Риск повторного эпизода у первичных больных, лечение которых ограничилось этапом острой терапии, составляет 80% [2]. У пациентов с депрессией комплайенс и тяжесть заболевания: длительность и количество обострений, длительность и частота госпитализаций взаимосвязаны [1].

Целью исследования явилось изучение особенностей и факторов комплайенса при различной психической патологии.

Материалы и методы. Группы сравнения составили больные с различными психическими заболеваниями, в т.ч. 43 больных на этапе стационарного лечения в «Городской психиатрической больнице №7 имени акад. И.П. Павлова» с депрессивным эпизодом легкой, средней и тяжелой степени (67% женщин, возраст 46 лет); 117 пациентов, получавших лечение во внебольничной психиатрии: 30 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (из них 21 женщина, возраст $45,2 \pm 3,5$ лет), 60 больных параноидной шизофренией с постшизофренической депрессией (примерно 50% женщин, возраст $43,1 \pm 2,5$ года) и 27 больных с органическим заболеванием головного мозга с клинически выраженными симптомами депрессии (19 женщин, возраст $52,6 \pm 3,7$ года); а также 47 пациентов общей практики с коморбидными хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и депрессией (из них 36 мужчин, возраст $61,4 \pm 3,6$ года). Исследование носило комплексный характер и включало клинический и психометрический методы. Комплайенс оценивался с помощью опросника отношения к лекарствам Drug attitude inventory (DAI-10). Также использовались шкала оценки тяжести побочных эффектов UKU и объективная клиническая шкала депрессии Гамильтона.

Результаты. Наиболее низкий уровень комплайенса обнаружен у больных шизофренией с депрессией ($6,0 \pm 0,1$ балла по шкале DAI-10), наиболее высокий – у пациентов с органическим (аффективным) расстройством ($7,8 \pm 0,1$ балла). Больные ХСН и депрессией характеризуются достаточно низким уровнем комплайенса ($6,8 \pm 0,3$ балла). Больные рекуррентным депрессивным расстройством занимали промежуточное положение ($7,4 \pm 0,3$ балла). Мотивация к лечению выше у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и органическим (аффективным) расстройством, они субъективно лучше переносят психофармакотерапию, выше оценивают преимущества лекарственной терапии, чем больные шизофренией. Наиболее выраженными у всех пациентов были «психические» и «вегетативные» побочные эффекты. Больные с разной психической патологией различаются по субъективной переносимости побочных эффектов. Выше всего оценивают положительный эффект от лекарственной терапии по сравнению с нежелательными явлениями больные ХСН и коморбидной депрессией, которые, тем не менее, меньше всего были ориентированы на поддерживающую тера-

пию. Комплайенс определяется в большей степени выраженностью побочных эффектов и в меньшей степени зависит от количества получаемых препаратов. Комплайенс и клинические особенности депрессии (тяжесть состояния, частота и длительность обострений) взаимосвязаны. Наибольшее неприятие в отношении лекарственной терапии у всех пациентов вызывает стигма, связанная с приемом препаратов, наиболее выраженная у больных шизофренией. Значимым фактором снижения комплаенса являются когнитивные расстройства, обусловленные депрессией ($r=0,310$; $p=0,034$). Характеристики субъективного и объективного комплаенса не коррелировали между собой. Чем больше эффективность лечения, тем выше уровень мотивации больных. Так, у больных с более выраженной мотивацией в 76,5% случаев отмечалась полная ремиссия, у пациентов без выраженной мотивации эффективность лечения достигалась в 34,6% случаев. Анализ комплаентности больных шизофренией в отношении психообразования показал, что в 44,5% случаев больные выбыли из программы в связи с отсутствием мотивации, среди них было заметно больше мужчин, меньше инвалидов, они были значительно моложе, существенно меньше болели (17,5 и 9 лет, $p<0,01$), были адаптированы в семье, характеризовались конструктивным копингом. Побочные эффекты при приеме лекарственных препаратов оказывают существенное влияние на комплаентность пациентов всех обследованных групп. Чем ниже уровень комплаенса, тем чаще и длительнее госпитализации у больных параноидной шизофренией и органическим (аффективным) расстройством. Отмечено более выраженное влияние социальных факторов на уровень комплаенса у больных шизофренией. Среди больных с депрессией в рамках различной психической патологии 18,8% периодически употребляли алкоголь на протяжении заболевания, и, с высокой вероятностью, эпизодически во время лечения текущего эпизода. В группе пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством алкоголь употребляли 10,0%, с шизофренией – 15,4%, с органическим заболеванием головного мозга – 33,3%. У пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и пациентов с органическим заболеванием головного мозга уровень комплаенса в зависимости от употребления алкоголя во время лечения достоверно не различался. У пациентов с шизофренией, употреблявших алкоголь во время лечения, уровень комплаенса был достоверно ниже, чем у не употреблявших алкоголь во время лечения. Для пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством, употреблявших алкоголь, большую проблему вызывала необходимость длительно принимать лекарства, чем самочувствие после приема препаратов. Все пациенты обследованных групп, употреблявшие алкоголь, имели достоверно более низкую установку на поддерживающее лечение. Отмечено увеличение выраженности побочных психических эффектов у пациентов с шизофренией, употреблявших алкоголь, за счет нарушения концентрации внимания и гиперседации. У больных шизофренией, употреблявших алкоголь, степень тяжести депрессии по шкале Гамильтона была достоверно больше, чем у не употреблявших. У пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и пациентов с органическим заболеванием головного мозга и симптомами депрессии достоверной разницы в выраженности депрессии между употреблявшими и не употреблявшими алкоголь не было. Больные, употреблявшие алкоголь, независимо от вида заболевания имели большую частоту обострений и инвалидности, частоту и продолжительность госпитализаций, сопутствующих соматических заболеваний, более низкий уровень образования. Все пациенты, употреблявшие алкоголь, достоверно хуже соблюдали режим лечения по объективной (врачебной) оценке: они чаще прекращали прием препаратов во время ремиссии, самостоятельная отмена терапии чаще служила причиной текущей госпитализации, они нерегулярно посещали дневной стационар, хуже соблюдали режим приема препаратов, не имели мотивации на поддерживающую терапию. Пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством и пациенты с органическим заболеванием головного мозга и депрессией не различались по уровню комплаенса в зависимости от

употребления алкоголя на этапе купирования обострения, но достоверно хуже соблюдают режим поддерживающей терапии на этапе ремиссии, имеют низкую установку на лечение. Больные шизофренией с симптомами депрессии, употребляющие алкоголь, имеют достоверно более низкий уровень комплайенса по сравнению с пациентами, не употребляющими алкоголь на протяжении всего заболевания, независимо от этапа терапии.

Заключение. Уровень комплайенса пациентов с депрессией зависит от ряда факторов, соотношение которых различается при разных психических заболеваниях. Одним из определяющих факторов приверженности поддерживающей терапии депрессии является субъективная оценка больными соотношения эффективности и побочных явлений терапии. Имеется прямой параллелизм между выраженностью депрессии, побочных эффектов и нонкомплаентности. Связь между тяжестью депрессии и уровнем комплайенса, с одной стороны, может свидетельствовать о роли психопатологических факторов в определении нонкомплаентности больных, с другой – о негативном влиянии нарушения режима на течение заболевания. Из обследованных больных шизофренией представляют собой группу наибольшего риска в плане нарушений режима терапии независимо от фазы течения заболевания и этапа лечения. Употребление алкоголя влияет на отношение к лекарственной терапии и ее эффективность у пациентов с аффективными расстройствами. Пациенты, употребляющие алкоголь, меньше вовлечены в процесс лечения, имеют более низкую установку на поддерживающую терапию и хуже соблюдают режим лечения по объективной оценке, что сопряжено с большей частотой и длительностью обострений.

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. – М.: Весь Мир, 2001. – 240 с.
2. Маляров С.А. Проблемы продолжительности и прекращения терапии антидепрессантами // Неврология, психиатрия, психотерапия (Киев). – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 63–65.
3. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: Н.Б. Лутова и др. – СПб, 2007. – 24 с.
4. Петрова Н.Н., Кучер Е.О. Комплайенс больных с депрессивными расстройствами // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №4. – С.21–25.
5. Смулевич, А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 5. – С. 184–186.
6. Bauer M. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 2: maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions / M. Bauer, P.C. Whybrow, J. Angst, et al. // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2002. – V. 3. – P. 69–86.
7. Bauer M. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care / M. Bauer, T. Bschor, A. Pfenning et al. // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2007. – V. 8, N. 2. – P. 67–104.
8. Bromberger T. A psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician / T. Bromberger // Journal of American Medical Women's Association. – 2004. – V. 59. – P. 198–206.