

DOI: 10.31082/1728-452X-2020-215-216-5-6-53-62

УДК 616.89

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Наталья И. РАСПОПОВА<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>,  
 Мария Ш. ДЖАМАНТАЕВА<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-9576-1184>,  
 Ербол М. НУРКАТОВ<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-4310-8666>,  
 Лайля А. УТЕНИЯЗОВА<sup>4</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0527-0785>,  
 Гульназия С. ИДЕНОВА<sup>5</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5756-9001>,  
 Юлия М. КОЦАБА<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2960-2382>,  
 Гульнара К. КОЖАХМЕТОВА<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5784-9388>

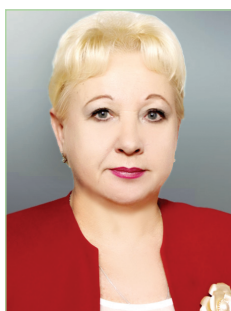
<sup>1</sup>АО "Казахский медицинский университет непрерывного образования", г. Алматы, Республика Казахстан,

<sup>2</sup>НУО "Казахстанско-Российский медицинский университет", г. Алматы, Республика Казахстан,

<sup>3</sup>ГКП на ПХВ "Городской центр психического здоровья", г. Нур-Султан, Республика Казахстан,

<sup>4</sup>РГП «Больница управления делами Президента РК», г. Нур-Султан, Республика Казахстан,

<sup>5</sup>ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №10", г. Нур-Султан, Республика Казахстан



Распопова Н.И.

**Актуальность** данной работы обусловлена широкой распространенностью тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов общей медицинской практики. На современном этапе развития психиатрической службы в Республике Казахстан разработана новая концепция, предполагающая передачу в компетенцию врачей ПМСП ряда пограничных тревожно-депрессивных расстройств с необходимостью проведения их терапии современными антидепрессантами.

**Цель данной работы.** Разработка и внедрение в общую клиническую практику современных методов диагностики и лечения тревожно-депрессивных расстройств.

**Материал и методы.** Было обследовано 30 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами пограничного уровня, проходивших лечение в амбулаторных условиях (г. Нур-Султан). Исследование проводилось с использованием международных психометрических шкал: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкалы Гамильтона для оценки выраженности клинических признаков тревоги и депрессии (HDRS, HAM-A).

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования установлено, что среди пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, проходивших лечение в амбулаторных условиях, преобладали лица молодого трудоспособного возраста от 21 года до 50 лет (83,3%), у которых психогенные тревожно-депрессивные расстройства составили 60%.

В процессе клинических наблюдений получены объективные данные, свидетельствующие о том, что при терапии депрессивных состояний легкой и средней степени тяжести препаратом Миансерин в амбулаторных условиях уже к концу второй недели лечения наблюдается достаточно выраженная положительная динамика в редукции симптомов депрессии. К концу второго месяца приема данного препарата (8 недель) у большинства пациентов симптомы депрессии уже не выявлялись.

**Выводы.** Практические клинические наблюдения показали, что современный антидепрессант Миансерин, обладая широким спектром клинических эффектов, сочетающих собственно тимоаналептическое действие с противотревожным, седативным и снотворным, хорошо переносится пациентами и может быть рекомендован для широкого применения в терапии тревожно-депрессивных расстройств в условиях общей медицинской практики.

**Ключевые слова:** депрессия, тревога, нарушения сна, антидепрессанты, Миансерин.

**Для цитирования:** Распопова Н.И., Джамантаева М.Ш., Нуркатов Е.М., Утениязова Л.А., Иденнова Г.С., Коцаба Ю.М., Кожухметова Г.К. Современные подходы к диагностике и терапии тревожно-депрессивных расстройств в условиях первичной медико-санитарной помощи // Медицина (Алматы). – 2020. - №5-6 (215-216). - С. 53-62. DOI: 10.31082/1728-452X-2020-215-216-5-6-53-62

### Т Ы Ж Ы Р Ы М

#### АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ЖАҒДАЙЫНДА МАЗАСЫЗДЫҚ-ДЕПРЕССИЯЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ

Наталья И. РАСПОПОВА<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>,  
 Мария Ш. ЖАМАНТАЕВА<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-9576-1184>,  
 Ербол М. НҰРҚАТОВ<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-4310-8666>,  
 Лайля А. ӨТЕНИЯЗОВА<sup>4</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0527-0785>,  
 Гульназия С. ИДЕНОВА<sup>5</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5756-9001>,

**Контакты:** Распопова Наталья Ивановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, г. Алматы, e-mail: raspopova.dis@gmail.com,

**Contacts:** Natalya I Raspopova, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology, Kazakh Medical University of Continuing Education., Almaty, e-mail: raspopova.dis@gmail.com

Поступила: 01.07.2020

**Рецензент:** Алтынбеков Куаныш Сагатович, доктор медицинских наук, заместитель генерального директора по клинической и научной работе, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, г. Алматы, e-mail: kuanysh\_alty@mail.ru

Юлия М. КОЦАБА<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2960-2382>,

Гүлнәр К. ҚОЖАХМЕТОВА<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5784-9388>

<sup>1</sup>«Қазақ үздіксіз білім беру медицина университеті» АҚ, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

<sup>2</sup>«Қазақстандық-Ресейлік медицина университеті» УеББМ, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

<sup>3</sup>ШЖҚ МКК "Қалалық психикалық денсаулық сақтау орталығы",

Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы,

<sup>4</sup>РМК «ҚР Президенті іс басқармасы ауруханасы», Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы,

<sup>5</sup>ШЖҚ МКК "№10 қалалық емхана", Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

Бұл жұмыстың өзектілігі жалпы медициналық практикадағы пациенттер арасында мазасыздық-депрессиялық бұзылулардың кең таралуына байланысты. Қазақстан Республикасында психиатриялық қызметті дамытудың қазіргі кезеңінде заманауи антидепрессанттарды пайдалану арқылы терапия жүргізу қажеттілігімен қатар БМСК дәрігерлерінің құзыретіне бірқатар шекаралық мазасыздық-депрессиялық бұзылуларды беруді көздейтін жаңа тұжырымдама әзірленді.

**Жұмыстың мақсаты.** Мазасыздық-депрессиялық бұзылулардың жалпы клиникалық практикасына диагностикалау мен емдеудің заманауи әдістерін әзірлеу және енгізу.

**Материал және әдістері.** Амбулаториялық жағдайда ем алған 30 науқас тексерілді (Нұр-Сұлтан қаласы). Зерттеу халықаралық психометриялық шкалаларды қолдана отырып жүргізілді: госпитальды мазасыздық және депрессия шкаласы (HADS), мазасыздық пен депрессияның клиникалық белгілерінің ауырлығын бағалау үшін Гамильтон шкаласы (HDRS, Ham-A).

**Нәтижелері және талқылауы.** Жүргізілген зерттеу нәтижесінде анықталғандай, амбулаториялық жағдайда емделген үрейлі-депрессивтік бұзылулары бар пациенттер арасында 21 жасқа дейінгі еңбекке қабілетті жастар (83,3%) ішінен психогенді үрейлі-депрессивтік бұзылулар 60% құраған.

Клиникалық бақылау процесінде объективті деректер алынды, яғни амбулаториялық жағдайда Миансерин препаратымен жеңіл және орташа ауырлықтағы депрессиялық жағдайларды емдеу кезінде емдеудің екінші аптасының соңында депрессия белгілерінің төмендеуінде айтарлықтай оң динамика байқалған. Осы препаратты қабылдаудың екінші айының соңында (8 апта) пациенттердің көпшілігінде депрессия белгілері анықталмады.

**Қорытынды.** Практикалық клиникалық бақылаулар көрсеткендей, заманауи Миансерин антидепрессантының клиникалық тиімділігінің спектрі кең, пациенттер оны жақсы көтереді, тимоаналептикалық әсері мазасыздыққа қарсы, седативтік және ұйықтатушы таблеткалармен үйлестірілген. Оны жалпы медициналық практика жағдайында мазасыздық-депрессиялық бұзылыстарды емдеуде кеңінен қолдануға кеңес берілуі мүмкін.

**Негізгі сөздер:** депрессия, мазасыздық, алғашқы медициналық көмек, жалпы медициналық практика, антидепрессанттар.

## SUMMARY

### MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE

Natalia I RASPOPOVA<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>,

Maria Sh DZHAMANTAYEVA<sup>2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-9576-1184>,

Erbol M NURKATOV<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-4310-8666>,

Laila A UTENIYAZOVA<sup>4</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0527-0785>,

Gulnaziya S IDENOVA<sup>5</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5756-9001>,

Yulia M KOTSABA<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-2960-2382>,

Gulnara K KOZHAKHMETOVA<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5784-9388>

<sup>1</sup>Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty, Republic of Kazakhstan,

<sup>2</sup>Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan,

<sup>3</sup>Unitary Enterprise based on the Right of Economic Management "City Center for Mental Health", Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan

<sup>4</sup>Republican State Enterprise "Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of The Republic of Kazakhstan", Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan,

<sup>5</sup>Unitary Enterprise based on the Right of Economic Management "City polyclinic No. 10", Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan

**The relevance** of this work is due to the wide prevalence of mixed anxiety-depressive disorders among general medical practice patients. At the present stage of development of the psychiatric service in the Republic of Kazakhstan, a new concept has been developed that assumes the transfer of a number of borderline mixed anxiety-depressive disorders to the competence of PHC doctors with the need for their treatment with modern antidepressants.

**The purpose of this work.** Development and implementation in general clinical practice of modern methods of diagnosis and treatment of mixed anxiety-depressive disorders.

**Material and methods.** 30 patients with mixed anxiety-depressive disorders of the borderline level, who were treated on an outpatient basis (Nursultan) was examined. The study was conducted using international psychometric scales: Hospital Anxiety and Depression Score (HADS), Hamilton Anxiety and Depression Rating Scale (HDRS, HAM-A).

**Results and discussion.** As a result of the study, it was found that among patients with mixed anxiety-depressive disorders who were treated on an outpatient basis, young people of working age from 21 to 50 years (83.3%) prevailed, in whom psychogenic anxiety-depressive disorders accounted for 60%.

In the course of clinical observations, objective data were obtained indicating that when treating depressive states of mild and moderate severity with Mianserin drug on an outpatient basis, by the end of the second week of treatment, there is a fairly pronounced positive dynamics in the reduction of symptoms of depression. By the end of the second month of taking this drug (8 weeks), most patients had no symptoms of depression.

**Conclusions.** Practical clinical observations have shown that the modern Mianserin antidepressant, possessing a wide range of clinical effects combining thymoanaleptic action proper with anti-anxiety, sedative and hypnotic effects is well tolerated by patients and can be recommended for widespread use in the treatment of mixed anxiety-depressive disorders in general medical practice.

**Keywords:** depression, anxiety, primary health care, general medical practice, antidepressants.

**For reference:** Raspopova NI, Dzhamentayeva MSh, Nurkatov YeM, Uteniyazova LA, Idenova GS, Kotsaba YuM, Kozhakhmetova GK. Modern approaches to the diagnosis and treatment of mixed anxiety-depressive disorders in primary health care. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2020;5-6(215-216):53-62 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2020-215-216-5-6-53-62

Результаты современных международных эпидемиологических исследований свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости депрессиями, при относительной стабильности распространенности других психических расстройств [1, 2, 3]. Причины столь значительного роста распространенности депрессивных расстройств, прежде всего, коренятся в изменении социальных структур и условий жизни людей: в разрушении института брака, ослаблении семейных уз, неудержимо нарастающем темпе научно-технического прогресса. Причинные факторы включают также ориентацию на материальное потребление в ущерб духовным интересам, одиночество и социальную изоляцию, в которой особенно часто в наше время оказываются пожилые люди. Наконец, определенную роль играет увеличение продолжительности жизни населения почти во всех странах мира, ибо пожилой возраст, в котором учащаются соматические болезни (сердечно-сосудистые, онкологические), также является фактором риска возникновения депрессий [4-7].

Депрессия (от лат. depressio – подавление, угнетение) – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессия причиняет сильнейшие психологические, эмоциональные и физические страдания, которые существенно снижают качество жизни больного, уровень его семейной, социальной и трудовой адаптации, а нередко приводят к инвалидизации. Последние эпидемиологические исследования показывают, что каждому восьмому человеку хотя бы раз в течение жизни в связи с депрессией требуется проведение специальной антидепрессивной или тимоаналептической терапии. Но самым страшным последствием депрессии является суицид, который совершают около 15% этих больных [3].

Несмотря на то, что депрессия является психическим расстройством, две трети случаев не попадают в поле зрения врача-психиатра и наблюдаются врачами общей медицинской практики. Частое сочетание расстройств психической и соматической сферы предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общей практики. Тенден-

ция к интеграции психиатрической и общесоматической помощи привели к известному взаимному обогащению врачей общей медицинской практики и психиатров знаниями о взаимоотношениях соматической и психической патологии. Тревожно-депрессивные соматогенные, психосоматические и соматоформные психические расстройства представляют для врачей общей клинической практики значительные диагностические трудности, в связи с тем, что психические расстройства либо «симулируют» соматическую патологию, либо истинные соматические расстройства развиваются у личности, уже имеющей те или иные психические нарушения, либо сама соматическая патология провоцирует развитие психических нарушений. Кроме того, психические расстройства часто являются коморбидными другим соматическим заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер – психической и соматической – усугубляют друг друга, значительно снижая качество жизни пациентов и порой приводя к тяжелым последствиям [8, 9, 10].

В современной Международной классификации болезней – МКБ-10 [7], в которой психические и поведенческие расстройства квалифицируются по синдромальному принципу, основное значение придается соответствию клинической картины наблюдаемого расстройства набору стандартизованных диагностических критериев. В рамках «Депрессивного эпизода» (F32) главными признаками депрессии считаются сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Среди других симптомов депрессии перечисляются также сниженная способность к сосредоточению и вниманию, сниженная самооценка, идеи виновности и уничижения, пессимистическое видение будущего, склонность к самоповреждению или суициду, нарушения сна и снижение аппетита. Придается значение и фактору времени – продолжительность депрессивного эпизода не менее 2-х недель.

Высокий уровень коморбидности тревожных и депрессивных проявлений показан во многих исследованиях. Можно говорить об универсальном характере тревожного и депрессивного аффектов, отражающих способ личностной реакции на стрессовое воздействие. Высокий уровень

тревоги оказывает ослабляющее и даже дезорганизирующее действие на психику человека. Тревога выходит за рамки нормы, когда ее интенсивность и длительность непропорциональны возможному ущербу, а также когда она возникает в нейтральной ситуации или в ситуации, не содержащей объективной угрозы. Как острая кратковременная стрессовая реакция, так и более длительное стрессовое состояние оказывают сильное воздействие на возникновение и ход большинства соматических заболеваний [11, 12, 13].

Мировая психиатрическая практика имеет богатый опыт организации психиатрической помощи в первичном звене здравоохранения. На современном этапе развития психиатрической службы в Республике Казахстан разработана новая концепция взаимодействия специализированных психиатрических учреждений с учреждениями первичной медико-санитарной помощи [14], что отражено в Приказе Министерства здравоохранения РК №13404 от 5 марта 2016 г. «Об утверждении Стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан». Согласно положениям данного приказа в компетенцию врачебного персонала первичной медико-санитарной помощи входит назначение лечения, при установлении диагнозов пограничных психических и поведенческих расстройств, среди которых аффективные (тревожно-депрессивные) расстройства занимают ведущее место: F32.0 «Депрессивный эпизод легкий»; F43.2 «Расстройство адаптации»; F41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство»; F45 «Соматоформное расстройство»; F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство»; F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (психосоматические расстройства). Таким образом, социальная и экономическая значимость проблемы тревожно-депрессивных расстройств, актуальность которой отражена в приоритетных направлениях развития здравоохранения в Республике Казахстан, вызывает необходимость изучения и внедрения в общую клиническую практику современных методов их диагностики и лечения.

**Цель исследования** - разработка и внедрение в общую клиническую практику современных методов диагностики и лечения тревожно-депрессивных расстройств.

#### Задачи исследования

1. Изучить особенности клиники и течения депрессивных расстройств в структуре психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, входящих в компетенцию врачей общей медицинской практики.

2. Внедрить в клиническую практику современные методы выявления и диагностики тревожно-депрессивных расстройств с использованием международных психометрических шкал: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкалы тревоги и депрессии Гамильтона для оценки выраженности клинических признаков депрессии и тревоги (HDRS, HAM-A).

3. Внедрить в клиническую практику врачей ПМСП безопасные и эффективные методы лечения тревожно-депрессивных расстройств с использованием современных антидепрессантов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились 30 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами пограничного уровня, проходившие лечение в амбулаторных условиях (г. Нур-Султан). Среди обследованных большинство составили женщины – 76%, доля мужчин была в три раза меньше – 24%. Среди женщин преобладали пациентки в возрасте от 31 года до 50 лет (69,5%), а среди мужчин – пациенты в относительно более молодом возрасте от 21 года до 40 лет (71,5%). Распределение обследованных пациентов по возрасту представлено на рисунке 1.

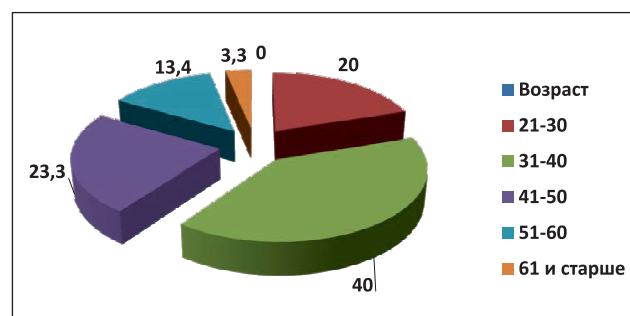


Рисунок 1 – Распределение пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами по возрастным группам (%)

Представленные на рисунке 1 данные позволяют сделать вывод о том, что среди пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, получавших лечение в амбулаторных условиях, преобладали лица молодого трудоспособного возраста от 21 года до 50 лет (83,3%).

Для реализации цели исследования были применены следующие методы:

1. *Клинико-психопатологический метод* - интервью, адаптированное для получения от пациента информации, позволяющей квалифицированно оценить его психическое состояние на момент обследования, а также получить и проанализировать анамнестические сведения.

2. *Психометрические методы* исследования применялись с целью получения объективных данных о наличии и степени выраженности у пациентов тревоги и депрессии с использованием международных психометрических шкал: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкалы Гамильтона для оценки выраженности клинических признаков тревоги и депрессии (HDRS, HAM-A) [15]. Полученные с помощью психометрических шкал данные позволили получить количественные оценки изучаемых характеристик пациентов и дали возможность проведения их статистического анализа в соответствии с задачами исследования.

3. *Клинико-динамический метод* включал в себя комплексный анализ анамнестических сведений в сопоставлении с факторами, определявшими ухудшение психического здоровья пациента к началу обследования, а также дал возможность провести дальнейшую оценку динамики тревожно-депрессивных расстройств на фоне проводимой терапии.

Изучение анамнеза обследованных пациентов показало, что в большинстве случаев среди факторов, которые можно было отнести к причинам возникновения трево-

жно-депрессивного расстройства, преобладали острые и пролонгированные психотравмирующие ситуации – психогенные тревожно-депрессивные расстройства составили 60%.

Существенно реже тревожно-депрессивные расстройства носили соматогенный характер – 33,3%, эти расстройства возникли в непосредственной связи с объективно имевшим место соматическим заболеванием и по своей сути являлись реакцией на болезнь. В единичных случаях в этиопатогенезе выявлявшихся у обследованных пациентов тревожно-депрессивных расстройствах преобладали экзогенно-органические факторы – 6,7%, что показано на рисунке 2.

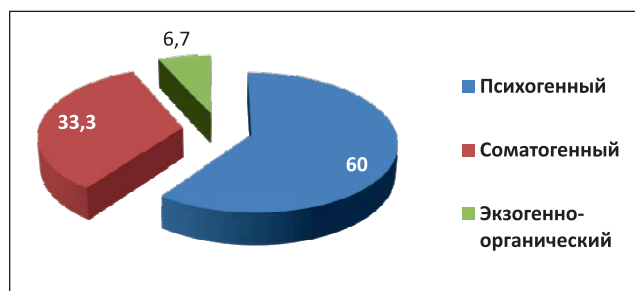


Рисунок 2 – Распределение обследованных по ведущему этиопатогенетическому фактору тревожно-депрессивных расстройств (%)

Представленные в таблице 1 данные позволяют сделать вывод о том, что среди пациентов с психогенными депрессиями преобладали лица более молодого возраста от 21 года до 40 лет (72,2%), в то время как среди пациентов с соматогенными депрессиями – среднего возраста от 31 года до 50 лет (80%).

Лечение находившихся под наблюдением пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами проводилось согласно обновленным Протоколам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: «Депрессии без психотических симптомов» и «Невротические расстройства» с использованием современного антидепрессанта Миансерин (Менсер), выбор которого был обоснован результатами международных исследований, свидетельствующих с позиции доказательной медицины о его эффективности, безопасности и хорошей переносимости в лечении тревожно-депрессивных расстройств в амбулаторных условиях.

Антидепрессант Миансерин (Менсер) – включен во

многие международные стандарты лечения депрессивных расстройств, в частности в Британский национальный формуляр [16]. Он является современным тетрациклическим антидепрессантом последнего поколения, с минимальным риском побочных эффектов и лекарственных взаимодействий и, таким образом, является препаратом выбора в лечении пациентов с депрессивными расстройствами в клинике различных психических заболеваний, в связи с чем включен также в Казахский национальный формуляр.

Исследования показывают, что по силе тимоаналептического действия Миансерин сравним с amitриптилином, но, в отличие от часто применяемых трициклических антидепрессантов, он лучше переносится и в терапевтических дозах не влияет на сердечно-сосудистую систему, не вызывает антихолинергических эффектов, не влияет на дофаминергическую проводимость. Ввиду низкого риска лекарственных взаимодействий Миансерин хорошо сочетается с другими антидепрессантами, в частности, из группы ингибиторов обратного захвата серотонина [16], а также препаратами, применяемыми для лечения сопутствующей соматической патологии. По данным международных исследований, применение Миансерина оказалось наиболее эффективным при тревожно-депрессивных расстройствах, в том числе у пациентов с выраженной ажитацией, тревогой, нарушениями сна. Согласно последним научным данным, Миансерин является одним из наиболее часто применяемых в Европе антидепрессантов для лечения нарушений сна у больных с различными психическими расстройствами, включая депрессии. Миансерин, как препарат, обладающий малыми побочными эффектами, широко используется в Европе, особенно в отношении пожилых пациентов, улучшает сон и снимает тревогу уже с первых дней применения, что благоприятно влияет на создание условий комплаенса [17].

Срок наблюдения за пациентами составил 3 месяца, контрольные осмотры врачами проводились 1 раз в 2 недели. Контроль эффективности применяемой терапии проводился по динамике редукции депрессивных и тревожных расстройств с регистрацией показателей уровней тревоги и депрессии по психометрическим шкалам. Контроль безопасности проводился путем активного выявления признаков побочных действий при использовании препарата Миансерин (Менсер) согласно Инструкции по медицинскому применению данного лекарственного средства, а также путем дополнительной регистрации всех воз-

Таблица 1 - Этиопатогенетические факторы тревожно-депрессивных расстройств в отдельных возрастных группах обследованных пациентов

Генез тревожно-депрессивных расстройств	Возрастные группы						%
	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 год и старше	итого	
Психогенный	5	8	3	2	-	18	60
Соматогенный	-	4	4	1	1	10	33,3
Экзогенно-органический	1	-	-	1	-	2	6,7
Итого	6	12	7	4	1	30	100
%	20	40	23,3	13,4	3,3	100	

никающих нежелательных эффектов в пределах срока исследования. Оценка переносимости препарата и регистрация побочных эффектов проводились с использованием Шкалы оценки побочных эффектов (SideEffectRatingScale – UKU).

**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ**

Исходный клинический уровень выраженности депрессии и тревоги у обследованных пациентов определялся на первом визите к врачу с применением психометрических шкал (HADS, HDRS и HAM-A). Выявлявшиеся у пациентов депрессивные расстройства пограничного уровня были преимущественно легкой и средней степени выраженности. Показатели глубины депрессии по шкале Гамильтона (HDRS-17) колебались от 8 до 19 баллов, средний показатель составил 12,3 балла, что соответствует квалификации состояния как депрессивное расстройство средней степени тяжести. Распределение пациентов по степени тяжести депрессии в зависимости от этиологии показано в таблице 2.

Представленные в таблице 2 данные показывают, что при оценке глубины депрессии по психометрической шкале HDRS-17 степень выраженности депрессивных расстройств в клинике соматогенных депрессий была несколько выше, чем при психогенных и экзогенно-органических депрессивных расстройствах. При этом в целом среди обследованных пациентов легкие депрессивные расстройства и депрессии средней степени тяжести выявлялись в одинаковом количестве, что показано на рисунке 3.

Оценка исходного уровня тревожности проводилась с использованием психометрической шкалы HAM-A. Согласно полученным данным уровень тревоги у обследованных колебался в пределах от 11 до 27 баллов с явным преобладанием пациентов со средним уровнем тревожности, средний балл составил 15,7. Следует отметить,

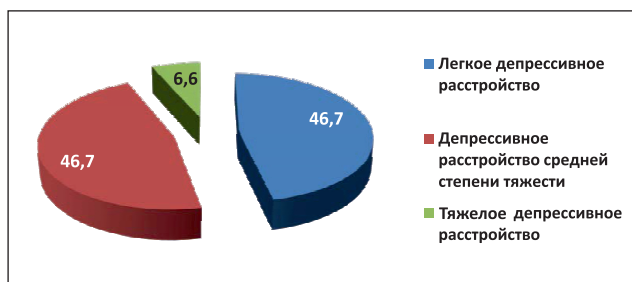


Рисунок 3 – Распределение контингента обследованных по степени выраженности исходного уровня депрессивных расстройств (%)

что наиболее высокий уровень тревожности выявлялся у пациентов с психогенными тревожно-депрессивными расстройствами, что показано в таблице 3.

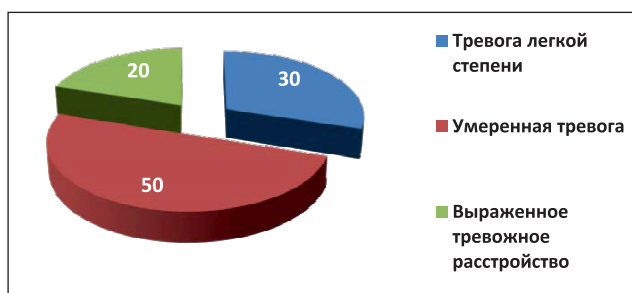


Рисунок 4 – Распределение контингента обследованных по степени выраженности исходного уровня тревоги (%)

Таким образом, объективная оценка исходного уровня клинического состояния обследованных пациентов показала, что среди объектов исследования преобладали лица с легкой и средней степенью выраженности депрессии, которая сопровождалась тревожными расстройствами преимущественно также средней степени выраженности. Не-

**Таблица 2 - Распределение пациентов по степени исходного уровня тяжести депрессии в зависимости от этиологических факторов**

Этиологические факторы	Исходный уровень степени тяжести депрессии			
	легкая	средняя	тяжелая	средний балл по шкале HDRS-17
Психогенный	9	9	-	13,2
Соматогенный	4	4	2	15,8
Экзогенно-органический	1	1	-	8,0
Итого	14	14	2	12,3

**Таблица 3 - Распределение пациентов по степени выраженности исходного уровня тревоги в зависимости от этиологических факторов**

Этиологические факторы	Исходный уровень степени выраженности тревоги			
	легкая	средняя	тяжелая	средний балл по шкале HAM-A
Психогенный	5	8	5	18,3
Соматогенный	3	6	1	18,0
Экзогенно-органический	1	1	-	11,0
Итого	9	15	6	15,7

большое количество пациентов с тяжелым депрессивным расстройством (2 случая) вполне объяснимо амбулаторным характером оказания помощи, так как обычно такие пациенты для лечения направляются в стационар. Обращает на себя внимание факт большей глубины депрессивных симптомов при соматогенных депрессиях, а при психогенных депрессиях – более высокие показатели тревожности.

*Динамика депрессивных расстройств в процессе терапии Миансерином (Менсер) в течение 3-х месяцев наблюдения с регистрацией показателей глубины депрессивного расстройства по Шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17) во время визитов пациентов к врачу через каждые две недели (рисунки 5 и 6).*

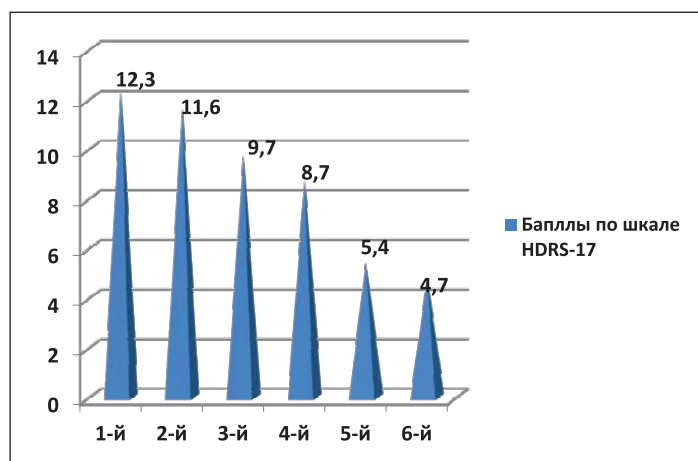


Рисунок 5 - Динамика показателей глубины депрессии по Шкале HDRS-17 в процессе терапии Миансерином (Менсер) в течение 3-х месяцев (средний балл)

Представленные на рисунке 5 данные убедительно свидетельствуют о положительной динамике в клинике депрессии на фоне терапии Миансерином (Менсер) в дозе 30 мг на ночь: если средний балл исходного уровня депрессии по шкале HDRS-17 составлял 12,8, что приближается к квалификации состояния как «депрессивное расстройство средней степени тяжести», то уже через две недели терапии этот показатель снизился до 11,6 балла, что можно было квалифицировать как «легкое депрессивное расстройство». К 8-й неделе терапии показатель по шкале HDRS-17 снизился до 5,4 балла, свидетельствующий об отсутствии признаков депрессивного расстройства. Таким образом, в процессе клинических наблюдений получены объективные данные, свидетельствующие о том, что при терапии депрессивных состояний легкой и средней степени тяжести препаратом Миансерин (Менсер) в амбулаторных условиях уже к концу второй недели лечения наблюдается достаточно выраженная положительная динамика в редукции симптомов депрессии. К концу второго месяца приема данного препарата (8 недель) у большинства пациентов симптомы депрессии уже не выявлялись, и можно было продолжить

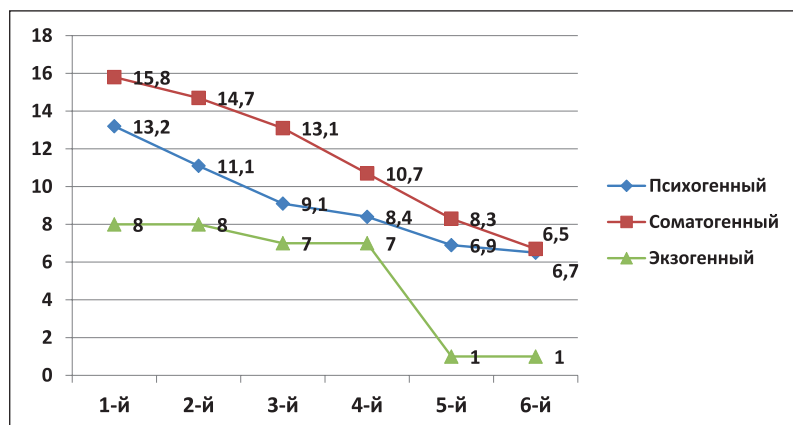


Рисунок 6 - Динамика показателей глубины депрессии по Шкале HDRS-17 в процессе терапии Миансерином (Менсер) в течение 3-х месяцев у пациентов с различным генезом депрессивного расстройства

поддерживающее лечение согласно международным стандартам ещё до 6 месяцев.

Продемонстрированные на рисунке 6 данные показывают, что независимо от генеза депрессивного расстройства при применении препарата Миансерин (Менсер) имеется положительная динамика редукции симптомов депрессии по шкале HDRS-17. Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на более высокий исходный балл HDRS-17 у пациентов с соматогенными депрессиями по сравнению с психогенными, к 6-му визиту пациента к врачу лечение оказалось успешным как в первом, так и во втором случае. Причем, более выраженная депрессия соматогенного характера редуцировалась эффективнее по сравнению с психогенной. За один и тот же период времени терапии соматогенные депрессивные расстройства редуцировались на 58,8% баллов, а психогенные на 49,2%. Экзогенно-органические депрессии, хотя и имели легкую степень выраженности при первичном осмотре, тоже имели положительную динамику до практически полного исчезновения депрессивных расстройств.

*Динамика тревожных расстройств в процессе терапии Миансерином (Менсер) в течение 3-х месяцев наблюдения с регистрацией показателей выраженности тревоги по Шкале тревоги Гамильтона (HAM-A) во время визитов пациентов к врачу через каждые две недели (рисунки 7 и 8).*

Представленные на рисунке 7 данные убедительно свидетельствуют о положительной динамике тревожных расстройств на фоне терапии Миансерином (Менсер) в дозе 30 мг на ночь: если средний балл исходного уровня тревоги по шкале HAM-A составлял 15,7, что соответствовало состоянию «тревожного расстройства средней степени выраженности», то уже через две недели терапии этот показатель снизился до 14,6 балла, что позволяло квалифицировать состояние пациентов как «легкое тревожное расстройство». К 8-й неделе терапии показатель по шкале HAM-A снизился до 5,9 балла, свидетельствующий об отсутствии признаков тревоги. Таким образом, в процессе клинических наблюдений получены объективные данные, свидетельствующие о том, что при терапии депрессивных состояний, в клинической картине которых выявляются симптомы тревоги,

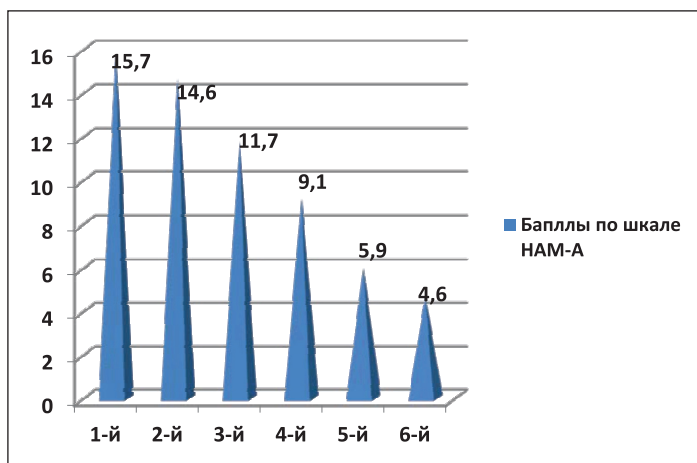


Рисунок 7 - Динамика показателей выраженности тревоги по Шкале HAM-A в процессе терапии Миансерином (Менсер) в течение 3-х месяцев (средний балл)

препаратом Миансерин (Менсер) в амбулаторных условиях уже к концу второй недели лечения наблюдается достаточно выраженное снижение тревожного компонента депрессии, а через 6 недель – полная редукция тревоги.

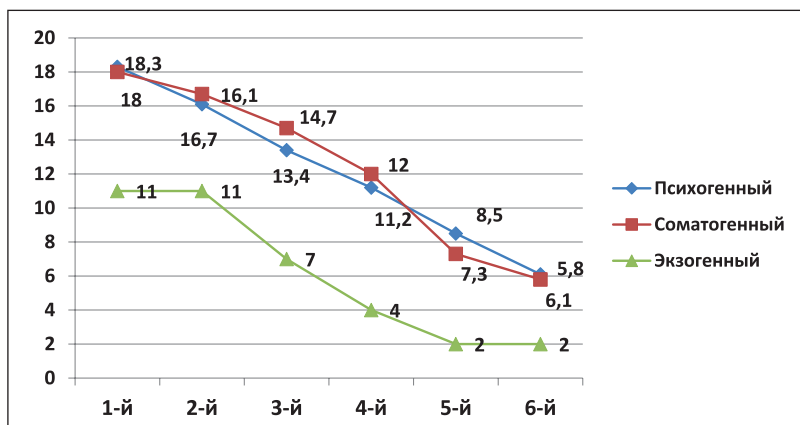


Рисунок 8 - Динамика показателей выраженности тревоги по Шкале HAM-A в процессе терапии Миансерином (Менсер) в течение 3-х месяцев у пациентов с различным генезом депрессивного расстройства

Продемонстрированные на рисунке 8 данные свидетельствуют о том, что уровень тревожности как при психогенных, так и при соматогенных депрессиях эффективно снижался при терапии препаратом Миансерин (Менсер) с одинаковой степенью редукции тревожных расстройств в интервалы наблюдения, соответствующие визитам к врачу (через 2 недели). Исходный уровень тревожных расстройств в клинике экзогенно органических депрессий, был существенно ниже, мог быть изначально квалифицирован как «легкая тревожность», которая также быстро подверглась редукции. Это позволяет сделать вывод о том, что терапия антидепрессантом Миансерин (Менсер) эффективно купирует симптомы тревоги в клинике депрессий независимо от их генеза. В целом показатель тревожности у обследованных пациентов за период наблюдения снизился на 70%.

При сравнении эффективности редукции депрессивных расстройств и уменьшения выраженности тревоги на фоне

терапии Миансерином (Менсер) можно отметить, что в течение месяца лечения показатели депрессии уменьшились на 21,8%, а тревоги – на 25,5%. Это позволяет сделать вывод о том, что эффективность противотревожного действия препарата Миансерин (Менсер) с первых дней терапии опережает его антидепрессивный эффект. Это имеет существенное значение в плане подбора комбинированной терапии тревожно-депрессивных расстройств. Хорошо известно, что практически все современные антидепрессанты (СИОЗ и др.) начинают проявлять противотревожный (анксиолитический) и антидепрессивный (тимоаналептический) эффекты только к концу второй недели терапии, при этом в целях купирования тревоги в первое время к данным препаратам рекомендуется добавлять транквилизатор (особенно если антидепрессант стимулирующего действия) [18, 19]. Настоящий анализ клинических наблюдений терапии тревожно-депрессивных расстройств антидепрессантом Миансерин (Менсер) показал его хорошую и раннюю эффективность в купировании тревожных расстройств, что позволяет его применение в качестве монотерапии.

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного исследования получены данные о половых и возрастных особенностях тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов амбулаторной практики. Изучены особенности клиники и течения депрессивных расстройств в структуре психических и поведенческих расстройств пограничного уровня. Адаптированы и внедрены в амбулаторную клиническую практику современные методы выявления и диагностики тревожно-депрессивных расстройств с использованием международных психометрических шкал, а также эффективные методы лечения тревожно-депрессивных расстройств с использованием современных антидепрессантов (Миансерин).

### ВЫВОДЫ

1. Среди пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, проходивших лечение в амбулаторных условиях, преобладали лица молодого трудоспособного возраста от 21 года до 50 лет (83,3%). Психогенные тревожно-депрессивные расстройства составили 60%, соматогенные - 33,3%, экзогенно-органические – 6,7%. При соматогенных тревожно-депрессивных расстройствах более выраженными были симптомы депрессии, а при психогенных – тревожности.

2. В процессе терапии антидепрессантом Миансерин (Менсер) положительная динамика редукции симптомов депрессии по шкале HDRS-17 наблюдалась независимо от генеза депрессивного расстройства. Причем, более выраженная депрессия соматогенного характера редуцировалась эффективнее (снижение баллов на 58,8%) по сравнению с психогенной (49,2%).

3. При терапии тревожно-депрессивных расстройств



препаратом Миансерин (Менсер) в амбулаторных условиях к концу второй недели лечения наблюдалось достаточно выраженное снижение тревожного компонента депрессии, а через 6 недель – полная редукция тревоги вне зависимости от генеза психического расстройства на 70%.

4. Результаты настоящего исследования показали, что при применении антидепрессанта Миансерин (Менсер) в амбулаторных условиях нежелательные побочные эффекты наблюдаются крайне редко (единичный случай аллергической реакции), он хорошо переносится пациентами и может быть рекомендован для широкого применения в терапии тревожно-депрессивных расстройств в условиях общей медицинской практики.

#### Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В. Клиника и терапия биполярной депрессии. - М.: АМА-Пресс, 2010. - 48 с.
- 2 Смудевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: МИА, 2015. - 640 с.
- 3 Белялов Ф.И. Депрессия, тревога, стресс и смертность // Терапевтический архив. - 2016. - № 12. - С. 116-119
- 4 Захаров В.В. Депрессия в позднем возрасте // Фарматека. - 2016. - №7 (320). - С. 6-13
- 5 Калын Я.Б., Гаврилова С.И., Сафарова Т.П. и др. Новые возможности оптимизации терапии депрессий в гериатрической практике // Фарматека. - 2016. - №4. - С. 46-54
- 6 Долматова Е.С., Митченко Н.В., Назаркина А.С., Усова Е.Н. Особенности консультирования и психокоррекции депрессии у лиц пожилого возраста // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2015. - Т. 5, №12. - С. 1704-1705
- 7 Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И. и др. Повышение эффективности психофармакотерапии поздних депрессий: оптимизация длительности терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - №4. - С.16-27. DOI: 10.17116/jnevro20161164116-27
- 8 Кучкоров У.И., Мухторова Х.К., Жарылкасынова Г.Ж., Гиёсова Н.О. Синдром депрессии в общесоматической практике // Журнал «Справочник врача общей практики». - 2015. - №2. - С. 48-51
- 9 Халилова У.А., Скворцов В.В., Скворцов К.Ю. Депрессивные расстройства у кардиологических больных и их коррекция сертралином (Золофтом) // Поликлиника. - 2016. - № 5-1. - С. 36-39
- 10 Баранов А.П., Струтынский А.В., Ойноткинова О.Ш. и др. Возможности терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью // Российский кардиологический журнал. - 2017. - № 1 (141). - С. 128-135. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-1-128-135
- 11 Воронова Е.И., Дубницкая Э.Б. Реактивные (психогенные) депрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. - № 2. - С. 75-85
- 12 Марачев М.П. Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности (по материалам 24-го конгресса ЕРА, март 2016) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2016. - № 2. - С. 62-66
- 13 Тураев Б.Т., Очиллов У.У., Кубаев Р.М. Распределение тревоги и депрессии при аффективных расстройствах соматизиру-

*Декларация о финансовых и других взаимоотношениях*  
Статья опубликована при поддержке Представительства АО "Адамед фарма".

#### Вклад авторов

Распопова Наталья Ивановна – планирование научной работы, анализ и обработка сведений по данной работе, окончательное утверждение публикуемой рукописи.

Джамантаева Мария Шокбаровна – анализ и обработка сведений по данной работе, внесение интеллектуально значимых исправлений в содержание работы.

Нуркатов Ербол Маратович – согласие принять ответственность за все аспекты работы, а также удостоверить, что все вопросы, связанные с точностью и целостностью работы, могут быть исследованы и урегулированы.

Утениязова Лайля Абжановна, Иденова Гульназия Садуакасовна, Коцаба Юлия Михайловна, Кожажметова Гульнара Комидуловна – получение и обработка сведений по данной работе.

#### REFERENCES

- 1 Mosolov SN, Kostyukova EG, Ushkalova AV. Clinical picture and therapy of bipolar depression. Moscow: AMA-Press, 2010. 48 p.
- 2 Smulevich A.B. Depression in mental and somatic diseases. - 4th ed., Revised and enlarged. Moscow: MIA, 2015. 640 p.
- 3 Belialov FI. Depression, anxiety, stress and mortality. *Terapevticheskii arkhiv = Therapeutic archive*. 2016;12:116-119. (In Russ.)
- 4 Zakharov VV. Late-life depression. *Farmateka = Pharmateca*. 2016;7(320): 6-13. (In Russ.)
- 5 Kalyn YaB, Gavrilova SI, Safarova TP, et al. New opportunities for optimizing the treatment of depression in gerontopsychiatric practice. *Farmateka = Pharmateca*. 2016; s4:46-54. (In Russ.)
- 6 Dolmatova EU, Mitchenko NV, Nazarkona AS, Usova EN. Features of counseling and psychocorrection of depression in elderly people. *Biulleten meditsinskikh internet-konferentsii = Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2015;5(12):1704-1705. (In Russ.)
- 7 Ivanets NN, Kinkulkin MA, Avdeeva TI, et al. The efficacy of psychopharmacotherapy of late onset depression: the optimization of treatment duration. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;4:16-27. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20161164116-27
- 8 Kuchkorov UI, Mukhtorova HC, Zharylkasynova GZh, Giyosova NO. The syndrome of depression in general medical practice. *Zhurnal «Spravochnik vracha obshchei praktiki» = Journal "Directory of General Practitioner"*. 2015;2:48-51. (In Russ.)
- 9 Khalilova UA, Skvortsov VV, Skvortsov KY. Depressive disorders in cardiac patients and their correction with sertraline (Zoloft). *Poliklinika = Polyclinic*. 2016;5-1: 36-39. (In Russ.)
- 10 Baranov AP, Strutynskiy AV, Oynotkinova OSh, et al. Possibilities of anxiety-depressive disorders treatment in patients with chronic heart failure. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal = Russian Journal of Cardiology*. 2017;1(141):128-135. (In Russ.). DOI: 10.15829/1560-4071-2017-1-128-135
- 11 Voronova EI, Dubnitskaya EB. Reactive (psychogenic) depression. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015;2:75-85 (In Russ.)
- 12 Marachev MP. Difficulties in treating depression in comorbid conditions (based on the 24th EPA Congress, March 2016). *Psikiatriia i psikhofarmakoterapiia = Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2016;2:62-66(In Russ.)
- 13 Turaev BT, Ochilov UU, Kubaev R.M. Distribution of anxiety

ванной депрессии //MEDICUS, "Издательство "Научное обозрение" (Волгоград). - 2020. - №3 (33). - С. 58-60

14 Абзалова Р.А. О модели психиатрической помощи в рамках первичного звена здравоохранения // Сборник материалов IV Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (с международным участием): «Интеграция службы психического здоровья и первичной медико-санитарной помощи» 21-22 августа 2014 года (Приложение). – Астана, 2014. – С. 3-7

15 Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Изюмина Т.А. Изучение возможностей применения стандартизированных шкал самооценки тревоги и депрессии при обследовании больных пожилого возраста: шкалы-опросники депрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - № 10. - С. 51-59

16 BNF 76 (British National Formulary) September 2018 - March 2019. Трициклические антидепрессанты. - 367 с.

17 Riemann D., Baglioni C., Bassetti C., Bjorvant B. et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia // *J. SleepRes.* - 2017. – Vol. 26 (6). – P. 675-700. DOI: 10.1111/JSR.12594

18 Ушкалова А.В., Ушкалова Е.А. Современные рекомендации по фармакотерапии острого эпизода биполярной депрессии // Фарматека. - 2015. - №3-15. - С. 26-32

19 Псарева Н.А., Кукес В.Г., Казаков Р.Е. и др. Фармакотерапия депрессии с позиции персонализированной медицины // Клиническая фармакология и терапия. - 2015. - №3. - С. 62-65

and depression in affective disorders of somatized depression. *MEDICUS, "Izdatelstvo "Nauchnoe obozrenie" (Volgograd) = MEDICUS, "Scientific Review" Publishing House (Volgograd).* 2020;3(33):58-60. (In Russ.)

14 Abzalova RA. On the model of psychiatric care in primary health care. *Sbornik materialov IV Sieezda psikhiatrov, psikhoterapevtov, narkologov i meditsinskikh psikhologov Respubliki Kazakhstan (s mezhdunarodnym uchastiem): «Integratsiia sluzhby psikhicheskogo zdorovia i pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi» 21-22 avgusta 2014 goda (Prilozhenie).* Astana, 2014. p. 3-7. Collection of materials of the IV Congress of Psychiatrists, Psychotherapists, Narcologists and Medical Psychologists of the Republic of Kazakhstan (with international participation): "Integration of mental health services and primary health care" August 21-22, 2014 (Appendix). Astana, 2014. p. 3-7

15 Ivanets NN, Kinkulkina MA, Avdeeva TI, Izyumina TA. The possibility of using standardized self-report anxiety and depression scales in elderly patients: anxiety scales/questionnaires. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2016;10:51-59. (In Russ.)

16 BNF 76 (British National Formulary) September 2018 - March 2019. Tricyclic antidepressants. 367 p.

17 Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvant B, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J. SleepRes.* 2017;26(6):675-700. DOI: 10.1111/JSR.12594

18 Ushkalova AV, Ushkalova EA. Current recommendations for pharmacotherapy of acute episodes of bipolar depression. *Farmateka = Pharmateca.* 2015;s3-15: 26-32. (In Russ.)

19 Psareva NA, Kukes VG, Kazakov RE, et al. Pharmacotherapy of depression from the perspective of personalized medicine. *Klinicheskaja farmakologija i terapija = Clinical pharmacology and therapy.* 2015;3:62-65. (In Russ.)