

УДК 616.895.4-055.1-008.47-07-08

*Н. О. Марута, Д. О. Жупанова*  
**КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЮ  
 З РІЗНИМ РІВНЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЄНСУ  
 (ДІАГНОСТИКА І КОРЕКЦІЯ)**

*Н. А. Марута, Д. А. Жупанова*  
**Клинико-психологические особенности больных депрессией  
 с разным уровнем медикаментозного комплаенса  
 (диагностика и коррекция)**

*N. O. Maruta, D. O. Zhuranova*  
**Clinical-psychological peculiarities of patients with depression and different levels of medication compliance  
 (diagnosis and correction)**

Аналіз рівня медикаментозного комплаєнсу (МК) в обстежуваних пацієнтів з депресивними розладами показав, що відсутність МК виявлено у 31,8 %, частковий МК — у 36,4 %, повний МК — у 31,7 %. Вивчення рівня МК у групах пацієнтів з депресивним епізодом і рекуррентною депресією свідчило про збереження виявлених тенденцій: відсутність МК реєструвалася у 30,6 % і 33,0 %, частковий МК — у 36,9 % і 35,8 %, і повний МК — у 32,4 % і 31,1 % відповідно.

На підставі отриманих даних розроблено і впроваджено комплексну систему терапії депресивних розладів, що супроводжуються порушенням МК. Заходи системи спрямовано на основні чинники, що сприяють порушенню МК (чинники, пов'язані з хворобою; з особистістю пацієнта; із фармакологічним засобом; соціально-психологічні чинники і фактори організації медичної допомоги).

Оцінення клінічної ефективності комплексної системи заходів (з урахуванням відновлення МК) показало, що серед пацієнтів, яких лікували відповідно до описаних принципів, одужання зареєстровано у 35,5 % випадків ( $p < 0,05$ ), поліпшення — у 43,5 % ( $p < 0,01$ ), відсутність динаміки — у 21,0 % ( $p < 0,05$ ). У хворих контрольної групи, де пацієнти отримували терапію без урахування особливостей МК, результати лікування були іншими: одужання зафіксовано у 21,3 %, поліпшення — у 30,8 %, відсутність позитивної динаміки — у 33,8 %, погіршення стану — у 13,8 %.

**Ключові слова:** депресивні розлади, депресивний епізод, рекуррентна депресія, медикаментозний комплаєнс, індивідуально-психологічні предиктори, комплексна система терапевтичних заходів, фармакотерапія, психотерапія

Аналіз ступеня медикаментозного комплаєнсу (МК) у обстежуваних пацієнтів з депресивними розладами показав, що відсутність МК виявлено у 31,8 %, частковий МК — у 36,4 %, повний МК — у 31,7 %. Изучение степени МК в группах пациентов с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией свидетельствовало о сохранении выявленных тенденций: отсутствие МК регистрировалось у 30,6 % и 33,0 %, частичный МК — у 36,9 % и 35,8 %, и полный МК — у 32,4 % и 31,1 % соответственно.

На основании полученных данных разработана и внедрена комплексная система терапии депрессивных расстройств, сопровождающихся нарушением МК. Мероприятия системы направлены на основные факторы, способствующие нарушению МК (факторы, связанные с болезнью; с личностью пациента; с фармакологическим средством; социально-психологические факторы и факторы организации медицинской помощи).

Оценка клинической эффективности комплексной системы мероприятий (с учетом восстановления МК) показала, что у пациентов, лечившихся в соответствии с описанными принципами, выздоровление зарегистрировано в 35,5 % случаев ( $p < 0,05$ ), улучшение — в 43,5 % ( $p < 0,01$ ), отсутствие динамики — у 21,0 % ( $p < 0,05$ ). У больных контрольной группы, где пациенты получали терапию без учета особенностей МК, результаты лечения были иными: выздоровление зафиксировано у 21,3 %, улучшение — у 30,8 %, отсутствие позитивной динамики — у 33,8 %, ухудшение состояния — у 13,8 %.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, медикаментозный комплаєнс, индивидуально-психологические предикторы, комплексная система терапевтических мероприятий, фармакотерапия, психотерапия

An analysis of medication compliance (MC) levels in patients with depressive disorders demonstrated lack of MC in 31.8 % of the patients, a partial MC in 36.4 % of the patients, and a complete MC in 31.7 % of patients. An investigation of MC levels in groups of patients with depressive episode and recurrent depression evidenced a preservation of the trends revealed: lack of MC was registered in 30.6 % and 33.0 %, a partial MC was registered in 36.9 % and 35.8 %, and a complete MC was registered in 32.4 % and 31.1 % correspondingly.

On the base of data obtained it was worked out and implemented an integrated system of therapy for depressive disorders accompanied by MC breaches. Measures of the system are directed to the main factors promoting breaches of MC (factors associated with disease, with personality of the patient, with medication, social-psychological and healthcare organizational factors).

An evaluation of clinical efficacy of the integrated system of measures (taking into account MC recovery) demonstrated that patients treated in accordance with the principles described, had recovery in 35.5 % ( $p < 0.05$ ), an amelioration in 43.5 % ( $p < 0.05$ ), and lack of dynamics in 21.0 % ( $p < 0.05$ ). In the control group with therapy without taking into account of MC peculiarities the results of treatment were different: recovery was registered in 21.3 %, an amelioration was registered in 30.8 %, lack of positive dynamics was registered in 33.8 %, and aggravation was registered in 13.8 %.

**Key words:** depressive disorders, depressive episode, recurrent depression, medication compliance, individual-psychological predictors, integrated system of therapeutic measures, pharmacotherapy, psychotherapy

Згідно з даними ВООЗ, депресія є одним з найбільш важких і поширених захворювань. Розповсюдженість депресій в країнах ЄС коливається в межах 15,1—17,8 %, а захворюваність — 5,8—10,7 %. Ці показники постійно збільшуються та зумовлюють значну інвалідизацію на-

селення (показник DALY для депресії перевищує такі для всіх інших хвороб мозку). Аналогічною є ситуація і в Україні [5, 7, 11, 13, 14, 17].

Незважаючи на те, що ефективне і безпечно лікування необхідно всім пацієнтам, його отримують тільки 50 % хворих, при цьому тільки у 25 % випадків таке лікування є адекватним [7, 14].

© Марута Н. О., Жупанова Д. О., 2016

Низька ефективність антидепресивної терапії зумовлена як клінічними, так і психологічними чинниками. Серед клінічних чинників провідними є клініко-психопатологічна структура депресій, перебіг захворювання, вираженість ангедонії та ступінь тяжкості депресії у цілому, коморбідні соматичні та психічні розлади. Психологічні чинники визначаються особистісними особливостями пацієнта, збереженням механізмів адаптації, а також прихильністю до терапії — комплаєнтністю [3, 6, 8, 9].

Терміном «комплаєнс» прийнято визначати слідування пацієнтом наданим йому лікувальним рекомендаціям. Незважаючи на те, що термін стосується будь-яких рекомендацій лікаря, основним його змістом є прихильність до, насамперед, лікарських призначень і у цьому контексті перевага надається терміну «медикаментозний комплаєнс» (МК) [1, 2, 18].

МК є проблемою великої практичної важливості. Недотримання режиму прийому лікарських засобів супроводжується погіршенням симптоматики, збільшенням ризику рецидивів і повторними госпіталізаціями [4, 12, 15].

Встановлено, що відсутність прихильності до терапії виявляється у пацієнтів як із соматичними, так і з психічними захворюваннями. При цьому відзначено, що від 30 % до 60 % пацієнтів з депресіями тією чи іншою мірою порушують режим прийому препаратів [10, 16, 18, 19].

Разом з тим, медико-психологічні аспекти проблеми МК, включаючи способи його поліпшення, у пацієнтів з депресивними розладами залишаються невивченими.

Мета цього дослідження — на ґрунті вивчення клініко-психологічних особливостей хворих на депресію розробити комплексну систему терапевтичних заходів для пацієнтів з порушенням медикаментозного комплаєнсу.

У процесі дослідження було обстежено 217 хворих з депресивними розладами, яких було поділено на дві групи: 111 пацієнтів з депресивним епізодом (F32.1, F32.2) (36 хворих з повним МК, 41 хворий з частковим МК, 34 хворих — з відсутністю МК) та 106 пацієнтів з рекурентною депресією (F33.1, F33.2) (33 хворих з повним МК, 38 хворих з частковим МК, 35 хворих з відсутністю МК).

У роботі використовували комплекс методів дослідження:

I. Клініко-психопатологічний метод із застосуванням «Карті самооцінки емоційного стану» (Марута Н. О., 2000).

II. Метод клінічних рейтингових шкал:

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юр'єва Л. М., 2006).

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В. Н. з співавт., 2008).

Шкала оцінки негативної симптоматики (SANS) (Лутова Н. Б. з співавт., 2007).

Шкала оцінки продуктивної психопатологічної симптоматики (BPRS) (Лутова Н. Б. з співавт., 2007).

Шкала глобального функціонування (GAF) (Лутова Н. Б. з співавт., 2007).

Шкала медикаментозного комплаєнсу (Лутова Н. Б. з співавт., 2007).

Шкала оцінки побічних ефектів UKU (Лутова Н. Б. з співавт., 2007).

III. Психодіагностичні методики:

Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту (Кабанов М. М. та ін., 1983).

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд, 2002).

Характерологічний опитувальник К. Леонгарда — Г. Шмішека (Райгородский Д. Я., 2000).

Методика вивчення ціннісних орієнтацій (Фанталова Е. Б., 1992).

Метод оцінки інтегративного показника якості життя (Mezzich J. et al., 1999).

IV. Методи статистичної обробки отриманих даних з визначенням середніх величин, їхніх помилок, кореляційний аналіз (Антомонов М. Ю., 2006).

Дані, що були отримані у ході проведеного дослідження, обробляли на персональному комп'ютері Pentium PC з використанням програм загального призначення SPSS 13.0 for Windows, Statistica 7.0 for Windows.

Рівень МК оцінювали за допомогою критеріїв Expert Consensus Guidelines (2003 р.), згідно з якими повний МК відповідає пропуску прийому медикаментів і процедур не більше ніж 25 % від призначених, частковий МК відповідає пропуску прийому медикаментів і процедур від 25 % до 65 % від призначених, відсутність МК відповідає пропуску прийому медикаментів і процедур більше ніж 65 % від призначених.

Вивчення рівня МК у пацієнтів з депресивними розладами показало, що в цілому у групі відсутність МК виявлено у 31,8 % (69 хворих), частковий МК — у 36,4 % (79 хворих), повний МК — у 31,8 % (69 хворих). У пацієнтів з депресивним епізодом відсутність МК реєструвалася в 30,6 % випадків (34 хворих), частковий МК — у 36,9 % (41 хворий), повний МК — у 32,4 % (36 хворих). При рекурентній депресії відсутність МК виявлено у 33,0 % випадків (35 хворих), частковий МК — у 35,8 % (38 хворих), повний МК — у 31,1 % (33 хворих). Отже, серед пацієнтів з депресивними розладами тільки третина зберігають прихильність до медикаментозного лікування.

Аналіз соціально-демографічних, клініко-психопатологічних і індивідуально-психологічних особливостей при різних рівнях МК проводився нами відповідно за груповим поділом — у хворих з депресивним епізодом і рекурентною депресією.

Підгрупа хворих з відсутністю МК при депресивному епізоді характеризувалася переважанням осіб чоловічої статі (61,8 %;  $p < 0,05$ ), що проживають у місті (52,9 %;  $p < 0,05$ ), середній вік яких становив  $31,2 \pm 4,5$  роки ( $p < 0,05$ ). У цій групі виявлено спадкову обтяженість алкогольною залежністю (14,7 %;  $p < 0,01$ ), невропатичну конституцію у дитинстві (17,6 %;  $p < 0,05$ ), черепно-мозкові травми в анамнезі (11,8 %;  $p < 0,01$ ) і супутню хронічну патологію нервової системи (20,6 %;  $p < 0,01$ ).

Згідно з результатами дослідження, основними клініко-психопатологічними особливостями депресивного епізоду у хворих з відсутністю МК були астено-анергічний варіант депресії (у 32,4 % випадків,  $p < 0,01$ ) вираженістю в  $21,5 \pm 5,6$  бали ( $p < 0,05$ ), зі зниженням працездатності, психофізичної активності ( $3,1 \pm 0,7$  бали,  $p < 0,01$ ) та критики щодо хвороби ( $2,9 \pm 0,7$  бали,  $p < 0,05$ ), байдужістю ( $2,6 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,01$ ), зневірою ( $2,5 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,01$ ), незадоволеністю собою ( $1,9 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,05$ ).

Основними індивідуально-психологічними особливостями хворих з депресивним епізодом з відсутністю МК були акцентуовані ( $20,3 \pm 2,2$  бали,  $p < 0,01$ ) афективно-ригідні (32,4 % випадків,  $p < 0,01$ ) особистісні особливості; потреби в активному дієвому житті ( $8,8 \pm 1,6$  бали, в 35,3 % випадків,  $p < 0,01$ ), у свободі, незалежності вчинків і дій ( $7,8 \pm 1,7$  бали, в 20,6 % випадків,  $p < 0,05$ ); соціально-психологічна дезадаптація (79,4 % випадків,  $p < 0,05$ ) з неприйняттям себе (76,5 % випадків,  $p < 0,05$ ) і ескапізмом (41,2 % випадків,  $p < 0,05$ ) (рис. 1).

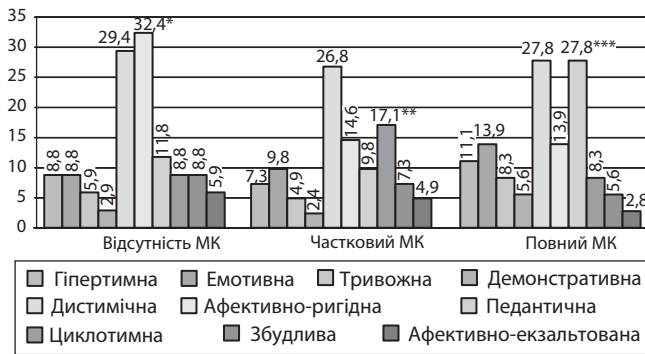


Рис. 1. Розподіл типів акцентуацій характеру у хворих з різним рівнем МК при депресивному епізоді

Умовні позначення: відмінності достовірні (при  $p < 0,01$ ): \* — порівняно з підгрупою хворих з повним МК; \*\* — порівняно з групами хворих з відсутністю і повним МК; \*\*\* — порівняно з підгрупами хворих з відсутністю і частковим МК

У пацієнтів цієї підгрупи виявлено низькі показники якості життя за шкалами працездатності ( $3,1 \pm 1,1$  бали,  $p < 0,01$ ), особистісної реалізації ( $3,1 \pm 0,7$  бали,  $p < 0,01$ ) і середньо-низький рівень загального сприйняття якості життя ( $4,4 \pm 2,1$  бали,  $p < 0,05$ ).

Вищеописані особливості сприяли формуванню таких психопатологічних, патопсихологічних і поведінкових проявів, які оцінені нами як предиктори відсутності МК. До таких предикторів у пацієнтів з відсутністю МК віднесено середньо-високий рівень негативної симптоматики ( $62,7 \pm 10,2$  бали,  $p < 0,05$ ) з розладами уваги ( $10,7 \pm 2,9$  бали,  $p < 0,05$ ), емоційні порушення за типом «заглиблення в себе» ( $5,8 \pm 1,1$  бали,  $p < 0,05$ ), зниження психологічної настанови на співпрацю з лікарем ( $5,6 \pm 1,2$  бали,  $p < 0,05$ ), ухилення від прийому ліків (уникнення, відмови) ( $0,6 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ) або пасивну згоду на прийом медикаментів при відсутності надії на ефект ( $1,2 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ); відсутність інформації про час очікуваного початку дії препаратів ( $0,4 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ), часткову критику щодо хвороби ( $1,1 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ), коморбідність зі зловживанням алкоголем ( $0,3 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ), низький терапевтичний альянс ( $0,5 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,01$ ); побічні дії медикаментів у формі сонливості (седації) ( $2,5 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), зменшення тривалості сну помірно тяжкого ступеня ( $2,3 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), збільшення маси тіла ( $2,2 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ) та послаблення сексуального потягу ( $2,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ).

Підгрупа пацієнтів з частковим МК при депресивному епізоді відрізнялася переважанням осіб у середньому віці  $33,3 \pm 7,5$  роки ( $p < 0,05$ ), які мають середню освіту ( $21,9\%$ ,  $p < 0,05$ ) та займаються фізичною працею ( $34,1\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Основними клініко-психопатологічними особливостями депресивного епізоду у хворих з частковим МК був астено-анергічний варіант депресії (в  $29,3\%$  випадків,  $p < 0,01$ ) вираженістю у  $20,1 \pm 4,8$  бали ( $p < 0,05$ ), зі зниженням працездатності і психофізичної активності ( $2,5 \pm 0,6$  бали,  $p < 0,05$ ), байдужістю ( $2,7 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ) та зневірою ( $1,8 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ).

Серед індивідуально-психологічних особливостей хворих на депресивний епізод з частковим МК переважали циклотимичні ( $17,1\%$  випадків,  $p < 0,01$ ) особистісні особливості з тенденцією до акцентуації ( $17,7 \pm 1,3$  бали,  $p < 0,01$ ) з домінуванням потреб в активному дієвому житті ( $6,7 \pm 1,1$  бали, в  $26,8\%$  випадків,  $p < 0,05$ ) і у впев-

неності у собі ( $8,4 \pm 1,2$  бали, в  $24,4\%$  випадків,  $p < 0,05$ ), соціально-психологічна дезадаптація ( $78,0\%$  випадків,  $p < 0,05$ ) з неприйняттям себе ( $75,6\%$  випадків,  $p < 0,05$ ) (див. рис. 1).

У цій підгрупі також реєструвалися низькі показники якості життя за шкалами працездатності ( $3,4 \pm 0,9$  бали,  $p < 0,05$ ) і середньо-низький рівень загального сприйняття якості життя ( $5,1 \pm 1,7$  бали,  $p < 0,05$ ).

Результатом описаних порушень виявилися психопатологічні, патопсихологічні та поведінкові предиктори порушеного МК, які проявилися у вигляді зниження психологічної настанови на співпрацю з лікарем ( $4,4 \pm 1,0$  бали,  $p < 0,05$ ), прийому препаратів під контролем медперсоналу або родичів ( $1,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), згоди на прийом препаратів при наявності сумнівів у їх ефективності ( $2,0 \pm 0,6$  бали,  $p < 0,05$ ), усвідомлення хвороби на рівні наявності критики до симптомів ( $2,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), середнього рівня терапевтичного альянсу ( $1,1 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ); побічних дій медикаментів у формі зменшення тривалості сну ( $2,4 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,05$ ) і збільшення маси тіла у помірному ступені ( $1,9 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,05$ ).

Серед хворих з повним МК при депресивному епізоді переважали особи жіночої статі ( $72,2\%$ ;  $p < 0,01$ ) з вищою (незакінченою вищою) освітою ( $72,2\%$ ;  $p < 0,05$ ), які проживають у сільській місцевості ( $61,1\%$ ;  $p < 0,05$ ), середній вік яких склав  $47,3 \pm 6,1$  роки ( $p < 0,05$ ).

Основними клініко-психопатологічними особливостями депресивного епізоду у хворих з повним МК були сенесто-іпохондричний варіант депресії ( $30,6\%$  випадків,  $p < 0,01$ ) вираженістю в  $13,4 \pm 2,4$  бали ( $p < 0,05$ ) з психічною тривогою ( $2,2 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), тривожним настроєм ( $1,9 \pm 0,5$  бали;  $p < 0,05$ ), вегетативними симптомами ( $2,0 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,05$ ) та іпохондричними ідеями ( $2,3 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ).

Індивідуально-психологічні особливості хворих на депресивний епізод з повним МК проявлялися у вигляді акцентуованих ( $21,1 \pm 1,8$  бали,  $p < 0,01$ ) педантичних особистісних особливостей, переважаючих потреб у здоров'ї ( $8,7 \pm 1,5$  бали, в  $36,1\%$  випадків,  $p < 0,01$ ), соціально-психологічної адаптації (в  $25,0\%$  випадків,  $p < 0,05$ ) з прийняттям себе ( $36,1\%$  випадків,  $p < 0,01$ ) (див. рис. 1).

Пацієнти цієї підгрупи мали середньо-високі показники якості життя за шкалами міжособистісної взаємодії ( $7,1 \pm 1,1$  бали,  $p < 0,05$ ), громадської та службової підтримки ( $8,0 \pm 0,9$  бали,  $p < 0,01$ ).

Предикторами повного МК були самостійний прийом ліків ( $1,8 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), активне ставлення до прийому препаратів, розуміння необхідності їх прийому, інтерес до параметрів терапії ( $2,8 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ), повна інформація про час очікуваного початку дії препаратів ( $0,8 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ), інсайт на психологічні механізми хвороби ( $2,7 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), відсутність коморбідності зі зловживанням психоактивними речовинами і розладами особистості ( $0,8 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), високий рівень терапевтичного альянсу ( $1,8 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ).

Серед пацієнтів з відсутністю МК при рекурентній депресії переважали особи чоловічої статі ( $62,9\%$  випадків,  $p < 0,05$ ), у віці  $35,4 \pm 4,5$  роки ( $p < 0,05$ ), виховані в неповній сім'ї (в  $42,9\%$  випадків,  $p < 0,01$ ), які проживали у сільській місцевості ( $57,1\%$  випадків,  $p < 0,01$ ), в поганих матеріально-побутових умовах ( $40,0\%$  випадків,  $p < 0,01$ ), самотні ( $42,9\%$  випадків,  $p < 0,01$ ), зі спадковою обтяженістю особистісними розладами ( $14,3\%$  випадків,  $p < 0,05$ ), перинатальною патологією в анамнезі ( $20,0\%$  випадків,  $p < 0,01$ )

і супутньою хронічною патологією шлунково-кишкового тракту (в 17,1 % випадків, при  $p < 0,01$ ).

Основними клініко-психопатологічними особливостями рекурентної депресії у хворих з відсутністю МК були дисфоричний варіант депресії (31,4 % випадків,  $p < 0,01$ ) з почуттям провини ( $2,3 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,01$ ), суїцидальними думками ( $1,4 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,05$ ), підвищеною чутливістю до критики на свою адресу, незадоволенням ( $2,5 \pm 0,7$  бали,  $p < 0,01$ ) і обуренням ( $2,3 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,05$ ).

За результатами проведеного дослідження, характерними індивідуально-психологічними особливостями хворих на рекурентну депресію з відсутністю МК були акцентуовані ( $20,2 \pm 2,1$  бали,  $p < 0,01$ ) збудливі (25,7 % випадків,  $p < 0,01$ ) особистісні особливості з домінуванням потреб у матеріально забезпеченому ( $7,5 \pm 2,1$  бали, в 37,1 % випадків,  $p < 0,01$ ) та в щасливому сімейному житті ( $7,9 \pm 1,9$  бали, в 20,0 % випадків,  $p < 0,05$ ); соціально-психологічна дезадаптація (80,0 % випадків,  $p < 0,05$ ) з неприйняттям інших (77,1 % випадків,  $p < 0,05$ ) та емоційним дискомфортом (82,9 % випадків,  $p < 0,05$ ) (рис. 2).

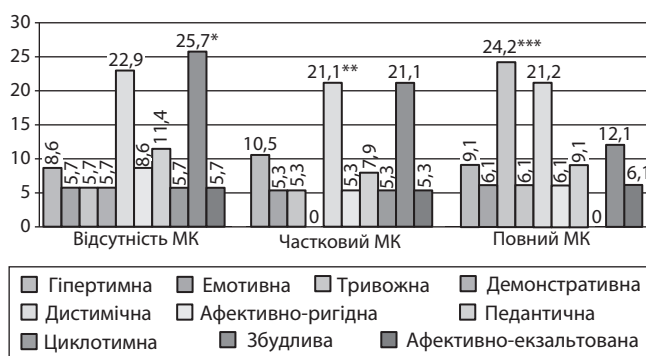


Рис. 2. Розподіл типів акцентуації характеру у хворих з різним рівнем МК при рекурентній депресії

Умовні позначення: відмінності достовірні порівняно з підгрупою хворих з повним МК: \* — при  $p < 0,05$ ; \*\* — при  $p < 0,01$ ; порівняно з підгрупами хворих з відсутністю і частковим МК: \*\*\* — при  $p < 0,01$

У пацієнтів цієї підгрупи виявлено низькі показники якості життя за шкалами міжособистісної взаємодії ( $3,4 \pm 1,5$  бали,  $p < 0,01$ ), особистісної реалізації ( $4,3 \pm 0,8$  бали,  $p < 0,05$ ) і середньо-низький рівень загального сприйняття якості життя ( $4,5 \pm 1,7$  бали,  $p < 0,05$ ).

Вищевикладені чинники і визначали порушення МК у пацієнтів цієї підгрупи. Предикторами відсутності МК при рекурентній депресії є середньо-високий рівень ( $55,2 \pm 11,9$  бали,  $p < 0,05$ ) вираженості продуктивної симптоматики зі сплосщенням і ригідністю афекту ( $31,2 \pm 5,1$  бали,  $p < 0,05$ ), з ворожістю ( $5,3 \pm 0,8$  бали,  $p < 0,05$ ), збудженням ( $4,9 \pm 1,1$  бали,  $p < 0,05$ ), погіршення функціонування в соціальній і професійній сферах ( $48,8 \pm 10,4$  бали,  $p < 0,05$ ), негативне ставлення до препаратів внаслідок суб'єктивно тяжких побічних дій або відсутності ефекту ( $1,1 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,01$ ), припинення прийому ліків в анамнезі ( $1,1 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), незадоволеність режимом прийому препаратів ( $0,3 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), недоступність медикаментів з фінансових причин ( $0,3 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ), часткова критика щодо хвороби ( $1,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ), середній рівень суїцидальних тенденцій у поведінці ( $1,0 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ), низький рівень адекватності лікарського спостереження

поза загостренням ( $0,4 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ); побічні дії медикаментів у формі напруження ( $2,4 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ), збільшення маси тіла ( $2,4 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ), еректильної дисфункції ( $2,4 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,01$ ), головного болю ( $2,3 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,05$ ).

У підгрупі пацієнтів з частковим МК при рекурентній депресії переважали особи в середньому віці  $37,5 \pm 9,2$  роки ( $p < 0,05$ ), виховані у неповній сім'ї (34,2 %;  $p < 0,05$ ), самотні (52,6 %;  $p < 0,01$ ), які проживають у поганих матеріально-побутових умовах (34,2 %;  $p < 0,05$ ) і мають перинатальну патологію в анамнезі (18,4 %;  $p < 0,05$ ).

Основними клініко-психопатологічними особливостями рекурентної депресії у хворих з частковим МК були дисфоричний варіант депресії (26,3 % випадків,  $p < 0,01$ ) з почуттям провини ( $2,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), незадоволенням ( $2,6 \pm 0,5$  бали,  $p < 0,01$ ) та обуренням ( $2,5 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ).

Індивідуально-психологічні особливості хворих на рекурентну депресію з частковим МК характеризувалися наявністю збудливих (21,1 % випадків,  $p < 0,05$ ) особистісних особливостей з тенденцією до акцентуації ( $16,7 \pm 2,2$  бали,  $p < 0,05$ ); переважанням потреб у матеріально забезпеченому житті ( $6,1 \pm 1,9$  бали,  $p < 0,05$ ), в гарних та вірних друзях ( $7,6 \pm 2,4$  бали,  $p < 0,05$ ); соціально-психологічною дезадаптацією (78,9 % випадків,  $p < 0,05$ ) з неприйняттям інших (78,9 % випадків,  $p < 0,05$ ) (див. рис. 2).

Для пацієнтів цієї підгрупи також були характерні низькі показники якості життя за шкалами міжособистісної взаємодії ( $3,8 \pm 1,7$  бали,  $p < 0,05$ ) і середньо-низький рівень загального сприйняття якості життя ( $4,8 \pm 2,0$  бали,  $p < 0,05$ ).

Описані клініко-психопатологічні, патопсихологічні і поведінкові зміни сприяли формуванню часткового МК у пацієнтів з рекурентною депресією, предикторами якого були ворожість ( $5,1 \pm 1,1$  бали, при  $p < 0,05$ ), погіршення функціонування у соціальній і професійній сферах ( $49,7 \pm 9,8$  бали,  $p < 0,05$ ), ставлення до медикаментів як до «хімічних», «неприродних» речовин, які можуть виявитися шкідливими для організму ( $3,1 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,05$ ), зниження дозування ліків в анамнезі ( $3,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), низький рівень адекватності лікарського спостереження поза загостренням ( $0,7 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ); побічні дії медикаментів у формі напруження ( $1,7 \pm 0,6$  бали,  $p < 0,05$ ), збільшення маси тіла ( $2,0 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ), еректильна дисфункція ( $2,3 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ).

У підгрупі пацієнтів з рекурентною депресією і повним МК вірогідно ( $p < 0,05$ ) переважали пацієнти віком  $50,2 \pm 8,8$  роки, виховані в повній сім'ї (81,8 % випадків), з вищою (незакінченою вищою) освітою (75,8 % випадків), одружені (81,8 % випадків), які проживають у місті (72,7 % випадків), у гарних матеріально-побутових умовах (48,5 % випадків).

Основними клініко-психопатологічними особливостями рекурентної депресії у хворих з повним МК були обсессивний варіант депресії (30,3 % випадків,  $p < 0,01$ ) з обсессивно-компульсивними симптомами ( $2,2 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ) і страхами (30,3 % випадків,  $p < 0,05$ ).

У хворих на рекурентну депресію з повним МК основними індивідуально-психологічними особливостями були акцентуовані ( $19,7 \pm 2,5$  бали,  $p < 0,01$ ) тривожні (24,2 % випадків,  $p < 0,01$ ) особистісні особливості; домінування потреб у здоров'ї ( $7,7 \pm 1,9$  бали, в 30,3 % випадків,  $p < 0,01$ ) і в пізнанні ( $7,5 \pm 2,6$  бали,  $p < 0,05$ ; в 18,2 % випадків,  $p < 0,01$ ); соціально-психологічна адаптація

(у 33,3 % випадків,  $p < 0,01$ ) з прийняттям інших (36,4 % випадків,  $p < 0,01$ ) (див. рис. 2).

У цих пацієнтів реєструвалися середньо-високі показники якості життя за шкалами міжособистісної взаємодії ( $7,1 \pm 1,7$  бали,  $p < 0,01$ ) та особистісної реалізації ( $6,8 \pm 1,8$  бали,  $p < 0,05$ ).

Описані клініко-психопатологічні, патопсихологічні та поведінкові особливості сприяли збереженню повного МК, предикторами якого при рекурентній депресії були відсутність безпідставних побоювань щодо використання лікарських засобів ( $4,5 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ), відсутність порушень МК в анамнезі ( $3,7 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), задоволеність режимом прийому препаратів ( $1,5 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,01$ ), доступність медикаментів ( $0,7 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,01$ ), інсайт на психологічні механізми хвороби ( $2,8 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ), низький рівень суїцидальних тенденцій у поведінці ( $1,8 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,05$ ), високий рівень адекватності лікарського спостереження поза загостренням ( $1,8 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ).

На підставі отриманих у роботі даних розроблено і впроваджено комплексну програму терапії депресивних розладів, що супроводжуються порушенням МК. Принципами лікувальних впливів були системний, індивідуальний і диференційований підхід, а також зміцнення терапевтичного альянсу.

Заходи програми були спрямовані на:

1. чинники, пов'язані з хворобою;
2. чинники, пов'язані з особистістю пацієнта;
3. чинники, пов'язані із фармакологічним засобом;
4. соціально-психологічні чинники, що порушують МК;
5. фактори організації медичної допомоги.

У розробленій комплексній програмі терапії депресивних розладів використовували такі засоби:

а) медикаментозну терапію депресії, що дозволяє оптимізувати лікування (зменшення побічних ефектів, зручний режим прийому і т. ін.);

б) психотерапевтичні методи, спрямовані на клінічні особливості депресії й особистісні особливості пацієнта (когнітивна психотерапія за Векс А. Т., особистісно-орієнтована реконструктивна психотерапія за Карвасарським Б. Д., клієнт-центрована психотерапія за Роджерсом К., кризова психотерапія за Старшенбаумом Г. В., раціональна психотерапія за Дюбуа П., сімейна психотерапія за Ейдміллером Е. Г., аутогенне тренування за Schultz J. H., прогресивна м'язова релаксація за E. Jacobson);

в) психоосвітні технології (індивідуальні, групові, сімейні);

г) методи соціально-психологічного консультування та корекції взаємовідносин у трудовому колективі;

д) заходи щодо оптимізації допомоги пацієнту.

Терапевтичні заходи для пацієнтів з депресивним епізодом і рекурентною депресією були диференційованими.

Основними заходами, спрямованими на чинники, пов'язані з хворобою, у пацієнтів з депресивним епізодом були фармако- та психотерапія.

Фармакотерапія включала застосування антидепресантів строком 3—6 місяців (агомелатин 25—50 мг/добу або сертралін 50—100 мг/добу), психотерапію реалізували за допомогою когнітивної психотерапії (Векс А. Т.), аутогенного тренування (Schultz J. H.). Психотерапію проводили в перші 2 місяці 3 рази на тиждень, наступні 3—5 місяців — 1—2 рази на тиждень.

Комплекс методів, спрямованих на групу чинників, пов'язаних з особистістю пацієнта, реалізували із засто-

суванням клієнт-центрованої психотерапії (Роджерс К.) та особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії (Карвасарський Б. Д.).

Вплив на чинники, пов'язані із застосуванням препаратів, включав оптимізацію та спрощення фармакотерапії (доза, кратність прийому, тривалість, механізм дії), корекцію побічних ефектів, а також використання психоосвітніх програм і раціональної психотерапії (Дюбуа П.). Тривалість психоосвіти становила 1 місяць (2—3 рази на тиждень), застосування раціональної психотерапії — 1—2 місяці (2—3 рази на тиждень).

Вплив на супутні чинники порушення МК полягав у використанні фармакотерапії, фізіотерапії і немедикаментозних методів лікування (за наявності супутньої патології). При коморбідній алкогольній залежності застосовували медикаментозну терапію і раціональну психотерапію (Дюбуа П.) тривалістю до 3-х місяців. При слабкій психологічній настанові на співпрацю з лікарем і відсутності інформації про час початку та інші особливості дії лікарських засобів використовували психоосвітні техніки і раціональну психотерапію за Дюбуа П. (тривалість 1 місяць).

Для корекції соціально-психологічних чинників, що впливають на порушення МК, застосовували соціально-психологічне консультування і сімейну психотерапію (Ейдміллер Е. Г.).

Заходи щодо оптимізації організаційної сторони медичної допомоги включали використання зручного режиму відвідування лікаря-психіатра та лікаря-психотерапевта, перевод пацієнта під спостереження лікаря загальної практики.

Комплекс заходів для пацієнтів з порушеннями МК при рекурентній депресії був іншим.

Впливи на чинники, зумовлені хворобою, включали застосування фармакотерапії (міртазапін 15—45 мг/добу або кветіапін 50—300 мг/добу, тривалістю 6—12 місяців), індивідуальної когнітивної психотерапії (Векс А. Т.) та індивідуальної кризової психотерапії (Старшенбаум Г. В.) (за наявності суїцидальної поведінки).

Психотерапію проводили з частотою 3 рази на тиждень тривалістю до 2-х місяців, з подальшим переходом на 1—2-разове відвідування психотерапевтичних груп курсом 6—12 місяців.

Корекцію особистісних чинників проводили за допомогою особистісно-орієнтованої реконструктивної психотерапії (Карвасарський Б. Д.) і аутогенного тренування (Schultz J. H.).

Індивідуальну психотерапію проводили курсом до 2-х місяців з частотою сеансів 3 рази на тиждень, з подальшим переходом на 1—2-разове відвідування на тиждень психотерапевтичних груп, курсом до 8—10 місяців. Метод аутогенного тренування проводили 2—3 рази на тиждень, протягом 2—3-х місяців.

Впливи на чинники, зумовлені лікарським засобом, базувалися на оптимізації медикаментозної терапії (підбір дози, режиму прийому, заміна препарату), застосуванні засобів, спрямованих на усунення побічних ефектів (використання коректорів), проведенні освітніх програм (інформація про механізми дії, ефективність, можливі побічні ефекти та заходи щодо їхнього подолання). Даний комплекс включав також використання раціональної психотерапії (Дюбуа П.) з метою корекції негативного ставлення до застосованих фармакопрепаратів, методи роз'яснення, відволікання і переключення уваги.

Програма заходів з відновлення МК при рекурентній депресії включала вплив на соціально-психологічні

чинники. Такі впливи реалізовували за допомогою групової психотерапії (Карвасарський Б. Д.), соціально-психологічного консультування, а також корекції взаємовідносин у трудовому колективі.

Групову психотерапію проводили курсом до 2-х місяців з частотою сеансів 3 рази на тиждень, з подальшим переходом на 1—2-разове відвідування на тиждень психотерапевтичних груп, курсом до 10 місяців.

Впливи на фактори організації медичної допомоги були спрямовані на забезпечення адекватного лікарського спостереження пацієнта поза загостренням, підбір засобів лікування з урахуванням фінансових можливостей пацієнта та/або включення його в регіональні програми, а також телефонний моніторинг стану пацієнта.

У цьому дослідженні було проведено апробацію розробленої комплексної системи заходів, спрямованих на відновлення і підтримку МК. У апробації брали участь 62 хворих з депресивним епізодом і рекурентною депресією з відсутністю і частковим МК, які склали основну групу обстежених. У контрольну групу увійшли 65 хворих з відсутністю і частковим МК при депресивному епізоді і рекурентній депресії.

Основна група хворих отримала курс терапії депресії відповідно до розробленої комплексної програми. Контрольна група хворих отримала курс традиційної терапії депресії.

Оцінення клінічної ефективності (з урахуванням відновлення МК) комплексної системи заходів показало, що у пацієнтів, яких лікували відповідно до описаних принципів, одужання зареєстровано в 35,5 % випадків ( $p < 0,05$ ), поліпшення — в 43,5 % ( $p < 0,01$ ), відсутність динаміки — у 21,0 % ( $p < 0,05$ ). У хворих контрольної групи, де пацієнти отримували терапію без урахування особливостей МК, результати лікування були іншими: одужання зафіксовано у 21,5 %, поліпшення — у 30,8 %, відсутність позитивної динаміки — у 33,8 %, погіршення стану — у 13,8 %.

Після проведеного лікування у 70,9 % хворих основної групи діагностовано повний МК, у 19,4 % хворих — частковий і у 9,7 % хворих — відсутність МК, тоді як в контрольній групі тільки у 50,8 % хворих діагностовано повний МК, частковий МК — у 30,8 % хворих і відсутність МК — у 18,5 % хворих ( $p < 0,05$ ).

Результати апробації комплексної програми терапії показали, що у хворих основної групи після лікування сформувалося активне ставлення до прийому препаратів, з'явилось розуміння необхідності їх прийому і інтерес до параметрів терапії ( $2,7 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ); зменшилися побоювання, пов'язані з побічними діями медикаментів ( $3,6 \pm 0,7$  бали,  $p < 0,01$ ); збільшилося усвідомлення хвороби, сформувався інсайт на психологічні механізми хвороби ( $2,7 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ); знизився рівень негативної симптоматики ( $35,6 \pm 11,3$  бали,  $p < 0,05$ ); підвищився рівень соціального функціонування та адаптації ( $69,3 \pm 13,2$  бали,  $p < 0,05$ ); сформувався високий рівень терапевтичного альянсу ( $1,8 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,05$ ).

Також у хворих основної групи виявлено позитивну динаміку соціально-психологічної адаптації, показників якості життя та підвищення рівня реалізації основних загальнолюдських цінностей.

Так, в основній групі, на відміну від контрольної, зменшилася кількість хворих, що перебувають в стані соціально-психологічної дезадаптації (33,8 % випадків,  $p < 0,05$ ), що зазнають неприйняття себе (27,4 % випадків,  $p < 0,05$ ), інших (40,3 % випадків,  $p < 0,05$ ) та відчувають емоційний дискомфорт (32,2 % випадків,  $p < 0,01$ ).

Згідно з результатами апробації, у хворих основної групи внаслідок проведених заходів підвищився рівень реалізації потреб у здоров'ї ( $4,2 \pm 0,6$  бали,  $p < 0,05$ ), впевненості у собі ( $3,5 \pm 1,5$  бали,  $p < 0,01$ ), волі і незалежності у вчинках і діях ( $3,6 \pm 2,3$  бали,  $p < 0,05$ ).

За результатами апробації у хворих основної групи вищими, ніж у хворих контрольної групи, виявилися показники якості життя за шкалами працездатності ( $8,1 \pm 1,2$  бали), міжособистісної взаємодії ( $7,7 \pm 2,0$  бали), особистісної реалізації ( $7,6 \pm 1,9$  бали) і загального сприйняття якості життя ( $7,5 \pm 2,4$  бали) ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, аналіз динаміки медикаментозного комплаєнсу, клініко-психопатологічних, психологічних, соціально-психологічних характеристик, а також показників якості життя у пацієнтів з депресивним епізодом і рекурентною депресією свідчить про ефективність розробленої комплексної системи заходів.

### Список літератури

1. Байрак, Д. Комплаєнс в медицине: знання — ключ к успеху [Електронний ресурс] / Д. Байрак // Новости медицины и фармации. — 2011. — № 4 (354). — Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158>.
2. Банщиков, Ф. Р. Комплаєнс в психиатрии: реальность и перспективы [Текст] / Ф. Р. Банщиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — Т. 3. — № 4. — С. 60—68.
3. Вудворд, Дж. Комплаєнс, приверженность, согласие — дело не в названии [Текст] / Дж. Вудворд, Д. Элдридж // Новая медицина тысячелетия. — 2011. — № 5. — С. 16—19.
4. Голощапов, И. В. Согласие пациента на лечение (комплаєнс) — стратегическая мишень современной медицины [Текст] / И. В. Голощапов // Здоровье нации — основа процветания России : материалы науч.-практ. конгресса, 9—13 апр. 2007 г. — М., 2007. — С. 15—20.
5. Денисенко, М. М. Патопсихологические механизмы формирования суицидального поведения у больных экзогенными и эндогенными депрессиями [Текст] / М. М. Денисенко // Медицинская психология. — 2010. — Т. 5. — № 3 (19). — С. 55—61.
6. Изменение отношения к болезни у пациентов ревматического профиля на фоне терапии антидепрессантами [Текст] / Н. В. Яльцева, Е. В. Речкина, Ю. С. Филатова, Н. И. Коршунов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2007. — № 3. — С. 12—14.
7. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
8. Лаукс, Г. Психиатрия и психотерапия [Текст] / Г. Лаукс, Х-Ю. Миллер. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 512 с.
9. Лесная, Н. Н. Состояние проблемы комплаєнса при лечении больных хроническими заболеваниями [Текст] / Н. Н. Лесная // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4. — № 2—3 (14—15). — С. 135—138.
10. Лутова, Н. Б. Комплаєнс и психопатологическая симптоматика [Текст] / Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии — 2012. — № 3. — С. 59—64.
11. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. О. Марута // Нейро News. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.
12. Морозов, П. В. Приверженность терапии — мотивированность пациента [Электронный ресурс] / П. В. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина — 2010. — № 04. — Режим доступа : [http://con-med.ru/magazines/psikhiatriya\\_i\\_psihofarmakoterapiya\\_im\\_p\\_b\\_ganushkina/216307/216304/](http://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/216307/216304/).
13. Пшук, Н. Г. До питання про якість життя хворих на соматизовані депресивні стани [Текст] / Н. Г. Пшук, Г. Я. Пшук // Інтеративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних і психосоматичних хвороб : тези доповідей другої наук.-практ. між-регіональної конф. — Вінниця, 2010. — С. 90.
14. Смулевич, А. Б. Депрессии в клинической практике врачей общемедицинских специальностей [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич // РМЖ. — 2011. — № 9. — Режим доступа : [http://www.rmj.ru/articles\\_7662.htm](http://www.rmj.ru/articles_7662.htm).
15. Соколова, Е. Т. Перспективы системной модели комплаєнса [Текст] / Е. Т. Соколова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании : тез. докл. науч.-практ. конф.

с междунар. участием, Москва, 24—25 ноября 2011 г. — М., 2011. — С. 24—30.

16. Федотова, А. В. Комплаенс. Эффективная коммуникация врач — пациент [Электронный ресурс] / А. В. Федотова. — Режим доступа : <http://paininfo.ru/events/vein09/2544.html>.

17. Чабан, О. С. Невротические и эндогенные депрессии [Текст] / О. С. Чабан, С. Г. Полшкова // *Нейро News*. — 2008. — № 3 (1). — С. 10—16.

18. Шестопалова, Л. Ф. Психологічні фактори формування комплаенса хворих з алкогольною залежністю [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. М. Лісна // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2008. — № 3 (20). — С. 61—67.

19. Шестопалова, Л. Ф. Уровни и типы комплаенса больных с алкогольной зависимостью [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная // *Там же*. — 2010. — № 1—2 (24—25). — С. 68—74.

Надійшла до редакції 27.01.2016 р.

**MARUTA Nataliia** Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), Харків; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**ЖУПАНОВА Дар'я** Олександрівна, позаштатний науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**MARUTA Nataliia**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**ZHUPANOVA Darya**, Out-Staff Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

УДК 616.831/832-018.834-007.232-02-092-07

**О. А. Мяловицька, Т. О. Кобись, Ю. В. Хижняк**  
**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТИОПАТОГЕНЕЗ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ**  
**ОПТИКОНЕВРОМІЄЛІТУ ДЕВІКА**

**Е. А. Мяловицкая, Т. А. Кобысь, Ю. В. Хижняк**  
**Современные взгляды на этиопатогенез, диагностику и лечение оптиконевромиелита Девика**

**О. А. Mialovytska, T. O. Kobys, Yu. V. Khyzhniak**  
**Modern views on etiopathogenesis, diagnostics and treatment of neuromyelitis optica (Devic's disease)**

Стаття присвячена оптиконевромієліту Девіка — ідіопатичному, імунологічно опосередкованому демієлінізуючому захворюванню центральної нервової системи, що належить до аутоімунних каналопатій і має гуморально опосередкований механізм розвитку. Наведені сучасні дані про етіопатогенез, діагностичні критерії, диференціальну діагностику оптиконевромієліту Девіка. Завдяки сучасним діагностичним критеріям, за наявності клінічних проявів зорового невриту та мієліту встановлюють точний діагноз. Викладені основні принципи терапії оптиконевромієліту Девіка: лікування загострення, превентивна терапія, яка спрямована на стабілізацію демієлінізуючого процесу, та засоби симптоматичної терапії.

**Ключові слова:** оптиконевромієліт, аквапорини, превентивна терапія

Статья посвящена оптиконевромиелиту Девика — идиопатическому, иммунологически опосредованному демиелинизирующему заболеванию центральной нервной системы, которое относится к аутоиммунным каналопатиям и имеет гуморально опосредованный механизм развития. Представлены современные данные об этиопатогенезе, диагностических критериях, дифференциальной диагностике оптиконевромиелита Девика. Благодаря современным диагностическим критериям, при наличии клинических проявлений зрительного неврита и миелита устанавливают точный диагноз. Изложены основные принципы терапии оптиконевромиелита Девика: лечение обострения, превентивная терапия, направленная на стабилизацию демиелинизирующего процесса, и средства симптоматической терапии.

**Ключевые слова:** оптиконевромиелит, аквапорини, превентивная терапия

The article deals with neuromyelitis optica (Devic's disease) — idiopathic, immune-mediated demyelinating disease of the central nervous system that belongs to autoimmune channelopathies and has humoral-mediated mechanism of development. The article presents modern data on etiopathogenesis, diagnostic criteria and differential diagnosis of neuromyelitis optica. Modern diagnostic criteria help to set an accurate diagnosis with presence of optic neuritis and myelitis clinical manifestations. The article also provides main principles of neuromyelitis optica therapy: treatment of aggravations, preventive therapy aimed at stabilization of demyelinating process and methods of symptomatic therapy.

**Keywords:** neuromyelitis optica, aquaporins, preventive therapy

Оптиконевромієліт Девіка (ОНМ) був вперше описаний у XIX столітті і довгий час його вважали клінічним варіантом розсіяного склерозу. За сучасними уявленнями — це ідіопатичне, імунологічно опосередковане, демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи (ЦНС) з переважним ураженням зорових нервів і спинного мозку [45].

**Епідеміологія.** ОНМ належить до рідкісних захворювань, в літературі нема точних даних щодо захворюваності і поширеності. В європейських країнах захворюваність коливається в межах від 1 до 4,4 на 100 тис. населення [6; 19]. Хворіють значно частіше жінки, ніж чоловіки (співвідношення 9:1) [56]. Середній вік початку захворювання — 39 років, хоча відомі випадки дебюту в дитинстві і в літньому віці [56; 30]. ОНМ має рецидивуючий або

монофазний перебіг, із значним переважанням першого варіанту (80—90 % випадків) [56]. Щодо коморбідності, то аквапорин-4 серопозитивний ОНМ частіше, ніж розсіяний склероз (РС), поєднується з іншими аутоімунними захворюваннями, такими як: міастенія *gravis*, системний червоний вовчак, синдром Шенгрена, ціліакія, саркоїдоз [21; 23; 56]. У 20—30 % випадків розвитку цього захворювання передують вірусна або бактеріальна інфекція (частіше *varicella zoster*, *mycobacterium tuberculosis*) або вакцинація [22].

**Патогенез.** Відкриття антитіл до аквапорину-4 (aquaporin-4, AQP-4) 2004 року різко змінило клінічне визначення і розуміння патофізіології цього захворювання, тепер ОНМ вважають окремим захворюванням.

Аквапорини — це водні канали, що розташовані на клітинних мембранах. Серед 13 відомих видів аквапоринів саме аквапорин-4 найчастіше буває у ссавців [54].

© Мяловицька О. А., Кобись Т. О., Хижняк Ю. В., 2016