

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., И. А. Явдак, канд. мед. наук
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
 (г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОВИТАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УМЕРЕННЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ

С целью оценки терапевтической эффективности препарата Нейровитан в комплексной терапии больных умеренным депрессивным эпизодом проведено обследование 60 пациентов.

Показано, что 12-недельный курс лечения с дополнительным применением препарата Нейровитан у большинства пациентов вызывает уменьшение выраженности астенического компонента депрессии и, как следствие — выраженности основных клинических проявлений. Нейровитан является эффективным и безопасным лекарственным средством, усиливает антидепрессивный эффект основной терапии и может быть рекомендован для применения в комплексном лечении больных депрессиями.

Ключевые слова: депрессивный эпизод, лечение, Нейровитан.

В настоящее время депрессивные расстройства вышли за границы психиатрии и приобрели общемедицинскую значимость из-за их высокой распространенности. Согласно статистическим данным, в мире страдают депрессией более 110 млн. человек, из которых только 10—20 % обращаются за специализированной психиатрической помощью. Депрессивные расстройства представляют собой большую медико-социальную проблему в связи с их распространенностью и тем, что они поражают наиболее работоспособные слои населения, нарушая качество жизни больных и их семей [1—8].

Важным аспектом депрессивных расстройств является и то, что они характеризуются рецидивирующим течением, склонностью к формированию резистентных форм и представляют значительную угрозу из-за развития риска суицида у данной категории больных (приблизительно в 15 % случаев больные депрессией заканчивают жизнь самоубийством) [1—3, 5, 6]. Кроме этого, лечение данной категории больных ведет к значительным финансовым потерям общества. В связи с этим поиск методов усиления эффективности фармакотерапии депрессивных расстройств остается одной из центральных задач современной клинической психиатрии [2, 3, 7, 9, 10]. Решение данной проблемы может быть осуществлено с помощью дополнительного присоединения к основной терапии общебиологической терапии в виде витаминотерапии [9, 11]. Одним из уникальных лечебно-профилактических комплексов витаминов является препарат Нейровитан, производства фирмы «Мегаком» (Иордания), который представляет собой таблетированный сбалансированный комплекс витаминов группы В с высокой степенью биодоступности. Дозировка каждого витамина соответствует лечебной дозе, необходимой организму: октотиамин (витамин В₁ + α-липоевая кислота) — 25 мг, витамин В₂ (рибофлавин) — 2,5 мг, витамин В₆ (пиридоксина гидрохлорид) — 40 мг, витамин В₁₂ (цианокобаламин) — 250 мг. Препарат создан по уникальной технологии, при которой каждый из витаминов, входящих в состав препарата, находится в микрокапсулах, не позволяющих взаимодействовать друг с другом [12].

С целью оценки терапевтической эффективности препарата Нейровитан в комплексной терапии больных умеренным депрессивным эпизодом проведено открытое, контролируемое, рандомизированное в параллельных группах исследование.

Исследование включало следующие этапы: скрининг и лечение (12 недель) с регистрацией субъективных данных и результатов психометрических шкал до лечения, через 2, 4, 8 и 12 недель лечения, систематизация и анализ полученных результатов. По завершении исследования результаты оценки эффективности лечения больных основной контрольной групп анализировали и сравнивали между собой с использованием статистических методов.

В исследование были включены 60 пациентов обоего пола в возрасте от 30 до 50 лет, находившихся на амбулаторном лечении в отделе пограничной психиатрии Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины с диагнозом «Умеренный депрессивный эпизод» (код F 32.1 по классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10). Включенные в исследование пациенты соответствовали критериям включения/исключения, согласно Протоколу данного исследования. Все пациенты были ознакомлены с «Информацией для пациента» и дали письменное согласие на участие в исследовании. Все пациенты случайным образом были распределены на основную (с дополнительным применением Нейровитана) и контрольную (без дополнительного применения Нейровитана) группы по 30 человек.

Диагноз «Умеренный депрессивный эпизод» ставился на основании жалоб, данных анамнеза и психоневрологического статуса больных. Учитывалось наличие следующих признаков: постоянные жалобы на сниженное настроение, утрату интересов и удовольствия, апатию, снижение энергичности, пониженную активность, пониженную способность к сосредоточению и вниманию, пониженные самооценку и чувство уверенности в себе, повышенную утомляемость, сниженный аппетит, мрачное и пессимистическое видение будущего, нарушения сна, идеи виновности и уничижения.

Обследование носило комплексный характер и включало: психопатологическое обследование (динамика выраженности характерных субъективных жалоб пациентов и особенности психического статуса пациента, особое внимание было уделено изучению аффективных нарушений, степени выраженности депрессии, тревоги, наличию и характеру астенических нарушений); психометрическое обследование (выраженность депрессии по шкалам Гамильтона (HDRS) и MADRS, выраженность уровня ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера — Ханина, выраженность астении по шкале астенического состояния (ШАС); исследование социального функционирования (оценка качества жизни пациента по шкале «Показатель качества жизни»).

Пациенты обеих групп в качестве основной терапии принимали антидепрессант Венлаксор в дозе 75 мг в сутки. В соответствии с Протоколом исследования, пациенты основной группы дополнительно получали исследуемый препарат Нейровитан по 1 таблетке 2 раза в сутки. Курс лечения составил 12 недель.

Оценка эффективности лечения производили на основании динамики выраженности характерных для умеренного депрессивного эпизода субъективных жалоб пациентов с помощью анкеты, позволяющей оценить болезненные симптомы количественно (в баллах); динамики показателей данных оценочных шкал депрессии Гамильтона и MADRS, динамики уровня тревожности по шкале Спилбергера — Ханина, динамики астении по шкале астенического состояния, а также оценки качества жизни по шкале «Показатель качества жизни».

Переносимость лечения оценивали на основании субъективных жалоб пациентов и результатов объективных клинических исследований.

Статистическая обработка проводилась с использованием методов вариационной статистики. Рассчитывали средние значения показателей (*M*) и их стандартную ошибку (*m*). Достоверность различий между средними значениями исследуемых показателей определяли по критерию Стьюдента, оценивая вероятность на уровне значимости не менее 95 % ($p \leq 0,05$).

Анализ исходного состояния вошедших в исследование пациентов умеренным депрессивным эпизодом оценивался, прежде всего, по данным объективного обследования на основе регистрации субъективных жалоб и психического статуса. До начала терапии клиническая картина заболевания у пациентов основной и контрольной групп была сходной: в структуре психопатологических нарушений преобладали аффективные расстройства настроения.

Характер субъективных жалоб и особенности психоневрологического статуса у больных обеих групп соответствовали клинической картине умеренного депрессивного эпизода (F 32.1) по МКБ-10 и выражались в виде снижения настроения и энергичности, утраты

интересов и удовольствия, сниженной активности, повышенной утомляемости, а также пониженной способностью к сосредоточению и вниманию, сниженной самооценкой и чувством неуверенности в себе, наличием идей виновности и самоуничтожением, мрачным и пессимистическим видением будущего, нарушениями сна, снижением аппетита.

Больные предъявляли жалобы на подавленность, апатию, чувство безразличия к окружающему, снижение активности, снижение или полное отсутствие аппетита, общую слабость, неспособность расслабиться, плохой сон, отсутствие чувства отдыха после сна, рассеянность внимания, снижение памяти и продуктивности при физической и умственной работе. Указанные явления сопровождалась различной по интенсивности тревогой, разнообразной неопределенной соматической симптоматикой, идеями собственной никчемности, пессимизмом.

У всех включенных в исследование пациентов обеих групп не выявлялось каких-либо отклонений от нормы со стороны соматического и неврологического статусов.

Перечень регистрируемых симптомов умеренного депрессивного эпизода и динамика их выраженности в процессе 12-недельной терапии у обследованных больных представлены в таблице 1.

Из приведенных в таблице 1 данных видно, что до начала лечения выраженность психопатологической симптоматики у больных обеих групп была количественно сходной и соответствовала умеренной степени тяжести депрессии.

По большинству показателей, характеризующих депрессивную симптоматику, 16 (53,3 %) больных основной группы и 17 (56,7 %) больных контрольной группы давали оценку средней (2 балла) степени выраженности признака, 14 (46,7 %) и 13 (43,3 %) больных основной и контрольной групп соответственно — высокой степени выраженности (3 балла). На момент включения в исследование никто из больных не оценивал клинические симптомы как «слабая выраженность» (1 балл) или «отсутствие признака» (0 баллов).

Таблица 1

Распределение больных умеренным депрессивным эпизодом по динамике клинических проявлений в процессе терапии

Основные клинические симптомы	Этапы лечения	Группы больных							
		основная группа				контрольная группа			
		Выраженность признака, баллы							
		0	1	2	3	0	1	2	3
		Количество пациентов							
Сниженное настроение	До лечения	0	0	16	14	0	0	17	13
	14	0	0	17	13	0	0	17	13
	28	0	6	16	8	0	7	15	8
	56	8	12	9	1	6	12	10	2
	84	25	5	0	0	23	5	2	0
Утрата интересов и удовольствия	До лечения	0	0	16	14	0	0	17	13
	14	0	0	17	13	0	0	17	13
	28	0	6	15	9	0	7	15	8
	56	8	12	9	1	9	12	10	2
	84	25	5	0	0	23	5	2	0

Основные клинические симптомы	Этапы лечения	Группы больных							
		основная группа				контрольная группа			
		Выраженность признака, баллы							
		0	1	2	3	0	1	2	3
		Количество пациентов							
Снижение энергичности	До лечения	0	0	16	14	0	0	17	13
	14	0	0	18	12	0	0	18	12
	28	0	8	15	7	0	4	17	9
	56	12	10	8	0	7	11	9	3
	84	28	2	0	0	17	9	4	0
Пониженная активность	До лечения	0	0	16	14	0	0	17	13
	14	0	0	18	12	0	0	18	12
	28	0	8	15	7	0	4	17	9
	56	12	10	8	0	7	11	9	3
	84	28	2	0	0	17	9	4	0
Пониженная способность к сосредоточению и вниманию	До лечения	0	0	17	13	0	0	17	13
	14	0	0	19	11	0	0	18	12
	28	0	11	15	4	0	8	15	7
	56	12	11	7	0	8	14	7	1
	84	29	1	0	0	19	8	3	0
Пониженные самооценка и чувство уверенности в себе	До лечения	0	2	16	12	0	3	15	12
	14	0	5	14	11	0	6	13	11
	28	0	12	10	8	0	11	11	8
	56	8	12	9	1	6	12	10	2
	84	25	5	0	0	22	7	1	0
Идеи виновности и уничижения	До лечения	0	2	16	12	0	3	15	12
	14	0	5	14	11	0	6	13	11
	28	0	12	10	8	0	11	11	8
	56	8	12	9	1	6	12	10	2
	84	25	5	0	0	22	7	1	0
Мрачное и пессимистическое видение будущего	До лечения	0	0	16	14	0	0	17	13
	14	0	0	17	13	0	0	17	13
	28	0	6	16	8	0	7	15	8
	56	8	12	9	1	6	12	10	2
	84	25	5	0	0	23	5	2	0
Нарушение сна	До лечения	0	9	11	12	0	7	14	9
	14	7	6	9	8	8	7	9	6
	28	11	6	7	6	10	5	8	7
	56	18	8	3	1	17	9	2	2
	84	26	4	0	0	22	6	2	0
Повышенная утомляемость	До лечения	0	0	16	14	0	0	17	13
	14	0	0	18	12	0	0	18	12
	28	0	8	15	7	0	4	17	9
	56	12	10	8	0	7	11	9	3
	84	28	2	0	0	17	9	4	0
Сниженный аппетит	До лечения	0	9	9	12	0	8	11	11
	14	0	11	9	10	0	9	11	10
	28	9	13	6	2	5	11	9	5
	56	24	6	0	0	21	9	0	0
	84	27	3	0	0	25	5	0	0

Максимальную степень выраженности имели такие симптомы, как «сниженное настроение», «утрата интересов и удовольствия», «снижение энергичности», «пониженная активность», «повышенная утомляемость», «пониженная способность к сосредоточению и вниманию», «пониженные самооценка и чувство уверенности в себе», «мрачное и пессимистическое видение будущего». Меньшую интенсивность имели такие симптомы, как «идеи виновности и уничижения», «нарушение сна», «сниженный аппетит».

В процессе 12-недельной (84 дня) терапии у пациентов обеих групп происходило постепенное снижение выраженности основных клинических проявлений депрессивного эпизода; при этом динамика количественных сдвигов в сравниваемых группах имела различия. Так, у больных основной группы, принимавших дополнительно Нейровитан, по показателям «снижение энергичности», «пониженная активность», «повышенная утомляемость», «пониженная способность к сосредоточению и вниманию» отчетливая положительная динамика отмечалась уже на 28-й день терапии и сохранялась к концу курса лечения, тогда как у больных контрольной группы данная динамика была достоверно менее выраженной. По завершении лечения в сравниваемых группах больных наиболее значимые позитивные сдвиги в картине клинических проявлений депрессивного эпизода зарегистрированы у больных обеих групп по всем симптомам (см. табл. 1). В этот период 25 (83,3 %) больных основной группы сообщили о восстановлении (0 баллов) у них настроения и активности, энергичности, способности к сосредоточению и вниманию, сна, аппетита, интересов и способности получать удовольствие, восстановлению самооценки и чувства уверенности в себе, что свидетельствовало о редукции депрессивной симптоматики и полном восстановлении состояния. Пять (16,7 %) больных основной группы после лечения по большинству основных симптомов, характеризующих депрессивное состояние, дали оценку «слабая выраженность» (1 балл). При этом у них так же менее интенсивными были утомляемость, нарушение аппетита, идеи виновности и уничижения. «Умеренную степень выраженности» (2 балла) по завершении курса лечения не отметил никто из пациентов основной группы.

В контрольной группе пациентов, не получавших дополнительно препарат Нейровитан, после окончания курса лечения 22 (73,3 %) пациентов отметили полную редукцию таких симптомов как «сниженное настроение», «утрата интересов и удовольствия», «снижение энергичности», «пониженная активность», «пониженная способность к сосредоточению и вниманию», «идеи виновности и уничижения», «мрачное и пессимистическое видение будущего», «повышенная утомляемость», «нарушение сна». Оценку «слабая выраженность» (1 балл) после проведенного лечения по оцениваемым признакам «сниженное настроение», «утрата интересов и удовольствия», «идеи виновности и уничижения» дали 5 (16,7 %) больных, по признакам «снижение энергичности», «пониженная активность», «пониженная способность к сосредоточению и вниманию» — 9 (30,0 %) больных контрольной группы. «Умеренную степень выраженности» (2 балла) по завершении курса лечения по признакам «сниженное настроение», «утрата интересов и удовольствия», «мрачное и пессимистическое видение будущего» отметили 2 (6,7 %), «снижение энергичности», «пониженная активность», «пониженная способность

к сосредоточению и вниманию» — 4 (13,3 %) пациентов рассматриваемой группы.

Ухудшения состояния не было зарегистрировано ни у кого из обследованных.

Таким образом, у больных основной группы в процессе терапии наблюдалась более быстрая динамика снижения интенсивности жалоб на «снижение энергичности», «пониженную активность», «повышенную утомляемость», «пониженную способность к сосредоточению и вниманию» (см. табл. 1).

Динамика выраженности депрессивной симптоматики по данным шкалы Гамильтона (HDRS) у больных умеренным депрессивным эпизодом под влиянием лечения в исследуемых группах больных представлена на рисунке 1.

Согласно представленным данным, до начала лечения выраженность симптомов депрессии у всех включенных в исследование больных обеих групп находилась в диапазоне от 20 до 29 баллов, что соответствовало «среднему уровню» депрессии. Пациентов с «высоким уровнем» и «очень высоким уровнем» депрессии в сравниваемых группах не было.

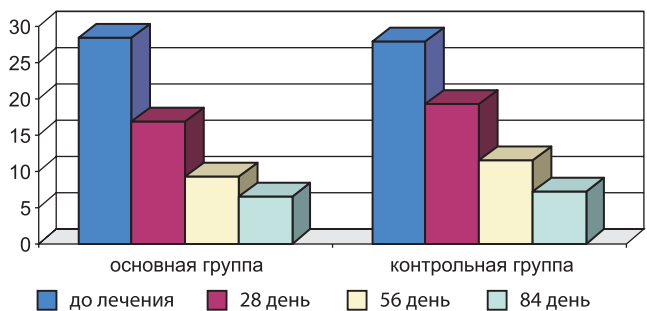


Рис. 1. Динамика выраженности депрессии по данным шкалы Гамильтона в группах больных в процессе терапии

Полученные результаты отражают позитивную динамику состояния у больных обеих групп, однако у больных основной группы, принимавших дополнительно Нейровитан, уже после 4 недель лечения отмечена более выраженная динамика. Данная тенденция наблюдалась и в последующие недели наблюдения.

Результаты оценки динамики редукции депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона под влиянием терапии согласуются с описанной выше динамикой показателей психического статуса больных основной и контрольной групп.

До начала лечения суммарный балл по шкале MADRS у всех больных исследуемых групп находилась в диапазоне от 27 до 30 баллов, что соответствовало умеренному депрессивному эпизоду (средний балл в основной группе — 28,5, в контрольной — 29,2). Динамика выраженности депрессивной симптоматики у больных в процессе лечения представлена на рисунке 2.

Согласно представленным данным, на момент начала терапии выраженность депрессивной симптоматики по шкале MADRS у больных исследуемых групп была идентичной. В процессе лечения депрессивная симптоматика прогрессивно редуцировалась, что имело подтверждение по данным шкалы MADRS — средний балл по завершении лечения в основной группе составил 6,6 баллов, в контрольной — 8,2 баллов, что свидетельствовало об отсутствии депрессии у больных. Вместе с тем, динамика

восстановления у больных основной группы была более быстрой (см. рис. 2).

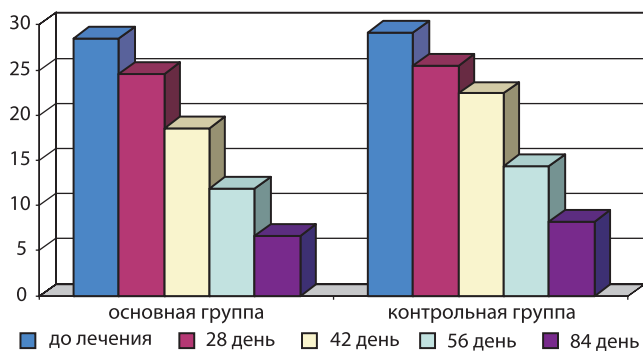
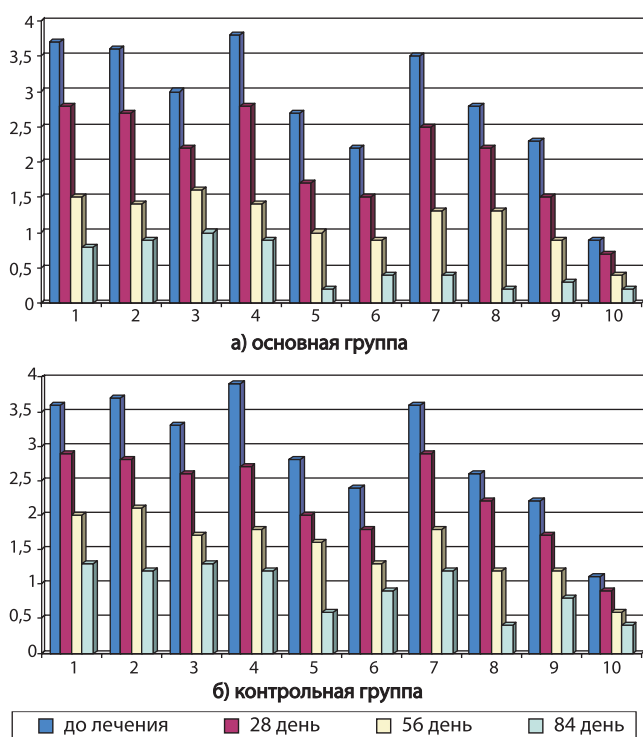


Рис. 2. Динамика выраженности депрессивной симптоматики по данным шкалы MADRS в группах больных в процессе терапии

Рассматривая динамику показателей шкалы MADRS по отдельным пунктам, следует отметить, что уменьшение показателей по шкалам «Трудности концентрации», «Вялость» и «Нарушение аппетита» у больных основной группы опережало таковые у больных контрольной группы уже через 4 недели терапии и через 8 недель лечения у больных, принимавших дополнительно Нейровитан, достоверно больше снизились показатели по основным шкалам, что свидетельствовало о более быстром ответе на лечение у данных больных (рис. 3).



Значения шкал:

- 1 — наблюдаемая печаль; 2 — печаль, о которой пациент говорит; 3 — внутреннее напряжение; 4 — ухудшение сна; 5 — нарушение аппетита; 6 — трудности концентрации; 7 — вялость; 8 — неспособность чувствовать; 9 — пессимистические мысли; 10 — суицидальные мысли

Рис. 3. Динамика показателей шкалы MADRS в группах больных в процессе терапии по отдельным пунктам

Отсутствия изменений в показателях депрессии по шкалам HDRS и MADRS под влиянием 12-недельной терапии в сравниваемых группах выявлено не было, что согласуется с динамикой показателей психического статуса больных основной и контрольной групп.

Динамика распределения больных умеренным депрессивным эпизодом по уровню тревожности по шкале Спилбергера — Ханина под влиянием лечения представлена в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных умеренным депрессивным эпизодом по динамике выраженности тревожности под влиянием 12-недельной терапии

Группы больных							
основная группа				основная группа			
количество пациентов (абс., %)							
до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
«Отсутствие тревожности» (20—29 баллов)							
—	—	18	60,0	—	—	16	53,3
«Низкая степень тревожности» (30—39 баллов)							
13	27,0	12	40,0	14	24,3	14	24,3
«Высокая степень тревожности» (40—49 баллов)							
17	73,0	—	—	16	53,3	—	—

Согласно полученным данным, до начала лечения у пациентов обеих групп имела место тревожность разной степени выраженности. Большая часть больных характеризовались высоким уровнем тревожности — «Высокая степень тревожности» (40—49 баллов) отмечалась у 17 (73,0 %) больных основной группы и у 16 (53,3 %) больных контрольной группы. «Низкая степень тревожности» (30—39 баллов) была выявлена у 13 (27,0 %) больных основной и у 14 (24,3 %) больных контрольной групп. «Отсутствия тревожности» до лечения не было зарегистрировано ни у одного из больных.

В процессе 12-недельного лечения наблюдалась положительная динамика показателей тревожности у большинства пациентов обеих групп (см. табл. 2).

В группе пациентов, принимавших дополнительно Нейровитан, после проведенного лечения «Отсутствие тревожности» зарегистрировано у 18 (60,0 %) больных, в контрольной группе — у 16 (53,3 %) больных. «Низкая степень тревожности» после лечения была зарегистрирована у 12 (40,0 %) больных основной и у 14 (24,3 %) больных контрольной группы. «Высокая степень тревожности» по завершении исследования не была зарегистрирована ни у кого из обследованных.

Приведенные данные показывают, что после проведенного 12-недельного курса терапии показатели тревожности достоверно снизились у больных обеих групп. При этом между сравниваемыми группами не выявлено статистически значимых различий динамики в показателях тревожности.

Результаты психометрического тестирования больных умеренным депрессивным эпизодом по шкале астенических состояний до и после завершения 12-недельного лечения представлены в таблице 3 и на рисунке 4.

Таблиця 3

Распределение больных умеренным депрессивным эпизодом по динамике выраженности астении в процессе 12-недельной терапии

Баллы	Группы больных							
	основная группа				контрольная группа			
	Количество пациентов (абс., %)							
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
«Отсутствие астении»								
30—50	—	—	22	73,3	—	—	15	50,0
«Слабая астения»								
51—75	—	—	8	26,7	—	—	13	43,3
«Умеренная астения»								
76—100	27	97,0	—	—	26	86,7	2	6,7
«Выраженная астения»								
101—120	3	10,0	—	—	4	13,2	—	—

Как видно из таблицы 3, до начала лечения в обеих группах отсутствовали пациенты с физиологическим уровнем астении по Шкале астенических состояний (30—50 баллов) и «Слабой астенией» (51—75 баллов). Выраженность астении по шкале ШАС у всех включенных в исследование пациентов была более 76 баллов.

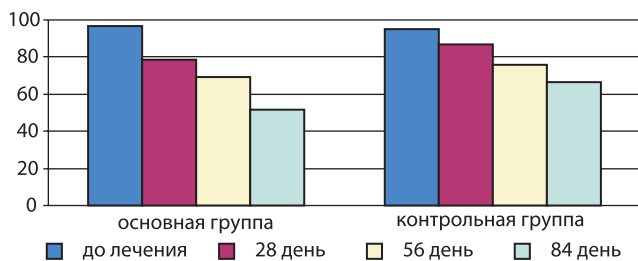


Рис. 4. Влияние 12-недельной терапии на динамику выраженности астенического состояния у больных основной и контрольной групп

Степень астении, согласно ШАС, у 27 (97,0 %) больных основной и 26 (86,7 %) больных контрольной групп находилась в диапазоне 76—100 баллов («Умеренная астения»). «Выраженная астения» (101—120 баллов) была установлена у 3 (10,0 %) больных основной и 4 (13,2 %) больных контрольной групп.

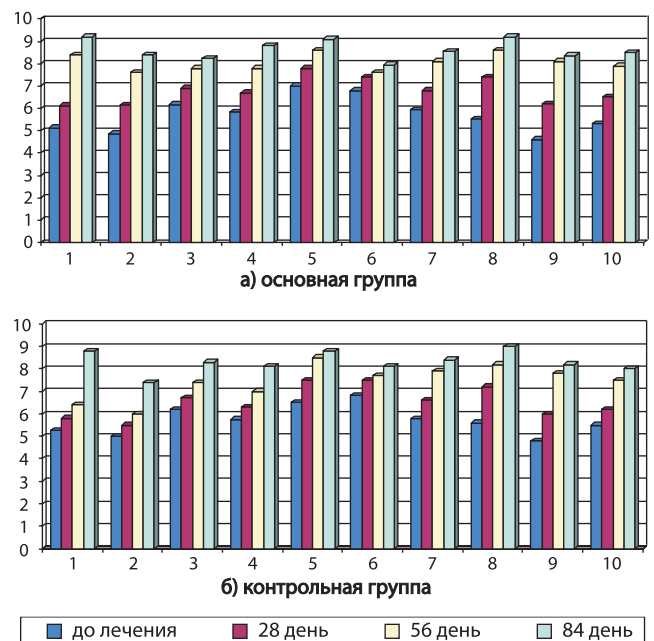
Средние показатели выраженности астенического состояния до начала исследования в сравниваемых группах также существенно не различались, составив $96,2 \pm 5,6$ балла (основная группа) и $94,8 \pm 5,2$ балла (контрольная группа), и в среднем соответствовали диапазону «умеренной астении» (см. рис. 4).

Как свидетельствуют представленные данные, динамика показателей астении у больных основной и контрольной групп в процессе терапии имела

достоверные отличия. Так, у больных основной группы позитивные изменения в показателях астении были отмечены уже на 28 день лечения ($78,2 \pm 5,2$ баллов) и на 56 день составили $68,8 \pm 4,8$ баллов. У больных контрольной группы показатели астении редуцировались медленнее — к 28 дню лечения существенно не изменились ($86,4 \pm 5,4$ баллов), на 56 день составили $75,6 \pm 5,2$ баллов. После 84-дневного курса лечения выраженность астении в среднем по сравниваемым группам снизилась до диапазона «Слабая астения», при этом показатели в группе больных, принимавших дополнительно Нейровитан, были достоверно выше, чем в группе больных, не принимавших его ($51,6 \pm 4,6$ и $66,4 \pm 4,7$ баллов соответственно).

При этом «Отсутствие астении» выявлялось у 22 (73,3 %) больных основной и у 15 (50,0 %) больных контрольной групп, «Слабый уровень астении» зарегистрирован у 8 (26,7 %) больных основной и 13 (43,3 %) больных контрольной групп, «Умеренная астения» сохранялась только у 2 (6,7 %) больных контрольной группы. «Выраженной астении» по окончании лечения не выявлялось ни у кого из больных обеих групп (см. табл. 3).

Результаты оценки интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больных умеренным депрессивным эпизодом до и после 12-недельного лечения представлены на рисунке 5.



Условные обозначения шкал:

- 1 — Физическое благополучие; 2 — Психологическое/эмоциональное благополучие; 3 — Самообслуживание и независимость действий; 4 — Работоспособность; 5 — Межличностные взаимодействия; 6 — Социоэмоциональная поддержка; 7 — Служебная и общественная поддержка; 8 — Личностная реализация; 9 — Духовная реализация; 10 — Общее восприятие качества жизни

Рис. 5. Динамика интегративного показателя качества жизни у больных основной и контрольной групп в процессе лечения

Как видно из представленных данных, до лечения пациенты умеренным депрессивным эпизодом наиболее низко оценивали такие показатели как «Физическое благополучие», «Психологическое/эмоциональное благополучие» и «Духовная реализация», что негативно отображалось на «Общем восприятии качества жизни».

Характеризуя результаты восприятия качества жизни в динамике лечения мы отметили достоверное улучшение оценок практически по всем показателям. Так, значительно улучшилось восприятие пациентами своего физического благополучия, и психологического/эмоционального благополучия, повысилась работоспособность, пациенты выше оценивали свои межличностные взаимодействия, чувствовали поддержку (как служебную, так и эмоциональную) от окружающих, а также отмечалось повышение удовлетворенности пациентов от личностной и духовной реализаций, что положительно влияло на общее восприятие больными качества их жизни.

Анализируя динамику отдельных показателей качества жизни в сравниваемых группах по этапам лечения, следует отметить, что по показателю «Физическое благополучие» в группе больных, принимавших дополнительно Нейровитан, улучшение отмечалось быстрее — уже через 4 недели лечения и к 56 дню достоверно превышало показатели у больных контрольной группы.

Аналогичная тенденция выявлялась по показателям «Психологическое/эмоциональное благополучие», «Работоспособность» и, как следствие, по показателю «Общее восприятие качества жизни».

Анализируя в целом эффективность 12-недельного лечения в сравниваемых группах на выраженность клинических проявлений умеренного депрессивного эпизода, следует отметить, что достижение редукции депрессивного эпизода и редукция показателей оценочных шкал депрессии Гамильтона и MADRS, шкалы тревожности Спилбергера — Ханина зарегистрировано у большинства больных основной (25 — 83,3 %) и контрольной (23 — 76,7 %) групп.

Вместе с тем, у больных основной группы достоверно быстрее стабилизировались показатели по шкале астенического состояния (ШАС), что соответствовало динамике аналогичных жалоб в данной группе больных и показателю качества жизни, преимущественно за счет «Физического благополучия», «Работоспособности», «Психологического/эмоционального благополучия», «Общего восприятия качества жизни», что свидетельствовало о высокой эффективности лечения при дополнительном назначении Нейровитана.

Отсутствие эффекта (отсутствие динамики изучаемых показателей) не было зарегистрировано ни у кого из пациентов обеих групп.

Осмотр и опрос пациентов основной и контрольной групп в ходе проведенного клинического наблюдения не выявил каких-либо жалоб, неожиданных побочных реакций, осложнений или явлений непереносимости лечения в сравниваемых группах больных. В целом, по результатам объективного клинического исследования, переносимость препарата Нейровитан может быть признана как хорошая у всех пациентов.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие выводы: препарат Нейровитан, таблетки производства фирмы «Мегаком» (Иордания), при дополнительном назначении больным умеренным депрессивным эпизодом по 1 таблетке 2 раза в день в течение 12 недель усиливает антидепрессивный эффект основной терапии.

Терапевтические эффекты препарата Нейровитан включают редукцию астенического компонента депрессии, что ускоряет восстановление эмоционального состояния больных и подтверждается динамикой показателей психометрических шкал.

Под влиянием терапии с применением Нейровитана у пациентов отмечается стойкое достоверное улучшение Интегративного показателя качества жизни.

Препарат Нейровитан хорошо переносится больными и на протяжении 12 недель лечения ни у кого из включенных в исследование пациентов не вызвал каких-либо ожидаемых или неожиданных побочных эффектов, не оказал отрицательного влияния на показатели общего клинического состояния.

Нейровитан, таблетки производства фирмы «Мегаком» (Иордания), может быть рекомендован к медицинскому применению как эффективное и безопасное лекарственное средство в комплексном лечении больных депрессивным эпизодом.

Список литературы

1. Ветроградова, О. П. Депрессия как общемедицинская проблема / О. П. Ветроградова // Медицина для всех. — 1997. — № 2. — С. 2—9.
2. Гуляев, Д. В. Депрессия как глобальная проблема здравоохранения / Д. В. Гуляев // Нейрон-ревью: Журнал клинических нейронаук. — 2007, — № 2, — С. 2—3.
3. Дробижев, М. Ю. Депрессия как общемедицинская проблема / М. Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакология. — 2006. — Т. 11. — № 2.
4. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. О. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и соавт.] — Харьков: Арсис, ЛТД, 2004. — 24 с.
5. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистико-эпидемиологических данных ВОЗ : Отчет о состоянии здравоохранения в мире, 1997 год // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — Т. 99. — № 9. — С. 46—47.
6. Минутко В. Л. Депрессия / В. Л. Минутко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 320 с.
7. Напреекно, О. К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) / О. К. Напреекно // Вісник психіатрії та психофармотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7—12.
8. Орловская, Д. Д. Психиатрия в XXI веке / Д. Д. Орловская, Н. М. Жариков, А. С. Тиганов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — Т. 102. — № 6. — 2002. — С. 9—14.
9. Александровский, Ю. А. Психиатрия и психофармакотерапия / Ю. А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. — 427 с.
10. Чабан, О. С. Лечение депрессии: новые взгляды на старые проблемы / О. С. Чабан // Нейрон-ревью: Журнал клинических нейронаук. — 2007. — № 2. — С. 4—26.
11. Луцкий, И. С. Роль витаминов группы В в клинической практике / И. С. Луцкий // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 2 (12). — С. 115—122.
12. Nakano M. Clinical Experience with Neurovitan / M. Nakano // Department of Internal Medicine, Takaoka City Hospital, Japan.

Надійшла до редакції 19.11.09 р.

Н. О. Марута, І. О. Явдак

Застосування Нейровітану в комплексній терапії хворих на помірний депресивний епізод

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

З метою оцінки терапевтичної ефективності препарату Нейровітан у комплексній терапії хворих на помірний депресивний епізод проведено обстеження 60 пацієнтів.

Показано, що 12-тижневий курс лікування з додатковим застосуванням препарату Нейровітан у більшості пацієнтів викликає зменшення вираженості астеничного компонента депресії і, як наслідок — вираженості основних клінічних проявів. Нейровітан є ефективним і безпечним лікарським засобом, підсилює антидепресивний ефект основної терапії і може бути рекомендований для застосування в комплексному лікуванні хворих на депресію.

Ключові слова: депресивний епізод, лікування, Нейровітан.

N. O. Maruta, I. O. Yavdak

Usage of Neurovitan in a complex therapy for patients with a moderate depressive episode

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

To evaluate a therapeutic efficacy of Neurovitan in a complex therapy for patients with a moderate depressive episode an examination of 60 patients was carried out.

It was shown that 12-week treatment with an additional usage of Neurovitan in the most of patients resulted in a decreased expression of asthenic component of depression and, consequently, the main clinical manifestations. Neurovitan is an effective and safe medication it reinforces an antidepressive effect of the basis therapy and it may be recommended to use in a complex therapy for patients with depression.

Keywords: depressive episode, therapy, Neurovitan.

УДК: 616.89-008.47//.48: 37.042.2

И. И. Марценковская

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии (г. Киев)

НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ, ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И ИМПУЛЬСИВНОСТЬ, КАК ФАКТОРЫ АКАДЕМИЧЕСКОЙ НЕУСПЕШНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ

Целью настоящего исследования было изучение распространенности нарушений внимания, активности и импульсивности у школьников. Также изучалась академическая успешность учащихся с различными подтипами расстройства с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ), оппозиционно-демонстративного (ОПДР) и антисоциального (АСР) расстройств. Были обследованы 646 детей школьного возраста: 482 учащихся (218 мальчиков, 264 девочки) в общеобразовательной школе (ООШ) и 164 школьника (120 мальчиков, 44 девочки) в специальной школе (СПШ) для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости. Обследование включало: 1) скрининг родителей при помощи «Списка детских симптомов» и «Контрольного перечня проявлений детского поведения»; 2) скрининг учителей при помощи «Шкалы Вандербильта». Было установлено, что РДВГ у киевских школьников встречается чаще, чем в Европе и США: у 12,2 % детей в ООШ и у 27,4 % в СПШ. Установлены гендерные различия: накопление в СПШ мальчиков с РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью (РДВГ-Г/И) и девочек с РДВГ с невнимательностью (РДВГ-Н). 31,7 % школьников с РДВГ имели коморбидное ОПДР, 39,4 % — АСР. У многих учащихся с РДВГ были коморбидные расстройства школьных навыков. Расстройства развития школьных навыков (письма, чтения, счета) и двигательных функций, прежде всего мелкой моторики, встречаются у детей с РДВГ в 3—5 раз чаще, чем обычно. У детей с РДВГ-Г/И, наряду с академическими проблемами, имели место более тяжелые, чем у детей с РДВГ-Н и учащихся без РДВГ, нарушения школьной адаптации. Делается вывод, что общеобразовательные школы плохо интегрируют детей с РДВГ. Специальные школы создают лучшие условия для интеграции детей с РДВГ, что приводит к накоплению в них мальчиков с гиперактивностью и импульсивностью

Ключевые слова: невнимательность, гиперактивность, импульсивность, расстройства поведения, школьная дезадаптация.

Квалификация и систематизация нарушений психики и поведения у детей школьного возраста является достаточно сложной проблемой детской психиатрии. В большинстве русскоязычных литературных источников задержки развития школьных навыков, речи, двигательных функций, нарушения внимания и эмоционально-волевого контроля рассматриваются, как правило, в рамках представлений об их этиопатогенетической связи с резидуальным органическим поражением мозга (минимальной мозговой дисфункцией) [1—4]. При этом состояния с дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью трактуются в рамках представлений об органических: личностном (F. 07.0), эмоционально-лабильном (церебрастеническом) (F. 06.6), диссоциативном (F. 06.5), легком когнитивном (F. 06.5) расстройствах. Традиционными являются и представления о психоорганическом синдроме, в качестве клинических проявлений которого описывают практически все проявления школьной дезадаптации [5]. В англоязычной литературе такие нарушения не принято связывать с повреждением или дисфункцией головного мозга; расстройства развития школьных навыков, речи, нарушения внимания с импульсивностью и гиперактивностью обычно

трактуются, как клинические проявления нарушений нейроразвития, ассоциированные с геномным полиморфизмом [6—7].

У детей с невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью в США и Европе наиболее часто диагностируют оппозиционно-демонстративное (в соответствии с МКБ-10 — оппозиционно-вызывающее) (ОПДР), антисоциальное (кондуктивное) (АСР) и с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ) расстройства. РДВГ в МКБ-10 наиболее близко соответствуют две диагностические рубрики: нарушения активности и внимания (НАВ) — (F. 90.0) и гиперкинетическое расстройство поведения (ГКРП) — (F. 90.1). Общепризнанной является точка зрения, что РДВГ в той или иной степени влияет на все составляющие школьной и семейной адаптации ребенка: академическую неуспешность (когнитивный компонент), требуя разграничения с расстройствами развития школьных навыков; мотивацию к учебе (личностный компонент), обуславливая безразличное, пассивное или активно негативистичное отношение к учебе; поведение в школьной среде (поведенческий компонент), способствуя социальной изоляцией, оппозиционностью, импульсивностью, асоциальностью, уклоняющимися или зависимыми формами поведения.

© Марценковська І. І., 2009.