КОМПАС - Клинико-эпидемиОлогическая програмМа изучения деПрессии в практике врАчей общеСоматического профиля

Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС

Оганов Р.Г.[1], Ольбинская Л.И.[2], Смулевич А.Б.[3], Дробижев М.Ю.[2,3], Шальнова С.А.[1], Погосова Г.В.[1]

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, НЦПЗ РАМН
Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова
Научный Центр Психического Здоровья РАМН

Кардиология. 2004;1:48-54.

Депрессия может с полным основанием рассматриваться в качестве важной общемедицинской проблемы. Это связано с тем, что проявления депрессивного состояния в силу выраженности соматовегатативных (соматических) симптомов зачастую ассоциируются пациентами не с психическим расстройством, а с различными соматическими заболеваниями. Соответственно больные депрессией нередко обращаются за медицинской помощью не к психиатрам, а к терапевтам, кардиологам, неврологам. Согласно данным зарубежных исследований депрессивные состояния являются единственной причиной 10-20% визитов к врачам общей практики [1, 2].

Депрессия часто сопутствует соматическим заболеваниям, и эта коморбидность носит клинически значимый характер. Проспективные исследования последних лет свидетельствуют о том, что депрессивные состояния выступают в качестве независимого фактора риска развития артериальной гипертонии (АГ) и ИБС, а также наиболее серьезных сердечно-сосудистых осложнений - инфаркта миокарда и мозговых инсультов [3, 4]. Коморбидные соматическим заболеваниям депрессии значительно отягощают клиническое течение соматических заболеваний, затрудняют проведение реабилитации и вторичной профилактики, ухудшают качество жизни больных и отрицательно влияют на прогноз [5].

Наконец, депрессивные состояния являются одной из основных причин снижения трудоспособности больных. По данным ВОЗ в совокупной оценке причин инвалидизации и бремени, которое несет общество в связи с заболеваниями, депрессии занимают на сегодняшний день четвертое место, а к 2020 году выйдут на второе, уступая лишь ишемической болезни сердца (ИБС) [6].

Несмотря на клиническую значимость, депрессивные состояния в общемедицинской сети в большинстве случаев не выявляются, и соответственно, не лечатся. Такое положение во многом обусловлено недостаточной информированностью врачей общей практики о современных возможностях в плане диагностики и терапии депрессий. Между тем, в настоящее время имеются как валидные диагностические процедуры (включая скрининговые опросники и шкалы), так и антидепрессанты, обладающие высокой безопасностью, низкой поведенческой токсичностью [5].

Все вышеизложенное свидетельствует о высокой актуальности изучения распространенности и возможности лечения депрессий в условиях общемедицинской сети. Целесообразность проведения такой работы связана еще и с тем обстоятельством, что в России не проводилось крупномасштабных, мультицентровых эпидемиологических исследований депрессивных состояний в рассматриваемом звене здравоохранения.

В 2002 году в России при поддержке исследовательского гранта фармацевтической компании "Сервье" было проведено крупномасштабное эпидемиологическое исследование КОМПАС (Клинико-эпидемиОлогическая програмМа изучения деПрессии в практике врАчей общеСоматического профиля), национальными координаторами которого выступили академики РАМН Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич, А.М. Вейн. В настоящей статье представлены основные результаты работы.

Дизайн программы

Программа КОМПАС проводилась с сентября по декабрь 2002 года. Она охватила 35 городов Российской Федерации от Санкт-Петербурга до Владивостока. Исследование проводилось в медицинских учреждениях различного типа: поликлиниках, клинических больницах и госпиталях, городских, областных и республиканских диспансерах, клинических отделениях научно-исследовательских центров. В реализации программы приняли участие 800 врачей (терапевты, кардиологи, неврологи).

Программа состояла из двух фаз: **эпидемиологической и терапевтической**. В рамках первой из них (**эпидемиологической**) каждому врачу предлагалось в течение одного дня последовательно (а не выборочно) включить в исследование 15 больных старше 18 лет, пришедших на амбулаторный прием или находившихся под наблюдением в стационаре. При этом заполнялась карта обследования, куда заносились: основные сведения о пациенте (в том числе количество посещений медицинских учреждений за год, наличие у пациента психотравмирующих ситуаций, прием психотропных препаратов); его заболеваниях, оценка состояния по визуальной аналоговой шкале VAS (Visual Analog Scale)[1].

Пациенту также предлагалось заполнить карту, содержащую социально-демографические и физикальные данные, основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, больные оценивали состояние своего здоровья по VAS и заполняли шкалу депрессий Центра эпидемиологических исследований США - Center for Epidemiologic Studies - Depression (CES-D). Эта шкала, предназначенная для выявления депрессивных состояний, разработана в 1977 году [7] и на сегодняшний день является одним из наиболее часто используемых инструментов в эпидемиологических исследованиях.

Надежность, высокая чувствительность и специфичность CES-D в России были установлены в ходе исследования, проведенного на этапе подготовки к программе КОМПАС [8]. В то же время, при анализе полученных данных необходимо иметь в виду, что применение психометрических шкал для выявления депрессий имеет определенные ограничения. Последние связаны с тем, что результат тестирования, выраженный суммой баллов, отражает лишь общее количество и степень выраженности отдельных симптомов психического расстройства. Вместе с тем, все эти симптомы имеют различную диагностическую ценность, поэтому результаты тестирования, выраженные суммой баллов, отражают лишь скрининговую (приблизительную) оценку и не могут быть приравнены к клиническому диагнозу, позволяющему учесть всю совокупность симптомов психического расстройства, наряду с их диагностической значимостью.

С учетом этих обстоятельств для максимально точной оценки психического состояния группой координаторов программы рекомендовано при суммарном балле 19 и выше считать, что пациент обнаруживает расстройство депрессивного спектра (РДС - включают как собственно депрессии, так и широкий круг истеродепрессивных, тревожно-депрессивных, тревожно-ипохондрических и иных состояний, симптомы которых демонстрируют значительное перекрывание с проявлениями аффективной патологии). Сумма же баллов 25 и выше свидетельствует о наличии выраженного депрессивного состояния (ДС).

В терапевтическую фазу программы, которая длилась 6 недель, включались первые два пациента, набравшие 19 и более баллов по шкале CES-D. При этом первому пациенту в дополнение к рекомендованным по поводу соматического заболевания препаратам назначался антидепрессант тианептин (коаксил, "Сервье"), второй пациент продолжал получать лишь соматотропную терапию. Тианептин применяли в суточной дозе 37,5 мг (1 таб 3 раза в сут), у больных старше 70 лет - 25 мг (1 таб 2 раза в сут). Контроль осуществлялся каждые 10 дней. По окончании терапевтической фазы программы оценивалась динамика состояния пациентов (CES-D, VAS, Шкала общего клинического впечатления), фиксировались побочные эффекты лечения.

[1] Шкала VAS представляет собой линию длиной 100 мм, на которой точкой отмечается представление о состоянии здоровья. При этом 0 мм соответствует наилучшей оценке, 100 мм - наихудшей.

Характеристка обследованных пациентов

Всего в программу включено 10541 пациента. Из них 4251 (40,3%) осмотрено терапевтами, 2849 (27%) - кардиологами, 2517 (24%) - неврологами[1]. Среди обследованных преобладали амбулаторные больные (74,4%), женского пола (6559 наблюдений - 63,3%). Средний возраст популяции - 48,3 ± 15 лет, минимальный 18, максимальный - 100 лет. Из общего числа включенных в исследование пациентов в браке состояли 61,8%, 81,3% - имели детей (абсолютное большинство - 7788 (92,2%) - одного-двух).

Высшим образованием обладали 4415 (42,1%), средне-специальным или незаконченным высшим - 3906 (37,3%), средним и неполным средним - 2159 (20,6%) больных. Большинство обследованных (66,3%) работали, учились - 3,4%, находились на пенсии - 20,8%. Не работали 9,5% пациентов. Среди участников исследования 2376 (23,3%) имели группу инвалидности, из них 23,3% - третью группу, 73,6% - вторую и 3,2% - первую. Ежемесячный доход на одного члена семьи до 1000 рублей в месяц отмечен у 1542 (14,8%) пациентов, от 1000 до 3000 рублей - у 6445 (61,7%) -и выше 3000 рублей - у 2459 (23,5%).

У 98,2% пациентов выявлены соматические заболевания. Среди них преобладали АГ, остеохондроз, ИБС, дисциркуляторная энцефалопатия и нарушения мозгового кровообращения, нейроциркуляторная дистония (НЦД) (рис. 1). Психические расстройства на момент обследования диагностированы лишь у 2,3% обследованных.

На момент проведения исследования 2350 (22,8%) пациентов сообщили о том, что курят, еще 1114 (10,8%) обследованных отметили, что делали это в прошлом. Большинство (65%) курильщиков составляли мужчины. 50,4% пациентов выкуривали по их словам менее 10 сигарет в день, 43% - 10-20 сигарет и 6,5% - более 20 сигарет в день.

Из общего числа обследованных об употреблении алкоголя сообщили 39,9% пациентов. Из них согласно утверждениям обследованных, менее 1 бутылки водки или 2 бутылок вина в неделю употребляли 37,6%, 1-2 бутылки водки или 2-4 бутылки вина - 1,6%, более 2 бутылок водки - 0,75% пациентов.

[2] В картах 924 (8,7%) пациентов отсутствовало указание на специальность врача, включившего больного в программу.

На наличие психотравмирующих ситуаций указали абсолютное большинство обследованных. Чаще других пациенты упоминали о конфликтах в семье, неустойчивости материального положения, заболеваниях близких, утрате работы (2312 (22%), 2236 (21,3%), 1922 (18,3%) и 1649 (15,7%), соответственно). Кроме того, по мнению 34,9% обследованных, ухудшение психического состояния ассоциировалось с соматическим заболеванием.

В **терапевтическую часть программы КОМПАС** был включен 2371 пациент. При этом 1053 пациента в дополнение к рекомендованной по поводу соматического заболевания терапии получали тианептин (основная группа) и 1318 - терапию без антидепрессанта (группа контроля). Полностью выполнили протокол исследования 1189 больных (703 пациента из основной и 486 - из контрольной группы), которые и были включены в анализ эффективности и безопасности терапии. Сравнение пациентов по ведущим клинико-демографическим характеристикам не выявило значимых различий между основной и контрольной группами.

Статистический анализ исследования проводился контрактно-исследовательской организацией ИннФарм (дир. - С.Д. Судиловский) с использованием стандартных методов описательной статистики. Для сравнения дискретных величин использовались метод Хи-квадрат (либо точный критерий Фишера), для упорядоченных категорий - тест Вилкоксона. Для сравнения непрерывных величин применялась дисперсионная модель ANOVA (при необходимости вводились значимые коварианты). Для выявления факторов, влияющих на наличие депрессивных расстройств, была построена логистическая регрессионная модель, адекватность которой базировалась на статистике likelihood, критерии AIC, тесте Hoster-Lemeshov, малом разбросе остатков, а также проценте корректных совпадений предсказанных значений и наблюдаемых явлений. Стандартизация данных по полу и возрасту не проводилась.

Результаты и обсуждение
Эпидемиологическая часть программы

РДС (19 и более баллов по CES-D) выявлены у 45,9% обследованных (рис.2). Доля больных с ДС (суммарный балл CES-D 26 баллов и более) почти в два раза ниже и составляет 23,8%. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных расстройств среди пациентов общемедицинской сети. Частота РДС оказалась сопоставима со столь распространенным в российской популяции заболеванием, как артериальная гипертензия. В то же время установленная распространенность РДС и ДС практически совпадают с минимальной и максимальной оценками распространенности депрессий в общемедицинской сети (варьируют от 20 до 44%), представленными в ряде отечественных публикаций [5, 9-12].

Распространенность РДС среди больных, включенных в программу врачами разных специальностей (терапевтами, кардиологами, неврологами), достоверно не различалась и составила 44,7%, 46,1% и 47,4% соответственно. Те же показатели для больных с ДС составили 23,4%, 22,7% и 25,0%.

Несколько чаще РДС наблюдались у стационарных больных (48,3%), чем у амбулаторных (45,2%, p=0,03). Эти расстройства чаще отмечались у пациентов, обращавшихся в различные медицинские учреждения. Так, среди больных, госпитализированных за год более двух раз, РДС встречалась в 63% случаев, тогда как среди ни разу не госпитализированных - в 41% (p<0,001). Пациенты, обратившиеся в поликлинику более пяти раз за год, страдали РДС почти в 2 раза чаще, чем однократно посетившие (62% против 33%; p<0,001).

Во многом аналогичные закономерности выявлены и для больных с ДС. Действительно, хотя ДС отмечались у амбулаторных и стационарных пациентов практически с равной частотой (23,4% и 24,4% соответственно, различия недостоверны), среди обследованных, госпитализированных за год более двух раз, ДС встречались в 44,9% случаев, тогда как среди ни разу не поступавших в стационар - в 20,7% (p<0,001). Пациенты, обращавшиеся в поликлинику более пяти раз за год, страдали ДС в 2,7 раза чаще, чем однократно посетившие ее больные (38,7% против 14,1%; p<0,001). Таким образом, весьма вероятно, что не

последнюю роль в столь частых обращениях за медицинской помощью играет недиагностированная и нелеченная психическая патология.

Две известные закономерности, состоящие в том, что РДС и ДС чаще наблюдаются у женщин и их распространенность увеличивается с возрастом, нашли подтверждение и в настоящем исследовании. Так, РДС и ДС встречались у женщин в 1,5 и 1,8 раза чаще, чем у мужчин (52,4% против 34,9% и 28,6% против 15,6%, соответственно, p<0,001), при этом, с учетом большей обращаемости женщин в медицинские учреждения, доля женщин среди выявленных пациентов с РДС составила 72%. Риск возникновения РДС и ДС возрастал соответственно в 1,2 и 1,4 раза на каждые 10 лет жизни (рис. 3).

Не выявлено зависимости между частотой РДС, ДС и курением (в том числе количеством выкуриваемых сигарет). Вопреки известным данным о наличии прямой корреляции между РДС, ДС и потреблением алкоголя, в настоящем исследовании эта зависимость не воспроизводилась. В то же время при анализе частоты РДС и ДС в зависимости от количества потребляемого алкоголя выявлена характерная U-образная кривая: частота РДС и ДС у неупотреблявших алкоголь составила 50,7% и 27,5% (соответственно), при потреблении до 0,5 бутылки водки в неделю - 38,7% и 17,9%, до 1 бутылки - 38,4% и 18,3%, 1-2 бутылки - 50,0% и 23,4%, более 2 бутылок - 56,5% и 38,9%.

РДС и ДС выявлялись с различной частотой у пациентов с разным семейным положением, уровнем образования, доходом и социальным статусом. РДС и ДС чаще отмечались у разведенных и вдовых, чем у больных состоящих в браке (55,9% и 33,5%; 67,2% и 42,2%, против 41,6% и 19,4%; соответственно, p<0,001). Частота РДС и ДС среди пациентов с высшим образованием составила 42,9% и 21,6%, у пациентов со средним - 48,3% и 24,6%, неполным средним - 59,5% и 37,5%.

В то же время наиболее часто РДС и ДС определялись у неработающих лиц - безработных (57,3% и 37,4%) и особенно инвалидов (61,0% и 36,9%). Среди последних доля РДС и ДС возрастает от 3-й к 1-й группе инвалидности (3-я группа - 55,0% и 30,3%; 2-я - 61,8% и 37,1%; 1-я - 66,7% и 54,5%; p<0,001)[3]. Очень высокая распространенность РДС среди лиц, получающих пособие по инвалидности, представляется вполне закономерной и возможно связана с тяжестью соматического состояния больных, их недееспособностью, снижением дохода и пр.

Частота РДС, ДС и психотравмирующих ситуаций (уход на пенсию, развод или разлука с супругом, коммерческие неудачи и материальные проблемы, смерть или заболевания близких) оказались тесно связанными. Рис. 4 наглядно показывает кумулирующий эффект таких ситуаций. При 1-й психотравмирующей ситуации РДС и ДС отмечаются в 40,8% и 21,7% случаев, 2-х - 49,7% и 29,7% 3-х - 59,8% и 36,5%, 4-х - 65,3% и 45,5% (p<0,001). Эти данные согласуются с известным положением о том, что повторяющиеся психотравмирующие ситуации, отличающиеся высокой личностной значимостью, коррелируют с большей частотой психических расстройств, включая РДС и ДС. Кроме того, представленные данные позволяют высказать предположение о том, что значительную долю РДС и ДС составляют психогенные (реактивные) аффективные расстройства. Показательно, что среди пациентов, у которых врачи знали о наличии психотравмирующих ситуаций, частота РДС составила 60,4%. В этой связи врачам следует учитывать информацию о перенесенных пациентом психотравмирующих ситуациях на этапе диагностики.

Очевидно, также среди РДС и ДС представлены и нозогенные (обусловленные психотравмирующим воздействием соматического заболевания) реакции. Действительно, пациенты, сообщившие о значительном ухудшении психического состояния в связи с соматической болезнью, достоверно чаще обнаруживали РДС и ДС, по сравнению с больными, отрицавшими влияние болезни на их настроение (68% и 42,1% против 18,9% и 6,7%, p<0,001).

[3] При анализе причин инвалидности установлено, что 97,4% пациентов получали инвалидность по соматическому заболеванию и только 2,6% - по психическому.

Хотя психические расстройства до включения в программу Компас были диагностированы лишь у 2,3% обследованных, психотропную терапию в течение года до включения в исследование получали 53,4% пациентов. Чаще всего это были препараты растительного происхождения (40,9%), транквилизаторы (22,6%) и очень редко антидепрессанты (5,2%) и нейролептики (1,4%). Закономерно, что частота РДС и ДС среди больных, ранее получавших какую-либо психотропную терапию была достоверно выше, чем у пациентов, не получавших такой терапии. Так, пациенты, получавшие в течение последнего года растительные препараты или транквилизаторы, обнаруживали РДС соответственно в 56,9% и 70,7% случаев. Лишь 10% пациентов с РДС получали в течение последнего года антидепрессанты.

Распространенность РДС и ДС при различных соматических заболеваниях представлена на рис.5. Как видно, РДС и ДС отмечались (соответственно) более чем у 60% и 35% больных, сахарным диабетом II типа, онкологическими болезнями и хронической сердечной недостаточностью, - заболеваниями, сопровождающимися значительными ограничениями бытового, социального функционирования пациентов и имеющими неблагоприятный прогноз. Обращает на себя внимание уже отмечавшаяся в литературе ассоциация между РДС, ДС и язвенной болезнью. Высока распространенность РДС и ДС (более 50% и 30% соответственно) при АГ, ИБС (стенокардия напряжения), нарушениях ритма сердца, паркинсонизме, ОНМК и их последствиях, хронических обструктивных болезнях легких.

Факторы, ассоциирующиеся с РДС (математическая модель)

При построении логистической регрессионной модели выявлен ряд факторов, повышающих вероятность выявления РДС[4] (табл.1). Шанс обнаружения РДС у женщин в 1,71 (1,49-1,97) раз выше, чем у мужчин, у одиноких людей (разведенных, вдов и пр.) - в 1,55 (1,78-1,34) раз выше, чем у живущих в браке, у людей умственного труда - в 0,76 (0,63-0,92) раз ниже, чем у людей физического труда, у пациентов, госпитализированных за последний год - в 1,25 (1,08-1,44) раз выше, чем у тех пациентов, которые госпитализированы не были. Особенно часто РДС выявляются у больных, переживших психотравмирующие ситуации в течение последнего года. У них вероятность обнаружения РДС выше в 2,24 (1,97-2,56) раза. Среди других факторов, значимых в плане выявления РДС, - доход на одного человека в семье, возраст пациента в совокупности с его занятостью, возраст пациента в совокупности с его доходом, терапия психотропными препаратами в анамнезе. Частота выявления РДС прямо коррелирует с тяжестью оценки своего самочувствия пациентом и оценки состояния пациента со стороны врача. Из соматических заболеваний с РДС оказались связаны язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, хронические обструктивные бронхолегочные заболевания и особенно НЦД. Вероятность выявления РДС у больных с НЦД в 1,29 (1,1-1,51) раз выше, чем у пациентов, не имеющих этого заболевания. Совокупность факторов, вошедших в математическую модель, корректно предсказывает вероятность обнаружения РДС у пациентов соматическими заболеваниями примерно в 82 случаях из 100.

[4] Выбор РДС для построения математической модели продиктован необходимостью охвата всего спектра аффективных (депрессивных) расстройств.

Терапевтическая часть программы

Шестинедельная терапия тианептином в суточной дозе 37,5 мг (25 мг у больных старше 70 лет) привела к существенному улучшению психического состояния больных. Суммарный балл CES-D снизился на фоне лечения на 42,3% (p<0,001). В

контрольной группе существенного изменения этого показателя не произошло (рис. 6). Полная редукция аффективных (депрессивных) расстройств (снижение суммарного балла CES-D до 18 и ниже) на фоне лечения тианептином имела место у 64,3% пациентов. Закономерно, что более выраженный эффект лечения был характерен для больных со сравнительно нетяжелыми психопатологическими состояниями. Снижение суммарного балла CES-D до 18 и ниже отмечено у 80,9% пациентов, набравших 18-24 балла и у 58,9% больных с 25 баллами и выше. В контрольной группе полная редукция депрессивных расстройств отмечалась всего у 18,7% пациентов.

При анализе результатов, полученных с помощью VAS, оказалось, что в оценке эффективности лечения пациент и врач были практически единодушны (рис. 7). Значительное улучшение состояния на фоне лечения тианептином отметили и пациенты, и их лечащие врачи (снижение суммарного балла VAS на 21,7 (35,6%) и 19,2 (35,1%) соответственно). В контрольной группе позитивные изменения в состоянии больных были значительно скромнее: суммарный балл VAS по оценке больных снизился на 6,2 (10,7%), врачей - на 6,3 (11,8%) от исходного уровня. Эти данные указывают на высокий процент неуспеха при терапии пациентов с РДС и ДС без включения в схему терапии антидепрессантов.

Заметная положительная динамика состояния больных, получавших тианептин, нашла отражение и в результатах, полученных с помощью Шкалы общего клинического впечатления. Выраженное или существенное улучшение состояния отметили 71,1% больных (для сравнения в контрольной группе таких было всего 15,9%). По мнению врачей значительно улучшилось состояние 78,1% больных, принимавших тианептин, и лишь 14% больных в группе контроля.

Важной характеристикой любых лекарственных средств является их безопасность и переносимость. Анализ этих параметров показал, что терапия тианептином очень редко вызывает нежелательные эффекты. Так, побочные явления на фоне приеме тианептина отмечались у 9,2% пациентов.

В табл. 2 представлены побочные эффекты тианептина, частота которых превысила 1%. Чаще всего отмечалась сонливость (5%) , головокружение (3,6%), тошнота (3%) и головная боль (2,3%). Различия в частоте зарегистрированных побочных эффектов в основной и контрольной группах были статистически недостоверны. Все побочные эффекты носили невыраженный характер и послужили причиной изменения дозировки лишь в 2,3% наблюдений, отмены - в 0,9% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что в контрольной группе врачи отменяли назначенное лечение, вследствие развившихся побочных эффектов, даже чаще (2,5% случаев), чем у пациентов, принимавших тианептин.

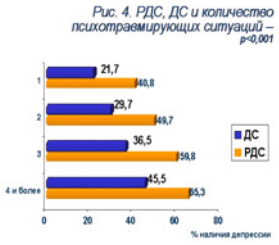
Хотя оценки переносимости терапии, сделанные пациентами и врачами, существенно различалась в количественном плане, их модальность была однонаправленной (рис.8). Так, по мнению врачей, умеренная и плохая переносимость лечения, рекомендованного по поводу соматических заболеваний (контрольная группа), отмечалась в 9,4% случаев, а по мнению больных - более чем в 4 раза чаще (39,5%). На фоне приема тианептина (основная группа) умеренная и плохая переносимость терапии по оценке врачей наблюдалась в 3 раза реже (3,4%), а по оценке больных - в 4 раза реже (9,8%). Таким образом, присоединение тианептина к стандартной терапии соматических заболеваний с высокой степенью достоверности способствовало лучшей оценке переносимости проводимого лечения как врачами, так и пациентами. Этот эффект, вероятнее всего, может быть связан с редукцией РДС и ДС в основной группе и их персистированием в контрольной.

Дополнительным подтверждением хорошего клинического эффекта и переносимости тианептина могут служить данные о приверженности больных дальнейшему лечению. Из общего числа пациентов, принимавших тианептин, к концу курса лечения выразили желание продолжить его прием 84,8% больных. В еще большей степени (90,3%) склонны были продолжить лечение те больные, у которых произошла полная редукция депрессивных симптомов (балл по CES-D на момент окончания лечения был меньше 19).

Таким образом, результаты клинической части программы КОМПАС, свидетельствующие о высокой эффективности антидепрессивной терапии тианептином у большинства пациентов, соответствуют данным о хорошей курабельности депрессий в условиях общемедицинской сети [5].

Выводы

1. Установлена высокая распространенность РДС (45,9%) и ДС (23,8%) среди пациентов общемедицинской сети.
2. Учитывая высокую распространенность РДС и ДС, целесообразно широкое внедрение процедуры скрининга аффективных (депрессивных) расстройств в работу учреждений общемедицинской сети здравоохранения. Скрининг необходимо в первую очередь проводить при заболеваниях, сопровождающихся значительными ограничениями бытового и социального функционирования пациентов и/или имеющих неблагоприятный прогноз.
3. С целью сокращения трудозатрат и экономии времени врача в качестве скринингового инструмента для выявления депрессии можно использовать субъективные психометрические шкалы, в частности шкалу CES-D.
4. Установлена хорошая курабельность депрессивных расстройств у пациентов общемедицинской сети при проведении им антидепрессивной терапии. В качестве антидепрессанта выбора в рассматриваемом звене здравоохранения может быть использован тианептин, обладающий достаточной эффективностью, безопасностью и переносимостью.



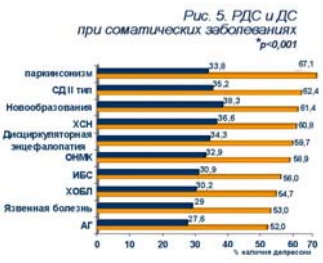


Табл. 1. Факторы, ассоциирующиеся с РДС - математическая модель

Фактор	достоверность
Низкая оценка состояния пациентом и врачом	p<0,001
Наличие психотравмирующих ситуаций	p<0,001
Терапия психотропными препаратами	p<0,001
Пол (женский)	p<0,001
Семейное положение (разведены, вдовы)	p<0,001
Социальный статус (не работают, физ. труд)	p<0,001
Низкий доход на 1 человека в семье	p<0,05
Возраст * Доход	p<0,05
Работа * Терапия психотропными препаратами	p<0,05
Диагноз ВСД (НЦД)	p<0,05
Госпитализации в течение года	p<0,05
Количество детей	p<0,1
Возраст * Работа	p<0,1
Диагноз ХОБЛ	p<0,1
Диагноз язвенная болезнь	p<0,1

Табл. 2. Побочные эффекты и их коррекция

В группах	с Коаксилом	без Коаксила
сонливость	5,0	2,1
головокружение	3,6	0,8
тошнота	3,0	1,0
головная боль	2,3	0,8
астения	1,4	1,0
сухость во рту	1,1	0,2
отмена	0,9	2,5
изменение дозировки	2,3	0,6

Литература

1. Ustun T.B., Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. NY, Willey 1995.
2. Katon W., Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14: 237-247.
3. Погосова Г.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2002; 4: 86-91.
4. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, Dysthymia, and Risk of Stroke. Thirteen-Year Follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. Stroke 2001; 32(9): 1979.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Медицинское информационное агентство М., 2001 - 253С
6. Brundtland G.H. Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78:411.
7. Radloff L.S. The CES-D Scale: a self-report depression scale for reseach in the general population. Appl Psychol Meas, 1977; 1:385-401.
8. Андрюшенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Жур невр и психиат 2003; 5: 11-17.
9. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М 2002.
10. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии. Психиатрия и психофармакотерапия 2000; 5:175-180.
11. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ 2002; 25(144): 1187-1191.
12. Козырев В.Н. Сравнительная характеристика психической патологии, наблюдающейся у больных территориальной поликлиники и психиатрических диспансеров. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1982; 5:1178-1183.