

Досвід використання препарату Депривіт у лікуванні тривожно-депресивних та невротоподібних розладів в амбулаторних умовах

В.П. Закладний, В.О. Рудь

Полтавський обласний психоневрологічний диспансер

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА»

Проблема депресії та тривоги в психіатричній практиці залишається однією з найбільш актуальних на сьогоднішній час [2,3]. Зважаючи на те, що поширеність афективної патології зберігає тенденцію до зростання, а за прогнозами експертів ВООЗ діагноз депресивного розладу в найближчі десятиліття посяде перше місце в структурі загальної захворюваності населення, потіснивши патологію серцево-судинної системи [5], розробка та впровадження в практику сучасних медикаментозних засобів для терапії означених розладів є надзвичайно важливим завданням. З іншого боку, додаткового значення згаданих проблемі додає вагомий аспект коморбідності депресивних та тривожних симптомів в структурі різних психічних захворювань [2]. На сучасному етапі розвитку психофармакотерапії синтезуються препарати з декількома векторами психотропної активності, зокрема, спрямовані на усунення як тривожної, так і депресивної симптоматики. Чисельні клінічні дослідження доводять більш високу ефективність таких засобів, порівняно з традиційними схемами сполучення антидепресантів та аксіолітиків. Так, в практичній діяльності психіатрів все більш активно використовуються інгібітори зворотнього захвату серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН) (наприклад, венлафаксін), які ефективно впливають на медіаторні системи мозку, відповідальні за розвиток як тривожно-фобічних, так і депресивних та астено-апатичних симптомів [1]. Однак, незважаючи на це, ефективність лікування означеної афективної та невротоподібної патології залишається недостатньою, що пов'язано з низкою причин, серед яких чи не найвагоміше значення має відсутність адекватного комплайенсу в прийомі призначених засобів. Пацієнти швидко припиняють прийом препарату, не дотримуючись відповідних термінів терапії (щонайменше 1 рік для лікування першого епізоду депресії). Останнє, в свою чергу, пов'язано з наявністю побічних ефектів навіть у сучасних ІЗЗС та ІЗЗСН, а також поширеністю у суспільстві думки про «надзвичайну шкідливість» тривалого прийому медикаментозних препаратів, що «руйнують печінку та нирки». Одним із шляхів подолання такої міфологеми, окрім просвітницької роботи з пацієнтами та їх рідними, є альтернативне використання препаратів рослинного походження, що традиційно сприймаються у суспільстві, як більш безпечні та природні.

Одними з таких засобів є відомі лікарям-психіатрам зарубіжні препарати на основі екстракту звіробоя (депрім, гіларіум, гіперікум). Вони завоювали популярність м'якою антидепресивною, седативною дією та практичною відсутністю побічних ефектів. З 2007 року, згідно з наказом МОЗ України № 496 від 27.08.07 в Україні зареєстровано вітчизняний препарат Депривіт, що виготовляється ВАТ «Київський вітамінний завод». Діючою речовиною препарату є екстракт звіробоя (1 таблетка містить 0,5% екстракту звіробоя з вмістом гіперіцину 0,3 мг). Активна речовина — гіперіцин — має антидепресивну та деяку анксиолітичну активність, що дозволяють віднести цей засіб до антидепресантів з одночасним анксиолітичним ефектом рослинного походження. Механізм дії гіперіцину є складним та охоплює декілька патогенетичних ланок розвитку депресивної та тривожної симптоматики. По-перше, гіперіцин впливає на МАО, подібно до неселективних інгібіторів цього ферменту. По-друге, йому властива інгібуюча дія на зворотній захват серотоніну, пригнічення активності катехол-метіл-трансферази та нормалізація секреції інтерлейкіну-6. Нарешті, гіперіцин має тропність до ГАМК та бензодіазепінових рецепторів. Все вищезначене зумовлює наявність у препарату як антидепресивного, так і анксиолітичного ефектів. Порівняльні дослідження показали, що

його ефективність при депресії середнього та легкого ступеню подібна до такої у амітриптиліну [4].

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності препарату Депривіт у хворих з тривожно-депресивними та неврозоподібними розладами, основними клінічними проявами яких були тривога, нестабільність настрою, депресія, диссомнічні розлади та астения.

Дослідження було простим непорівняльним відкритим. Тривалість його складала 30 днів для кожного пацієнта. Обстеження пацієнтів здійснювались 4 рази: при включенні в дослідження, через 7 та 14 днів і на 30 день.

Основними критеріями включення були прояви депресії та тривоги в рамках неврозоподібної та афективної патології і усвідомлена згода пацієнта на участь у дослідженні. Критеріями виключення були тяжкі психічні захворювання (такі як шизофренія і тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами), гостра і тяжка хронічна соматична патологія в стадії декомпенсації, хімічні залежності (в т.ч. алкогольна), відмова від участі у дослідженні.

Результати дослідження

За час з 02.01.08 по 20.03.08 лікування препаратом Депривіт в амбулаторних умовах Полтавського психоневрологічного диспансеру отримало 48 пацієнтів, серед яких жінок було 31 (64,58%), чоловіків — 17 (35,42%). Вік пацієнтів складав від 18 до 58 років (середній вік склав $34 \pm 2,7$ роки).

Розподіл хворих за характером психічного розладу згідно МКХ-10 представлено у таблиці 1. Як свідчать дані, представлені у таблиці 1, практично половину хворих склали пацієнти, що страждали на тривожний розлад органічного походження, в той час як хворі з провідною депресивною симптоматикою складали близько 1/3.

Схема терапії. Препарат призначався в дозі 1 таблетка 3 рази на добу. Всі пацієнти отримували препарат в умовах монотерапії.

Оцінка динаміки стану пацієнтів здійснювалась за допомогою шкали Гамільтона для депресії (21 пункт), опитувальника Спілбергера-Ханіна для тривожних проявів, шкали CGI-S (загальне клінічне враження тяжкості симптомів психічного розладу) та шкали CGI-C (загальне клінічне враження динаміки симптомів психічного розладу).

Таблиця 1. Розподіл хворих за характером психічного розладу згідно МКХ-10

Психічний розлад	Кількість хворих	
	Абс. ч.	%
Неврастенія (F 48.0)	12	25,00%
Тривожний розлад органічного генезу (F 06.4)	21	43,75%
Депресивний розлад органічного генезу (F 06.32)	10	20,83%
Посттравматичний стресовий розлад (F 43.1)	5	10,42%
Усього	48	100,00%

Глибина вираженості депресивних проявів була легкою та середньою і складала $19,9 \pm 2,3$ бали за шкалою Гамільтона.

Вивчення рівнів ситуаційної тривоги (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) за методикою Спілбергера-Ханіна у обстежених пацієнтів показало, що СТ виявилась високою у 19 (39,58%) обстежених, середній рівень спостерігався у 22 (45,83%) осіб і низький — у 7 (14,58%) осіб. Середнє значення показника СТ склало $39,04 \pm 0,12$ бала. ОТ виявилась високою у 28 (58,33%) пацієнтів, середньою — у 17 (35,42%) і низький рівень було визначено у 3 (6,25%) обстежених. Середнє значення показника ОТ склало $53,58 \pm 0,07$ бала.

Протягом періоду дослідження покращення стану пацієнтів спостерігалось за показниками усіх шкал (таблиця 2).

Таблиця 2. Динаміка показників клінічних шкал у обстежених пацієнтів

Шкала	Дні дослідження			
	0	7	14	30
Шкала Гамільтона (21 пункт)	19,91	17,43	11,67	4,72
Опитувальник Спілбергера-Ханіна	СТ — 39,04 ОТ — 53,58	СТ — 27,21 ОТ — 51,07	СТ — 19,32 ОТ — 48,54	СТ — 11,07 ОТ — 47,77
Шкала CGI-S	3,7	3,1	2,5	0,3
Шкала CGI-C	—	2,7	1,8	0,5

Найбільш виражені та стабільні зміни стану пацієнтів за результатами використання клінічних шкал спостерігалися після 14 дня дослідження, тобто через 2 тижні від початку прийому препарату.

У пацієнтів, в клінічній картині яких домінувала тривожна симптоматика, відмічався найбільш швидкий ефект призначеного лікування (практично вже на першому тижні дослідження).

У хворих з переважанням депресивних та астено-депресивних проявів у поєднанні з диссомнічними розладами виражений ефект призначеного лікування спостерігався дещо пізніше — ближче до 30 дня терапії.

На 30-й день дослідження за результатами застосування шкали CGI-C (шкала вираженості покращення) ми отримали наступні результати: дуже значне покращення стану — 39 (81,25%) пацієнтів, значне покращення — 7 (14,58%), мінімальне покращення — 2 (4,17%) пацієнта. Погіршення стану не відмічалось у жодного обстеженого. За шкалою Гамільтона середній бал ($4,72 \pm 1,12$) вказував на відсутність депресивних проявів. За даними опитувальника Спілбергера-Ханіна на 30-й день дослідження середній рівень СТ складав $11,07 \pm 3,25$, а ОТ — $47,77 \pm 0,24$ бали. Ці дані свідчать про відсутність клінічних ознак ситуаційної тривоги при значному рівні збереження особистісної тривожності (53,58 балів на момент включення в дослідження при 47,77 балів на 30-й день).

Ознак звикання при закінченні прийому препарату виявлено не було.

Серед побічних ефектів було відзначено відчуття важкості у шлунку (1 випадок) та короткочасна нудота (2 випадки). Означені ефекти спостерігались протягом 1–2 діб та були усунуті шляхом зміни дозування препарату (до 1 таблетки на добу) з подальшим відновленням попередньої дози. В жодному випадку не було відмічено серйозних побічних ефектів, описаних для даного препарату, таких як зміни артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та підвищення фоточутливості.

Висновки

Таким чином, проведене дослідження дозволило прийти до наступних висновків:

1. Препарат Депривіт є досить ефективним засобом поєднаної ансіолітичної та антидепресивної дії рослинного походження, що може широко застосовуватися у лікуванні тривожних та депресивних розладів в рамках неврозоподібної та афективної патології в умовах амбулаторної практики.
2. Значне покращення стану за результатами використання шкали CGI-C на 30-й день дослідження спостерігалось в 81,25% випадків ($p < 0,001$), що свідчить про статистично значущу достовірність переважання вираженого позитивного ефекту.
3. Депривіт більш швидко усуває прояви тривоги, в той час, як на депресивні та астено-депресивні симптоми він впливає більш повільно.
4. Виражений позитивний ефект Депривіту на тривожну симптоматику ситуаційного генезу (в межах епізоду тривожного розладу) поєднується зі слабкою дією на особистісну тривожність пацієнтів, що є сталою особистісною

рисою і, за нашою точкою зору, не підлягає суттєвій психофармакологічній корекції.

5. Побічні ефекти Депривіту є рідкими та незначними, і при тимчасовій зміні дозування усуваються протягом 1–2 діб, що дозволяє рекомендувати прийом даного препарату в середній дозі 1 таблетка 3 рази на добу.
6. Загалом, за результатами проведеного дослідження можна вважати препарат Депривіт ефективним засобом лікування нетяжких депресивних та тривожних розладів в межовій психічній патології, особливо зважаючи на практичну відсутність побічних ефектів, гарну переносимість та рослинне походження засобу, що позитивно сприймається пацієнтами та підвищує якість і комплайенс лікування означених психічних розладів.

Література

1. *Аведисова А.С. Современная классификация антидепрессантов: возможности повышения эффективности и безопасности // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — Т.2, №3. — С. 89–93.*
2. *Журавлев А.Ю. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Новости медицины и фармации. — 2001. — № 15–16 (95–96). — С. 27–29.*
3. *Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997 // Am. J. Psychiatry. — 2003. — N. 160. — P. 765–772.*
4. *Wheatley D. LI160 an extract of St. John's won, versus amitriptyline in mildly to moderate depresses outpatient. A controlled 6-week clinical trial // Pharmacopsychiatry. — 1997. — N. 30. — P. 77–80.*
5. *Wittchen H-U. Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research / Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000. — 101. — P. 2–10.*

В.П. Закладный, В.А. Рудь

Опыт применения препарата Депривит в лечении тревожно-депрессивных и невротоподобных расстройств в амбулаторных условиях

В работе на материале обследования 48 больных с тревожными и депрессивными расстройствами в рамках пограничной психической патологии показана высокая эффективность, безопасность и переносимость препарата растительного происхождения Депривит в лечении указанных нарушений. Препарат может с успехом применяться в амбулаторной практике терапии пациентов с нетяжелыми формами аффективной и невротоподобной психической патологии.

Ключевые слова: тревожно-депрессивное расстройство, невротоподобное расстройство, Депривит.

V.P. Zakladny, V.O. Rood

Experience of using Deprivit in the treatment of anxiety-depressive and neurosislike disorders of outpatients

In the article based on the material of investigation of 48 outpatients with anxiety and depressive disorders from borderline psychopathology the high efficacy, safety and tolerability of herbal origin drug Deprivit in the treatment of disorders ordered above were showed. The drug may be used in the outpatient's treatment in the cases of mild or moderate levels of affective and neurosislike psychopathology.

Key words: anxiety-depressive disorder, neurosis-like disorder, Deprivit.