

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Е.Б. Любов, А.В. Сахаров, П.К. Яхъяева,
Е.М. Крюкова, Е.Ю. Антохин,
Т.М. Волостнова, О.А. Обьедкова,
С.В. Паляева*

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, г. Москва
Читинская государственная медицинская академия,
г. Чита, Россия
Оренбургский государственный медицинский
университет г. Оренбург
Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница № 1, г. Оренбург

Многоцентровое ретроспективное наблюдательное клиничко-эпидемиологическое и количественное фармакоэпидемиологическое исследование. Показаны распространенность резистентной депрессии с суицидальным поведением (при болезненности 15% на участке ПНД суицидальное поведение отмечено у каждого пятого) и типовой портрет (женщина среднего возраста с длительным (около 10 лет) расстройством без психотических эпизодов около 10 лет с ежегодными госпитализациями, суицидальными попытками в прошлом посредством самоотравлений психотропными препаратами).

Ключевые слова: резистентная депрессия, распространенность, клиника, суицидальное поведение

При массиве научной информации об аффективных расстройствах недостаточно известны распространенность, паттерны помощи зарегистрированных в психиатрических службах больных резистентной депрессией (РД) и особенно - с суицидальным поведением (СП) на диспансерном наблюдении. РД представляют актуальную научно-практическую проблему психиатрии ввиду распространенности (около трети депрессивных) при неопределенности критериев выделения проблемной группы с сочетанными клиничко-социальными проблемами. Неэффективность терапии приводит к

усугублению социально-экономического бремени болезни, включая последствия СП. Депрессивное расстройство (ДР) – разнородная по этиопатогенезу, клиничским (зачастую полярного характера) проявлениям, терапевтическим подходам и прогнозу группа. Известной проблемой оказывается недодиагностика и/или неадекватное лечение ДР в повседневной общемедицинской и психиатрической практиках. До трети (30%) больных устойчивы к традиционным методам лечения [1]; неопределенная часть не достигает клиничского выздоровления – в связи с терапией, не соответствующей уровню качества (рекомендациям клиничских руководств).

Не существуют окончательно согласованных стандартизированных операционных критериев РД: в психиатрической литературе более 10 различных определений [2, 3]. Общее согласие сводится к безуспешному результату, по крайней мере, двух адекватных курсов терапии антидепрессантами (АД) [4]. Термин «трудно поддающаяся лечению депрессия» не привносит «терапевтического нигилизма» в отношении психиатра и пациента при разнородности группы РД с биологическими субтипами и эндофенотипами [5]. Предложены алгоритмы лечения АД (стадийные методы) [6, 7], разработаны протоколы и лечебные ресурсы. РД, при диспропорционально относительно малой ее представленности в ДР, влечет существенные клиничко-социальные и экономические потери для пациента, его близких, медицинской системы и общества в целом [8]. Традиционный показатель риска самоубийства при ДР 15% (более точный – 6%), в 30 раз выше, чем в общей популяции, но сведения о СП при РД недостаточны. У больных РД меньше шансов на выздоровление [9], а потому выше риск СП при учете сопутствующих больному отчаянию, безысходности (в том числе, в оценке перспектив лечения), снижения повседневного функционирования.

Цель: 1) определение доли больных РД на участке ПНД, 2) изучение социально-демографических и клиничских характеристик больных РД с СП.

Материалы и методы:

Многоцентровое (Москва, Оренбургская область, Забайкальский край с разным уровнем финансирования психиатрических служб) ретроспективное наблюдательное клинико-эпидемиологическое и количественное фармакоэпидемиологическое исследование. На первом этапе невыборочно продольно и поперечно (в течение календарного 2020 года) изучена медицинская документация (амбулаторные карты) всех пациентов (суммарно 148) с диагнозами F 30-39 (МКБ-10) под диспансерным наблюдением на случайно избранном участке ПНД региона; на втором – определена выборка РД (суммарно 22 пациента) по рабочим критериям включения: отсутствие видимого клинического эффекта после трех последовательных курсов терапии АД не менее шести недель каждый в терапевтических дозах при следовании пациентом режиму лечения (не менее 80% времени в году); на третьем – выделена целевая группа пациентов (мужчин и женщин в возрасте от 20 до 71 лет, средний возраст 46,8 ($\pm 16,3$), среди них 18 (81,8%) женщин и 4 (18,2%) мужчин) с СП (внутренние и внешние формы) в 2020 г. с привлечением по оригинальной медико-статистической карте.

Результаты:

В отечественных ПНД под наблюдением 107 тыс. чел. (2020 г.) больных ДР (здесь и далее данные МЗ РФ), показатель годами относительно стабилен, что в 20-30 раз меньше «актуальной численности» больных ДР, нуждающихся в специализированной помощи и указывает на «фильтр» в оказании психиатрической помощи. Низка выявляемость ДР пациентов психиатрических служб при «растворении» их в других нозологических категориях. Так, на участках ПНД (диспансерное наблюдение) – не более 2% ДР. Больные РД (14,9% общей аффективной выборки) представлены в основном женщинами (81,8%), лицами среднего возраста: 46,8 $\pm 16,3$ (20-71) лет. По данным МЗ РФ, у зарегистрированных психиатрическими службами (ПНД) больных ДР также «женское лицо» (62,4%). На лиц ≥ 60 лет приходится почти 30% (28,7%). В выборке рези-

стентных с СП – 20% (единственный пожилой). Длительность болезни составляет 1-37 лет (в среднем 10,8 лет); длительность диспансерного наблюдения – 1-37 лет (в среднем 8,4 лет). Среди больных РД в анамнезе у 11 (50%) отмечены суицидальные мысли, планы, попытки. Пять больных с актуальным (2020 г.) СП составили 22,7% группы РД, среди них 4 (80%) женщин, 41,4 \pm 18,9 (20-63) лет с незаконченным высшим (20%), остальные – со средним (профессиональным) образованием. Все не работали последний год (анализа), но лишь у одного инвалидность (3 группы бессрочно). Один пациент на пенсии по возрасту. Длительность наблюдения в ПНД $\pm 9,2$ (1-8 лет), длительность болезни $\pm 3,1$ (1-24 лет). В стране не менее 16 тысяч больных РД. Преобладают непсихотические депрессии (83%), как и в нашей выборке РД. Пациенты связывали ДР с внешними причинами, включая конфликты с близкими, хроническими болезнями, материальными трудностями, сетуя на невозможность совладать с «нервами»; фиксированы на затруднениях повседневного функционирования (бремя для себя и семьи), бессонницу, неизбыточная усталость, головные боли. Сетуют на отчаяние, бессмысленность жизни. Соблюдают режим лечения, но не верят в улучшение.

Депрессивная триада в неравной и неполной степени за счет не очевидных больному снижения настроения (привычно ровное, «никакое» как при «депрессии духа» Н. Weitzbrecht) и ангедонии. Внешне упорядоченные пациенты отмечают вялость желаний и побуждений, снижение жизненного тонуса, равнодушно-отстраненное восприятие событий. Клиническая картина РД определена затяжным (многолетним) течением и атипичностью проявлений: дисгармоничными (апато-адинамическими, астеническими, сенесто-ипохондрическими и фобическими симптомами, что приводит, наряду с СП, к высокому уровню ресурсопотребления медицинской и психиатрической помощи. У каждого пятого больного РД отмечено СП, включая суицидальные попытки (прерванные суициды). Для сравнения: среди наблюдаемых в ПНД больных ДР в 2020

г. (данные МЗ РФ) совершили суицидальную попытку (26,3%) или суицид (3%).

Примерно за месяц перед очередной суицидальной попыткой на фоне лечения в амбулаторной карте отмечены бессонница (без детализации), усиление тревоги до ажитации, дисфория, ощущение «нереальности происходящего». В одном случае развилась психотическая симптоматика с идеями самообвинения. Типовая реакция врача – неотложная госпитализация (в одном случае недобровольная – ДР с психотическими чертами). За год анализа на пять больных РД с СП пришлось девять госпитализаций (суммарно 307 койко-дней, или в среднем 61,4 койко-дней на пациента), причем повторно за год у трех; дневной стационар при его наличии не использован. 40% попыток суицида прерваны окружающими, в 20% случаев потребовалось лечение в многопрофильной больнице (отделение острых отравлений, реанимационное отделение). В 90% - больные и их близкие самостоятельно обратились за психиатрической помощью непосредственно в больницу. В анамнезе и за последний год суицидальные мысли отмечены у всех больных, в последующем совершивших суммарно 10 суицидальных попыток: лекарственные самоотравления (40%, причем 60% использовали психотропные препараты), самоповешение (30%), попытка выброситься из окна (20%), самопорезы (10%), причем 20% пациентов совершили суицидальную попытку в первый год с начала заболевания. По данным МЗ РФ, госпитализированы в течение года 16,6% больных ДР (в нашей выборке – 100%), больных, около 60% – повторно за год (как в группе суицидентов). Длительность усредненного эпизода госпитализации больных ДР 35,5 койко-дней против 61,4 в группе исследования, что можно объяснить малой эффективностью терапии (неполная ремиссия без существенного улучшения повседневного функционирования) и СП. При этом больные выписывались со схемой терапии, потенциально опасной при намеренной передозировке (самоотравления в анамнезе). Во всех случаях в течение не менее 80% времени года анализа типовая схе-

ма психофармакотерапии заключалась в сочетании СИОЗС в терапевтических дозах с атипичными антипсихотиками в малых дозах (кветиапин до 300 мг или рисперидоном 2 мг, хлорпротиксеном 25-50 мг на ночь). При госпитализации после суицидальной попытки (шесть из суммарных десяти) терапия изменена во всех случаях: чаще антидепрессант нового поколения меняли на трициклический АД (амитриптилин в инъекциях и капельницах) в сочетании с транквилизаторами в инъекциях в первые 1-2 недели. По выписке (больные становились «спокойнее», но оставались депрессивными при редукции суицидальных мыслей); трициклический АД в таблетках (амитриптилин до 150 мг/с) в связи с плохой переносимостью вновь менялся на СИОЗС в «добольничных» дозировках или присоединялся второй СИОЗС. Пациенты оставались вялыми, подавленными, малоинициативными в быту.

Выводы:

РД представляет относительно малую часть ДР на участке ПНД (15%), согласно литературным данным с опорой на строгие критерии определения. Усредненный типовой портрет больного РД с СП на участке ПНД, следующий: нетрудоспособная при удовлетворительном образовательном цензе женщина (гендерное соотношение 4:1, как и в общей популяции) среднего возраста с длительным «стажем» ДР. Однако мало доказательств, что женский пол служит фактором риска РД (при их преобладании среди пациентов ПНД и больных клинической депрессией, в частности). Женщины при этом преобладают среди совершающих суицидальные попытки («гендерный парадокс» [10, 11]). Оба полюса возрастного спектра описаны как факторы риска РД [12], но в выборке исследования преобладают лица среднего возраста с значительной социально-трудовой дезадаптацией, что косвенно указывает экономический ущерб ДР и РД в частности. Амбулаторная и больничная альтернативная (ни один больной РД не лечен ЭСТ) типовая психофармакотерапия в виде сочетаний антидепрессантов и антипсихотиков – одновременно избыточна и недостаточна без учета риска СП (само-

отравлений). При этом паттерны лечения РД (но не антидепрессант первой линии) мало изменились за последние 25 лет. Больные РД с СП представляют ресурсоемкую группу с сочетанными клинико-социальными проблемами, требующую особых (комплексных) лечебно-реабилитационных мероприятий. Повседневная практика, отличная от клинических рекомендаций, указывает ресурсы повышения качества помощи. Необходимо продолжить изучение надежности и прогностической полезности моделей стадирования и дополнительных характеристик РД с СП, расширение терапевтического репертуара за счёт нелекарственных методов (как ЭСТ).

Ограничения исследования вытекают из его дизайна (ретроспективное натуралистическое наблюдательное с опорой на медицинскую документацию), малой выборки (необходимо расширение базы данных), отсутствия контрольной группы (сравнение с выборками депрессивных больных и РД, в частности). Нет данных о сопутствующих физических и психических расстройствах как факторах риска РД, не детализированы функциональные нарушения. Целесообразно для целостности оценки и выявления ресурсов повышения стоимостной эффективности помощи привлечение возможностей фармакоэпидемиологического (количественного и качественного) и фармакоэкономического (стоимостной) анализов.

Литература:

1. McLachlan G. Treatment resistant depression: what are the options? *BMJ*. 2018; 363: k5354. DOI: 10.1136/bmj.k5354
2. O'Reardon J.P., Amsterdam J.D. Overview of treatment-resistant depression and its management. In: Amsterdam J.D., Hornig M., Nierenberg A.A., eds. *Treatment-Resistant mood disorders*. Cambridge University Press, 2001; 30-45.
3. Burrows G.D., Norman T.R. Treatment-resistant unipolar depression. In: Lader M., Naber D., eds. *Difficult clinical problems in psychiatry*. Martin Dunit., 1999; 57-73.
4. Rush A.J., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006; 163 (11): 1905-1917. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905
5. Conway C.R., George M.S., Sackeim H.A. Defining treatment-resistant depression-reply. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74 (7): 759. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0970
6. Thase M.E., Rush A.J. When at first you don't succeed: Sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58, 23-29.
7. Fekadu A., Wooderson S.C., Markopoulou K., et al. What happens to patients with treatment-resistant depression? A system-

atic review of medium to long term outcome studies. *J Affect Disord*. 2009; 116: 4-11.

8. NICE. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): *British Psychological Society*. 2010.
9. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 16-31.
10. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиянтология*. 2018; 2 (1): 30-35.
11. Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии – современный контекст. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 80-108. DOI: 10.32878/suiciderus.20-12-01(42)-80-108
12. Kornstein S.G., Schneider R.K. Clinical features of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (16): 18-25.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF RESISTANT DEPRESSION PATIENTS WITH SUICIDAL RISK: PRELIMINARY RESULTS

E.B. Lyubov, A.V. Sakharov, P.K. Yakhyaeva, E.M. Kryukova, E.Yu. Antokhin, T.M. Volostnova, O.A. Obedkova, S.V. Palyaeva

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia
Chita State Medical Academy, Chita, Russia
Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia
Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital №1, Orenburg, Russia

Abstract:

Multicenter retrospective observational clinical epidemiological and quantitative pharmacoepidemiological study. The prevalence of resistant depression with suicidal behavior is shown (with morbidity of 15% at the Psychoneurological Clinic, suicidal behavior was noted in every fifth person) and a typical portrait (a middle-aged woman with a long-term (about 10 years) disorder without psychotic episodes for about 10 years with annual hospitalizations, suicidal attempts in the past through self-poisoning with psychotropic drugs).

Keywords: resistant depression, prevalence, clinic, suicidal behavior

Информация об авторах:

Любов Евгений Борисович – д.м.н., профессор (SPIN-код: 6629-7156; Researcher ID: B-5674-2013; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронная почта: lyubov.evgeny@mail.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – д.м.н. (SPIN-код: 1441-4806; Researcher ID: N-4261-2016; ORCID iD: 0000-0001-8835-6607). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читин-

ская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Адрес: 672000, г. Чита, Амурская, 97. Электронная почта: sakharov-chita@yandex.ru

Яхьяева Патимат Курбановна – к.м.н. (SPIN-код: 3896-6530; AuthorID: 112909; ORCID iD: 0000-0003-1409-5808). Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронная почта: patya-yahyaeva@mail.ru

Крюкова Елена Михайловна (ORCID iD: 0000-0001-9968-0605). Место работы и должность: главный врач ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Антохин Евгений Юрьевич – к.м.н., доцент (SPIN-код: 5875-2889; Scopus AuthorID 57192418363; Researcher ID: ABA-5781-2021; ORCID iD 0000-0001-6835-8613). Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный медицинский университет" МЗ РФ. Адрес: 460000, г. Оренбург, Советская, 6. Электронная почта: antioh73@yandex.ru

Волостнова Татьяна Михайловна (ORCID iD: 0000-0002-1835-0741). Место работы и должность: врач-психиатр ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Объедкова Олеся Анатольевна (ORCID iD: 0000-0002-6158-9715). Место работы и должность: врач-психиатр ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Паляева Светлана Владимировна (ORCID iD: 0000-0002-6970-8088). Место работы и должность: заместитель главного врача по поликлинической работе ГБУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1". Адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5. Электронная почта: ookrb-1@yandex.ru

Благодарность. Авторы благодарят ординатора НМИЦ ПН им. В.П. Сербского В.А. Калашникова за помощь в работе.

Для цитирования: Любов Е.Б., Сахаров А.В., Яхьяева П.К., Крюкова Е.М., Антохин Е.Ю., Волостнова Т.М., Объедкова О.А., Паляева С.В. Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты. *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 30-34. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-30-34

УДК 616.89-008

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, МОТИВИРОВАННЫХ К СОВЕРШЕНИЮ СУИЦИДА

С.В. Давидовский, С.А. Игумнов, Д.Д. Костюк

Белорусская МАПО, г. Минск, Беларусь
Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», г. Москва, Россия
Вроцлавский государственный университет, Институт психологии, г. Вроцлав, Польша

Исследование лиц, мотивированных к совершению суицида, выявило, что характер взаимосвязей между социально-демографическими показателями зависел от гендерных различий. Выраженность показателя интроверсии-экстраверсии у лиц, мотивированных к совершению суицида, был ниже, а уровень нейротизма и возбудимости значимо ниже, чем в группе сравнения. Лица, мотивированные к совершению суицида, чаще использовали стратегию бегства-избегания, в группе сравнения - стратегию поиска социальной поддержки.

Ключевые слова: мотивация, суицид, копинг-стратегии

В настоящее время остается актуальным поиск надёжных индикаторов риска совершения суицида, что делает важным изучение причин и условий, обуславливающих формирование суицидального поведения [1, 2, 3].

Цель исследования: выявить статистически значимые социально - демографические и индивидуально-психологические факторы, взаимосвязанные с выраженной мотивацией к совершению суицида.

Материал и методы.

На основании данных исследования суицидального поведения жителей г. Минска [4-11] были сформированы 2 группы респондентов: в первую группу вошли лица мотивированные к совершению суицида (далее-ГЛМСС), в группу сравнения (далее-ГС) вошли лица, у которых было диагностировано расстройство адаптации (F43.2),