Введение

Лечение депрессивных расстройств является одной из наиболееактуальных проблем современной медицинской науки и здравоохранения. Согласно данным ВОЗ, к 2020 г. униполярная депрессия будет занимать второе место среди10 основных заболеваний, приводящих к инвалидности (после ишемической болезни сердца). Наряду с этим отмечается тенденция к увеличению продолжительностижизни, "постарению населения". По данным различных авторов, среди лиц старше 65 лет распространенность депрессивных нарушений достигает 15–20%,причем у многих пожилых больных депрессивная симптоматика впервые появляется после 60 лет [1–3]. Решающую роль в развитии депрессии в пожилом возрастеиграют психотравмирующие события, к факторам риска относят отсутствие социальной поддержки, соматические заболевания. Следует отметить высокийсуицидальный риск и тенденцию к хронизации депрессии в этой возрастной группе [4, 5].
Люди пожилого возраста часто страдают различными хроническимисоматическими заболеваниями, принимают одновременно несколько лекарственных препаратов, что приводит к изменению фармакокинетики и значительно увеличиваетриск возникновения побочных и токсических эффектов антидепрессивных средств. У этой группы пациентов особое значение приобретают проблемы безопасностимедикаментозной терапии и профилактики ятрогенных осложнений. При применении классических трициклических антидепрессантов нередко отмечаются ортостатическаягипотензия, колебания артериального давления, чрезмерный седативный эффект, повышается риск развития обморочных состояний, внезапных падений, что зачастуюприводит к серьезным травмам; холинолитический эффект может служить причиной развития состояний спутанности, делириозных расстройств, вызывать повышениевнутриглазного давления, задержку мочеиспускания, нарушение ритма сердца, замедлять атриовентрикулярную проводимость. Антидепрессанты ссеротонинергическим действием обладают выраженным тимоаналептическим эффектом и, как правило, лучше переносятся больными, что открывает новые перспективы влечении аффективных расстройств у пожилых.
**Цель работы** – изучение эффективности и переносимостипрепарата коаксил (тианептин) при лечении психогенных депрессий у больных пожилого возраста.

**Материал и методы исследования**Исследование было открытым, несравнительным. Висследование было включено 28 стационарных и амбулаторных больных (19 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 60 до 74 лет с диагнозами по МКБ-10 "депрессивныйэпизод средней степени", "депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов" и "рекуррентное депрессивное расстройство,текущий эпизод средней степени" (табл. 1). В исследование не включали больных с органическими психическими расстройствами, шизофренией,злоупотреблением психоактивными веществами (в том числе алкоголем), острой соматической патологией; кроме того, из исследования были исключены больные сдлительностью настоящего депрессивного эпизода более 12 мес, при отсутствии эффекта лечения настоящего депрессивного эпизода после двух адекватных курсовтерапии антидепрессантами продолжительностью не менее 1,5 мес каждый. Для оценки состояния больных использовался клинико-психопатологический метод, шкалуоценки депрессии Гамильтона (17 пунктов), регистрировали побочные явления.
Для клинического изучения коаксил применяли в качествемонотерапии в таблетках по 12,5 мг ежедневно в терапевтической дозе по 1 таблетке 3 раза в день в 9, 14 и 20 ч, длительность наблюдения составила 8 нед.В некоторых наблюдениях дозировку коаксила меняли, назначали снотворные препараты. Состояние больных оценивали до начала приема коаксила, эффективностьлечения – еженедельно (на 7, 14, 21-й и т.д. дни приема препарата). Терапию оценивали как эффективную, если отмечали отчетливое клиническое улучшение состояниябольного и суммарный балл по шкале Гамильтона снижался более чем на 50% по сравнению с исходным уровнем.
Больные с рекуррентным депрессивным расстройством имели не более 2 психогенно спровоцированных депрессивных эпизодов в анамнезе.
Средняя продолжительность текущего депрессивного эпизода на момент обследования не превышала 5 мес и составляла в среднем 2,8±0,3 мес.
Сопутствующая хроническая соматическая патология отмечена у 25 (89,3%) пациентов, в ряде случаев у одного больного наблюдали 2терапевтических диагноза и более (табл. 1).
Развитию депрессии предшествовали психотравмирующие события(смерть детей или супруга – у 42% больных, резкое ухудшение материального положения – 31%, выявление тяжелого соматического заболевания у близкого родственника –27%). Следует отметить, что нередко ситуация, повлекшая за собой формирование аффективных нарушений, включала в себя сочетание различных психотравмирующихсобытий, однако мы выделяли наиболее значимое из них для каждого пациента.
**Клиническая картина** депрессивных состоянийхарактеризовалась значительным полиморфизмом и была представлена депрессивной, тревожно-депрессивной, ипохондрической симптоматикой; наблюдались идеисамообвинения и самоуничижения, явления anaesthesia psychica dolorosa, адинамия, вялость, безучастность, повышенная утомляемость, стойкие нарушениясна.

**Результаты**При анализе данных были получены следующие результаты. Кмоменту завершения исследования терапия была оценена как эффективная у 23 (82,1%) из 28 пациентов. Следует особо подчеркнуть высокую эффективностьтерапии коаксилом у больных с депрессивными расстройствами в рамках депрессивного эпизода тяжелой степени – у 5 из 6 таких пациентов лечение былоэффективным.

**Таблица 1. Распределение больных по полу, возрасту и диагностическим рубрикам МКБ-10**

|  |  |
| --- | --- |
| Диагностические критерии по МКБ-10  | Возраст, лет  |
| 60-64  | 65-70  | 70-74  |
| м  | ж  | м  | ж  | м  | ж  |
| Депрессивный эпизод средней степени  | 1  | 3  | 3  | 3  | 2  | 4  |
| Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов  | -  | 2  | 2  | 1  | -  | 1  |
| Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени  | 1  | 2  | -  | 2  | -  | 1  |

**Таблица 2. Сопутствующая хроническая соматическая патология у больных с депрессивными расстройствами**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Патология**  | **Абс.**  | **%**  |
| Ишемическая болезнь сердца  | 18  | 64,3  |
| Стенокардия напряжения II-III функционального класса  | 12  | 42,9  |
| Нарушения ритма сердца  | 11  | 39,3  |
| Гипертоническая болезнь II-III стадии  | 11  | 39,3  |
| Сахарный диабет  | 8  | 28,6  |
| Деформирующий остеоартроз  | 6  | 21,4  |
| Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки  | 5  | 17,9  |
| Хронический пиелонефрит  | 3  | 10,7  |

**Таблица 3. Динамика эффективности терапии в процессе лечения коаксилом**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дни лечения**  | **7-й**  | **14-й**  | **21-й**  | **28-й**  | **35-й**  | **42-й**  | **49-й**  | **56-й**  |
| Число больных-респондеров  | 1  | 8  | 14  | 16  | 17  | 20  | 21  | 23  |
| Процент респондеров от общего числа больных  | 3,5  | 28,6  | 50  | 57,1  | 60,7  | 71,4  | 75  | 82,1  |

Рис. 1. Динамика показателей шкалы Гамильтона (I группа).

Рис. 2. Динамика показателей шкалы Гамильтона (II группа).


Была проведена **статистическая обработка** результатов исследования. Отмечена обратная корреляция между терапевтическим эффектом идлительностью настоящего эпизода депрессии. Корреляции между терапевтическим эффектом, скоростью наступления клинически значимого улучшения, тяжестьюдепрессивного эпизода, ведущей психопатологической симптоматикой, возрастом больных, наличием сопутствующей соматической патологии, характеромпсихотравмирующей ситуации не выявлено.
Клинически уже в 1-ю неделю лечения коаксилом у большинствабольных отмечено улучшение состояния: в первую очередь уменьшались тревога при отсутствии седативного эффекта, затем проявилось собственно тимоаналептическое,и несколько позднее – к 3-й – 4-й неделе – активизирующее действие препарата: уменьшались витальные переживания тоски, ощущение безысходности, пациентыстановились активнее, охотнее беседовали с врачом, улучшался аппетит и ночной сон, постепенно восстанавливался интерес к привычному кругу занятий, повышаласьпереносимость нагрузок (табл. 3). Наличие выраженного анксиолитического эффекта, проявлявшегося с первых дней терапии, позволило избежатьдополнительного назначения транквилизаторов, что особенно важно у пожилых людей.
У 16 пациентов (I группа) результаты терапии были оценены какэффективные (снижение общего числа баллов по шкале Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным уровнем) при приеме коаксила в рекомендованнойтерапевтической дозе 37,5 мг/сут; на фоне лечения депрессивная симптоматика последовательно редуцировалась, что коррелировало с достаточно равномернымснижением показателей шкалы Гамильтона, определяющих настроение, тревогу, заторможенность (рис. 1).
Почти половина больных из этой группы (7 наблюдений) сообщали об отчетливом улучшении состояния уже на 3–5-й день терапии, затем самочувствиебольных продолжало постепенно улучшаться вплоть до достижения клинического эффекта. Следует отметить, что у 5 пациентов, принимавших коаксил врекомендованной терапевтической дозе 12,5 мг 3 раза в сутки, на фоне значительного улучшения состояния (уменьшение тревоги, повышение настроения,нормализация ночного сна, улучшение аппетита, увеличение активности) на 2–3-й неделе терапии появлялись жалобы на суетливость, беспокойство, чувствовнутреннего напряжения, тревогу в вечерние часы, отмечались трудности с засыпанием. При попытке снизить дозу препарата до 25 мг/сут – по 12,5 мг утроми днем – больные сообщали о некотором ухудшении настроения, снижении аппетита, уменьшении интереса к окружающему, трудности концентрации внимания, повышенниификсации на реальных соматических заболеваниях. В этих наблюдениях вечерний прием коаксила (в 20 ч) переносился на утренние часы, т.е. утреннюю дозупрепарата увеличивали до 25 мг; вечером дополнительно назначали феназепам в дозе 1 мг в течение 5 дней. Через 2–3 дня после коррекции терапии самочувствиеулучшилось: прекратились тревога и беспокойство, пациенты легко засыпали. Данные состояния, по-видимому, можно объяснить чрезмерной выраженностьюактивизирующего компонента действия коаксила у некоторых больных; полностью редуцируясь при изменении режима приема препарата, они не препятствоваликупированию депрессивной симптоматики и существенному улучшению самочувствия.
У 7 пациентов (II группа) в течение первых недель приемапрепарата отмечено некоторое улучшение состояния за счет уменьшения тревоги и беспокойства, собственно антидепрессивный эффект был выражен в меньшей степени,неравномерность редукции психопатологической симптоматики находила свое отражение в динамике различных показателей шкалы Гамильтона. Наблюдалисвоеобразное "застывание" клинической картины, терапевтический эффект был недостаточным. В этих случаях проводили увеличение дозы препарата. Приповышении суточной дозы коаксила до 50–62,5 мг/сут наблюдали уменьшение тоски, улучшалось настроение, что соответствовало редукции показателя пониженногонастроения шкалы Гамильтона. В последующем состояние пациентов продолжало улучшаться вплоть до достижения отчетливого клинического эффекта, при этомосновные показатели шкалы Гамильтона, определяющие спектр действия антидепрессанта (пониженное настроение, тревога, заторможенность), снижалисьдостаточно равномерно (рис. 2).
У 5 (17,9%) пациентов (III группа) улучшение состояния былонезначительным. На фоне приема коаксила отмечали незначительную редукцию тревоги, тимоаналептический эффект был выражен слабо, при повышении дозыпрепарата отчетливой положительной динамики самочувствия больных не отмечено.
В течение 1-й недели терапии коаксилом 4 (14,3%) больныхжаловались на тошноту, при физикальном терапевтическом обследовании отрицательной динамики соматического состояния выявлено не было, в дальнейшем втечение 4–5 дней эти жалобы прекратились и не возобновлялись даже в случае увеличения дозы препарата. Не наблюдали ухудшения соматического состояния,изменения лабораторных показателей.

**Выводы**Результаты исследования свидетельствуют, что коаксил(тианептин) является эффективным антидепрессантом с выраженным анксиолитическим действием, он обладает высокой эффективностью при лечении психогенных депрессийу больных позднего возраста, в том числе депрессивных эпизодов тяжелой степени. Быстрое наступление терапевтического действия, отсутствие значимых побочныхэффектов и безопасность применения препарата даже при наличии выраженной сопутствующей соматической патологии позволяет рекомендовать коаксил в качествеэффективного средства лечения психогенных депрессий у пожилых больных. В некоторых случаях для достижения редукции депрессивной симптоматики требуетсяиндивидуальный режим дозирования препарата.