

Н.А. Тювина, С.В. Прохорова, Т.Н. Максимова

Кафедра психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Эффективность паксила при лечении депрессий у мужчин пожилого возраста

Цель исследования — изучение эффективности паксила при лечении депрессии различной степени тяжести у мужчин пожилого возраста.

Пациенты и методы. Обследовано 35 мужчин в возрасте 50—78 лет с депрессивной симптоматикой различной степени тяжести в рамках депрессивного эпизода — 14 (40%), рекуррентного депрессивного расстройства — 12 (34,3%), биполярного аффективного расстройства — 9 (25,7%). Эффективность паксила в дозе 20—40 мг/сут оценивалась клиническим методом с применением психометрических шкал (CGI, HDRS, UKU) на 7, 14, 28-й и 42-й день.

Результаты исследования. Выявлена высокая эффективность паксила при лечении депрессий у мужчин пожилого возраста. Средний балл по шкале Гамильтона снизился с $24,7 \pm 0,3$ до $4,9 \pm 1,1$. Редукция депрессивных симптомов к 42-му дню составила 80,2%. Достигнуты выздоровление и пограничное состояние по шкале CGI-S у 74,3% больных. Начиная с 1-й недели терапии исчезали астенические симптомы и адинамия, со 2-й недели — гипотимия, с 3-й недели — тревога в результате последовательного проявления стимулирующего, антидепрессивного и анксиолитического действия.

Заключение. Относительно быстрое и равномерное действие паксила на все симптомы депрессии у мужчин пожилого возраста обусловлено сочетанием антидепрессивного, противотревожного и стимулирующего эффекта при хорошей переносимости.

Ключевые слова: депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, мужской пол, пожилой возраст, паксил.

Контакт: Нина Аркадьевна Тювина natuvina@yandex.ru

Efficacy of paxil in the treatment of depressions in elderly males

N.A. Tyuvina, S.V. Prokhorova, T.N. Maksimova

Department of Psychiatry and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Objective: to study the efficacy of paxil in the treatment of depression of varying severity in elderly male.

Patients and methods. Thirty-five males aged 50—78 years with depressive symptoms of varying severity in the framework of a depressive episode [$n = 14$ (40%)], recurrent depressive disorder [$n = 12$ (34.3%)], and bipolar affective disorder [$n = 9$ (25.7%)] were examined. The efficacy of paxil 20—40 mg/day was clinically evaluated using psychometric scales (CGI, HDRS, and UKU) on days 7, 14, 28, and 42.

Results. Paxil was found to be highly effective in treating depressions in elderly males. The mean HDRS scores decreased from 24.7 ± 0.3 to 4.9 ± 1.1 . By day 42, the reduction in depressive symptoms was 80.2%. 74.3% of the patients achieved recovery and a borderline state according to the CGI-S scale. There was cessation of asthenic symptoms and adynamia at week 1 of therapy, hypothyria at week 2, and anxiety caused by the consecutive manifestations of stimulating, antidepressant, and anxiolytic effects.

Conclusion. The relatively rapid and uniform effect of paxil on all symptoms of depression in elderly males is determined by the combination of its anti-anxiety and stimulating activities in the presence of its good tolerability.

Key words: depression, recurrent depressive disorder, bipolar effective disorder, male sex, elderly age, paxil.

Contact: Nina Arkadyevna Tyuvina natuvina@yandex.ru

Депрессивные расстройства в пожилом и старческом возрасте имеют ряд особенностей, касающихся генеза, клинических проявлений и терапевтической тактики. По данным многочисленных исследований, распространенность депрессий с возрастом увеличивается, но вместе с тем изменяется соотношение депрессивных расстройств в зависимости от их происхождения и тяжести клинической симптоматики. Так, распространенность большой (эндогенной) депрессии достигает максимума (7—8%) в возрасте 45—54 лет, затем заметно снижается и в популяции старше 65 лет составляет около 4%. Параллельно увеличивается число экзогенных (органических, соматогенных) и психогенных депрессий (J.P. Lepine, 1977). По данным D.W. Кау и соавт. [1], во всех возрастных группах субдепрессии («подпороговые» депрессии) отмечаются чаще, чем большая депрессия. Субдепрессивные нару-

шения встречаются у 10% в общей популяции людей пожилого возраста и только 1,3% страдают большой депрессией. В более позднем исследовании, проведенном в 14 европейских странах [2], было установлено, что депрессивные нарушения отмечаются у 8,6—14,1% пожилых людей, а большая депрессия — только у 1—4%. У пожилых пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями, частота депрессивных расстройств значительно возрастает, но колеблется в довольно широких пределах — от 11 до 59% в зависимости от применяемого диагностического инструмента, возраста, пола, места нахождения больных и типа опеки [3, 4]. Поэтому многие исследователи считают, что риск возникновения депрессии у пожилых здоровых людей не выше, чем у молодых, и увеличивается он не благодаря возрасту, а в связи с появлением соматических болезней [5]. Эта точка зрения под-

тверждается данными G.J. Kennedy и соавт. [6], которые показали, что из 30% пожилых людей, страдавших депрессией, только 5% не имели соматических заболеваний.

Однако взаимоотношения между соматической болезнью и депрессией неоднозначны. Доказано наличие непосредственной связи между рядом заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт, обструктивная легочная патология, перелом шейки бедра, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция) и депрессией в позднем возрасте [7, 8]. Болевые синдромы различного генеза также часто приводят к депрессии [9], при этом между болью и депрессией существует двусторонняя связь: боль повышает риск депрессии, а депрессия усиливает боль.

Кроме того, пожилые больные депрессией часто предъявляют жалобы соматического характера, которые не подтверждаются объективными методами исследования. Тем не менее пациенты на них фиксируются, переоценивают их тяжесть, обеспокоены последствиями воображаемой соматической болезни, возможным неблагоприятным исходом. В этих случаях речь идет об ипохондрической депрессии, при которой подавленное настроение сочетается с тревожными опасениями за свое здоровье, фобиями, паническими реакциями. При этом больные могут не обращать внимания на реально существующие у них болезни, например артрит, гипертоническую болезнь, а ассоциировать свою тревогу и сниженное настроение с вымышленными болезнями [9—11]. Боль и самооценка здоровья (субъективные симптомы соматической мнимой болезни), по мнению С. Katona и соавт. [12], имеют более сильную связь с депрессией, чем объективные симптомы или количество хронических болезней.

Существует также непрямая связь между соматическими болезнями и риском возникновения депрессивных нарушений: причинным фактором депрессии в этих случаях является не сама болезнь, а связанные с нею обстоятельства (угроза жизни, тяжелые последствия болезни), создающие дополнительный стресс [12, 13]. В связи с болезнью и ее осложнениями пациент может потерять привычную роль в жизни, работу, стать инвалидом, испытывать трудности в передвижении, общении с окружающими.

В пожилом и старческом возрасте больные могут подвергаться воздействию различных стрессовых факторов, таких как утрата близких, одиночество, проблемы с детьми, финансовые проблемы, что также может способствовать возникновению и развитию депрессии.

Предрасполагающими к депрессии факторами в пожилом возрасте, по данным многих исследователей, являются: психические расстройства в преморбиде, включая депрессию и суицидальные попытки; потеря функций и ограничение активности и подвижности, когнитивные нарушения и женский пол [12—14]. Что касается гендерных различий, то в возрастных группах 65—74 и 75—84 лет депрессии в два раза чаще встречаются у женщин, а в возрасте 85 лет и старше частота их выравнивается [15]. При анализе корреляционных связей между соматическими болезнями и депрессией установлено, что они более характерны для пациентов старше 75 лет, чем 55—74 лет, а также для мужчин, чем для женщин [16].

Клиническая картина депрессии в пожилом возрасте также имеет свои особенности по сравнению с депрессией у молодых. По мнению Е.С. Авербуха [17], с возрастом при депрессии менее выражена двигательная и ассоциативная заторможенность, более характерны тревога и ипохондриче-

ские нарушения, особенно для инволюционной меланхолии. По данным ряда зарубежных авторов, при депрессии позднего возраста часто встречаются инсомния (ранние пробуждения, отсутствие чувства сна, плохое самочувствие в утренние часы), потеря аппетита и массы тела, боль, слабость, тревога, агитация и мысли о смерти [12]. У больных могут отсутствовать жалобы депрессивного содержания, но характерны ангедония и соматические жалобы, а также «псевдодеменция» или объективные нарушения памяти и ипохондрия [9].

Трудности диагностики депрессивных расстройств в пожилом возрасте отражаются в итоге на своевременности и адекватности терапии. Но даже при установленном диагнозе депрессии существуют определенные проблемы при назначении лечения, в частности при подборе антидепрессантов. Необходимо учитывать возраст пациентов, сопутствующие соматические болезни, тяжесть самой депрессии и ее клинические особенности. Наиболее показаны пожилым пациентам антидепрессанты, обладающие наряду с эффективностью хорошей переносимостью с минимумом побочных эффектов. Препараты не должны вызывать излишней седации, слабости, повышения аппетита и массы тела, тремора и нарушения координации движений. В связи с этим в последние годы чаще всего используют антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Сегодня СИОЗС наиболее часто назначают в качестве препаратов первого выбора. Основные преимущества СИОЗС — относительно низкая частота побочных явлений и достаточно выраженный терапевтический эффект независимо от дозы. Одним из наиболее часто применяемых препаратов является пароксетин.

Пароксетин (паксил) — производное пиперидина, препарат сложной бициклической структуры, по стереохимической конфигурации близкий к четырехциклической, является мощным и наиболее СИОЗС [18, 19]. Как и другие препараты этой группы, он мало влияет на основные рецепторные системы, за исключением мускариновых, и, следовательно, оказывает умеренное холинолитическое действие. Отсутствие активных метаболитов и относительно небольшой период полураспада обеспечивают хорошую переносимость и безопасность препарата даже у лиц пожилого возраста [20—22]. Результаты многих рандомизированных двойных слепых исследований показывают, что пароксетин не уступает по эффективности имипрамину, amitриптилину и кломипрамину [23—25]. По степени влияния на тревожную симптоматику пароксетин не отличается от amitриптилина, при этом переносимость пароксетина лучше, чем у препаратов сравнения [26, 27]. Главными составляющими профиля психотропной активности препарата являются тимоаналептическое и анксиолитическое действие при достаточно отчетливом стимулирующем эффекте. Препарат обладает хорошим эффектом при тревожных состояниях, не вызывая гиперстимуляции, усиления агитации или нарушений сна. Имеются данные о способности препарата улучшать сон при депрессии уже на ранних этапах лечения, при этом не наблюдается дневной сонливости [28—30].

Целью исследования являлось изучение эффективности и безопасности паксила при терапии депрессивных расстройств у мужчин пожилого возраста.

Пациенты и методы. Исследование проводилось в стационарных и амбулаторных условиях в первом мужском отделении Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Первого

МГМУ им. И.М. Сеченова. В исследование включено 35 пациентов 50—78 лет (средний возраст — $61,2 \pm 3,8$ года) с длительностью заболевания от 3 мес до 15 лет (в среднем — $6,3 \pm 1,2$ года). Группа формировалась из пациентов, поступивших в клинику с симптомами депрессии различной степени тяжести, а также обратившихся в клинику с депрессией, которая не требовала госпитализации.

По результатам оценки психических расстройств согласно МКБ-10 состояние было квалифицировано как рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0 и F33.1) у 12 (34,3%) больных, умеренной тяжести депрессивный эпизод (F32.1) — у 14 (40%), биполярное аффективное расстройство (F31.3), умеренной тяжести депрессивный эпизод — у 5 (14,3%), биполярное расстройство, тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (F31.3) — у 4 (11,4%).

По тяжести депрессивного эпизода к началу терапии пациенты распределились следующим образом: легкий — 2 (5,6%), умеренный — 29 (82,9%), тяжелый без психотических симптомов — 4 (11,5%).

Соматические симптомы депрессии наблюдались у большинства пациентов. Это были как соматические проявления самой депрессии — нарушения сна, снижение аппетита, потеря массы тела, так и вегетативные симптомы (соматическая тревога) — гипервентиляция, потливость, сердцебиение и диспепсические расстройства. У ряда пациентов возникали приступы паники с соматическими симптомами (сердцебиение, обильное потоотделение, головокружение, слабость, тошнота, учащенное мочеиспускание и др.).

Клиническая картина приступа была представлена классическим меланхолическим синдромом у 5 (14%) больных, апатической депрессией — у 7 (20%), тревожной депрессией с паническими атаками — у 14 (40%), ипохондрической депрессией — у 9 (26%).

Впервые обратились 14 (40%) пациентов, они не принимали ранее антидепрессантов. Остальные больные прежде получали антидепрессанты разных групп с различной степенью эффективности. Паксил ранее никому из пациентов не назначался.

Суточная доза препарата составляла от 10 до 40 мг/сут на один прием, в утренние часы. При дозе 40 мг допускалось 2 приема по 20 мг — утром и днем.

До начала лечения паксилем проводилась постепенная отмена всей предшествующей терапии. Пациенты подвергались тщательному психическому и соматоневрологическому обследованию с применением необходимых параклинических методов для оценки эффективности терапии и возможных побочных эффектов. Исключались пациенты, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями, другими психическими расстройствами, злоупотребляющие психоактивными веществами.

Психическое состояние пациентов определяли традиционным клиническим методом с использованием психометрических шкал: шкалы общего впечатления (CGI), шка-

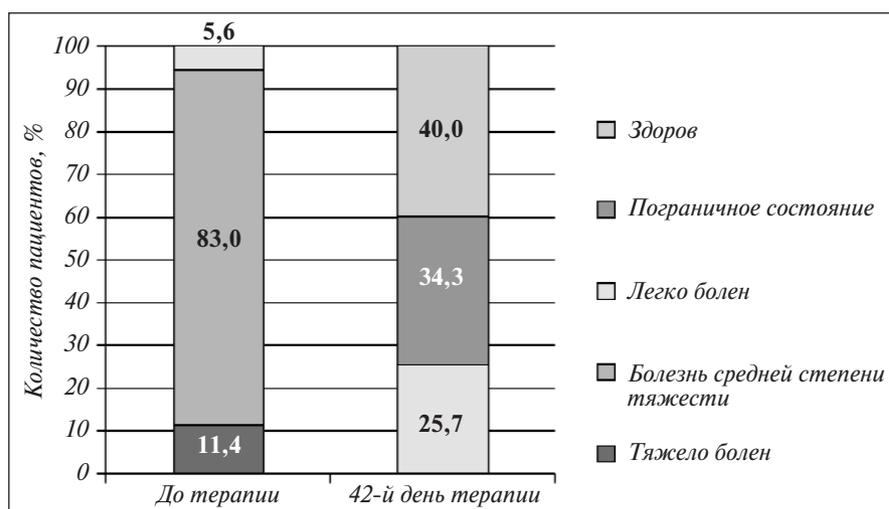


Рис. 1. Состояние пациентов по шкале CGI до и в конце терапии паксилем

лы Гамильтона для оценки депрессий (HDRS) и шкалы побочных явлений UKU. Оценка психического и соматического состояния пациентов проводили до начала терапии, на 7, 14, 28-й и 42-й день.

Разрешалось кратковременное использование транквилизаторов (феназепам, диазепам, алпразолам) и гипнотиков (золпидем, зопиклон).

На протяжении всего исследования ни один из пациентов не отказался от приема паксила из-за побочного действия препарата или недостаточной его эффективности.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлена высокая эффективность паксила при депрессиях различной степени выраженности. По шкале CGI перед началом терапии по тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: легко болен — 2 (5,6%), болезнь средней степени тяжести — 29 (83%), тяжело болен — 4 (11,4%; рис. 1).

В процессе терапии паксилем наблюдалась довольно быстрая редукция симптоматики, и к 42-му дню у большинства пациентов констатирована полная или почти полная ремиссия, субъективно они чувствовали себя хорошо и в психическом, и в физическом плане. Полное выздоровление или значительное улучшение отмечено у 74,3% пациентов. К концу 6-й недели терапии 40% пациентов считали себя практически здоровыми, у 34,3% отмечено пограничное состояние, а 25,7% оставались легко больны (см. рис. 1). К концу лечения у этих пациентов практически нормализовалось состояние во второй половине дня, но по утрам сохранялось состояние некоторой подавленности, тревоги, сниженной активности.

Динамика улучшения состояния в ходе лечения, определяемая по шкале CGI, отражена на рис. 2. Как следует из приведенных данных, отчетливое улучшение психического состояния пациентов по шкале CGI регистрировали со 2-й недели терапии. Положительная динамика отмечалась по мере продолжения лечения паксилем. Максимум улучшения приходился на 4-ю неделю лечения, в дальнейшем наблюдалась тенденция к относительной стабилизации психического состояния пациентов. К 42-му дню у большинства больных констатирована полная или почти полная ре-

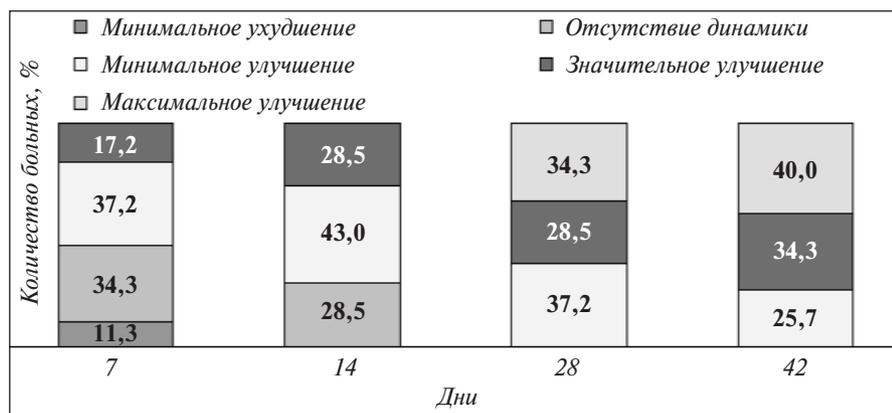


Рис. 2. Динамика депрессивной симптоматики в процессе терапии паксилом по шкале CGI

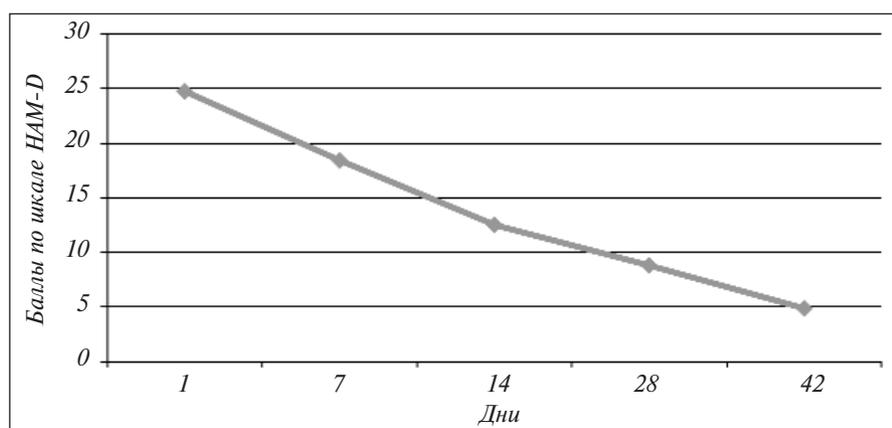


Рис. 3. Динамика депрессивной симптоматики на фоне терапии паксилом по шкале HDRS ($p < 0,05$)

миссия, субъективно они чувствовали себя хорошо в физическом и психическом плане.

При оценке депрессии по шкале HDRS средний суммарный балл в начале исследования составлял $24,7 \pm 0,3$ (рис. 3), к концу исследования он был равен $4,9 \pm 1,1$. Отмечалась довольно быстрая редукция депрессивной симптоматики: уже к концу 3-й недели терапии средний балл снизился на 50%. На протяжении всего курса лечения происходило довольно равномерное уменьшение депрессивных симптомов: к 7-му дню средний балл снизился на 25,5%, к 14-му дню — на 45,3%, к 28-му дню — на 64,3%, к 42-му дню — на 80,2%. При этом полная редукция всех симптомов отмечалась у 14 (40%) больных. У остальных оставались депрессивные проявления в виде фиксации на своем состоянии (7 пациентов), тревожных опасений по поводу здоровья (6), преходящих нарушений сна (7), легкой заторможенности (5). Слабо выраженная эпизодическая тревожность отмечалась у 8 больных.

Сравнение динамики отдельных симптомов депрессивного синдрома показывает, что у пациентов настроение улучшается уже со 2-й недели терапии, но положительный эффект значительно выражен после месяца лечения и сохраняется до его окончания. Тревога проходит медленнее, редукция заметна к концу месяца терапии, затем состояние стабилизируется. Двигательная заторможенность изначально выражена незначительно, ее динамика заметна уже на 1-й неделе лечения в результате стимулирующего эффекта паксила,

после чего происходит медленное выравнивание состояния. Таким образом, в начале терапии (уже с первых дней) проявляется стимулирующий эффект паксила, затем — антидепрессивный (со 2-й недели), а потом — анксиолитический (на 3—4-й неделе).

При клинической оценке динамики психического состояния пациентов улучшение было заметным с 1-й недели терапии. Больные становились более активными, охотно общались с близкими. У некоторых пациентов в начале терапии усиливалась тревога за счет стимулирующего эффекта препарата, но в дальнейшем они становились спокойнее, редуцировались фобические и панические проявления. Настроение заметно улучшалось со 2-й недели терапии: проходила тоска, появлялись интерес к жизни, планы на будущее. Больные становились более контактными, доверчивыми, естественными. Постепенно улучшалось и соматическое состояние. Появлялся аппетит, исчезали соматические и вегетативные проявления тревоги и панических расстройств. Уменьшалась, соответственно, и фиксация на своем соматическом состоянии. В меньшей степени подавались редукции сенестоипохондрические нарушения, психопатоподобные истероформные проявления. У некоторых больных нарушалось засыпание в первые недели ле-

чения, что корректировалось назначением транквилизаторов (особенно при сопутствующем усилении тревоги) и гипнотиков (золпидем, зопиклон).

С учетом доминирующих проявлений депрессивного состояния были выделены следующие синдромы: апатический — у 7 (20%) пациентов, классическая меланхолическая депрессия — у 8 (23%), тревожная депрессия — у 11 (31,8%), ипохондрическая депрессия — у 9 (25,2%). Тревожный и ипохондрический варианты депрессии чаще наблюдались у первичных пациентов, заболевших в возрасте 55—65 лет, и соответствовали инволюционной меланхолии.

Аффективные нарушения, имеющие апатико-динамическую окраску, характеризовались отсутствием чувства тоски, больные жаловались на лень, слабость, вялость, повышенную утомляемость, чувство апатии, бессилия, ощущение собственной тупости, нежелание что-либо делать, с кем-либо общаться, читать художественную или профессиональную литературу, смотреть телевизор. Пациенты говорили, что «потеряли интерес к жизни», что не испытывают прежнего удовольствия от работы или общения с близкими. Суицидальные жалобы отсутствовали, но пациенты были склонны рассматривать свое состояние как «завершение жизненной программы», много времени проводили в постели, отказываясь от прогулок. Все больные с апатической депрессией на фоне терапии паксилом во всех случаях отмечали выраженный стимулирующий эффект: сравнительно быстрое уменьшение

адинамических и астенических явлений практически с 1-й недели терапии. На 3—4-й неделе лечения паксилом повышалась поведенческая активность, появлялся интерес к жизни, планы на ближайшее будущее. Пациенты становились более инициативными, контактными, доверчивыми, подвижными, способными радоваться и получать удовольствия.

У больных 2-й группы с тоскливой классической депрессией в структуре синдрома отмечалось гармоничное присутствие депрессивной триады: снижения настроения, сопровождавшегося ощущением тяжести на сердце, двигательной и идеаторной заторможенностью, а также ангедонией, подавлением влечений, отсутствием чувства радости. В связи с заниженной самооценкой значительное место занимали идеи сверхценного характера о собственной неполноценности, никчемности, бездарности, бесполезности прожитых лет. Жизнь представлялась бесперспективной, безнадежной. Больные не верили в выздоровление, считали, что никогда не выйдут из этого состояния. На фоне лечения паксилом улучшалось настроение, повышалась двигательная и умственная активность, исчезали мысли о своей несостоятельности, страхи и беспокойство по поводу собственного состояния, перспектив выздоровления. Пациенты становились активными, улучшались аппетит и сон, не отмечалось сонливости и излишней седации в дневное время.

Пациенты 3-й группы отличались преобладанием в клинической картине тревожного компонента. Наблюдались симптомы тревожной депрессии, сопровождавшиеся отчетливой вегетативной симптоматикой (повышение АД, сердцебиение, сухость во рту, потливость, дрожь в теле и др.). Такие больные в отделении были беспокойны, суетливы, в течение дня неоднократно обращались к лечащему врачу с вопросами. У ряда больных этой группы на фоне постоянной тревоги возникали приступы паники. Пациенты не выходили из дома в одиночку, боялись пользоваться общественным транспортом из-за возможного возникновения панического приступа. У некоторых из них основная депрессивная симптоматика развивалась на фоне неярко выраженных психопатоподобных истероформных проявлений, а также нарушений контакта с окружающими, склонности к мелким конфликтам, раздражительности, нежелания подчиняться порядку.

На фоне приема паксила у пациентов этой группы наблюдалась редукция тревоги, аффективной неустойчивости, внутреннего напряжения. Пациенты становились более спокойными, упорядоченными и естественными, отмечали исчезновение подавленности, тяжести на душе. Практически с первых дней приема препарата прекращались приступы паники, сопровождавшиеся страхом смерти. Уменьшались тревожные ожидания самой панической атаки. Пациенты начинали выходить на прогулки, с 3-й недели лечения могли пользоваться общественным транспортом, появлялась уверенность в возможности излечения. К концу терапии в целом наблюдалась нормализация состояния, но эпизодически в утренние часы возникали неглубокие при-

ступы тревоги. Обычно для полного выздоровления требовался более длительный прием паксила — 2—3 мес.

У больных 4-й группы с ипохондрической депрессией снижение настроения часто сопровождалось ощущением тяжести на сердце, тревогой, внутренним беспокойством. Двигательная и идеаторная заторможенность были выражены незначительно, в высказываниях больных центральное место занимали идеи навязчивого и сверхценного характера о наличии тяжелого, неподдающегося лечению, «смертельного» соматического заболевания. Озабоченность своим здоровьем, неверие в возможность выздоровления, потребность в бесконечных обследованиях с целью подтверждения диагноза несуществующей соматической болезни составляли основу синдрома. Больные формально соглашались, что у них депрессия, однако занимались построением различных концепций возможного тяжелого скрытого соматического заболевания. Некоторые пациенты периодически

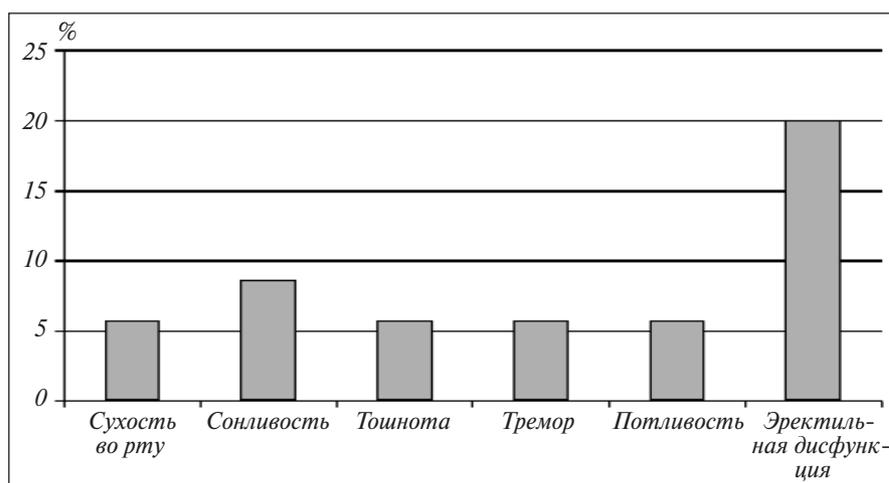


Рис. 4. Нежелательные явления на фоне терапии паксилом

предъявляли жалобы на плохо дифференцируемые неприятные ощущения в разных частях тела (сенестопатия), боль, онемение, жжение, зуд, связывая их с соматической или неврологической болезнью.

На фоне лечения паксилом у них повышались настроение, активность, общительность, улучшался сон и аппетит. Больные начинали общаться с близкими, интересовались домашними делами. Однако даже на фоне явного улучшения психического состояния они продолжали предъявлять жалобы соматического характера, что способствовало сохранению определенных сомнений по поводу соматических болезней.

Улучшение в той или иной степени отмечалось практически у всех пациентов. Препарат оказывал последовательное стимулирующее, тимоаналептическое и анксиолитическое действие на протяжении всего периода терапии. Динамика состояния больных на фоне приема паксила характеризовалась прежде всего общим улучшением настроения, повышением активности, стремлением к деятельности, а также упорядочением ассоциативных функций и поведения. Из ведущих расстройств в большей степени поддавались терапии легкие и умеренные депрессии с астенодинамическими, апатическими, обсессивно-фобическими явлениями. Необходимо отметить довольно быстрое купирование приступов паники и редукцию тревожно-фобических нарушений.

В нашем исследовании паксил продемонстрировал хорошую переносимость (рис. 4). Побочные эффекты обычно наблюдались у пациентов, впервые обратившихся к психиатру и не принимавших ранее более «тяжелых» психотропных средств. Такие симптомы, как сухость во рту, сонливость, тошнота, тремор рук, потливость, отмечались на 1-й неделе терапии, потом постепенно исчезали. Наиболее частым побочным действием паксила в нашем исследовании у пациентов-мужчин были жалобы на эректильную дисфункцию, которые, как правило, исчезали после завершения курса лечения и отмены препарата.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности паксила при ле-

чении депрессивных расстройств у мужчин пожилого возраста. Особенностью клинического эффекта препарата является относительно быстрое и равномерное воздействие практически на все симптомы депрессии, включая гипотию, двигательную и ассоциативную заторможенность, апатию, ангедонию и тревожно-фобическую симптоматику. Сочетание тимоаналептического, легкого стимулирующего и анксиолитического действия при незначительных побочных явлениях делают паксил привлекательным для использования при депрессиях различного генеза: эндогенных, психогенных, органических, инволюционных, включая купирующую и поддерживающую терапию, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

- Kay D.W., Beamish P., Roth M. Old age mental disorders in Newcastle Upon Tyne, Part 1: a study of prevalence. *British J Psychiatr* 1964;110:146—58.
- Copeland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M.E. et al. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *British J Psychiatr* 1999;174:312—21.
- Mayou R., Hawton K. Psychiatric morbidity in the general hospital. *British J Psychiatr* 1986;149:172—90.
- Katona C.L.E. *Depression in Old Age*. Chichester: John Wiley, 1994.
- Robert R.E., Kaplan G.A., Shema S.J. et al. Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatr* 1997;154:1384—90.
- Kennedy G.J., Kelman H.R., Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability. *J Com Health* 1990;15:93—104.
- Blazer D.G. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol* 2003;58A:249—65.
- Alexopoulos G.S. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365(9475):1961—70.
- Baldwin R.C. *Depression in later life*. Oxford: University press, 2010; 118 p.
- Тювина Н.А., Балабанова В.В., Гонч Е.М. Опыт применения сульпирида при эндогенных депрессивно-ипохондрических расстройствах непсихотического уровня. *Неврол нейропсихиатр психосом* 2011;4:69—72.
- Evans M.E., Copeland J.R.M., Dewey M.E. Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:787—95.
- Katona C.L.E., Manela M., Livingston G. Comorbidity with depression in older people: the Islington Study. *Aging Ment Health* 1997;1:57—61.
- Livingston G., Hawkins A., Graham N. et al. The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol Med* 1990;20:137—46.
- Forsell Y., Jorm A.F., Winblad B. Association of age, sex, cognitive dysfunction and disability with major depressive symptoms in an elderly depressive sample. *Am J Psychiatry* 1994;151:1600—4.
- Fenton F.R., Cole M.G., Engelsman F. et al. Depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:279—84.
- Beekman A.T.F., Kriegsman D.M.W., Deeg D.J.H. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:32—8.
- Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. М.: Медицина, 1968; 269 с.
- Thomas D.R., Nelson D.R., Johnson A.M. Biochemical effects of antidepressant paroxetine, a specific 5-hydroxytryptamine uptake inhibitor. *Psychopharmacol* 1987;93:193—200.
- Tulloch I.F., Johnson A.M. The pharmacologic profile of paroxetine, a new selective serotonin reuptake inhibitor. *J Clin Psychiatr* 1992;53(Suppl. 2):7—12.
- Bignini A., Rapisarda V. A double-blind multicentre study of paroxetine and amitriptyline in depressed outpatients. *Int Clin Psychopharmacol* 1992;6(Suppl. 4):37—41.
- Мосолов С.Н., Смудевич А.Б., Григорьевских В.С. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата паксил (пароксетин) при умеренной и тяжелой депрессии. В сб.: Новые достижения в терапии психических заболеваний. Под ред. С.Н. Мосолова. М., 2002; 266—77.
- Anderson I.M., Tomenson B.M. The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression: a meta-analysis against tricyclic antidepressants. *J Psychopharmacol* 1994;8:238—49.
- Dunbar G.C., Cohn J.B., Fabre L.F. et al. A comparison of paroxetine, imipramine, and placebo in depressed out-patients. *Br J Psychiatr* 1991;159:394—8.
- Linc C., Dunbar G.C. An overview of studies comparing the efficacy, safety and tolerability of paroxetine and clomipramine. *Nord J Psychiatr* 1992;46(Suppl. 27):17—22.
- Mongomery S.A., Kasper S. Comparison of compliance between serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; (Suppl. 4):33—40.
- Stoth P., Blagden M.D., Aitken C.A. Depression and associated anxiety in primary care: a double-blind comparison of paroxetine and amitriptyline. *Eur Neuropsychopharmacol* 1993;3:324—5.
- Trivedi M.N., Pigotti T.A., Perera P. et al. Effectiveness of low doses of paroxetine controlled release in the treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatr* 2004;65(Suppl. 10):1356—64.
- Kiev A. A double-blind placebo-controlled study of paroxetine in depressed outpatients. *J Clin Psychiatr* 1992;53(Suppl. 2):27—9.
- Rickels K., Amsterdam J., Clary C. et al. The efficacy and safety of paroxetine compared with placebo in outpatients with major depression. *J Clin Psychiatr* 1992;53(Suppl. 2):31—1.
- Roose S.P., Schatzberg A.F. The efficacy of antidepressants in the treatment of late-life-depression. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:S1—S7.

О.Н. Герасимова¹, В.А. Парфенов²

¹Поликлиника № 6 ЗАО «Медицинские услуги»,

²Кафедра нервных болезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Клинический опыт применения мелоксикама (Мовалис®) при неспецифической боли в спине и радикулопатии

Представлен клинический опыт лечения 280 пациентов (115 мужчин и 165 женщин, средний возраст — 47,1±13,3 года) с острой и хронической неспецифической болью в спине или радикулопатией. Всем пациентам назначали Мовалис® (внутримышечные инъек-