



ФАРМАСТАРТ

неврологія • психіатрія

ПАРОКСИН (ПАРОКСЕТИН)



- Доказанная эффективность при депрессиях^{1,2} и тревогах^{3,4}
- Высокий профиль безопасности^{1,5}
- Удобство приема – 1 раз в сутки⁶
- Самый доступный по цене пароксетин в Украине⁷

1. Stocchi F, Nordera G, Jokinen R.N., et al. J. Clin. Psychiatry, 2003 Mar; 64 (3), 250-258.
2. Katzman M.A., Tricco A.C., McIntosh D. et al. J. Clin. Psychiatry, 2007 Dec; 68 (12), 1845-59.
3. Liebowitz M.R., Stein M.B., Tancer M. et al. J. Clin. Psychiatry, 2002 Jan; 63 (1), 66-74.
4. Rickels K., Zaninelli R., McCafferty J. et al. Am J. Psychiatry, 160: 4, 2003.
5. Montgomery S.A. Int Clin Psychopharmacol. 2001 May; 16 (3), 169-78.
6. Инструкция по медицинскому применению препарата № 406 от 14.05.10.
7. Еженедельник «Аптека», № 13 (934), 31 марта 2014 г.

Состав. Действующее вещество – пароксетина гидрохлорида полугидрат. 1 таблетка содержит пароксетина гидрохлорида полугидрата в пересчете на пароксетин 20 мг.

Фармакотерапевтическая группа. Антидепрессанты. Код АТС: N06A B05.
Побочные эффекты. Со стороны системы кровообращения: повышенная кровоточивость кожи и слизистых оболочек (экхимоз), тромбоцитопения. Со стороны иммунной системы: аллергические реакции (включая крапивницу и ангионевротический отек). Со стороны эндокринной системы: возможен синдром, обусловленный недостаточной секрецией антидиуретического гормона.

Фармакодинамика. Пароксетин является сильнейшим селективным ингибитором поглощения нейронами головного мозга 5-гидрокситриптамина (5-НТ, серотонина), что предопределяет его антидепрессивное действие и эффективность.

Категория отпуска. По рецепту.

Информация для специалистов здравоохранения.

Для получения детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения лекарственного средства.

О нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете сообщить в ООО «Фарма Старт» по телефону (044) 281-23-33.

Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО «Фарма Старт», Украина, 03124,
г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8;
Тел.: (+38-044) 281-23-33;
www.phs.ua

Депрессия в повседневной практике врача

Продолжение. Начало в № 1.

Предлагаем вниманию читателей второй обзор из серии, посвященной комплексной медико-психологической помощи пациентам с депрессивными расстройствами (ДР). Особое внимание уделено возможностям диагностики, терапии ДР и наблюдения по месту жительства больного, в условиях первичного звена здравоохранения. Информация предназначена в первую очередь для неврологов и врачей других соматических специальностей, а также будет полезна психиатрам для систематизации знаний и опыта. Обзоры основаны на публикациях авторитетных специалистов из США и Великобритании – стран с успешным опытом интеграции психиатрической помощи в общемедицинскую практику.

Часть 2. Принципы курации пациентов с депрессией

Ключевой принцип оказания помощи человеку в состоянии депрессии заключается в подборе такой терапии, которая может обеспечить максимальный положительный эффект с учетом индивидуальных особенностей, потребностей и ожиданий самого пациента. Это требует от врача не только знаний и умений практического применения доказательной базы существующих лечебных подходов, но и психологической компетентности для анализа убеждений, верований и сомнений больного, определяющих его отношение к своему состоянию; возможности его вовлечения в процесс терапии, что в значительной мере влияет на ее результат (E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

Первый вопрос, который необходимо решить: кто и где будет оказывать помощь пациенту с депрессией. При наличии суицидальных тенденций, агрессивного поведения или, наоборот, апатии и игнорирования больной может сопротивляться оказанию помощи или не воспринимать ее, получение информированного согласия и участие в выборе терапии становятся невозможными. В таких случаях требуется госпитализация в психиатрический стационар с согласия родственников и с соблюдением необходимых юридических процедур. Большинство же пациентов с депрессией в более легкой, неосложненной форме, сохраненными когнитивными функциями и критикой могут получать психотерапевтическую и психологическую помощь, а при необходимости и психофармакотерапию по месту жительства с участием врача общей практики и психолога. На практике выбор места и методов терапии депрессии ограничен локальными ресурсами здравоохранения. Доступность комплексной междисциплинарной помощи пациентам с ДР остается недостаточной даже в развитых странах, декларирующих принцип социально ориентированной психиатрии.

Еще один важный, но часто игнорируемый аспект курации пациентов с ДР – это психообразование. Для построения партнерских доверительных отношений, вовлечения пациента в процесс выбора и контроля эффективности терапии ему необходимо как минимум объяснить суть расстройства в контексте его собственного жизненного опыта, а в идеале обеспечить дополнительными источниками валидной достоверной информации о депрессии и существующих подходах к терапии.

Цели и задачи терапии

Очевидно, высшая цель терапии – вернуть человека из состояния депрессии к состоянию полного здоровья. Однако мнение пациента на этот счет может отличаться от самых добрых намерений врача или психотерапевта, и его нельзя игнорировать. Исследователи и клиницисты обычно сосредоточены на разрешении острых симптомов ДР, но отдаленные исходы не менее важны, особенно для самого больного, ведь именно от того, удалось ли вернуть

позитивное мышление, оптимизм и уверенность в себе, зависит успех социальной адаптации/реадаптации (M.M. Zimmerman et al., 2006). Оптимизация переносимости терапии является важной задачей на всех этапах. Цели и задачи лечения депрессии суммированы в таблице.

Цели первой фазы терапии

Цели лечения острой фазы ДР должны опираться на объективные показатели состояния пациента. Для этого применяются общедоступные и валидные клинические инструменты: шкалы для оценки депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) или Монтгомери-Асберг (Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS).

Возможные исходы в начальной фазе терапии (по S. Meltzer-Brody, J.R. Davidson, 2000):

1. Ответ на терапию – уменьшение выраженности симптомов на $\geq 50\%$ по HDRS или MADRS.
2. Ремиссия – отсутствие или минимальная выраженность депрессивных симптомов. Обычно определяется по наличию пороговых значений по шкалам оценки депрессии: < 8 баллов по 17-пунктовой HDRS или < 10 баллов (у некоторых авторов < 13 баллов) по MADRS.
3. Частичная ремиссия. Определяет состояние пациентов, продолжающих испытывать выраженные симптомы, которые ниже пороговых значений диагностики большого депрессивного расстройства. Обычно это 8-13 баллов по 17-пунктовой HDRS.

Достижение ремиссии является главной целью первого этапа терапии.

Среднесрочные и долгосрочные цели терапии

После наступления ремиссии наступает ответственный период консолидации достигнутых результатов, целями которой является достижение стабильной ремиссии, восстановление социального функционирования пациента на доболезненном уровне и профилактика раннего рецидива. Цели поддерживающей терапии также представлены в таблице. Важно отметить, что три фазы терапии ДР и соответствующие исходы описаны на основании клинических исследований, в которых применялась фармакотерапия антидепрессантами. До сих пор очень мало известно о закономерностях течения ДР на фоне психотерапии (E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

Выбор терапии депрессии

Неспецифический эффект психологической поддержки и плацебо

Оценку эффективности существующих методов и средств терапии депрессии, будь то антидепрессанты или разные модальности психотерапии, затрудняют выраженный у данной категории пациентов неспецифический эффект психологической поддержки и эффект плацебо. В то же время это играет положительную терапевтическую роль. Эмпатическое отношение терапевта, позитивизация состояния больного и попытки привлечения его к выбору терапии могут оказывать настолько мощный эффект, что у некоторых пациентов с легкой депрессией этого оказывается достаточно для достижения ремиссии. В то же время использование плацебо, кроме случаев участия пациента в клинических исследованиях при получении информированного согласия, признано неэтичным и опасным, так как эффект плацебо, описанный в клинических исследованиях, непредсказуем и непостоянен. Как правило, выраженность спонтанного улучшения и плацебо-эффекта обратно коррелируют с тяжестью ДР: от 50-60% у пациентов с легкими ДР до 30% и менее при ДР средней тяжести или тяжелой депрессии (J. Angst, 1993; B.T. Walsh, 2002; J.E. Barrett, 2001).

Специфическая терапия депрессии

(по E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

1. Лечение антидепрессантами: селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС), трициклическими антидепрессантами (ТЦА), ингибиторами

Таблица. Цели и задачи терапии депрессии на разных этапах (фазах) (адаптировано по E.S. Friedman, I.M. Anderson, 2010).

Исходы	Острая фаза	Фаза консолидации (продолжения терапии)	Поддерживающее лечение
Симптомы депрессии	Ответ Ремиссия	Стабильная ремиссия	Выздоровление
Побочные эффекты	Высокая безопасность и хорошая переносимость		
Функционирование	Улучшение социального функционирования, повышение работоспособности	Восстановление социального функционирования и работоспособности	Поддержание социального функционирования и работоспособности на требуемом (доблезненном) уровне
Самочувствие и благополучие	Повышение качества жизни	Восстановление качества жизни	Поддержание качества жизни

обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО), препаратами со сложным профилем рецепторного влияния (тразодон, мirtазапин).

2. Психотерапия и психологическая поддержка: осуществляется в виде структурированного психологического консультирования, когнитивно-поведенческой, проблемно-разрешающей, межперсональной терапии, по формату может быть индивидуальной, групповой, компьютеризированной, проводимой по интернету (программы самопомощи).

3. Физические методы: электросудорожная терапия, светотерапия, стимуляция головного мозга.

4. Другие (дополнительные) средства терапии: фитотерапия (зверобой), фолиевая кислота, омега-3-кислоты и др.

При выборе терапии ДР следует руководствоваться как данными доказательной медицины, так и принципами индивидуализации лечения с учетом особенностей течения и выраженности ДР, сопутствующих заболеваний, социальных факторов, пожеланий и ожиданий пациента, профиля побочных эффектов.

Продолжается изучение предикторов ответа на те или иные методы терапии, но невозможно точно спрогнозировать, какое лечение обеспечит наилучший эффект и будет хорошо переноситься пациентом. Не доказана прогностическая ценность таких факторов, как пол, тип депрессии, генетические особенности индивида (например, варибельность генов транспортеров серотонина). Некоторые предикторы используются эмпирически. Например, считается что при депрессии с психотическим компонентом наилучшего эффекта можно достичь, комбинируя антидепрессанты с антипсихотиками, или что при сезонной депрессии хороший эффект оказывает светотерапия (I. Anderson, I. Ferrier, R. Baldwin et al., 2008).

Не теряет актуальности вопрос, имеют ли одни антидепрессанты преимущества перед другими. Согласно накопленной доказательной базе различия эффективности между препаратами минимальны, поэтому главными критериями при первичном выборе антидепрессанта на практике становятся его профиль побочных явлений и переносимость. Тем не менее даже минимальные различия в эффективности могут играть важную роль при тяжелой депрессии у госпитализированных пациентов. Существующие доказательства, что венлафаксин и амитриптилин более эффективны, чем СИОЗС, а другие ТЦА могут быть эффективнее ИМАО у пациентов с тяжелыми ДР (I. Anderson, I. Ferrier, R. Baldwin et al., 2008).

Предикторы ответа на те или иные виды психотерапии также не установлены. Фармакотерапия и психотерапия демонстрируют сопоставимую эффективность в острой фазе, хотя, например, пациенты с хронической депрессией и психотравмами раннего детского возраста могут лучше отвечать на психотерапию, чем на антидепрессанты. У больных с тяжелой депрессией эффективность психотерапии не доказана, более того, такие пациенты, как правило, не могут в ней участвовать из-за проблем с мотивацией и когнитивными функциями.

При самых тяжелых ДР существуют доказательства преимущества электросудорожной терапии перед фармакотерапией по частоте ответа на лечение в острой фазе (I. Anderson, I. Ferrier, R. Baldwin et al., 2008).

Особые категории пациентов

Дети и подростки

Доказательства эффективности антидепрессантов у детей и подростков противоречивы из-за выраженности эффекта плацебо и минимальных различий между ним и активным лечением (J.A. Bridge, S. Iyengar, C.V. Salary et al., 2007). Существуют данные о том, что антидепрессанты в раннем возрасте могут усиливать аутоагрессию и суицидальные тенденции. Наиболее изученными у детей и подростков являются препараты класса СИОЗС. Следует избегать назначения ТЦА и других антидепрессантов с риском передозировки. Психотерапия обычно рассматривается как лечение первой линии, хотя преимущества определенных модальностей психотерапии перед структурированной психологической поддержкой не доказаны (I. Anderson, I. Ferrier, R. Baldwin et al., 2008).

Лица пожилого возраста

Психофармакотерапия пациентов старших возрастных групп усложняется в связи с возрастными нарушениями метаболизма лекарств, повышенным риском развития побочных эффектов и лекарственных взаимодействий между антидепрессантами и препаратами для лечения сопутствующих соматических заболеваний. Поэтому в гериатрической психиатрии применяется правило: начинать терапию с низких доз и медленно титровать дозу (F. Lotrich, B. Pollack, 2005).

Эффективность антидепрессантов у пожилых пациентов доказана недостаточно. Так, в некоторых плацебо-контролируемых исследованиях флуоксетин, венлафаксин и эсциталопрам не превзошли плацебо по частоте достижения терапевтического ответа (50% редукция

симптомов по шкале MADRS). Эти данные могли быть обусловлены наличием выраженных нейровегетативных симптомов депрессии, сопутствующих заболеваний и плохой переносимостью терапии. В то же время, по результатам обзора Управления по контролю за качеством продуктов питания и лекарств США (Food and Drug Administration, 2006), прием антидепрессантов класса СИОЗС в возрастной группе старше 65 лет, в отличие от применения у детей и подростков, ассоциируется со значительной редукцией суицидальных идей и поведения (относительный риск 0,37 по сравнению с плацебо). Эффективность психотерапии в гериатрической практике, в том числе в сравнении с таковой фармакотерапии, также мало изучена. В одном из исследований подтверждено превосходство пароксетина перед плацебо в качестве поддерживающей терапии у пациентов, которые ответили на комбинацию пароксетина с межперсональной психотерапией в остром периоде (A. Dombrovski et al., 2007).

Беременные и кормящие матери

У беременных с ДР руководствуются принципом минимально необходимой медикаментозной терапии. Доказана возможность применения ТЦА и СИОЗС без развития серьезных побочных эффектов. Антидепрессанты отличаются по способности проникать в грудное молоко. По этой причине следует избегать назначения кормящим матерям циталопрама и флуоксетина (I. Anderson, I. Ferrier, R. Baldwin et al., 2008).

Начало терапии:

о чем следует предупредить пациента?

Перед началом лечения следует объяснить пациенту, чего ему следует ожидать в результате терапии. Хорошо известно, что тимолептический эффект антидепрессантов нарастает постепенно. Первые признаки уменьшения симптомов депрессии можно почувствовать уже через 1-2 нед, но улучшение других аспектов, таких как повседневная активность, уверенность в себе и ощущение благополучия, наступает обычно начиная с 3-4-й недели лечения. На фоне психотерапии без назначения антидепрессантов состояние больного улучшается еще медленнее.

Кроме того, следует подготовить пациента к возможным побочным эффектам фармакотерапии. Обычно они возникают в первые 2 нед, хотя не всегда напрямую связаны с приемом препаратов, поскольку регистрируются и в группах плацебо. В большинстве случаев побочные действия незначительно выражены и спонтанно исчезают через несколько дней на фоне продолжения терапии. Для профилактики нарушения комплаенса важно информировать пациента о том, что побочные явления антидепрессантов могут развиваться раньше, чем их терапевтический эффект, и что они почти всегда проходят самостоятельно, не требуя отмены препаратов. Для минимизации побочных эффектов некоторые антидепрессанты, например ТЦА, требуют титрации дозы.

Остается открытым вопрос, могут ли антидепрессанты, особенно СИОЗС, усиливать суицидальные мысли и намерения, что впервые было отмечено у подростков и молодых взрослых. Считается, что суицидальные тенденции могут повышаться на фоне любых видов терапии депрессии. Пациенту следует корректно предупреждать об этом и советовать немедленно обращаться за помощью при появлении ажитации и аутоагрессии на фоне лечения.

Больные часто прекращают прием антидепрессантов, как только начинают чувствовать себя лучше. Необходимость проведения длительной терапии — еще в течение нескольких месяцев после достижения ремиссии для профилактики рецидива — следует обсудить с пациентом заранее. Также нужно предупредить об опасности развития синдрома отмены при резком прекращении приема антидепрессантов.

Существуют доказательства лучших результатов лечения депрессии при четком следовании графику наблюдения (повторных визитов) и мониторинговании возможных побочных эффектов. На первом этапе оптимальной считается частота визитов через 1-2 нед. Приветствуется регулярное использование инструментов объективизации состояния пациента и симптомов депрессии. Кроме шкал HDRS и MADRS, заполняемых врачом, могут применяться опросники самооценки: для описания симптомов депрессии и тревоги опросник Бека (Beck Depression Inventory, BDI), госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), быстрый опросник Quick Inventory of Depressive Symptomatology — Self Rated (QIDS-SR), для самооценки уровня функционирования и качества жизни опросник Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) и др. Использование шкал и опросников дает представление об изменениях состояния пациента в динамике, а также способствует его вовлечению в процесс терапии и улучшает комплаенс.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

ФАРМАСТАРТ
неврология • психиатрия

ЭСЦИТАМ
(ЭСЦИТАЛОПРАМ)



■ **Высокая эффективность** при депрессиях и тревогах^{1,2,3,4}

■ **Доказанная биоэквивалентность** оригинальному эсциталопраму⁵

■ **Один из самых доступных по цене эсциталопрамов в Украине**⁶

1. Boulenger et al. Curr Med Res Opin 2006; 22: 1331-4.
2. Khan et al. Clin Drug Invest, 2007; 27: 481-92.
3. Montgomery et al. Int J Psychopharmacology 2006; 21: 297-309.
4. Baldwin et al. Br J Psychiatry 2006; 189: 264-1.72.
5. Bioequivalence Study Number: 2007-003996-38, Clin.Report, Dec.2007, Summary, p.8.
6. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_prices_drugs/?_pg=1.

Состав: действующее вещество: эсциталопрам;
1 таблетка содержит эсциталопрама гидроген оксалата соответственно 10 мг и 20 мг.

Фармакотерапевтическая группа. Антидепрессанты. Код АТС N06A B04. Показания. Лечение больших депрессивных эпизодов, панических расстройств с или без агорафобии, социальных тревожных расстройств (социальная фобия), генерализованных тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств.

Побочные эффекты Эсцитамы, как правило, являются преходящими и незначительными. Тошнота, снижение или усиление аппетита, диарея, запор, рвота, сухость во рту, тревога, беспокойство, аномальные сны, снижение либидо, аноргазмия у женщин, бессонница, сонливость, головокружение, парестезия, тремор.

Фармакодинамика. Эсцитам является антидепрессантом, селективным ингибитором обратного захвата серотонина, который обуславливает клинические и фармакологические эффекты препарата. Он обладает высоким сродством к основному связывающему элементу и сопредельному с ним аллостерическому элементу транспортера серотонина и не обладает совсем или обладает очень слабой способностью связываться с рядом рецепторов, включая серотониновые 5-HT_{1A}, 5-HT₂-рецепторы, дофаминовые D₁- и D₂-рецепторы, α₁-, α₂-, β-адренергические рецепторы, гистаминовые H₁-, M-холинорецепторы, бензодиазепиновые и опиатные рецепторы.

Категория отпуска. По рецепту.

Информация для специалистов здравоохранения.

Для получения детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения лекарственного средства.

О нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете сообщить в ООО «Фарма Старт» по телефону (044) 281-23-33.



Мы делаем качественное лечение доступным!

ООО «Фарма Старт», Украина, 03124,
г. Киев, бульв. И. Лепсе, 8;
Тел.: (+38-044) 281-23-33;
www.phs.ua