

**ИНФОРМАЦИЯ****ВСЕМИРНЫЙ СИМПОЗИУМ «СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ РЕАПТЕЙКА СЕРОТОНИНА: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ» (2001 Г., ИЮНЬ, 14-16)**

14-16 июня 2001 года в г. Севилья (Испания) был проведен всемирный симпозиум: «Селективные ингибиторы реаптейка серотонина: настоящее и будущее». Симпозиум был организован известной фармацевтической компанией A.Lundbeck A/S. Участие в нем приняло более 1200 человек из различных стран мира. Украинская делегация была представлена: проф. В.А. Абрамов – зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Донецкого медицинского университета, В.А. Шумлянский – главный врач Житомирской областной психиатрической больницы, президент Ассоциации психиатров Украины, д.м.н. В.Д. Мишиев – зам. главного врача Киевской городской клинической психоневрологической больницы №1, К.Н. Логановский – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела неврологии Института клинической радиологии Научного центра радиационной медицины АМН Украины, С.Г. Шевченко – координатор представительства Х.Лундбек Аб в Украине.

Участие украинской делегации в симпозиуме стало возможным благодаря оперативным действиям руководителя представительства Х.Лундбек в Украине А.А. Головни.

Огромное впечатление на делегатов симпозиума произвела Севилья – главный город юга Испании (Андалусии), один из наиболее ярких и

красивых городов Европы. Расположенный на берегу реки Гвадалквивир город поражает своей историей, по праву считаясь испанским Вавилоном. Родом отсюда художники Диего Веласкес и Бартоломе Эстебан Мурильо, а также поэт Густаво Адольфо Беккер, Антонио Магадо и лауреат Нобелевской премии Висенто Александро. Здесь Мигель Сервантес де Сааведра был заключен в тюрьму за долги – в застенках он начал писать историю Дон Кихота. В севильских домах искал любовных приключений герой Тирсо де Молина – Дон Жуан. Здесь же проказничал Фигаро из бессмертной комедии Бомарше, опер Моцарта и Россини. На старой табачной фабрике страстная Кармен впервые встретилась с Доном Хосе. Многие в Севилье связано с именем Христофора Колумба.

Делегаты симпозиума имели возможность познакомиться с архитектурными памятниками, пользующимися мировой известностью: Севильский кафедральный собор, готическая башня Ла Хиральда, Золотая башня, квартал Санта-Круз; побывали на берегу Атлантического океана.

Не меньшее впечатление произвел великолепно организованный симпозиум, проводившийся в Congress Centre Seville. Ниже представлена краткая информация обо всех докладах, прозвучавших на симпозиуме.

***Koen Demy Henaere (Бельгия)***

*зав. отделом взрослой психиатрии, работающего по программе «Тревожные расстройства и депрессии у амбулаторных и стационарных пациентов» и психиатр-консультант в отделе акушерства, гинекологии и эндокринологии в университетском госпитале Gasthuisberg, Leven, профессор медицинского факультета этого университета и академический секретарь Института Семьи и сексологических исследований.*

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ**

Все чаще в психиатрии проводятся исследования качества жизни (КЖ), в которых оценивается не только редукция симптоматики, ремиссии и случаи выздоровления, но и снижение, более или менее выраженное, трудоспособности. Такая оценка КЖ при психических расстройствах делает возможным их сопоставление с другими хроническими расстройствами (диабет, хронические поясничные боли и др.).

Существует 2 главных подхода к оценкам КЖ – функциональный и базирующийся на оценке

удовлетворения потребностей. Первый сосредоточен на оценке способности выполнять обычные жизненные роли, а второй – на оценке возможности удовлетворять свои нужды. Проблема оценки КЖ в большей или меньшей степени имеет номотетический (сравнение своего КЖ с КЖ других) или идиографический (сравнение своего КЖ с собственными надеждами и ожиданиями) характер. В конечном итоге это приводит к возникновению вопросов: кто оценивает улучшение? В чем оно заключается и хорошо

ли мы лечим наших пациентов?

Оценивать улучшение может врач, пациент, значимое лицо, организатор медицинской помощи, общество. Существуют расхождения между внешней оценкой с помощью различных шкал и шкальной самооценкой. В клинических исследованиях большое внимание уделяется шкалам внешней оценки, т.к. считается, что на результаты самооценочных шкал значительно влияют личностные факторы, например, нейротизм.

Проблема того, как определить улучшение не ограничивается только одномерной оценкой редуцированной симптоматики, но предполагает много-

мерный учет ограничений профпригодности, социального и семейного функционирования.

Оценка качества лечения складывается из решения вопросов об оптимальной продолжительности лечения, адекватности дозировок. Зависит ли при этом продолжительность лечения от того, какими препаратами оно проводится или от места оказания помощи (в учреждениях общего или психиатрического профиля)? Некачественное лечение повышает риск лишь частичного симптоматического улучшения и остаточного снижения уровня функционирования, которые, в свою очередь, являются мощными предикторами рецидивов.

### *Cornelius Katona*

*профессор кафедры психиатрии и поведенческих наук университетского колледжа в Лондоне, декан Королевского колледжа психиатров.*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ**

Депрессии являются тяжким бременем в плане высокой стоимости лечения и утраты или снижения уровня функционирования. В США «стоимость депрессий» составляет 33 млрд. долларов в год (1999).

Во многом обременительность депрессий связана с высоким риском плохой курбельности, самопроизвольного рецидивирования и возобновления после рано прекращенного лечения. Повторение депрессий чаще отмечается у пожилых с тяжелыми депрессивными эпизодами. Мощными предикторами хронического течения являются длительная продолжительность депрессии до начала лечения и бедность. Риск повторений в большинстве исследований составил 75-95%. Рецидивирование четко определяется наличием резидуальных симптомов после видимого улучшения, но не изначальной тяжестью и наличием меланхолических черт.

Рациональный подход к долгосрочной терапии включает раннюю диагностику, адекватное и достаточно длительное лечение, долгосрочную поддерживающую терапию у пациентов с высоким риском рецидива. Показана значительная эффективность антидепрессантов, как

трициклических, так и селективных ингибиторов реаптейка серотонина (СИРС), в профилактике рецидивов. Исследования Питтсбургской группы показали также эффективность психотерапии в сочетании с лечением антидепрессантами. Эффективно применение солей лития для профилактики повторения фаз при униполярных и биполярных расстройствах. Обнаружено, что такой СИРС, как циталопрам, эффективен как для основного, так и для поддерживающего лечения.

В реальной жизни согласие на длительную поддерживающую терапию является главным элементом успешного долгосрочного лечения. Межличностная терапия более эффективна при высоком уровне комплаенса.

Все пациенты, положительно реагирующие на лечение антидепрессантами, должны быть ориентированы на продолжение их приема в течение 4-6 месяцев после возникновения ремиссии. Долгосрочное поддерживающее лечение необходимо пациентам, перенесшим два и более эпизодов депрессии или после единичного, если он сочетается с семейной отягощенной наследственностью, при коморбидности с тревожными расстройствами, злоупотреблением наркотиками или дистимией.

### *Carl-Gerhard Gottfries*

*почетный профессор в области гериатрической психиатрии Института клинических нейронаук на кафедре психиатрии и нейрохимии Гетеборгского университета в Швеции.*

## **ВАЖНОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Случаи депрессии накапливаются в возрасте после 70 лет, встречаясь у 50% женщин это-

го возраста и у 25% мужчин; общая их распространенность – 5-8%. Депрессия является важ-

ным фактором риска совершения суицидов в пожилом возрасте.

У пожилых пациентов преобладают субклинические или относительно выраженные формы депрессий, «большая» депрессия диагностируется только у 1-2% пожилых пациентов.

Распространенность депрессий выше у пациентов с когнитивными дисфункциями. Так, у больных болезнью Альцгеймера субклинические депрессии встречаются в 50%. Среди общего числа всех расстройств и нарушений у дементных больных депрессии составляют 80%. Важно отметить, что такая симптоматика поддается лечению СИРС.

Депрессии в пожилом возрасте отличаются этиологической многофакторностью: к факторам риска относятся нормальное и психологическое старение, сосудистая недостаточность, нейроэндокринные нарушения, медикаментозное лечение и социально-психологическое влияние; генетические же факторы, по сравнению с молодыми пациентами, играют меньшую роль.

В процессе старения и при нейродегенеративных расстройствах нарушается деятельность норадренэргической и серотонинэргической систем, оказывающих влияние на уровень настроения. В возрасте 60-90 лет уровень серотонина в отдельных участках мозга снижается на 50%. Следует отметить, что синтез серотонина зависит от работы монокарбонового цикла. Помимо психофармакологического воздействия в пожилом возрасте большую, чем в более молодом,

роль играет социально-психологическая поддержка в связи с ограниченной помощью со стороны родственников.

Клинические исследования показали, что СИРС могут считаться препаратами первого выбора, т.к. они хорошо переносятся пожилыми и оказываются эффективными в 60% случаев.

СИРС эффективны как при депрессиях, сочетающихся с соматической патологией или слабоумием, так и при самостоятельно существующих. Другие аффективные расстройства, такие как раздражительность, тревога, страх, панические приступы, утомляемость, могут также поддаваться лечению СИРС. СИРС дают хороший результат при постинсультных депрессиях, урежают приступы патологического постинсультного плача.

У пожилых пациентов, как и у более молодых, имеется риск повторного возникновения (рецидива) депрессий. Первая фаза острого лечения, направленного на купирование видимых депрессивных симптомов, у пожилых пациентов более длительна и составляет 4-8 недель. Фаза закрепляющего лечения у пожилых также должна быть длительна; поддерживающее лечение циталопрамом, по сравнению с приемом плацебо, удлиняет период ремиссий; к тому же такое продолжительное лечение хорошо переносится.

Рекомендуется сочетание депрессантов с витамином В12, фолиевой кислотой, а при болезни Альцгеймера – с ингибиторами ацетилхолинэстеразы.

### **Bruce G Pollock**

*профессор психиатрии Питтсбургского университета (США).*

#### **ВСЕ ЛИ СИРС ОДИНАКОВЫ?**

СИРС, имеющие общий механизм действия и сходный терапевтический спектр, различаются по строению, а, вследствие этого и по своей фармакокинетике и фармакодинамике. Среди СИРС циталопрам (Ц) в настоящее время является наиболее селективным ингибитором и имеет минимальное постсинаптическое действие. Этим он отличается, например, от флуоксетина, являющегося молекулярным дериватом фенилпропиамин; от пароксетина, имеющего потенциальные норадренэргическое и антимукаринное действие, от сертралина, имеющего потенциальное дофаминэргическое действие.

Исследования в США показали, что Ц, по сравнению с плацебо не дает большего числа

таких побочных эффектов, как тревога, бессонница, нервозность и тремор. В этом отношении Ц, имеет меньшие возможные сексуальные побочные эффекты по сравнению с другими СИРС, причем эти эффекты легче корректируются, т.к. Ц, отличается линейной фармакокинетикой и низкой потенциальной возможностью взаимодействия с другими веществами.

У 61 пациента, интолерантных к пароксетину (средняя доза 27,6 мг/сут), проведено лечение Ц, (средняя доза 23,8 мг/сут) в течение 6 недель. У 62% этой группы отмечался положительный эффект от лечения и только 3% прервали лечение из-за побочных эффектов. Шестинедельное исследование 55 пациентов, прервавших лечение флуоксетином, и в послед-

ствии принимавших Ц. (24,6 мг/сут), показало терапевтическую успешность в 2/3 случаев при отсутствии отказов от лечения из-за побочных эффектов. Прибавка в весе после лечения в течение 27-33 недель более, чем на 7% от среднего веса отмечалась у 25,5% пациентов, принимавших пароксетин; у принимавших флуоксетин и сертралин прибавка составила 6,8% и 4,2% соответственно. Двойное слепое исследование показало, что у 22% лечившихся пароксетиной и 4% циталопрамом отмечалась прибавка в весе более чем на 7%.

Ц. отличается высокой биоактивностью, и его всасывание не нарушается приемом пищи. В дозах от 10 до 60 мг он отличается линейной фармакокинетикой, о чем свидетельствует пропорциональное с увеличением дозы нарастание концентрации в плазме. Ц. на 80% связывается

с белками, имеет средний период полураспада и обладает минимальной среди СИРС способностью подавлять изоэнзим СYP 450. Указанные свойства снижают риск побочных симптомов и синдрома отмены.

Флуоксетин и большинство его метаболитов подавляют СYP 2Db, 2C9/19 и 3A4; флувоксамин может подавлять СYP 1A2, 3A4, 2C9/19; пароксетин – СYP 2Db. Учитывая высокую коморбидность депрессии позднего возраста и, в связи с этим, необходимость применения большого количества различных препаратов следует помнить, что опосредованные через воздействие на СYP 2Db межлекарственные взаимодействия нарушают эффекты антагонистов кальция, ингибиторов НМГ–СоА-редуктозы, бензодиазепинов, ингибиторов протеаз и антиоксидантов.

*Jan Hindmarch*

*профессор фармакологии, исследовательского центра университета Суррея, Гилдфорд, Великобритания.*

### **ПРЕРЫВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ**

Под прерыванием лечения антидепрессантами понимается резкое прекращение их приема на 3-7 дней. Это явление определяется низким уровнем комплаенса, что само по себе явление нередкое: 90% пациентов нарушают график приема минимум на 3 дня и только 42,5% принимают правильную дозу в течение 80% времени лечения.

Прерывание, кроме возврата проявлений самой депрессии, приводит к возникновению других, самых различных, соматических и психических симптомов – от гриппоподобных расстройств до появления тревоги и двигательных расстройств. Они могут объясняться особенностями полураспада, холинэргическими эффектами, угнетением некоторых видов метаболизма. Как правило, они выражены незначительно и проходящи, хотя когнитивные и двигательные нарушения иногда могут быть достаточно серьезными и даже угрожать жизни.

Описанные нарушения возникают при прерывании лечения антидепрессантами любых групп – ТЦА, ингибиторами МАО, СИРС. Существуют различия как внутри группы, так и между группами антидепрессантов во времени возник-

новения, и выраженности и характере симптоматики этих нарушений.

Были изучены различия симптоматики, связанной с прерыванием лечения антидепрессантами из группы СИРС. Исследовались депрессивные больные (показатель по шкале MADPS J 4), которые получали или флуоксетин (20 мг), или сертралин (50 мг) или пароксетин (20 мг) или циталопрам (20 мг). Исследование проводилось до и после прерывания по двойному слепому методу (во время прерывания в течение 4-7 дней больные получали плацебо).

Изучались когнитивные функции, психомоторика, общая эффективность действий и специфические симптомы, связанные с прерыванием. Выяснилось, что при прерывании лечения флуоксетином, сертралином и циталопрамом выраженных нарушений указанных характеристик не развивалось. В то же время при прерывании терапии пароксетином изменения по всем этим параметрам имели место, хотя носили обратимый характер – показатели улучшились до того уровня, который был до прерывания, после возобновления лечения.

*Norman Sartorius*

*президент ВПА, Женева.*

### **ПРОБЛЕМА НЕУДОВЛЕТВОРЕННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ**

При депрессиях пациенты, их окружение и медики сталкиваются с невозможностью удов-

летворения своих потребностей.

Для пациента основными потребностями яв-

ляются потребности в уважении, понимании других; важно найти источник ресурсов для выздоровления; существует потребность избавиться от беспокоящих симптомов, избежать стигматизации и быть уверенным в том, что болезнь не возобновится после проведенного лечения.

Семьи больных нуждаются в восстановлении социального функционирования пациента в семье и вне ее, в сохранении репутации семьи, избегании финансовых проблем из-за лечения, в сохранении своего свободного времени, наличии возможности быть способными решать проблемы пациента.

Потребности медиков и медицинских учреждений касаются юридической защищенности, снижения риска суицидов, получения быстрого эф-

фекта от лечения, минимизации побочных эффектов терапии, снижения затрат учреждений на лечение.

Общество нуждается в том, чтобы избежать социальных нарушений, снизить стоимость ухода и лечения, удовлетворить потребности потребителей социальной помощи, удовлетворить политические требования.

Снижение степени неудовлетворенности этих разнообразных требований и нужд видится в повышении эффективности как индивидуальности, так и сообществ, обеспечивающих лечение и уход за больными, в снижении стигматизации пациентов, в более качественном обучении и просвещении населения, пациентов, медиков, властей, в дальнейшем совершенствовании методов лечения.

### **Brian Leonard**

*почетный профессор кафедры фармакологии Ирландского Национального университета.*

#### **ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВА 40-ЛЕТНЕГО ИЗУЧЕНИЯ СЕРОТОНИНА**

Серотонин – древнейший и, возможно, самый основной нейротрансмиттер. Взаимодействуя с одним или сразу несколькими из своих 15 рецепторов, он модернизирует функционирование нервной, эндокринной и иммунной систем. Серотонин играет ведущую роль в нейроонтогенезе и развитии млекопитающих. В иерархии нейрхимических агентов серотонин в будущем будет занимать ведущее место.

Знания о синтезе, высвобождении, метаболизме и типах серотонинэргических рецепторов и возникающих физиологических эффектах за последние 20 лет привели к созданию клинически эффективных средств для лечения многих психических и неврологических расстройств. В настоящее время можно выделить следующие группы психотропных средств, модифицирующих серотонинэргические функции: 1) высвобождающие серотонин агенты – фенфлурамин, МДМА; 2) ингибиторы метаболизма серотонина – обратимые – моклобемид и необратимые – фенелзин, паргилин; 3) агонисты серотонинэргических рецепторов – буспирон и ипсапирон; 4) антагонисты серотонинэргических рецепторов – ритансерум, миртазепин, сертиндол, нефазодон, рис-

перидон, онфастерон, гранистерон, рензаприд, цизарид; 5) ингибиторы реаптейка серотонина – флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам.

Последняя группа препаратов имеет следующую историю. Когда в конце 1950-х стало известно, что имипрамин блокирует реаптейк и серотонина и норадреналина, этот факт стимулировал синтез многочисленных СИРС. Первым, появившемся в Европе препаратом этой группы был цимелидин; вскоре за ним последовал флувоксамин. Потом появились флуоксетин, пароксетин, сертралин и, наконец, циталопрам. Хотя СИРС отличаются друг от друга способностью подавлять реаптейк, фармакокинетическими характеристиками, способностью вступать в межлекарственные взаимодействия, все они являются эффективными антидепрессантами и противотревожными средствами. Показаниями для их назначения в настоящее время считаются: депрессии, панические расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, ПТСР, булимия, тики, социальные фобии, синдром предменструального напряжения, преждевременная эякуляция.

### **John Goldwell**

*профессор, руководитель отдела биохимических наук в Империял Колледж медицинской школы, Лондон.*

#### **МИР СТЕРЕОИЗОМЕРОВ**

Многие из фармакологических агентов являются смесями стереоизомеров; человеческий организм на молекулярном уровне является тоже

стереоизомерной структурой, включающей множество стереоизомерных лекарственных мишеней (рецепторов, энзимов, ионных каналов).

Хотя энантиомеры (стереоизомеры одного и того же вещества, образующие пары, отличающиеся только пространственной конфигурацией молекул) лекарственного вещества имеют идентичные физико-химические возможности, их различное взаимодействие со стереоизомерными мишенями в организме могут обусловить очень различные фармакологические и фармакокинетические свойства, что, в свою очередь, будет иметь значение для возникновения различных клинических эффектов.

Многие антидепрессанты, включая трициклические антидепрессанты (ТЦА), СИРС, препараты «двойного действия» являются смесями стереоизомеров (миансерин, циталопрам, пароксетин, флуоксетин, сертралин, митразепин, венлафаксетин, ребоксетин). Одни из них были внедрены в клиническую практику как рацемические смеси (миансерин, митразепин, циталопрам, флуоксетин), а другие – как чистые энантиомеры (пароксетин, сертралин). До недав-

него времени ни одно из внедренных как рацемическая смесь средство не подвергалось повторному внедрению в виде активного энантиомера.

Иногда энантиомеры одного средства совпадают по своим свойствам (например, у миансерина), и это делает более выгодным применять рацемат. У других средств (у циталопрама) имеется большая (но качественно идентичная) эффективность одного из энантиомеров, что делает повторное его внедрение в виде более активного стереоизомера целесообразным.

Эсциталопрам (ЭЦ) – активный энантиомер циталопрама – обнаруживает большую степень селективности как СИРС, с еще меньшим сродством к другим рецепторам. Большую эффективность ЭЦ по сравнению с Ц в клинической практике можно предположить на основании того, что он оказался более эффективным в исследовании на лабораторных моделях депрессий у животных.

#### ***Claus Braestrup***

*исполнительный вице-президент корпорации исследований и развития фирмы  
H.Lundbeck A/S, Дания.*

### **ЭСЦИТАЛОПРАМ – НОВЫЙ ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ СИРС: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ**

Циталопрам представляет собой рацемическую смесь S-энантиомера эсциталопрама (Э) и R-энантиомера R-циталопрама. Было проведено фармакологическое исследование *in vivo* и *in vitro* профиля Э и R-циталопрама и циталопрамом-рецематом. Установлено, что фармакологическая активность Э заключается в способности исключительно подавлять реаптейк в 5-НТ структурах.

Как острое, так и хроническое лечение Э при-

вело к мощным антидепрессантоподобным эффектам при исследовании на лабораторных моделях депрессии у животных. Особенно яркое антидепрессивноподобное действие Э отмечено на CMS (chronic mild stress)-модели депрессии у крыс; эффект Э был более скорым и выраженным, по сравнению с ТЦА и, возможно, и Ц. Э также вызывает мощный анксиолитикоподобный эффект на моделях генерализованной и клинической тревоги у животных.

#### ***Lorrin Koran***

*профессор психиатрии Стэнфордского Университетского медицинского центра,  
Калифорния, США.*

### **ЭСЦИТАЛОПРАМ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Целью двойного слепого, рандомизированного, многоцентрового, плацебо-контролируемого исследования было установление безопасности и эффективности Э при лечении “больших” депрессивных расстройств. Из 506 амбулаторных пациентов в возрасте от 18 до 56 лет с текущим депрессивным эпизодом 127 получали плацебо, 124 – Э. в дозе 100 мг/сут, 128 – Э в дозе 20 мг/сут и 127 – циталопрам по 40 мг/сут. Исследование проводилось через 8 недель лечения с

помощью Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) и шкалы CGI для внешней оценки выраженности осложнений. Показатель по MADRS в исследуемом контингенте был в пределе от 22 до 40 пунктов.

В дозе 10 мг/сут и 20 мг/сут Э. приводит к значительному уменьшению выраженности депрессивных симптомов по сравнению с плацебо. Э. хорошо переносится больными большой депрессией при минимальном количестве побочных

эффектов в связи с передозировкой или прерыванием лечения. При лечении Э. в дозе 10 мг/сут.

число осложнений не превышает их числа при применении плацебо.

*Alan Wade*

*общественный исследовательский центр фармакологических служб, Великобритания.*

### **Э. – ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ В СЛУЖБЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Во многих странах большое количество пациентов получает лечение антидепрессантами по назначению врачей общей практики в сети первичной медицинской помощи. В связи с этим в Европейских странах и Канаде было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности переносимости Э. Состояние пациентов соответствовало критериям “большой” депрессии DSM-IV, а показатель по MADRS был в пределах от

22 до 40 пунктов. Оценка состояния проводилась в течение 8 недель.

Установлено, что Э. обладает не только хорошей эффективностью в отношении лечения депрессии, но и воздействует на широкий круг симптомов депрессивного плана, включая суицидальные мысли. Антидепрессивный эффект Э. отмечается уже на первой неделе. Побочные эффекты терапии были минимальными.

*Dan J Stein*

*профессор кафедры психиатрии университета Stellenbosch, Кейптаун, Южная Африка.*

### **БУДУЩЕЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ**

В оценке перспектив разрешения проблемы депрессий можно выделить оптимистический и пессимистический подходы.

Оптимистическая точка зрения предполагает, что изучение генома и протеома человека даст точные знания о патофизиологии депрессий. Это, вместе с современными методами картирования мозга, позволит осуществлять быструю и точную дифференциальную диагностику. Открытие новых антидепрессантов приведет к абсолютной эффективности профилактики и лечения депрессий.

Пессимисты подчеркивают, что и в будущем диагноз депрессии будет в большей степени стигматизирующим, чем диагнозы физических заболеваний. Предполагается, что социально-психические стрессоры 21-го века еще больше увеличат распространенность депрессий. Если сейчас антидепрессанты помогают не всем и не так уж быстро, то это вряд ли изменится к лучшему в обозримом будущем.

Настораживающие выводы, касающиеся реальных возможностей практического применения патофизиологических знаний, сводятся к тому, что к настоящему времени каких-либо значимых биологических маркеров депрессивного генотипа не выявлено; теперь ясно, что эффективное антидепрессивное лечение связано не только с регуляцией серотонинэргических и адренэргических рецепторов.

Оптимальная позиция так называемого «депрессивного реализма» предполагает, наряду с выработкой взвешенной и трезвой оценки перспектив и достижений, разработку таких направлений, как изучение новых веществ, влияющих на нейротрансмиттеры и рецепторы, окончательную расшифровку генов, разработку путей улучшения имеющихся методов фармако- и психотерапии, включая разработку алгоритмов лечения в различных контингентах и типах учреждений, совершенствование правового обеспечения терапевтического процесса.

**В.А.Абрамов, А.К.Бурцев (г.Донецк)**

Поступила в редакцию 8.08.2001