

**Н. А. Марута**, д-р мед. наук, проф., зав. отд. неврозов и пограничных состояний,  
**Е. Е. Семикина**  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии» (г. Харьков)

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.

В настоящее время депрессия является одним из наиболее распространенных заболеваний во всем мире [4, 5, 33].

По данным ВОЗ 6 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 %. При этом отмечается, что 25 % женщин и 12 % мужчин хотя бы раз в жизни перенесли очерченный депрессивный эпизод [4]. Анализ данных ВОЗ свидетельствует о том, что среди всех вариантов депрессивного состояния преобладает большая депрессия (3,8 % — 9,1 %) и депрессивные симптомы (5,6 % — 11,6 %), малая депрессия встречается реже (1,5 % — 3,0 %) [4, 13].

Депрессивные симптомы включают в себя многочисленные проявления патологии при соматических, неврологических, эндокринных и онкологических заболеваниях [2, 14, 22].

Анализ эпидемиологической ситуации в Украине свидетельствует о том, что на учете с диагнозом депрессии состоит 49 343 больных (2006 год), за год взято на учет 4 690. Эта цифра отображает лишь незначительную часть больных, основная масса которых в силу многих причин не попадает в поле зрения психиатров [36].

Депрессия относится к заболеваниям, сопровождающимся выраженными медико-социальными последствиями, к которым относятся инвалидность, снижение социального функционирования и суициды [10, 12, 28, 30].

По прогнозам к 2020 г. униполярная депрессия выйдет на 2-е место среди причин, обуславливающих инвалидность [23].

Изучение распределения по регионам мира скорректированных на инвалидность лет жизни (DALYS), обусловленных униполярной депрессией, свидетельствует о том, что Европа занимает 3-е место по данному показателю, что составляет 6,1 % [32].

Сопоставление инвалидности при депрессии в сравнении с другими формами хронической патологии показывает большую выраженность и длительность инвалидности, которая возникает в результате депрессии [17].

Анализ причин такой высокой инвалидности, обусловленной депрессией показал, что основными среди них являются:

- высокая распространенность патологии;
- высокий уровень хронизации;
- разный возраст начала;
- высокая степень повреждения социального функционирования;
- низкий процент лиц, получающих лечение [5].

В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что депрессия является заболеванием хроническим [8].

В проведенных исследованиях показано, что хронические депрессии составляют 30—35 % от всех депрессий [30], повторные эпизоды депрессии возникают у 60 % больных [11].

По данным S. H. Kennedy с соавт. (2007) у 30 % больных депрессией через год сохраняются депрессивные проявления, у 18 % — через два, а у 12 % — через 5 лет [31].

У лиц с депрессивной симптоматикой, которая проявилась в 20—30-летнем возрасте, 20 % оставшихся лет жизни проводят в состоянии депрессивных эпизодов [15].

15-летние катамнестические исследования, проведенные у больных депрессиями, показывают, что 82 % пациентов страдают от повторной депрессии, 6 % остаются в состоянии хронической депрессии и только 12 % — выздоравливают [18].

Наиболее грозными медико-социальными последствиями депрессии являются суициды.

Пациенты с депрессиями совершают суициды в 30 раз чаще, чем люди не страдающие депрессиями. Среди всех форм психической патологии депрессии являются суицидогенным заболеванием [10—12, 28].

Суммируя вышеизложенное, следует отметить, что депрессия является очень распространенной патологией, сопровождающейся серьезными медико-социальными последствиями, в т. ч. суицидами.

Многочисленные схемы и стандарты лечения депрессивных расстройств постулируют тот факт, что все пациенты с депрессивными расстройствами должны получать лечение. Независимо от уровня суицидального риска лечение должно быть начато как можно раньше [1, 8, 19, 25, 26]. Вместе с тем, анализ реальной ситуации свидетельствует о том, что лишь 20 % больных депрессиями обращаются за медицинской помощью (чаще к терапевтам), только 30 % депрессий из этого числа диагностируются своевременно, лишь 25 % пациентов получают адекватную антидепрессивную терапию, только 60—70 % случаев адекватного лечения приносят желаемый результат [3, 6, 11].

По данным S. Montgomery (2004) лечение при депрессии получают менее 50 % больных, а адекватную терапию — 21,7 %.

Такая ситуация обусловлена не только проблемами организации помощи этим пациентам (сложности диагностики депрессии, нежелание пациентов обращаться к психиатрам, недостаточная осведомленность врачей первичной сети в области диагностики и терапии депрессий), но и недостаточной эффективностью современных антидепрессантов, побочными эффектами, которые сопровождают их прием (увеличение массы тела, сексуальная дисфункция, синдром отмены и другие) [6, 19].

Поэтому в настоящее время продолжается поиск новых антидепрессантов, использование которых позволит повысить эффективность терапии депрессивных расстройств и предупредить развитие побочных эффектов.

Принципиально новым в терапии депрессии является подход, рассматривающий данную патологию в рамках нарушений циркадных ритмов [31].

Проведенные в течение последней четверти века исследования убедительно показывали, что у больных депрессивными расстройствами отмечаются

многочисленные нарушения циркадных функций в виде изменения профиля пролактина, кортизола, гормона роста, мелатонина, температуры тела, экскреции различных метаболитов в моче, ритма сон — бодрствование [16, 21]. Тесная связь депрессии с расстройствами сна давно известна клиницистами, у более 90 % пациентов с депрессивными расстройствами регистрируются различные варианты нарушения сна.

Вопрос о взаимоотношении депрессии и циркадных нарушений является дискуссионным: с одной стороны, высказывается гипотеза о первичности циркадных нарушений в генезе депрессии, а с другой — постулируется факт роли самой депрессии в развитии циркадных нарушений [35]. Пока дискуссия остается неразрешенной, большинство исследователей и практиков приходят к выводу о том, выраженная корреляция между расстройствами сна и депрессией может стать основным терапевтическим подходом в предупреждении и лечении данной патологии [27].

Данный подход и положен в основу терапевтического влияния антидепрессанта третьего поколения — Мелитора.

Это оригинальный препарат с инновационными фармакологическими свойствами. Механизм действия Мелитора включает агонизм по отношению к мелатониновым рецепторам (MT<sub>1</sub> и MT<sub>2</sub>) и антагонизм — к 5HT<sub>2c</sub>-рецепторам.

Все три вида рецепторов сконцентрированы в супрахиазмальных ядрах гипоталамуса и функционально вовлечены в регуляцию циркадных ритмов. Антидепрессивная эффективность Мелитора включает потенциал синергического взаимодействия мелатонинергических (MT<sub>1</sub>-, MT<sub>2</sub>-) и 5HT<sub>2c</sub>-рецепторов.

Целью нашей работы была оценка эффективности препарата Мелитор при лечении больных с депрессивными нарушениями умеренной и тяжелой степени тяжести.

Под наблюдением находились 34 пациента с депрессивными нарушениями (21 женщина, 13 мужчин, в возрасте от 18 до 55 лет). Умеренный депрессивный эпизод регистрировался у 61,8 % больных, а тяжелый — у 38,2 % пациентов. Все пациенты проходили курс лечения Мелитором в дозе 25—50 мг в сутки, сроком 2 месяца.

С целью оценки клинико-психопатологической симп-

томатики, а также динамики состояния в процессе терапии мы использовали Шкалу депрессии Гамильтона, Шкалу оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера — Ханина, Шкалу оценки эмоционального состояния, Шкалу оценки качества сна, Интегративный показатель качества жизни [7—9, 20, 34].

Степень депрессивных нарушений у обследованных пациентов и их динамику в процессе терапии мы исследовали с применением Шкалы Гамильтона для оценки депрессии.

Исходные показатели депрессии по Шкале Гамильтона отражали наличие у обследованных нами пациентов депрессивных проявлений высокой степени тяжести (21,3 ± 3,1 балла). Необходимо отметить, что среди симптомов депрессии было зафиксировано снижение настроения (100 %), причем, высказанное в жалобах спонтанно у 94,1 % больных. Кроме того, для обследованных нами пациентов были характерны такие нарушения как расстройство засыпания (88,2 %), мысли и ощущения несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (52,9 %), У пациентов сохранялось критическое отношение к заболеванию, они понимали, что больны депрессией. Нами были отмечены суточные колебания в состоянии у 76,5 % пациентов (особенно плохо они чувствовали себя в первой половине дня).

В процессе проведения терапии имела место позитивная динамика со стороны симптомов нарушения настроения. Исследование на 14 день лечения показало, что выраженность депрессивных нарушений уменьшилась. Средний показатель по Шкале Гамильтона составил 19,2 ± 2,9. Пациенты отмечали уменьшение уровня тревоги, напряжения, существенно улучшился ночной сон, уменьшились соматические проявления депрессии. Вместе с тем, сохранялось сниженное настроение, симптомы апатии, однако в существенно меньшей степени.

После проведения 60-дневной терапии Мелитором мы получили достоверное снижение показателей депрессии по Шкале Гамильтона — 8,9 ± 3,4 балла (*p* < 0,01).

Существенными клиническими симптомами у больных были нарушения сна. Качественные и количественные характеристики сна и их динамика в процессе терапии Мелитором представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Динамика качественных и количественных характеристик сна у обследованных больных в процессе терапии Мелитором**

Характер нарушений сна	До начала терапии (n = 34)	14-я ночь (n = 34)	60-я ночь (n = 34)	Нормативные показатели
Длительность засыпания, мин	87,9 ± 22,7	28,1 ± 14,7*	20,9 ± 9,8*	17,3 ± 3,4
Наличие явлений засыпания, %	46,9 ± 8,7	23,5 ± 7,4	11,7 ± 5,6	3,1 ± 2,3
Общее время сна, мин	331,4 ± 23,0	422,9 ± 34,5*	431 ± 40,2	482,1 ± 11,3
Количество пробуждений	4,5 ± 2,1	1,1 ± 0,9	1,5 ± 0,9	1,0 ± 0,4
Сновидения неприятного содержания, %	58,8 ± 20,6	20,6 ± 7,0	14,7 ± 6,2*	11,4 ± 1,9
Время пробуждений, мин	19,9 ± 5,3	10,9 ± 2,3	14,1 ± 2,7	11,4 ± 1,9
Сонливость после пробуждения, %	35,3 ± 8,3	14,9 ± 6,2	8,8 ± 4,9*	12,4 ± 2,3
Раннее пробуждение, %	52,9 ± 8,7	20,6 ± 7,0*	11,7 ± 5,6*	7,2 ± 1,4
Отсутствие бодрости после пробуждения, %	73,5 ± 7,7	17,6 ± 6,6	8,8 ± 4,9	3,1 ± 2,1
Наличие просоночных состояний, %	23,5 ± 7,4	11,7 ± 5,6	11,7 ± 5,6	3,8 ± 1,6

\* — достоверная разница показателей в сравнении с исходными данными (*p* < 0,05)

Исследуя динамику качества сна у больных депрессиями под влиянием Мелитора, мы выявили, что препарат оказывает существенное позитивное влияние на нарушения сна.

Как свидетельствуют данные таблицы 1, к 14 дню терапии у больных отмечено увеличение продолжительности сна, существенное сокращение времени засыпания. Полученные нами данные также свидетельствуют и об улучшении качества сна. Так, у пациентов существенно уменьшилось количество пробуждений в течение ночи. После пробуждения пациенты отмечали уменьшение сонливости, появление бодрости. Процент больных, которых беспокоили сновидения неприятного содержания, снизился с 58,8 % до 20,6 %, а наличие просночных состояний — с 23,5 % до 11,7 %.

К 60 дню терапии мы также оценили качество сна у обследованных пациентов. Были получены данные, имеющие достоверное отличие от исходных. Важным является тот факт, что под влиянием Мелитора улучшились качественные и количественные характеристики сна пациентов. Вместе с тем, препарат не вызывал чувства вялости, разбитости после пробуждения, сонливость в течение дня.

Показатели личностной и ситуативной тревожности в процессе терапии представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Показатели ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера — Ханина у больных депрессией в процессе лечения препаратом Мелитор**

Параметр тестирования	До начала терапии	14 день терапии	60 день терапии
Ситуативная тревожность, баллы	48,7 ± 7,5	32,3 ± 9,2	22,8 ± 6,3*
Личностная тревожность, баллы	36,6 ± 10,1	31,8 ± 7,6	30,4 ± 9,9

\* — достоверная разница показателей в сравнении с исходными данными ( $p < 0,01$ ).

Анализируя данные, отраженные в таблице, мы выявили, что у больных депрессией до начала лечения степень ситуативной тревоги была достаточно высокой (48,7 ± 7,5 балла). Пациенты отмечали как полностью соответствующие их состоянию такие утверждения, как «Я нахожусь в напряжении», «Я расстроен», «Я не нахожу себе места». Вместе с тем, такие утверждения как «Я доволен», «Мне радостно», «Мне приятно», «Я уверен в себе» больные отмечали как не соответствующие их состоянию. В процессе терапии показатели ситуативной тревожности у больных депрессией изменялись в сторону ее уменьшения. Исследование, которое мы провели на 14 день лечения, показало, что уровень ситуативной тревоги в группе снизился до 32,3 ± 9,2 балла. В дальнейшем мы зафиксировали достоверное снижение данного показателя на 60 день приема Мелитора до 22,8 ± 6,3 балла, что соответствует низкому уровню выраженности ситуативной тревоги.

Уровень личностной тревоги у обследованных нами пациентов до начала терапии был умеренно выраженным и составил 36,6 ± 10,1 балла. Пациенты, описывая свое состояние, наиболее часто выбирали такие выражения как «Я легко могу расстроиться», «Меня тревожат обычные трудности», «Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах». В дальнейшем, на фоне лечения данный показатель из-

менялся в сторону уменьшения. На 14 и 60 дни лечения оценка пациентами показателей личностной тревоги существенно не изменилась, и достоверных отличий с исходными данными нами получено не было. Указанная динамика связана с тем, что показатель личностной тревожности характеризует особенности личностного реагирования, обусловленные как конституциональными факторами, так и сформированными в процессе жизни личностными характеристиками, и является более стабильным, чем ситуационные реакции. Вместе с тем, в результате снижения уровня ситуационной тревожности под влиянием терапии пациенты субъективно оценивали ниже личностный ее уровень.

Характеристика эмоционального состояния больных депрессивными расстройствами является одной из основных составляющих психического статуса. Нами были детально изучены особенности эмоций у обследованных больных, а также их динамика под влиянием Мелитора. Сводные данные указанных наблюдений представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Динамика эмоционального состояния больных депрессивными расстройствами в процессе лечения Мелитором**

Эмоции	Среднее значение баллов самооценки		
	до начала терапии	14 день терапии	60 день терапии
1	2	3	4
Удовольствие	0,09 ± 0,03	0,30 ± 0,12	0,33 ± 0,09
Радость	0,01 ± 0,05	0,92 ± 0,10	1,65 ± 0,36
Ликование	0	0	0,10 ± 0,07
Восторг	0	0	0,20 ± 0,08
Уверенность	1,97 ± 0,14	1,53 ± 1,39	2,04 ± 0,55
Гордость	0,75 ± 0,20	0,87 ± 0,23	1,33 ± 0,42
Доверие	1,71 ± 0,19	1,95 ± 0,35	1,88 ± 0,16
Симпатия	1,00 ± 0,59	0,90 ± 0,78	1,15 ± 0,31
Восхищение	0,28 ± 0,12	0,55 ± 0,09	0,48 ± 0,13
Умиление	0,17 ± 0,11	0,50 ± 0,18	0,81 ± 0,14
Нежность	1,02 ± 0,15	1,18 ± 0,11	1,36 ± 0,61
Самодовольство	0,16 ± 0,13	0,39 ± 0,16	0,40 ± 0,27
Блаженство	0,02 ± 0,01	0	0,78 ± 0,12
Злорадство	0,29 ± 0,17	0,33 ± 0,12	0,40 ± 0,03
Чувство облегчения	0,11 ± 0,02	0,99 ± 0,17	1,54 ± 0,51*
Удовлетворенность собой	0,40 ± 0,21	1,59 ± 0,31	1,67 ± 0,33*
Чувство безопасности	1,11 ± 0,16	1,50 ± 0,43	1,50 ± 0,29
Предвкушение	1,34 ± 0,17	1,44 ± 0,21	1,37 ± 0,29
Любопытство	1,09 ± 0,37	0,75 ± 0,46	1,10 ± 0,20
Удивление	0,14 ± 0,10	0,39 ± 0,21	0,91 ± 0,31
Изумление	0,15 ± 0,05	0,24 ± 0,22	0,33 ± 0,24
Безразличие	2,77 ± 0,54	1,79 ± 0,25*	0,88 ± 0,31*
Неудовольствие	2,77 ± 0,49	2,08 ± 0,65	0,70 ± 0,29*
Горе (скорбь)	2,66 ± 0,70	1,00 ± 0,34	0,13 ± 0,06
Тоска	2,96 ± 0,50	1,86 ± 0,43*	0,73 ± 0,26
Печаль (грусть)	2,79 ± 0,75	1,09 ± 0,38*	0,99 ± 0,44*

Продолжение табл. 3

Эмоции	Среднее значение баллов самооценки		
	до начала терапии	14 день терапии	60 день терапии
1	2	3	4
Огорчение	2,61 ± 0,53	1,78 ± 0,53*	0,88 ± 0,51*
Тревога	2,77 ± 0,43	2,10 ± 0,61	1,07 ± 0,71*
Обида	1,94 ± 0,41	1,07 ± 0,51	0,59 ± 0,41
Боязнь	1,23 ± 0,64	1,11 ± 0,41	0,72 ± 0,25
Испуг	1,75 ± 0,18	0,79 ± 0,37	0,69 ± 0,47
Страх	2,19 ± 0,37	0,86 ± 0,36*	0,41 ± 0,47*
Жалость	2,69 ± 0,77	1,33 ± 0,29	1,02 ± 0,52
Сочувствие	1,34 ± 0,76	1,70 ± 0,36	1,43 ± 0,55
Сожаление	2,47 ± 0,64	1,09 ± 0,68	0,99 ± 0,43*
Досада	2,30 ± 0,51	0,66 ± 0,37	0,36 ± 0,19*
Гнев	0,88 ± 0,31	0,95 ± 0,09	0,44 ± 0,17
Оскорбление	1,70 ± 0,28	0,39 ± 0,11	0,19 ± 0,12
Возмущение	0,87 ± 0,47	0,51 ± 0,28	0,35 ± 0,15
Ненависть	0,61 ± 0,31	0,45 ± 0,25	0,44 ± 0,18
Неприязнь	0,99 ± 0,43	0,70 ± 0,23	0,76 ± 0,25
Злость	0,95 ± 0,47	0,50 ± 0,22	0,34 ± 0,08
Уныние	2,54 ± 0,61	1,02 ± 0,39*	0,68 ± 0,11*
Скука	1,95 ± 0,30	0,88 ± 0,31	0,77 ± 0,37
Ужас	1,47 ± 0,17	0,96 ± 0,08	0,32 ± 0,06
Стыд	0,72 ± 0,24	0,55 ± 0,17	0,51 ± 0,21
Ярость	0,29 ± 0,15	0,27 ± 0,24	0,22 ± 0,11
Презрение	0,91 ± 0,08	0,56 ± 0,12	0,32 ± 0,16
Отвращение	1,12 ± 0,33	0,89 ± 0,29	0,67 ± 0,33
Неудовлетворенность собой	2,45 ± 0,52	1,90 ± 0,47	0,70 ± 0,34*
Горечь	2,32 ± 0,42	1,12 ± 0,39	0,37 ± 0,18*

\* — достоверная разница показателей в сравнении с исходными данными (p < 0,01).

Анализируя динамику выраженности эмоциональных состояний у обследованных, мы выявили, что перед началом лечения у больных преобладали различные эмоциональные состояния отрицательного характера, свидетельствующие об их угнетенном состоянии. Перед началом терапии, пациенты выделяли как более значимые свои переживания такие эмоции как безразличие — 2,77 ± 0,54, неудовлетворенность собой — 2,45 ± 0,52, тоска — 2,96 ± 0,50, неудовольствие — 2,77 ± 0,49, тревога — 2,77 ± 0,43, жалость — 2,69 ± 0,77, горе — 2,66 ± 0,70, сожаление — 2,47 ± 0,64, уныние 2,54 ± 0,61, горечь 2,32 ± 0,42. При этом выраженность положительных эмоций была незначительной: удовлетворенность собой 0,40 ± 0,21, облегчение — 0,11 ± 0,02, удовольствие — 0,09 ± 0,03, радость 0,01 ± 0,05.

Эмоциональное состояние пациентов в процессе терапии Мелитором изменялось. К 14 дню терапии мы получили данные, свидетельствующие об изменении аффективной сферы, уменьшении эмоционального напряжения. Уменьшилось чувство тревоги до 2,10 ± 0,61, пациенты отмечали удовлетворенность собой на уровне 1,59 ± 0,31, уныние — 1,02 ± 0,39, страх — 0,86 ± 0,36, жалость — 1,33 ± 0,29, безразличие 1,79 ± 0,25.

Через 60 дней после начала лечения мы также получили результаты самооценки пациентами своего состояния, свидетельствующие о стойком позитивном влиянии терапии на эмоциональное состояние

пациентов. Это касалось существенного снижения уровня тревоги 1,07 ± 0,71, уменьшения ощущения сожаления 0,99 ± 0,43, неудовольствия — 0,70 ± 0,29, горечи — 0,37 ± 0,18, обиды 0,59 ± 0,41, уныния 0,68 ± 0,11, неудовлетворенности собой 0,70 ± 0,34.

Проведенное исследование эмоционального состояния у больных депрессивным эпизодом в процессе лечения препаратом Мелитор свидетельствует о гармонизации эмоциональных реакций под влиянием терапии, уменьшении выраженности негативных эмоциональных реакций, а также усилении позитивных эмоциональных ощущений.

Важное значение для оценки динамики состояния больных имело изучение показателя качества жизни.

Данные показателя качества жизни больных депрессивными расстройствами в динамике лечения в оценке самих пациентов отображены на рисунках 1, 2, 3. Исходный показатель качества жизни до лечения в оценке самих пациентов составил 4,1 балла.

До лечения (см. рис. 1) наиболее низко больные оценивали шкалы «Физическое благополучие» (3,3 балла), «Общее восприятие качества жизни» (3,1 балла), что отражает склонность данной категории больных найти объяснение своего состояния, прежде всего, в соматических причинах.

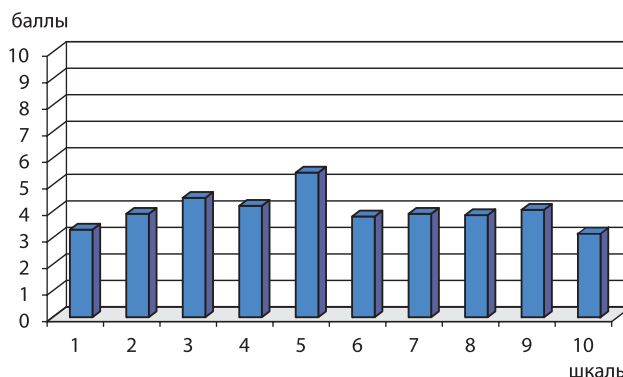


Рис. 1. Средний показатель качества жизни больных депрессивными расстройствами до лечения по оценкам самих пациентов

Условные обозначения шкал:

1 — физическое благополучие; 2 — психологическое/эмоциональное благополучие; 3 — самообслуживание и независимость действий; 4 — работоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социоэмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — личностная реализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни

Достаточно низкими были также показатели по шкалам «Социоэмоциональная поддержка» (3,9 балла), «Психологическое/эмоциональное благополучие» (4,0 балла), «Общественная и служебная поддержка» (4,0 балла), «Личностная реализация» (4,0 балла), «Духовная реализация» (4,2 балла) и «Работоспособность» (4,3 балла).

Несколько выше пациенты оценивали себя по шкале «Самообслуживание и независимость действий» (4,6 балла) и наиболее высоко — по шкале «Межличностное взаимодействие» (5,4 балла).

При оценке качества жизни выявляется взаимосвязь показателей с клинической картиной: наличие сниженного фона настроения, тревоги, недовольства



своим физическим состоянием, своей активностью, неуверенность в себе, наличие идей самообвинения, пессимистическая оценка происходящего и будущего коррелирует с низкими показателями шкал «Общее восприятие качества жизни», «Физическое благополучие», «Психологическое/эмоциональное благополучие», «Социально-эмоциональная поддержка», «Общественная и служебная поддержка», «Личностная реализация», «Духовная реализация», «Физическое благополучие» и «Работоспособность».

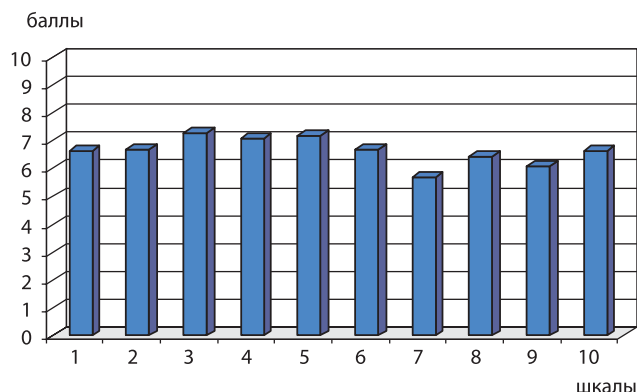


Рис. 2. Средний показатель качества жизни больных депрессивными расстройствами в динамике терапии (14 день)

Оценка показателей качества жизни больных депрессивными расстройствами с точки зрения больных через 14 дней лечения показала достоверное повышение среднего показателя практически по всем шкалам (см. рис. 2). После лечения величина интегративного показателя качества жизни у пациентов выросла и составила 6,7 балла (по сравнению с 4,1 баллами до начала лечения).

Данные, представленные на рисунке 2, демонстрируют рост показателей по всем шкалам, особенно по шкалам «Физическое благополучие» — с 3,3 до 6,7 балла, «Психологическое/эмоциональное благополучие» — с 4,0 до 6,8 балла и «Общее восприятие качества жизни» — с 3,1 до 6,7 балла.

Остальные показатели характеризовались возрастанием значений, что свидетельствовало о позитивной динамике, как в физическом состоянии пациентов, так и в улучшении их работоспособности, самообслуживания и независимости действий, общей активации их социальных связей.

К 60 дню терапии интегративный показатель качества жизни возрос до 7,3 баллов (рис. 3).

Динамика по остальным шкалам включала их некоторый прирост (по сравнению с 14 днем терапии).

Особенно выраженным было возрастание средних значений по шкалам физического и психологического благополучия (8,1 и 7,9 балла соответственно).

Динамика показателя качества жизни у больных депрессивными расстройствами под влиянием Мелитора свидетельствует о существенном восстановлении у пациентов физического и психологического благополучия, а также социального функционирования.

Клинически значимых побочных эффектов при приеме Мелитора нами зафиксировано не было.

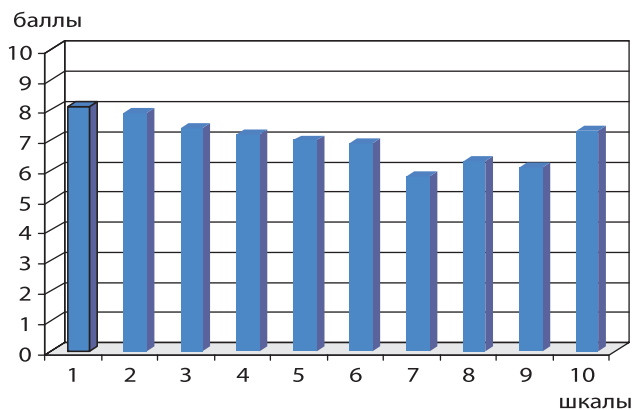


Рис. 3. Средний показатель качества жизни больных депрессивными расстройствами в динамике терапии (60 день)

Таким образом, проведенное исследование показало, что Мелитор является эффективным препаратом для лечения депрессивных расстройств умеренной и тяжелой степени тяжести, обладает выраженным антидепрессивным действием, способствует гармонизации эмоционального состояния пациентов за счет уменьшения негативных эмоций, улучшает качественные и количественные характеристики сна, что способствует восстановлению социального функционирования.

**Список литературы**

1. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств / Пер. с англ. — М.: Изд-во БИНОМ, 2006. — 416 с.
2. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). — М.: Медицинское информационное агентство, 2002. — 160 с.
3. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. Антидепрессанты в общесоматической практике // Международный медицинский журнал. — 2002. — № 1. — С. 40—46.
4. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультурные аспекты депрессивных расстройств // Архив психиатрии. — 2003. — № 1 (32). — С. 11—14.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — ВОЗ, 2001. — 215 с.
6. Краснов В. Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 152—154.
7. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак, Е. Е. Семькина, С. П. Колядко, Г. Ю. Каленская; Под общ. ред. Маруты Н. А. — Харьков: Арсис, 2004. — 240 с.
8. Кузнецов В. Н., Мазуренко М. А., Маляров С. А. и др. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи. — Киев, 2004. — 160 с.
9. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
10. Посвянская А. Д. Депрессивные расстройства и суицидальная готовность // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы первого нац. конгресса по соц. психиатрии. Москва, 2—3 декабря 2004. — М.: ГЕОС, 2004. — С. 102.
11. Сарториус Н. Значение депрессивных расстройств для уровня здоровья населения // Международный медицинский журнал. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 20—21.
12. Смулевич А. Б. Депрессия при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.
13. Andrade L., Caraveo-Anduaga J. J., Berglund P. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys // Int. J. Methods Psychiatric Res. — 2003; 12:3—20.

14. Andres M. Kanner. Depression in Neurological Disorders. — 2005, Cambridge, UR, 160 p.

15. Baldwin D. S., R. MA Hirschfeld Fast Facts — Depression. — Oxford, UK, 2005, 82 p.

16. Buysse D. J., Germain A., Nofzinger E. A., Kupfer D. J. Sleep and mood disorders. In: Stein D. J., Kupfer D. J., Schatzberg A. F., eds. The American Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders. — Arlington, VI: American Psychiatric Publishing, 2006: 717—37.

17. Dawson A., Tylee A., eds. Depression: Social and Economic Timebomb. — World Health Organization, London: BMJ Publishing Group; 2001.

18. Educational Program WPA/PTD-Overview and Basic Aspects, World Psychiatric Organization and International Committee for Prevention and Treatment of Depression; 1997.

19. Henkel V., Mergl H., Coyne J. C., Kohlen R., Allgaier A. K., Ruhl E., Moller H. J., Hegerl U. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences. // J. Affect. Disord. — 2004; 83, 237—242.

20. Hindmarch I. A. 1,4-benzodiazepine, temazepam, its effect on some psychological parameters of sleep and behavior. Arzneimittel. — Forschung (Drug Research) 1975; 25 (11): 1836 — 9.

20. Hirschfeld R. M., Williams J. B., Spitzer R. L. et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire // Am J H Psychiatry. — 2000; 157: 1873—5.

21. Lavie P., Pillar G., Machotra A. Sleep Disorders: diagnosis, management and treatment (a handbook for clinicians). — London, 2002, 176 p.

22. Lepine J. P., Gastpar M., Mendlewicz J., Tylee A. Depression in the community: the first Ht pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society) // International Clinical Psychopharmacology. — 1997; 12: 19—29.

23. Murray C. J. L., Lopez A. D. The Global Burden of Disease. — WHO: Harvard University Press; 1996.

24. Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population // Arch Gen Psychiatry. — 2003; 60: 39—47.

25. Parikh S. V., Lam R. W., CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: I. Definitions, prevalence and health burden // Can J Psychiatry. — 2001; 46 (Suppl 1): 135—205.

26. Spitzer R. L., Williams J. B., Kroenke K. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study // JAMA. — 1994; 272:

27. Racagni G., Riva M. A., Popoli M. The interaction between the internal clock and antidepressant efficacy // International Clinical Psychopharmacology. — 2007, 22 (suppl 2): S 9 — 14

28. Rutchter S., Chehil S. Suicide risk management: a manual for Health Professionals — Oxford, UK, 2007. — 134 p.

29. Terec F. W. From circadian rhythms to clock genes in depression // International Clinical Psychopharmacology. — 2007, 22 (suppl 2): S 1—8.

30. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

31. Thornicroft G., Sartorius N., The course and outcome of depression in different cultures: 10 year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders // Psychol. Med. — 1993; 23: 1023—1032.

32. Treating depression on effectively (applying clinical Guidelines) / S. H. Renedy, R. W. Lam, D. J. Nutt, M. E. Thase. — London, 2007. — 183 p.

33. Ustun T. B., Ayuso-Mateos J. L., Chatterji S. et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000 // Br J Psychiatry. — 2004; 184: 386—92.

34. Weissman M. M., Bland R. C., Canino G. J. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // JAMA. — 1996; 276: 293—9.

35. Williams J. W., Pignone M., Ramirez G., Stellato C. P. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instrument // Gen Hosp Psychiat. — 2002; 24: 225—237.

36. Wilson S., Argyropoulos S. Antidepressants and sleep; a qualitative review of the literature // Drugs. — 2005; 65: 927—47.

37. Wittchen H-U., Beesdo K., Bittner A. Depression — an under-diagnosed disease // Medicographia. — 2003; 25: 9—18.

Надійшла до редакції 09.08.2007 р.

**Н. О. Марута, О. Є. Семікіна**

**Нові можливості терапії депресивних розладів**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології»  
(м. Харків)*

Депресивні порушення є найбільш поширеними захворюваннями у світі. Їхнє лікування потребує тривалого терміну і включає використання антидепресивних препаратів. В роботі наведені дані про дослідження ефективності мелітору у хворих з помірним та важким депресивним епізодом. Зворотний розвиток депресивних симптомів, а також зменшення рівня тривоги спостерігалось вже на 14 день терапії з подальшою позитивною динамікою та вірогідним суттєвим зменшенням депресії на 60 день лікування. Мелітор сприяє покращанню дійсних та кількісних характеристик сну, а також сприяє гармонізації емоційного стану хворого за рахунок зменшення негативних емоційних відгуків та збільшення позитивних.

**N. O. Maruta, O. Ye. Semikina**

**New possibilities for therapy of depressive disorders**

*"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology" SI  
(Kharkiv)*

Depressive disorders are the most widespread diseases worldwide. This therapy needs continuous term and includes usage of anti-depressive medications. In the article data of investigation of efficacy of Melitor in patients with moderate and severe depressive episodes are reported. A revers development of depressive symptoms and also a decreasing of anxiety level occurred to 14<sup>th</sup> day of the treatment already with further positive dynamics and a statistically significant decreasing of depression to 60<sup>th</sup> day of the treatment. Melitor contributes to an improvement of [quantitative] and qualitative parameters of sleeping and also to harmonization of patients' emotional conditions by means of a decreasing of negative emotional responses and an increasing of positive ones.

ДК 616.895.8-08: 615.214

**А. П. Петрюк**

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), г. Харьков

**ПРИМЕНЕНИЕ РИССЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

В настоящее время показатель распространенности нервно-психических расстройств относится к наиболее высокому уровню. По подсчетам ВОЗ, на протяжении жизни их переносят более 400 млн человек, поэтому доля людей, получающих антипсихотические препараты, в общей популяции крайне велика. Чаще всего антипсихотические средства назначаются для лечения шизофрении. Заболеваемость шизофренией составляет

10—70 человек на 100 тыс. населения, распространенность — 3—4 на 1000, риск заболевания в течение жизни — около 1 %. Также антипсихотические препараты широко и эффективно используются для лечения других психических состояний (например, аффективной патологии, атрофических заболеваний головного мозга, у лиц с нарушенными формами поведения, в наркологической практике и т. д.). Лечение шизофренических пси-