

Роль ингибиторов PDE-5 у женщин с сексуальной дисфункцией все еще неясна. Однако проведенные обследования пациентов, перенесших цистэктомию, показали, что эти препараты улучшают клиторальную чувствительность и повышают степень увлажнения влагалища [4]. Такие работы единичны, поэтому необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности ингибиторов PDE-5.

Таким образом, на основании приведенных нами данных мировой литературы, можно сделать очень важный с точки зрения онколога-клинициста вывод: роль мероприятий, направленных на улучшение КЖ онкологических больных, перенесших радикальные операции на органах малого таза, чрезвычайно высока. Дальнейшие исследования в этом направлении необходимо продолжать. Только тесная кооперация врачей смежных специальностей может привести к достижению желаемых результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bjerre B. D., Johansen C., Steven K. A questionnaire study of sexological problems following urinary diversion in the female patient // *Scand. J. Urol. Nephrol.* — 1997. — Vol. 31. — P. 155–160.
2. Brendler C. B. et al. Local recurrence and survival following nerve-sparing radical cystoprostatectomy // *J. Urol. (Baltimore)*. — 1990. — Vol. 144. — P. 1137–1140; discuss.: P. 1140–1141.
3. Burnett A. L. Gene transfer of endothelial nitric oxide synthase to the penis augments erectile responses in the aged rat // *Int. J. Impot. Res.* — 2000. — Vol. 12. — P. 340.
4. Collins A., Landgren B. M. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population-based study // *Maturitas*. — 1994. — Vol. 20. — P. 101–111.
5. Horenblas S., Meinhardt W., Ijzerman W., Moonen L. F. Sexuality preserving cystectomy and neobladder: initial results // *J. Urol. (Baltimore)*. — 2001. — Vol. 166. — P. 837–840.
6. Kalsi J. S., Kell P. D., Celtek S., Ralph D. J. NCX-911, a novel nitric oxide-releasing PDE5 inhibitor relaxes rabbit corpus cavernosum in the absence of endogenous nitric oxide // *Int. J. Impot. Res.* — 2004. — Vol. 16. — P. 195–200.
7. Kim E. D. et al. Bilateral nerve grafting during radical retropubic prostatectomy: extended follow-up // *Urology*. — 2001. — Vol. 58. — P. 983–987.
8. Montorsi F. et al. Tadalafil in the treatment of erectile dysfunction following bilateral nerve sparing radical retropubic prostatectomy: a randomized, double-blind, placebo controlled trial // *J. Urol. (Baltimore)*. — 2004. — Vol. 172. — P. 1036–1041.
9. Nandipati K. C. et al. Impact of neurovascular preservation on female sexual dysfunction following orthotopic radical cystectomy // *Thirteenth Annual Meeting with the American Society of Andrology*. — Cleveland, 2006. Abstr. — P. 139.
10. Nandipati K. C., Raina R., Agarwal A., Zippe C. D. Efficacy and treatment satisfaction of PDE-5 inhibitors in management of erectile dysfunction following radical prostatectomy: SHIM analysis // *30th Annual Meeting with the American Society of Andrology*. — 2005. — Abstr. # 99.
11. Nordstrom G. M., Nyman C. R. Male and female sexual function and activity following ileal conduit urinary diversion // *Br. J. Urol.* — 1992. — Vol. 70. — P. 33–39.
12. Raina R. et al. Long-term efficacy and compliance of intracorporeal (IC) injection for erectile dysfunction following radical prostatectomy: SHIM (IIEF-5) analysis // *Int. J. Impot. Res.* — 2003. — Vol. 15. — P. 318–322.
13. Raina R. et al. Efficacy and factors associated with successful outcome of sildenafil citrate use for erectile dysfunction after radical prostatectomy // *Urology*. — 2004. — Vol. 63. — P. 960–966.
14. Soderdahl D. W., Thrasher J. B., Hansberry K. L. Intracavernosal drug-induced erection therapy versus external vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction // *Br. J. Urol.* — 1997. — Vol. 79. — P. 952–957.
15. Vallancien G. et al. Cystectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience // *J. Urol. (Baltimore)*. — 2002. — Vol. 168. — P. 2413–2417.
16. Weldon V. E., Tavel F. R., Newirth H. Continence, potency and morbidity after radical perineal prostatectomy // *J. Urol. (Baltimore)*. — 1997. — Vol. 158. — P. 1470–1475.
17. Zippe C. D. et al. Role of Viagra after radical prostatectomy // *Urology*. — 2000. — Vol. 55. — P. 241–245.
18. Zippe C. D. et al. Female sexual dysfunction after radical cystectomy: a new outcome measure // *Urology*. — 2004. — Vol. 63. — P. 1153–1157.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Матвеев В. Б., д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр., зав. урологическим отд-нием Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина; Гриднева Я. В., канд. мед. наук, врач-онколог урологического отд-ния Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина; Паяниди Ю. Г., д-р мед. наук, врач акушер-гинеколог гинекологического отд-ния Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина; Кислый Н. Д., д-р мед. наук, проф., декан ФПК МР РУДН.

Для контактов:

Паяниди Юлия Геннадьевна, 117198, Москва, Каширское шоссе, 24. Телефон/факс 324-24-40.

ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 616.89-008.454-056.266-036.1-092

С. В. Кикта¹, М. Ю. Дробижев², С. В. Ваулин³

ДЕПРЕССИИ У ИНВАЛИДОВ. АСПЕКТЫ КЛИНИКИ И ПАТОГЕНЕЗА

¹ФГУ поликлиника № 3 Управления делами Президента РФ, Москва; ²Отдел кардиологии НИЦ ГОУ "Первый МГМУ им. И. М. Сеченова", Москва; ³кафедра неврологии и психиатрии ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

Выявлены клинические особенности депрессий у 517 инвалидов (156 мужчин, 361 женщина, средний возраст $59,5 \pm 12,1$ года), связанные с ослаблением позитивных эмоций — аффектов: безрадостность, безволие, утрата энергии, интересов, общительности. Эти особенности значимо (хотя и слабо) коррелируют с возрастом больных, количеством заболеваний, тяжестью инвалидности. Предложена гипотеза поликаузального происхождения депрессий. Представленные данные могут быть использованы в ходе планирования и осуществления реабилитационных мероприятий, а также для определения потребности больных в антидепрессантах.

Ключевые слова: депрессия, реабилитация инвалидов, организация реабилитации

THE DEPRESSIONS AMONG THE DISABLED: THE ASPECTS OF CLINIC AND PATHOGENESIS

Kikta S.V., Drobijev M.yu., Vaulin S.V.

The establishment of clinically significant peculiarities of depression in 517 disabled patients (156 males and 361 females, aged 59.5 ± 12.1 years) is associated with attenuation of such emotions and affects as joyless, lack of will, energy loss, indifference, unsociability. These peculiarities significantly correlate with the age of patients, the number of diseases and disease severity. The hypothesis has been suggested concerning the depression origin. The study data can be used for planning and performing the rehabilitation procedures and detecting the patients who need the antidepressants treatment.

Key words: depression, rehabilitation, rehabilitation organization

Депрессивные состояния у больных с инвалидностью, не связанной с психическими расстройствами, остаются малоизученным аспектом реабилитационной медицины [4, 6]. Недостаточно исследованы клинические особенности депрессий. Неясно, насколько эти особенности связаны с важнейшими характеристиками рассматриваемого контингента больных (дефекты физического состояния, вызванные заболеваниями, приведшими к инвалидности, наличие сопутствующей соматической патологии, зрелый и пожилой возраст и т. д.).

Недостаточная изученность депрессивных состояний может быть связана с малой мобильностью инвалидов [4]. В результате они не всегда доступны для психиатрического обследования. Между тем изучение особенностей клиники и патогенеза депрессий, наблюдающихся у инвалидов, может иметь большое практическое значение. Действительно, ранняя диагностика депрессивных состояний у рассматриваемого контингента больных является одной из важных задач психологической реабилитации [4]. Кроме того, данные об особенностях клиники и патогенеза депрессий могут использоваться при организации помощи инвалидам.

В условиях дефицита исследований, непосредственно посвященных анализу депрессивных состояний у инвалидов, представляется целесообразным использовать любые данные по рассматриваемой проблеме. Так, можно обратиться к программе ПАРУС, выполненной в России в 2007 г. [3]. В этой работе изучались особенности депрессии, наблюдающиеся врачами различных непсихиатрических специальностей, в 8 регионах Российской Федерации: Ростовская, Волгоградская, Челябинская, Томская и Иркутская области, Краснодарский и Пермский край, Республика Коми [3]. Почти 2,5 тыс. больных (в том числе и инвалидов), страдающих депрессией, заполняли шкалу депрессий Центра эпидемиологических исследований США (Center for Epidemiologic Studies — Depression, или CES-D) [1]. При этом учитывалась не только общая сумма баллов, но и ответы всех пациентов на каждый из 20 вопросов упомянутой методики. Иными словами, депрессия у больного из программы ПАРУС характеризовалась достаточно большим числом симптомов. Этого количества оказалось вполне достаточно, чтобы судить об особенностях клиники изученных депрессивных состояний. Кроме того, в программе ПАРУС учитывались и другие показатели, которые могут быть использованы при изучении больных с инвалидностью (демографические данные, включая возраст, группу инвалидности, диагнозы заболеваний). Таким образом, для анализа депрессивных состояний у инвалидов представляется целесообразным обратиться к имеющейся в распоряжении авторов базе данных программы ПАРУС.

Материал и методы. В ходе реализации программы ПАРУС обследовано 2327 пациентов (преобладали амбулаторные больные — 1544, или 74,4%, женского пола — 1667, или 63,3%, средний возраст составил $49,5 \pm 14,4$ года) [3]. В зависимости от наличия инвалидности больные были разделены на 2 группы — основную (инвалиды) и группу сравнения (остальные пациенты). В основную группу вошли 517 пациентов (156 мужчин, 361 женщина, средний возраст $59,5 \pm 12,1$ года). I группа инвалидности была определена у 9 (1,7%) больных, II — у 344 (66,6%) и III — у 164 (31,7%). Остальные 1810 пациентов (504 мужчины, 1306 женщин, средний возраст $46,6 \pm 13,7$ года) составили группу сравнения. Соотношение мужчин и женщин не отличалось от такового в группе инвалидов, но обследованные группы сравнения были значительно моложе (почти на 13 лет).

Группы сопоставляли по результатам тестирования по шкале CES-D. С помощью однофакторной ANOVA сравнивали общий показатель (сумма баллов), а также выраженные в баллах ответы на каждый из 20 вопросов методики. Эти вопросы на-

правлены на оценку частоты возникновения той или иной жалобы и сформулированы по-разному. Одни (например, "я чувствую подавленность") подтверждают наличие плохого настроения и переводятся в баллы следующим образом: "очень редко или никогда" — 0, "иногда" — 1, "значительную часть времени" — 2, "практически все время" — 3. Другие (например, "я надеюсь на хорошее будущее") сформулированы так, что отрицают снижение настроения. Соответственно, если больной испытывает это чувство "практически все время", то он "получает" 0 баллов, "значительную часть времени" — 1, "иногда" — 2, "очень редко или никогда" — 3.

Результаты сравнения групп учитывали следующим образом. Значимо более высокая сумма баллов (при $p < 0,05$) свидетельствует о большей тяжести депрессии. Значимое превышение балла (при $p < 0,05$) при ответе на вопрос корреспондирует о том, что жалоба встречается чаще и, соответственно, может рассматриваться в качестве клинической особенности депрессии. В дальнейшем анализировали связь этой жалобы с некоторыми характеристиками контингента больных с инвалидностью. Для этого определяли непараметрический коэффициент корреляции (R) Спирмена между выраженной в баллах частотой жалобы, с одной стороны, и возрастом больных (в годах), количеством диагнозов (числом диагностированных заболеваний), тяжестью инвалидности (для количественного анализа инвалидность I группы оценивали в 3 балла, II — в 2, III — в 1, отсутствие инвалидности — в 0 баллов), с другой. Значимое R (при $p < 0,05$) свидетельствует о том, что жалоба связана с указанной характеристикой больных. Вычисления проводили с помощью программы Statistica for Windows (StatSoft Inc. 1995—1999).

Результаты и обсуждение. У больных с инвалидностью отмечена чуть более высокая (в сравнении с остальными пациентами) сумма баллов по шкале CES-D: $23,7 \pm 2,8$ против $23,4 \pm 3,2$ ($p = 0,04$). Причем оба эти показателя свидетельствуют о том, что преобладают легкие депрессии [1]. Итоги сопоставления показателей обеих групп по отдельным вопросам CES-D представлены в табл. 1. Видно, что в структуре депрессии у инвалидов чаще обнаруживается чувство "тоски" (вопрос 3). Кроме того, эти больные чаще испытывают затруднения при попытке заняться какой-либо деятельностью. Им труднее собраться, сконцентрироваться и сохранить интерес к делу (вопрос 5), у них не хватает сил и энергии (вопрос 7). У инвалидов чаще встречается плохой сон (вопрос 11), отмечается большее снижение общительности (вопрос 13), а также плаксивость (вопрос 17). Кроме того, они реже ощущают себя счастливым человеком (вопрос 12)¹.

Некоторые из симптомов, свойственных депрессиям у инвалидов, обнаруживают значимые, хотя и слабые связи с возрастом (табл. 2). В частности, установлены прямые корреляции между возрастом пациентов и частотой жалоб на отсутствие энергии (вопрос 7), плохой сон (вопрос 11), снижение общительности (вопрос 13), плаксивость (вопрос 17), ограничением возможности ощутить себя счастливым человеком (вопрос 12). Некоторые из симптомов, свойственных депрессиям у инвалидов, обнаруживают значимые, хотя и слабые связи с количеством диагнозов. Так, выявлены прямые корреляции между числом заболеваний и частотой возникновения чувства "тоски" (вопрос 3), а также переживаний, связанных с утратой энергии (вопрос 7), плохим сном (вопрос 11), плаксивостью (вопрос 17), ограничением возможности ощутить себя счастливым человеком (вопрос 12).

¹Для депрессивных состояний у остальных пациентов характерны грусть и хандра (вопрос 17), ощущение, что жизнь сложилась неудачно (вопрос 9). Им кажется, что окружающие настроены к ним недружелюбно (вопрос 15) и недолюбливают их (вопрос 19).

*Здесь и далее среднее ± стандартное отклонение.

Таблица 1

Сравнение двух групп больных по ответам на вопросы CES-D

Вопросы CES-D	Группа больных		p
	основная	сравнения	
1. Я нервничаю по поводу того, что раньше меня не беспокоило	1,36 ± 0,73	1,34 ± 0,73	0,55
2. Я не получаю удовольствия от еды	0,83 ± 0,82	0,78 ± 0,75	0,24
3. Мне не удается избавиться от чувства тоски	1,26 ± 0,73	1,19 ± 0,70	0,04
4. Мне кажется, что я не хуже других	1,24 ± 0,92	1,31 ± 0,87	0,09
5. Мне трудно сконцентрироваться на том, чем приходится заниматься	1,20 ± 0,76	1,12 ± 0,68	0,02
6. Я чувствую подавленность	1,28 ± 0,70	1,28 ± 0,63	0,92
7. Все, что я делаю, требует от меня дополнительных усилий	1,51 ± 0,76	1,31 ± 0,70	< 0,01
8. Я надеюсь на хорошее будущее	1,40 ± 0,90	1,36 ± 0,85	0,27
9. Кажется, что моя жизнь неудачна	1,03 ± 0,76	1,10 ± 0,75	0,05
10. Я испытываю беспокойство, страхи	1,20 ± 0,70	1,22 ± 0,66	0,59
11. У меня плохой ночной сон	1,53 ± 0,87	1,37 ± 0,82	< 0,01
12. Я чувствую себя счастливым человеком	1,88 ± 0,73	1,81 ± 0,69	0,05
13. Кажется, что я стал меньше говорить	0,83 ± 0,76	0,75 ± 0,72	0,02
14. Меня беспокоит чувство одиночества	1,07 ± 0,77	1,08 ± 0,72	0,73
15. Окружающие настроены недружелюбно	0,54 ± 0,61	0,66 ± 0,62	< 0,01
16. Жизнь доставляет мне удовольствие	1,59 ± 0,79	1,59 ± 0,71	0,96
17. Легко могу заплакать	1,26 ± 0,92	1,16 ± 0,86	0,02
18. Я испытываю грусть, хандру	1,18 ± 0,67	1,26 ± 0,62	0,01
19. Мне кажется, что меня недолюбливают	0,55 ± 0,67	0,67 ± 0,64	< 0,01
20. У меня нет сил начинать что-либо делать	1,10 ± 0,74	1,13 ± 0,75	0,43

Наконец, большинство симптомов, свойственных депрессиям у инвалидов, обнаруживают значимые, хотя и слабые корреляции с тяжестью инвалидности. В частности, обнаружена прямая корреляционная связь между последним показателем и затруднениями при попытке собраться, сконцентрироваться на каком-либо занятии (вопрос 5), отсутствием энергии (вопрос 7), плохим сном (вопрос 11), снижением общительности (вопрос 13), плаксивостью (вопрос 17), ограничением возможности ощутить себя счастливым человеком (вопрос 12).

Выявленные клинические особенности депрессий у инвалидов во многом напоминают аналогичные расстройства у лиц пожилого возраста [2]. Действительно, для пожилых больных характерны легкие депрессивные состояния. В их структуре преобладают признаки апатии и сниженной мотивации, а также так называемые соматические симптомы (астения, быстрая утомляемость, плохой сон и др.). Сходная клиническая картина депрессии (затруднения при необходимости собраться для какой-либо деятельности, отсутствие энергии, плохой сон) отмечается у инвалидов. Вместе с тем, их средний возраст составляет всего 59,5 ± 12,1 года. Иными словами, значительное число инвалидов вообще не входят в пожилую возрастную категорию (61—74 года). Такие данные позволяют высказать в порядке рабочей гипотезы предположение о том, что связанные с инвалидностью расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, мобильности, социальных связей имитируют преждевременное старение. В результате клиническая картина депрессии у инвалидов напоминает клинику аналогичных расстройств у лиц пожилого возраста.

Это предположение тем более вероятно, что существует прямая значимая связь отличительных особенностей депрессивных

состояний не только с возрастом, но и с количеством заболеваний, а также с тяжестью инвалидности. Интересно, однако, что выявленные в настоящем исследовании связи довольно слабы. Возможно, это обусловлено тем, что рассматриваемые показатели лишь приблизительно отражают особенности соматического состояния, степень расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности. Однако можно предложить и другое объяснение ситуации. Вполне вероятно, что депрессии у инвалидов являются классическим примером поликаузального психического расстройства. Его возникновение определяется множеством различных факторов, каждый из которых может вносить пусковой, но значимый вклад в риск развития депрессивного состояния. При этом одни из этих факторов (возраст, количество заболеваний, тяжесть инвалидности) учитывались в настоящем исследовании, влияние других еще предстоит оценить.

Выявленные клинические особенности депрессий у инвалидов могут быть сопоставлены с современными представлениями о двух типах симптомов депрессивного состояния [7]. Первый из них связан с ослаблением позитивных эмоций — аффектов. Так, характерны подавленность, безрадостность, безволие, утрата энергии, интересов, общительности. Второй тип ассоциируется с усилением негативных эмоций. При этом доминируют хандра, недовольство собой, жизнью, раздражение, беспокойство, скука, неприязнь в отношении окружающих и т. д. Очевидно, что в структуре депрессии у инвалидов преобладают нарушения, отражающие ослабление позитивных аффектов. Эта особенность депрессивных состояний гипотетически может быть связана со следующими обстоятельствами. Известно, что

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа ответов больных на вопросы CES-D, их возраста, количества диагнозов и группой инвалидности

Вопросы CES-D	Коррелирующие признаки					
	возраст		количество диагнозов		группа инвалидности	
	R	p	R	p	R	p
3. Несмотря на помощь членов моей семьи, мне не удается избавиться от чувства тоски	0,01	0,64	0,04	0,05	0,04	0,08
5. Мне трудно сконцентрироваться на том, чем приходится заниматься	-0,04	0,07	0,00	0,92	0,04	0,05
7. Все, что я делаю, требует от меня дополнительных усилий	0,11	< 0,01	0,13	< 0,01	0,12	< 0,01
11. У меня плохой ночной сон	0,21	< 0,01	0,13	< 0,01	0,08	< 0,01
12. Я чувствую себя счастливым человеком	0,05	0,01	0,04	0,03	0,05	0,03
13. Кажется, что я стал меньше говорить	0,07	< 0,01	0,03	0,10	0,05	0,02
17. Легко могу заплакать	0,09	< 0,01	0,07	< 0,01	0,04	0,09

Таблица 3

Классификация антидепрессантов по фармакологическим свойствам

Воздействие на обмен нейротрансмиттеров и его механизм	Международные непатентованные названия
<i>Восполнение дефицита серотонина, норадреналина, дофамина</i>	
ингибиторы обратного захвата	имипрамин, амитриптилин
ингибиторы моноаминоксидазы	пирлиндол
блокаторы рецепторов	миртазапин
<i>Восполнение дефицита норадреналина, дофамина и модуляция эффекта мелатонина</i>	
блокаторы/агонисты рецепторов	агомелатин
<i>Восполнение дефицита серотонина, норадреналина</i>	
ингибиторы обратного захвата	дулоксетин, венлафаксин, милнаципран, клонипрамин
<i>Восполнение дефицита серотонина</i>	
ингибиторы обратного захвата	флуоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам
ингибиторы обратного захвата и блокаторы рецепторов	тразодон
<i>Восполнение дефицита норадреналина</i>	
ингибиторы обратного захвата	мапротилин
блокаторы рецепторов	миансерин

признаки ослабления позитивных аффектов возникают в условиях дефицита активности дофаминовых и норадреналиновых нейронов. Между тем, эти нейроны отвечают за мотивационную сферу, а также ее энергетическую "подпитку". Очевидно, что при инвалидизации больного указанные функции страдают прежде всего из-за прекращения профессиональной деятельности, разрыва привычного круга общения и социальных связей, а также в связи с ограничением физических возможностей [4].

Представленные данные могут быть использованы в ходе планирования и осуществления реабилитационных мероприятий, в том числе и для ранней диагностики депрессий у инвалидов. Кроме того, результаты исследования будут востребованы при определении потребности больных в антидепрессантах. Известно, что их основные фармакологические свойства (табл. 3) связаны с влиянием на обмен различных нейротрансмиттеров (дофамина, норадреналина, серотонина, мелатонина и др.) [5]. Соответственно, в рассматриваемом случае возникает необходимость в медикаментозных средствах, восполняющих дефицит норадреналиновой и дофаминовой активности. К таким антидепрессантам относятся препараты трициклической структуры (амитриптилин, имипрамин). Однако их применение сопровождается большим числом побочных эффектов (артериальная гипотензия, нарушения ритма и проводимости сердца, запоры и т. д.), в связи с чем эти препараты практически не могут использоваться у рассматриваемого контингента пациентов. К антидепрессантам, восполняющим дефицит норадреналиновой и дофаминовой активности, относится пирлиндол. Этот препарат отличается хорошей переносимостью. Однако антидепрессант не обладает способностью терапевтического воздействия на сон. Между тем нарушения сна — одно из самых часто встречающихся проявлений депрессии у инвалидов. Еще один анти-

депрессант, восполняющий дефицит норадреналиновой и дофаминовой активности, — миртазапин, дает снотворный эффект. Однако он оказывает выраженное седативное действие, а инвалиды и так испытывают затруднения при попытке заняться какой-либо деятельностью.

В качестве альтернативы перечисленным антидепрессантам может быть предложен агомелатин (Вальдоксан). В силу особенностей механизма действия (антагонист-блокатор серотониновых рецепторов 5-HT_{2C}) этот препарат обладает способностью воздействовать на обмен дофамина и норадреналина [5]. Кроме того, агомелатин возбуждает мелатониновые MT₁- и MT₂-рецепторы [5], в большом количестве представленные в супрахиазмальном ядре и участвующие в регуляции циркадиан-ных ритмов, периодических колебаний функций живых организмов в рамках 24-часового периода. Стимуляция мелатониновых рецепторов позволяет агомелатину нормализовать сон больного за счет влияния на ритм сон—бодрствование, а не посредством седативного эффекта. Очевидно, что совокупность представленных свойств делает агомелатин препаратом выбора при лечении депрессий у инвалидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журн. неврол. и психиатр. — 2003. — Т. 103, № 5. — С. 11—18.
2. Воробьева О. В. Депрессия в пожилом возрасте // Consilium Medicum. — 2007. — Т. 9, № 12. — С. 24—28.
3. Дробижев М. Ю., Макух Е. А. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине // Психиатр. и психофармакотер. — 2007. — Т. 9, № 4. — С. 26—29.
4. Реабилитация инвалидов <http://www.ref.by/refs/72/17313/1.html>
5. Сердюк О. В., Овчинников А. А., Кутузова Н. А. и др. Практика применения антидепрессантов в психиатрии (программа ЦИРКАДИАН-1) // Врач. — 2010. — № 2. — С. 2—5.
6. Смуглевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003.
7. Stahl S. M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Application. — 3 nd Ed. — Cambridge, 2008.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Кикта С. В., канд. мед. наук, врач. Москва, ФГУ поликлиника № 3 Управления делами Президента РФ; Дробижев М. Ю., д-р мед. наук, проф. отд. кардиологии НИЦ ГОУ Первый МГМУ им. Сеченова; Ваулин С. В., канд. мед. наук, доц. каф. неврологии и психиатрии ГОУ ВПО "Смоленская государственная медицинская академия.

Для контактов:

Дробижев Михаил Юрьевич, 119992, Москва, Б. Пироговская ул., д. 6, стр. 1. Телефон: 8 (499)248-78-66.