

## Сообщение об опыте амбулаторного лечения аффективных расстройств сертралином

М.П. Афанасьева<sup>1</sup>, А.А. Гордин<sup>2</sup>

### The message on experience of out-patient treatment of affective frustration sertralin

M.P. Afanaseva<sup>1</sup>, A.A. Gordin<sup>2</sup>

Акцент, который придается сегодня развитию внебольничной помощи пациентам с аффективными расстройствами, требует более тщательной, рациональной организации ведения пациента лечащим врачом и, в целом, персоналом ЛПУ [1]. На наш взгляд, отказ от патерналистской модели общения с пациентом в пользу основанной на образовании больного, на информированном сотрудничестве с ним модели, приобретает сегодня особую актуальность. Многие пациенты до визита к врачу неоднократно принимали психоактивные препараты (антидепрессанты, транквилизаторы и т.д.) по поводу депрессивного эпизода, расстройств сна и др., то есть, уже располагают личным опытом, определенным мнением в отношении торговых марок, дозировок, побочных эффектов и сочетаний различных лекарственных средств. Пациенты с высшим образованием нередко дополнительно ищут информацию о своем заболевании и о способах лечения в популярных и специализированных изданиях, в Интернете. Таким образом, врач перестает быть для пациента единственным заслуживающим доверия источником информации о здоровье и болезнях. В этой ситуации, отношение к медицинскому интервью и общению с пациентом в целом как к образовательному процессу, который направлен на устранение заблуждений и неверно понятой информации, на доверительное сотрудничество врача и больного, приобретает особое значение.

Такой важный аспект, как правильный выбор фармакотерапии, в этой связи, играет решающую роль в процессе развития сотрудничества «врач-пациент» после первоначальных контактов. У нас был достаточно большой (более 3-х лет) опыт достаточно успешно-

го применения пароксетина. Поэтому препараты пароксетина рассматривались нами как первоочередные в списке возможных назначений. Однако нередко приходилось сталкиваться с недостаточно хорошей переносимостью препарата и последующим отказом пациента от продолжения курса лечения. Среди рекомендованных [1] к амбулаторному применению антидепрессантов (в силу их большей безопасности) мы обратили внимание на сертралин. Данные литературы [2,3,4] указывают, что при одинаковой эффективности в лечении депрессии и панического расстройства, сертралин лучше переносится пациентами, при этом больные более подвержены соблюдению назначенного лечения. Возможно, что терапевтические различия этих двух селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) связаны также с тем, что в отличие от пароксетина (и других СИОЗС), сертралин также является слабым ингибитором обратного захвата дофамина. Кроме того, вследствие вторичного антихолинэргического действия, пароксетин более часто, чем другие СИОЗС, вызывает запоры и увеличение веса тела [5].

Начальный опыт применения сертралина (серената, таб. с риской для деления по 50 и 100 мг) в нашей практике вполне соответствует этим данным. Группа наших пациентов, которые получают сертралин 2 и более месяцев, на текущий момент (апрель, 2009) составляет 8 человек (4 женщины и 4 мужчины), возраст которых на начало лечения составлял в среднем 47 лет (от 39 до 56); отметим, что наблюдаемые женщины имеют нормальный для своего возраста гормональный фон, стабильные месячные. Основанием для назначения сертралина указанным пациентам были выраженные аффективные расстройства: рекуррентный депрессивный эпизод средней степени тяжести (без признаков мании или гипомании, по данным анамнеза) — у 6 пациентов, при этом у 2 из них предыдущие депрессивные эпизоды были связаны с перенесенным инсультом и черепно-мозговой

<sup>1</sup>Пермская краевая психиатрическая больница,

<sup>2</sup>Пермский городской психоневрологический  
диспансер

травмой; у 1 пациентки — посттравматическое стрессовое расстройство, развившееся как реакция на горе (гибель мужа в печально известной пермской авиакатастрофе); еще у 1 пациентки — рекуррентный депрессивный эпизод легкой степени тяжести, с инсомнией и приступами тревоги, развившийся после увольнения с работы.

Все пациенты в первые 2 недели приема препарата осматривались врачом каждые 3–4 дня. Таким образом, обеспечивался индивидуальный подбор дозы и тщательное наблюдение. Далее частота визитов составляет не менее 1 раза в неделю. Кроме того, все пациенты имеют возможность связаться с врачом по мобильному телефону — на визитах были даны соответствующие рекомендации.

Доза сертралина в стартовый период составляла 25 или 50 мг (разделенных на 2 приема), с повышением дозировки каждые 3–4 дня или 7 дней, до дозы, при которой клинический эффект был наиболее выражен, а неблагоприятные реакции бы отсутствовали. Средняя суточная доза сертралина в описываемой группе пациентов составила 170 мг — от 100 мг до 250 мг. Следует отметить, что превышение рекомендуемой фирмой-производителем дозы (200 мг) на 50 мг не вызвало никаких неблагоприятных симптомов у пациента. Мы полагаем, что необходимость и адекватность такой дозы была связана с большой массой тела пациента. Тем не менее, призываем с особой

осторожностью относиться к таким случаям, несмотря на данные литературы об использовании и более высоких доз сертралина [6].

Определенная редукция депрессивной симптоматики у всех пациентов наблюдалась уже к концу первой недели терапии. Достижение удовлетворительного статуса (нормализация настроения, выраженное увеличение активности, повышение интереса к жизни, появление перспективных жизненных планов) отмечалось на 6–8 неделе лечения. Препарат серната хорошо переносился всеми пациентами. Дополнительно 2 пациентам (по показаниям) к терапии был кратковременно (4–5 дней) добавлен феназепам. Никаких межлекарственных взаимодействий не отмечалось.

По нашему мнению, сертралин (серната) обладает комплексом свойств, которые обеспечивают его преимущество перед другими СИОЗС в амбулаторной практике. Кроме перечисленного выше, отметим широкий терапевтический диапазон, который позволяет не только индивидуализировать дозу, но и снизить риск фатальных последствий при злонмеренном приеме овердозы [7]. Выделим также выраженное снижение тревоги при терапии сертралином. Таким образом, считаем, что обоснованное назначение/применение сертралина будет способствовать увеличению возможностей амбулаторного лечения аффективных расстройств.

## Литература:

1. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники Ярославский печатный двор, DSM. 2006. 36 с.
2. Kroenke K, West SL, Swindle R, Gilson A, Eckert GJ, Dolor R, Stang P, Zhou XH, Hays R, Weinberger M. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial. *JAMA*. 2001 Dec 19;286(23):2947–55.
3. Bandelow B, Behnke K, Lenoir S, Hendriks GJ, Alkin T, Goebel C, Clary CM. Sertraline versus paroxetine in the treatment of panic disorder: an acute, double-blind noninferiority comparison. *J Clin Psychiatry*. 2004 Mar;65(3):405–13.
4. Mullins CD, Shaya FT, Meng F, Wang J, Harrison D. Persistence, switching, and discontinuation rates among patients receiving sertraline, paroxetine, and citalopram. *Pharmacotherapy*. 2005 May;25(5):660–7.
5. Anderson IM, Edwards JG. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness. *Advances in Psychiatric Treatment* (2001) 7: 170–180.
6. Ninan PT, Koran LM, Kiev A, Davidson JR, Rasmussen SA, Zajecka JM, Robinson DG, Crits-Christoph P, Mandel FS, Austin C. High-dose sertraline strategy for nonresponders to acute treatment for obsessive-compulsive disorder: a multicenter double-blind trial. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jan;67(1):15–22.
7. DeVane CL, Liston HL, Markowitz JS. Clinical pharmacokinetics of sertraline. *Clin Pharmacokinet*. 2002;41(15):1247–66.