

УДК 615.214.32

С. Г. БУРЧИНСКИЙ

/ГУ «Институт геронтологии имени Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев, Украина/

## Депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста: проблема выбора препарата антидепрессанта

### Резюме

Проблема своевременной диагностики и эффективного лечения возраст-зависимой патологии различного генеза для отечественной медицины представляет особую актуальность. Статья посвящена проблеме выбора оптимального антидепрессанта для лечения депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста. При построении схемы оптимальной фармакотерапии депрессивных состояний у пациентов старческого возраста необходимо учитывать особенности их клинической картины, наличие когнитивных нарушений, тревожных расстройств. Возрастные нарушения процессов биотрансформации лекарственных средств, факторы коморбидности и полипрагмазии приводят к возрастанию риска нежелательных межлекарственных взаимодействий, нередко с тяжелыми последствиями.

В настоящее время в патогенезе депрессивных расстройств, в том числе в пожилом и старческом возрасте, ведущее место отводится ослаблению серотонинергической нейромедиации в мозге. Поэтому оптимальной группой антидепрессантных препаратов являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, и среди них эсциталопрам – антидепрессант сбалансированного типа действия. Препарат обладает максимальным комплексным сбалансированным действием в отношении основных компонентов клинической картины депрессий, оказывает благоприятное влияние на когнитивную сферу, обладает высокой биодоступностью и имеет наиболее благоприятный профиль безопасности. Сегодня эсциталопрам рассматривается как препарат первого выбора среди всех СИОЗС по критерию эффективность–безопасность.

**Ключевые слова:** гериатрическая патология, препараты антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, эсциталопрам

Постарение населения сегодня является одной из наиболее актуальных медико-демографических проблем. Значительные демографические сдвиги в промышленно развитых странах на протяжении XX века привели к двух – трёхкратному увеличению доли пожилых и значительно большему возрастанию доли очень старых людей в популяции [14]. Украина по возрастному составу населения является одной из наиболее «старых» стран не только СНГ, но и Восточной Европы в целом. Доля лиц пенсионного возраста в Украине составляет 23–25 % всей популяции, и, согласно прогнозам демографов, до 2025 г. этот показатель превысит 30 % [14]. Поэтому проблема своевременной диагностики и эффективного лечения возраст-зависимой патологии различного генеза для отечественной медицины представляет особую актуальность. Она определяется, с одной стороны, значительным ростом заболеваемости, в том числе неврологической и психиатрической патологии, а с другой, – возникновением целого комплекса специфических проблем, связанных с особенностями патогенеза, клиники и лечения различных заболеваний в данной возрастной группе. Видное место среди них принадлежит депрессивным расстройствам.

В целом в популяции депрессиями различного генеза страдает около 5 % населения, однако в пожилом и старческом возрасте этот показатель возрастает до 13–18 % [12, 15, 18]. Депрессии являются основным фактором инвалидизации в связи

с психиатрической патологией. Развитию депрессивных расстройств в старости в значительной степени способствуют наличие хронических заболеваний, социальная и психологическая изоляция, отсутствие удовлетворенности жизнью и т.д. Особенно важно подчеркнуть в этой связи значительное увеличение частоты суицидов среди пожилых, одной из ведущих причин которых как раз и является депрессия [2, 15, 33].

Распространенность эндогенных, «больших» депрессивных расстройств, в старости относительно невелика, но значительно возрастает доля депрессий непсихотического регистра, невротической и соматогенной природы [7, 13]. При этом частота диагностирования депрессий с возрастом существенно уменьшается, что связано как с часто встречающейся неспецифичностью клинических проявлений и их соматизацией, так и со снижением обращаемости пожилых людей за медицинской помощью. Не последнюю роль в этом играет и отношение практических врачей, особенно первичного звена, которые к депрессиям в старости нередко относятся как к естественному эмоциональному фону в связи с инволюцией организма, а также восприятие данной формы патологии как неизбежного следствия имеющихся соматических заболеваний. В результате с возрастом увеличивается количество нелеченных хронических форм, что чревато дальнейшей медицинской и социально-психологической дезадаптацией больных, значительным ростом суици-

дального риска и, наконец, осложнениями при выборе адекватного инструмента фармакотерапии. В итоге, проблема разработки эффективной стратегии и тактики лечения депрессий в упомянутой популяции приобретает особую актуальность для фармакологии и психиатрии, особенно учитывая тот факт, что 55–65 % всех потребителей препаратов антидепрессантов составляют лица старше 60 лет [28].

Вместе с тем, при лечении депрессий в пожилом и старческом возрасте зачастую не учитываются в должной мере, либо вообще игнорируются следующие принципиальные моменты:

1) особенности клинического течения депрессий в данном возрасте;

2) критерии выбора соответствующего антидепрессанта для применения в общемедицинской практике;

Особое значение при выборе адекватного инструмента фармакотерапии депрессивных состояний в старости имеет учет особенностей их клинической картины. К важнейшим из них следует отнести:

1) частота стертых, субклинических форм;

2) полиморфность клинической картины;

3) преобладание тревожной, тревожно-фобической, астенической и ипохондрической симптоматики;

4) частота соматических жалоб и болевых синдромов;

5) частота сопутствующих когнитивных нарушений;

6) частота сопутствующих нарушений сна;

7) частота сопутствующих климактерических проявлений (вегетативно-эндокринные нарушения);

8) повышенная склонность к суицидальным мыслям и поступкам;

9) частая коморбидность (как с соматической, так и с неврологической и психиатрической патологией) [7, 12, 15].

Среди описанных особенностей депрессий у лиц старших возрастов с точки зрения оптимизации фармакотерапии и выбора препарата антидепрессанта стоит выделить следующие.

1. Когнитивные нарушения.

Взаимосвязь депрессий и дисфункции когнитивной сферы давно и хорошо известна [3, 8, 19]. Также в этой связи рассматривается частая коморбидность депрессий и деменций различного генеза (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция и др.) [8, 34]. Эта взаимосвязь обусловлена выявленными нарушениями процессов нейропластичности и трофики мозговой ткани в рамках депрессии, то есть имеет четкое нейроанатомическое и нейрохимическое обоснование [3, 24]. Выраженность когнитивных расстройств не только ухудшает клиническое течение депрессии, но и прямо коррелирует со степенью десоциализации пациентов. Поэтому возможность коррекции когнитивной симптоматики является важным критерием при выборе препарата антидепрессанта в старости.

2. Тревожные расстройства.

Сегодня известно, что у 75 % пациентов с тревожными расстройствами, особенно у лиц пожилого возраста, отмечается наличие той или иной формы аффективной патологии – от слабо выраженной дистимии или циклотимии (сезонное аффективное расстройство) до клинически выраженных депрессивных расстройств [6, 23]. В свою очередь, у 96 % больных с депрессивными

проявлениями отмечаются один или больше симптомов тревоги [6]. Особенно характерна общность соматовегетативных проявлений тревоги и аффективных расстройств, нередко маскирующих наличие психопатологических реакций картиной типичной соматической патологии. В итоге, необходимость воздействия на весь возможный комплекс тревожно-депрессивных проявлений можно считать одним из основополагающих требований к антидепрессанту для гериатрической практики.

3. Полиморфность клинической картины.

У пожилых пациентов, в отличие от более молодых, часто наблюдается сочетание таких проявлений депрессии как ангедония, ипохондрия, психогенные болевые синдромы и др. что нередко приводит к выраженной и неоправданной полипрагмазии [12]. Поэтому применение антидепрессанта с максимально широким спектром клинических эффектов приобретает в гериатрии особое значение.

Очевидно, что депрессии в старости существенно отличаются от таковых в более молодом возрасте по клинической картине, а, значит, и по фармакотерапевтическим подходам. В связи с последним следует кратко остановиться на основных особенностях фармакокинетики лекарственных средств в стареющем организме.

В старости в той или иной степени нарушаются практически все звенья биотрансформации лекарственных средств: всасывание (вследствие частоты патологических изменений в желудочно-кишечном тракте), метаболизм (вследствие возрастных морфофункциональных нарушений и патологических процессов в печени, ослабления ферментативной активности в органах и тканях), распределение (вследствие снижения содержания альбумина в плазме, нарушения проницаемости и химического состава клеточных мембран), выделение (вследствие частоты патологии почек, желчевыделительной системы, кишечника – основных путей элиминации лекарственных средств), а также значительно изменяются качественные и количественные характеристики специфических фармакологических эффектов (за счет нарушений рецепторного связывания, сдвигов в генетическом аппарате клетки и т.д.) [4, 24]. В результате часто отмечается повышенная кумуляция лекарственных препаратов и их метаболитов в организме, повышается риск их токсического действия, особенно в условиях уже имеющейся соматической патологии.

Кроме того, в результате вынужденной полипрагмазии в старости существенно возрастает риск нежелательных межлекарственных взаимодействий, нередко с тяжелыми последствиями.

Упомянутые особенности непосредственно определяют требования к оптимальному антидепрессанту для применения в пожилом и старческом возрасте:

1) воздействие на основные механизмы патогенеза депрессий в старости;

2) широта и выраженность антидепрессивного эффекта (не уступающая «классическим» препаратам данной группы);

3) влияние как на депрессивную симптоматику, так и на сопутствующие клинические синдромы (тревожный, когнитивный, психовегетативный и др.);

4) безопасность (особенно в отношении влияния на интеллектуально-мнестические функции, сердечно-сосудистую систему, печень и почки);

5) широта дозового диапазона (возможность выбора индивидуального дозового режима);

6) отсутствие принципиальных сдвигов фармакокинетических параметров, отсутствие риска кумуляции;

7) минимальный потенциал межлекарственного взаимодействия;

8) минимальная необходимость титрования дозы.

На практике вышеперечисленным, достаточно жестким критериям, отвечает весьма ограниченный круг препаратов антидепрессантов.

В настоящее время в патогенезе депрессивных расстройств ведущее место отводится ослаблению серотонинергической нейромедиации в мозге. Поэтому не случайно ведущие позиции на мировом рынке антидепрессантов заняли препараты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Эти препараты обладают, в целом, равной эффективностью с «классическими» представителями трициклических антидепрессантов (ТЦА) при различных формах депрессивных расстройств, однако существенно превосходят их по критерию безопасности. Это определяет популярность СИОЗС, особенно в пожилом и старческом возрасте и при наличии сопутствующих соматических заболеваний, в качестве оптимальной альтернативы при амбулаторной фармакотерапии. Кроме того, именно СИОЗС, в отличие от трициклических антидепрессантов, оказались максимально эффективными в режиме монотерапии [9], что может рассматриваться как один из ведущих аргументов в пользу применения препаратов данной группы в гериатрической практике.

В то же время, значительно разросшийся за последние годы спектр препаратов СИОЗС ставит перед практическими врачами не менее сложную проблему выбора оптимального средства для лечения конкретного больного.

Несмотря на общность ведущего механизма действия – блокады обратного захвата серотонина – препараты СИОЗС существенно различаются между собой по степени селективности и мощности данного действия, по своим клинико-фармакологическим эффектам и профилю безопасности. Поэтому знание особенностей и преимуществ того или иного препарата упомянутой группы является залогом их успешного применения на практике.

При этом, в отличие от пациентов молодого и среднего возраста, у пожилых больных на первое место выходят именно аспекты переносимости и безопасности [15], которые являются у данной категории лиц даже более важными, чем эффективность [8].

Среди препаратов СИОЗС, целесообразных для применения в гериатрической практике, в первую очередь следует назвать **эсциталопрам**.

Какие же преимущества эсциталопрама позволяют обосновать его выбор?

С точки зрения клинико-фармакологических эффектов данного препарата, особенно важных для гериатрии, ведущую роль играет наличие у эсциталопрама максимально комплекс-

ного сбалансированного действия в отношении всех основных компонентов клинической картины депрессий, т.е. сочетание собственно тимоаналептического, анксиолитического и активирующего эффектов [1, 36], что позволяет считать его антидепрессантом сбалансированного типа действия, что свойственно далеко не всем препаратам СИОЗС (например, у флуоксетина и пароксетина преобладает активирующий компонент, у флувоксамина – седативный). Учитывая уже упоминавшуюся частоту тревожной и психастенической симптоматики при депрессиях в старости, эта характеристика эсциталопрама представляется чрезвычайно важной. Этот препарат в рамках прямых сравнительных исследований с другими СИОЗС (циталопрам, флуоксетин, пароксетин) продемонстрировал высокую эффективность с точки зрения выраженности тимоаналептического действия по критериям количества респондеров, количества пациентов, достигших ремиссии и количества рецидивов [21].

Особенно важно подчеркнуть благоприятное влияние эсциталопрама на когнитивную сферу, что свойственно весьма ограниченному числу препаратов СИОЗС. Было выявлено положительное влияние данного препарата на память, ориентацию, способность к обучению и другие параметры когнитивной сферы, очевидно, связанное с активацией биосинтеза BDNF – мозгового нейротрофического фактора, играющего важную роль в обеспечении процессов нейропластичности и когнитивного функционирования, биосинтез которого ослабляется с возрастом [16, 17, 26].

Сегодня эсциталопрам на основании анализа большого количества постмаркетинговых исследований рассматривается как препарат первого выбора среди всех СИОЗС по критерию «эффективность–безопасность» [11, 21, 27].

Отдельно следует остановиться на вопросе длительности терапии эсциталопрамом и антидепрессантами в целом в пожилом и старческом возрасте и, соответственно, адекватности ожиданий врача и пациента в плане сроков проявления и стабилизации тимоаналептического действия.

Как известно, при лечении больных молодого и среднего возраста антидепрессивный эффект проявляется на 1–3 неделях терапии (а эсциталопрам в этом отношении – один из наиболее быстродействующих препаратов СИОЗС, действие которого начинается уже с конца 1-й – начала 2-й недели приема), а для полного купирования симптоматики требуется 6–8 недель, в то время как при лечении поздних депрессий скорость развития эффекта антидепрессантов снижается на 50 % и более, что связано как с замедлением фармакокинетики данных препаратов, так и с ослаблением темпов рецепторной перестройки при длительном приеме антидепрессантов у пожилых больных [10, 22, 23, 29]. Если оптимизация терапии депрессий путем увеличения продолжительности лечения в клинических руководствах определена как продление срока приема антидепрессантов до 12 недель, то в старости увеличение продолжительности лечения до 24 недель является эффективным способом улучшения результатов терапии в условиях общего замедления обменных процессов в организме и фармакокинетики лекарственных средств в частности [10]. Поэтому отсутствие клинического ответа после 12 недель тера-



# МЕДОПРАМ

Есциталопрам

Антидепресант, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну



Душевне здоров'я

**МТС**  
MEDOCHEMIE

Художник – Холлер Едвард (1862–1967) «Automat», 1927, олія, поліотно, 91,4 x 71,4 см. Des Moines Art Center Permanent Collections. Des Moines, Iowa, USA

**Медопрам** - Склад: біліва речовина: есциталопрам, 3 таблетки, віртва плівкове оболонкою, містить есциталопраму (у вигляді есциталопраму оксалату) 5 мг, 10 мг, 20 мг; допоміжні речовини. **Лікарська форма**: Таблетки, віртва плівковою оболонкою. **Фармакогравелатична група**: Антидепресанти. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Код АТХ N06A B10. **Фармакологічні властивості**: Есциталопрам є антидепресантом, селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зумовлює клінічні і фармакологічні ефекти препарату. **Протиповазання**: Підвищена чутливість до есциталопраму або до інших компонентів препарату, одночасне лікування інгібіторами MAO або літокарми. **Побічні реакції**: Тривожливість, ангідиозні реакції, порушення сну, порушення смаку, серцево-судинний синдром, диспепсія, сухість у роті, порушення половаділення, виснаження на захід, сльозі, набряки, запорами, розладом кишечника, брадикардія, ортостатична гіпотензія, синусит, носова кровотеча, нудота, діарея, запор, біль у животі, сухість у роті, порушення половаділення, виснаження на захід, сльозі, набряки, запорами, розладом кишечника, атомія, пронос, набряк, та ін. **Умови зберігання**: Зберігати при температурі не вище 25°C в оригінальній упаковці в недоступному для дітей місці. Термін придатності – 2 роки. **Уваження**: По 10 таблеток у блистері, по 3 блистери у картонній коробці. Категорія відпуску: За рецептом. **Виробник**: «Медоприм ПТД» (Заклад АЗ), Київ; «Фармацевтич Аналітич Лабораторіум Дуйвін Б.В», Нідерланди. **Р.Л. МОЗ України**: UA14037/01/01, UA14037/01/02, UA14037/01/03 від 18.03.2018. **Інформація про лікарський засіб**: На правах реклами. Характеристики та лікувальні властивості лікарського засобу. Повна інформація про застосування препарату та повний перелік побічних реакцій міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація призначена для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. **Представництво**: «Медоприм ПТД»; пров. Ярославський, 7/8, оф. 11, м. Київ, 04071 • Тел. +38 (044) 467-52-78 • [www.ukraine.medochemie.com](http://www.ukraine.medochemie.com)

пии поздних депрессий более чем в половине случаев связано не с отсутствием их эффекта в принципе, а с медленной скоростью его развития [10, 29].

Еще одним важным практическим моментом психофармакотерапии поздних депрессий является оценка предикторов максимальной эффективности лечения. К таковым можно отнести первый депрессивный эпизод, легкую либо умеренно клинически выраженную депрессию, минимальную коморбидность с соматическими заболеваниями, отсутствие либо слабая выраженность ипохондрической симптоматики [10, 29, 35].

Все вышеупомянутые особенности психофармакотерапии депрессий в старости должны учитываться при назначении эсциталопрама для обеспечения максимальной эффективности лечения. Однако именно в данном плане следует упомянуть о таких важнейших характеристиках данного препарата как минимальные, по сравнению с другими СИОЗС, изменения фармакокинетики с возрастом, высокая биодоступность и незначительный потенциал взаимодействия с другими лекарственными средствами в условиях комбинированной терапии [19]. Эти особенности непосредственно определяют высокий уровень безопасности терапии эсциталопрамом.

В рамках сравнительных клинических испытаний было доказано превосходство эсциталопрама над другими СИОЗС (флуоксетин, пароксетин) и препаратами СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин) по критериям переносимости и частоты развития побочных эффектов [20, 30], причем у пожилых пациентов эти показатели не изменялись [32]. Это подтверждает целесообразность назначения именно данного препарата в гериатрической практике.

Тем не менее, в старости рекомендуется начинать лечение эсциталопрамом с половинной стандартной стартовой дозы, то есть с 5 мг/сутки, которая, при хорошей переносимости, в случае необходимости может быть повышена до 10 мг/сутки. При этом важным фактором, способствующим приверженности лечению при длительной курсовой терапии, является возможность приема препарата 1 раз в сутки.

Среди препаратов эсциталопрама на фармацевтическом рынке Украины особо следует отметить препарат **Медопрам** (Medochemie Ltd), выпускаемый в форме таблеток, содержащих по 10 мг и 20 мг эсциталопрама оксалата. Этот препарат полностью соответствует стандартам ЕС и одновременно является одним из наиболее доступных европейских препаратов эсциталопрама в Украине. Разнообразие дозовых форм Медопрама дает возможность индивидуализировать процесс лечения в зависимости от тяжести состояния, возраста, сопутствующей патологии и т.д., что обеспечивает максимальную широту клинического маневра.

В заключение следует подчеркнуть, что дальнейшая актуализация проблемы поздних депрессий и их адекватной фармакотерапии не вызывает сомнений. При этом использование уже имеющихся препаратов антидепрессантов при учете всех критериев их выбора позволяет максимально оптимизировать стратегию и тактику лечения одной из наиболее значимых в медицинском и медико-социальном плане форм гериатрической патологии.

## Список использованной литературы

1. Ципралекс (эсциталопрам) при лечении тяжелых эндогенных депрессий: особенности терапевтической эффективности и переносимости // Л. И. Абрамова, И. В. Олейчик, Н. Н. Иванец [и др.] // Психиат. Психофармакотер. – 2007. – № 2. – С. 48–54.
2. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта / В. О. Бедлінський // *НейроNews*. – 2018. – № 3. – С. 22–24.
3. Бурчинский С. Г. Концепция нейропластичности и механизмы действия антидепрессантов / С. Г. Бурчинский // *Здоров'я України*. – 2006. – № 3. – С. 20–21.
4. Бурчинский С. Г. Новые подходы к оптимизации фармакотерапии депрессий в пожилом и старческом возрасте / С. Г. Бурчинский // *Укр. Вісник Психоневрол.* – 2006. – Т. 14, Вип. 1. – С. 62–66.
5. Бурчинский С. Г. Депрессии и когнитивные нарушения: проблема выбора антидепрессанта / С. Г. Бурчинский // *Укр. Вісн. Психоневрол.* – 2009. – Т. 17, Вип. 1. – С. 37–40.
6. Виничук С. М. Тревожные расстройства с нарушением адаптации и методы их терапии / С. М. Виничук, В. Ю. Крылова, С. В. Рогоза // *Междунар. Неврол. Журн.* – 2008. – № 2. – С. 74–80.
7. Дзеружинская Н. А. О структуре депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологической практики / Н. А. Дзеружинская // *Арх. Психиат.* – 2003. – Т. 9, № 1. – С. 83–87.
8. Дюкова Г. М. Депрессии у неврологических больных пожилого возраста и принципы их терапии / Г. М. Дюкова // *НейроNews*. – 2013. – № 2. – С. 34–37.
9. Повышение эффективности психофармакотерапии поздних депрессий: комбинация и замена антидепрессантов / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Е. И. Авдеева [и др.] // *Журн. Неврол. Психиат.* – 2016. – Т. 116, № 5. – С. 41–51.
10. Повышение эффективности психофармакотерапии поздних депрессий: оптимизация длительности терапии / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Е. И. Авдеева [и др.] // *Журн. Неврол. Психиат.* – 2016. – Т. 116, № 4. – С. 16–27.
11. Колесник Т. В. Тревога и депрессия под маской соматической патологии: как увидеть настоящее лицо? / Т. В. Колесник // *Мистецтво лікування*. – 2018. – № 7–8. – С. 36–42.
12. Особенности использования антидепрессантов в геронтопсихиатрии / В. А. Концевой, В. Г. Ротштейн, Т. П. Сафарова [и др.] // *Психиат. Психофармакотер.* – 2011. – Т. 13, № 5. – С. 26–29.
13. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: МИА, 2007. – 426 с.
14. Фойгт Н. А. Тривалість життя в похилому віці: еволюція, сучасність, перспективи / Н. А. Фойгт. – К., 2002. – 298 с.
15. Чабан О. С. Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // *НейроNews*. – 2014. – № 2/1. – С. 14–20.
16. Чередниченко Н. В. Нарушения BDNF-зависимых механизмов нейропластичности при психических и неврологических заболеваниях и их коррекция эсциталопрамом / Н. В. Чередниченко, О. А. Левада // *Укр. Неврол. Журн.* – 2015. – № 1. – С. 109–114.
17. Time-dependent effects of escitalopram on brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and neuroplasticity-related targets in the central nervous system of rats / M. Alboni, C. Benatti, G. Capone [et al.] // *Eur. J. Pharmacol.* – 2010. – Vol. 643. – P. 180–187.
18. The epidemiology of depression in later life: a primary care perspective / A. T. F. Benkman, D. J. H. Deeg, T. J. Heeren, W. Van Tilburg // *CNS Disord. Primary Care*. – 1998. – Vol. 2. – P. 1–5.
19. Carrasco J. L. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview / J. L. Carrasco, C. Sandner // *Int. J. Clin. Pract.* – 2005. – Vol. 59. – P. 1428–1434.
20. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis / A. Cipriani, T. A. Furukawa, G. Salanti [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373. – P. 746–758.
21. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis / A. Cipriani, T. A. Furukawa, G. Salanti [et al.] // *Lancet*. – 2018. – Vol. 391. – P. 1357–1386.
22. Recovery from major depression in older adults receiving augmentation of antidepressant pharmacotherapy / M. A. Dew, E. M. Whyte, E. J. Lenze [et al.] // *Amer. J. Psychiat.* – 2007. – Vol. 164. – P. 892–899.
23. Dolder C. Pharmacologic and clinical profile of newer antidepressants: implications for the treatment of elderly patients / C. Dolder, M. Nelson, A. Stump // *Drugs Aging*. – 2010. – Vol. 27. – P. 625–640.
24. Duman R. S. Theories of depression – from monoamines to neuroplasticity // *Neuroplasticity: a new approach to the pathophysiology of depression* / R. S. Duman. – London: Sci. Press, 2004. – P. 1–12.
25. Elvidge H.N. Drugs and aging: pharmacokinetics peculiarities / H. N. Elvidge, J. P. Stark, A. Peterson // *Pharmacotherapy in the Elderly*. – N. Y.: Crown Publ., 2017. – P. 126–148.

26. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke / R. E. Jorge, L. Acion, D. Moser [et al.] // Arch. Gen. Psychiat. – 2010. – Vol. 67. – P. 187–196.
27. Laux G. Treatment of comorbid anxiety and depression with escitalopram: results of a postmarketing surveillance study / G. Laux, M. Etiede, W. E. Muller // Pharmacopsychiat. – 2013. – Vol. 46. – P. 16–22.
28. Moon C. A. L. A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in the treatment of major depressive disorder and associated anxiety in general practice / C. A. L. Moon, K. Wood, D. P. Doogan // J. Psychopharmacol. – 1994. – Vol. 8. – P. 171–176.
29. Nelson J. C. of second generation antidepressants in the late-life depression: a meta-analysis of the evidence / J. C. Nelson, K. Delucchi, L. S. Schneider // Amer. J. Geriatr. Psychiat. – 2008. – Vol. 16. – P. 558–567.
30. Owens M. J. Escitalopram: a second-generation SSRI / M.J. Owens, J. Rosenbaum // CNS Spectr. – 2002. – Vol. 7. – P. 34–39.
31. Salzman D. Antidepressant treatment of very old patients / D. Salzman, L. Schneider, B. Lebovitz // Amer. J. Geriatr. Psychiat. – 1993. – Vol. 1. – P. 21–29.
32. Sanchez C. A comparative review of escitalopram, paroxetine and sertraline: are they all alike? / C. Sanchez, E. H. Reines, S. A. Montgomery // Int. Clin. Psychopharmacol. – 2014. – Vol. 29. – P. 185–196.
33. Small G. W. Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients / G. W. Small // J. Clin. Psychiat. – 2009. – Vol. 70. – P. 47.
34. Treating depression in Alzheimer's disease: integration of differing guidelines / M. Swartz, Y. Barak, I. Mirecki [et al.] // Int. Psychogeriatr. – 2000. – Vol. 12. – P. 353–358.
35. Neuropathological correlates of late-life depression in older people / C. Tsopelas, R. Stewart, G. M. Savva [et al.] // Brit. J. Psychiat. – 2011. – Vol. 198. – P. 109–114.
36. Waugh J. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders / J. Waugh, K. L. Goa // CNS Drugs. – 2003. – Vol. 17. – P. 343–362.

## Резюме

### Депресія у пацієнтів похилого та старечого віку: проблема вибору препарату антидепресанта

С. Г. Бурчинський

ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ, Україна

Проблема своєчасної діагностики та ефективного лікування залежної від віку патології різного генезу для вітчизняної медицини становить особливу актуальність. Стаття присвячена проблемі вибору оптимального антидепресанта для лікування депресії у пацієнтів похилого і старечого віку. При побудові схеми оптимальної фармакотерапії депресивних станів у пацієнтів старечого віку необхідно враховувати особливості їх клінічної картини, наявність когнітивних порушень, тривожних розладів. Вікові порушення процесів біотрансформації лікарських засобів, фактори коморбідності та поліпрагмазії призводять до зростання ризику небажаної міжлікарської взаємодії, що може супроводжуватися тяжкими наслідками.

На даний час в патогенезі депресивних розладів, в тому числі у пацієнтів похилого і старечого віку, основним є послаблення серотонінергічної нейромедіації в мозку. Тому оптимальною групою антидепресантних препаратів на сьогодні є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, і серед них есциталопрам – антидепресант збалансованого типу дії. Препарат має максимальну комплексну збалансовану дію щодо основних компонентів клінічної картини депресії, позитивно впливає на когнітивну сферу, має високу біодоступність та найсприятливіший профіль безпеки. На сьогодні есциталопрам розглядається як препарат першого вибору серед всіх СІЗЗС за критерієм ефективність–безпеки.

**Ключові слова:** гериатрична патологія, препарати антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, есциталопрам

## Summary

### Depression in elderly and senile patients: a challenge of choosing an antidepressant

S. G. Burchinsky

SI «D. F. Chebotariov Institute of Gerontology AMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Of particular relevance for domestic health care system is an issue of timely diagnosis and effective treatment of age-dependent conditions of various etiologies. The article deals with the problem of choosing the optimal antidepressant for the treatment of depression in patients of the elderly and senile age. When constructing a structure of optimal pharmacotherapy of depressive conditions in the old age, it should be taken into account the peculiarities of their clinical presentation, the presence of cognitive impairment, and anxiety disorders. Age-related disturbances in the processes of drug biotransformation, the factor of comorbidity and polypragmasia lead to increased risk of adverse drug-drug interactions, often with serious consequences.

Currently, in the pathogenesis of depressive disorders in the elderly and senile populations, the leading role is given to the reduction of serotonergic neuromediation in the brain. Therefore, an optimal group of antidepressants is regarded the selective serotonin reuptake inhibitors, with escitalopram, an antidepressant of a well-balanced mechanism of action, being among them. The drug has the maximum comprehensive balanced action towards the major components of the clinical presentation of depressive disorders, demonstrates a beneficial effect on the cognitive sphere, a high bioavailability and has the most favorable safety profile. Today, escitalopram is considered as the first-choice drug among all SSRIs based on the efficacy/safety criterion.

**Key words:** geriatric disorders, antidepressant drugs, selective serotonin reuptake inhibitors, escitalopram