

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

Л. Н. Юрьева¹, А. И. Мамчур¹, Ю. Н. Завалко², С. В. Анисимов², Я. С. Варшавский²,
С. И. Гуца², И. Д. Коссе², А. Н. Лазаренко², Е. О. Латышева², В. А. Малышко², В. А. Михалёва²,
О. А. Подлеснюк², Т. В. Рачинская², А. А. Хохолева², И. Ю. Шевченко², Е. Б. Юрьев²

**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВОРТИОКСЕТИНА
(БРИНТЕЛЛИКСА) У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).
СООБЩЕНИЕ 1. РЕДУКЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ**

¹Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр

²Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница
Днепропетровского областного совета», г. Днепр

kafpsydnepri@i.ua

Актуальность. Недостаточная эффективность антидепрессантов при различных вариантах депрессии или плохая их переносимость из-за нежелательных побочных эффектов сохраняют актуальной проблему терапии этого расстройства.

Целью нашей работы было изучение фармакотерапевтических особенностей применения вортиоксетина (Бринтелликса) у больных депрессией в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 131 пациент с диагнозом «текущий депрессивный эпизод» по МКБ-10, мужчины (73 чел.) и женщины (58 чел.) в возрасте от 18 до 65 лет. Психометрическую оценку клинических проявлений у больных депрессией осуществляли по шкалам PHQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии.

Результаты. Спустя 4 недели от начала лечения у исследуемых пациентов отмечалось уменьшение выраженности основных симптомов депрессии более чем на 50 %, а средняя суммарная выраженность симптоматики составляла $9,9 \pm 1,1$ балла. 18 пациентов с рекуррентной или биполярной депрессией находились (находятся) под нашим наблюдением от 6 до 16 месяцев. Полная редукция депрессивной симптоматики по шкалам PHQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии имела место не позднее 8 недель от начала лечения, нарушенный депрессией сон нормализовался не позднее 10 недель, а сексуальная дисфункция вследствие депрессии (скорее всего, ангедонии и заторможенности) – не позднее 11 недель.

Выводы. Препарат вортиоксетин (Бринтелликс) оказался эффективным и безопасным антидепрессантом в практике психиатрии для лечения клинической депрессии на разных стадиях – для активного лечения, для стабилизации состояния и для поддерживающей терапии. Прием этого препарата на протяжении нескольких месяцев показал его хорошую эффективность и переносимость у больных с депрессивными расстройствами при субхроническом и хроническом применении в качестве монотерапии. Мы надеемся, что препарат вортиоксетин (Бринтелликс) займет достойное место в практике врача-психиатра.

Ключевые слова:
терапия депрессий,
вортиоксетин
(Бринтелликс),
психометрическая
оценка больных
депрессией,
когнитивный дефицит
при депрессии.

Актуальность. Недостаточная эффективность антидепрессантов при различных вариантах депрессии или плохая их переносимость из-за нежелательных побочных эффектов сохраняют актуальной проблему терапии этого расстройства. В практику психиатрии систематически

внедряют новые лекарственные препараты, уточняют клинические аспекты применения антидепрессантов. Их популярность, как правило, обусловлена, прежде всего, практическим опытом (собственным или опытом своих коллег), а не только данными клинических испытаний.

Вортиоксетин (Бринтелликс) является не только новым лекарственным препаратом, но и представителем нового класса антидепрессантов, так называемых мультимодальных антидепрессантов. Механизм действия вортиоксетина связан со способностью одновременно модулировать активность серотониновых рецепторов и угнетать обратный захват серотонина. Препарат проявляет антагонизм по отношению к серотониновым рецепторам (5-HT) 5-HT_{3A}-типа, 5-HT₇-типа и 5-HT_{1D}-типа, является агонистом 5-HT_{1A}- и частичным агонистом 5-HT_{1B}-рецепторов, а также мощным ингибитором обратного захвата серотонина [1–4].

Основная роль в механизме антидепрессивного и анксиолитического действия вортиоксетина принадлежит угнетению обратного захвата серотонина. Одновременная стимуляция 5-HT_{1A}-рецепторов вызывает быструю десенсибилизацию соматодендрических ауторецепторов, ингибирующих высвобождение серотонина из нервных окончаний, и активацию постсинаптических 5-HT_{1A}, что, в итоге, приводит к повышению экстрацеллюлярных концентраций серотонина и усилению антидепрессивного эффекта. Вортиоксетин имеет высокое сродство и к другим 5-HT-рецепторам, связываясь в клинических дозах (5–20 мг) с 50–90 % из них, но вклад каждого из серотониновых рецепторов в реализацию его антидепрессивного эффекта остается не до конца понятным [1–4].

В эпоху господства принципов доказательной медицины описание клинического опыта практических врачей по применению новых лекарственных препаратов порой кажется излишним. Зачем доказывать доказанное ранее, на этапе дорегистрационных или пострегистрационных исследований, проведенных коллегами в других странах? Ответ прост. Это необходимо для адаптации данных доказательной медицины в практике врача-психиатра (в так называемых «полевых условиях») и последующего обсуждения и внедрения этих данных в практику психиатрии и последипломного образования врачей. Ранее нами уже были проведены и опубликованы данные так называемых «натуралистических исследований», как брендовых, так и генерических психофармакологических средств. Этот опыт мы бы хотели продолжить далее, что и потребовало привлечения большого количества соавторов. Помимо этого, нами были использованы методологические приемы, разработанные ранее для оценки эффективности фармакотерапии [5].

Целью нашей работы было изучение фармакотерапевтических особенностей применения вортиоксетина (Бринтелликса) у больных депрессией в реальной клинической практике.

Материалы и методы исследования

В исследовании принял участие 131 пациент с диагнозом «текущий депрессивный эпизод» по МКБ-10 (табл. 1), мужчины (73 чел.) и женщины (58 чел.) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 36,5±0,4 лет). Психометрическая оценка клинических проявлений у больных депрессией осуществлялась по шкалам PHQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии [6–7].

Мы построили свою работу на принципах натуралистического исследования, то есть назначали ворти-

оксетин всем пациентам, которые имели показания и не имели противопоказаний к назначению препарата согласно инструкции к применению (табл. 1). Официальным показанием к применению вортиоксетина является так называемое большое депрессивное расстройство – термин, применяемый скорее в американских, а не в европейских, и, тем более, в украинской классификации (МКБ). Поэтому существует некоторая путаница в определении показаний к применению. Мы исходили из того, что синонимом большого депрессивного расстройства является термин «клиническая депрессия». В реальной практике психиатра встречаются одиночные и повторяющиеся клинические эпизоды депрессии, как при собственно аффективных расстройствах, так и при депрессиях разного генеза (психогенных, органических, эндогенных и пр.). При этом показания для назначения новых антидепрессантов больным с клинической депрессией, например, органического генеза, отсутствуют. Из-за отсутствия данных доказательной медицины 1–2 уровней при включении больных в наше исследование мы использовали данные эмпирических исследований.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов диагностировали депрессивный эпизод (выраженность депрессии – от умеренной до тяжелой) впервые выявленный (42 больных), при рекуррентном депрессивном расстройстве (51 больных), биполярном аффективном расстройстве (13 больных). У 17 больных диагностирована органическая депрессия, у 8 – постшизофреническая депрессия.

Таблица 1. Нозологическая принадлежность обследованных больных

Диагноз	Количество обследованных больных, чел.
Депрессивный эпизод	42
Рекуррентное депрессивное расстройство	51
Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод	13
Органическое депрессивное расстройство	17
Постшизофреническая депрессия	8

Для 46 пациентов вортиоксетин был стартовым препаратом. Остальные больные были переведены на вортиоксетин по их желанию в связи с неэффективностью (недостаточной эффективностью) предшествующей терапии. Определяющими для перехода с предшествующей терапии на вортиоксетин были следующие критерии:

- депрессивные симптомы не контролировались (недостаточно контролировались) предшествующей терапией;
- отсутствие необходимости седации;
- наличие признаков сексуальной дисфункции;
- жалобы на чрезмерное увеличение веса;
- ухудшение когнитивных функций;
- наличие холинергических и гистаминергических побочных эффектов.

Психическое состояние больных до включения в исследование и динамику выраженности клинической симптоматики оценивали при помощи опросника депрессии PHQ-9. Пациента просили ответить на вопросы:

«Беспокоили ли Вас следующие проблемы в течение последних двух недель?». Для каждого вопроса были предусмотрены четыре возможных ответа с соответствующей оценкой: 1) не каждый день (0 баллов), 2) несколько дней (1 балл), 3) более чем в половине дней (2 балла), 4) почти каждый день (3 балла). Пациенту предлагали ответить на следующие вопросы: «В последние две недели, Вы испытывали»: 1. Отсутствие интереса к происходящим событиям? (ангедония) 2. Безразличие, подавленность? 3. Проблемы с засыпанием, бессонницу, или наоборот, спали слишком много? 4. Чувство усталости или упадок сил? 5. Отсутствие аппетита или переедание? 6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью? 7. Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора? 8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно? 9. Мысли о самоубийстве или причинении себе вреда?

При интерпретации результатов подсчитывали общий балл. Выраженность депрессии оценивали следующим образом: 1–4 балла – отсутствие депрессии (доклинический уровень); 5–9 баллов – легкая депрессия; 10–14 баллов – умеренная депрессия; 15–19 баллов – тяжелая депрессия; 20–27 баллов – крайне тяжелая депрессия. Отдельно учитывали выраженность нарушения адаптации.

Пациенты получали стационарное лечение в отделениях коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», а также амбулаторное поддерживающее лечение. Продолжительность приема вортиоксетина у 111 больных составляла не менее 1 месяца, у 20 пациентов 6–16 месяцев.

Вортиоксетин назначали внутрь однократно утром во время еды с учетом фармакокинетики препарата, данных литературы и собственного опыта. Начальная доза препарата составляла 10 мг/сут. В некоторых случаях по клиническим показаниям дозу повышали до 20 мг/сут, не ранее чем через 4 недели от начала лечения.

Наши исследования показали, что до начала лечения средняя суммарная выраженность симптоматики составляла $22,6 \pm 2,5$ балла (рис. 1). При этом выраженность ангедонии составила $2,6 \pm 0,2$ балла. Больные отмечали подавленность ($2,7 \pm 0,2$ балла), нередко случались нарушения сна ($2,4 \pm 0,1$ балла). Преобладали ранние пробуждения (на 2 часа и более раньше обычного времени), реже отмечался прерывистый сон, ещё реже – нарушения засыпания. Ключевым симптомом являлся так называемый недостаток энергичности ($2,7 \pm 0,4$ балла), который и определял, прежде всего, нарушение адаптационных возможностей больных. Достаточно часто имели место нарушения аппетита ($2,8 \pm 0,3$ балла), причем приблизительно в равной степени наблюдались и отсутствие (снижение) аппетита, и его повышение, особенно вечером. Тяжелые мысли о собственной несостоятельности в той или иной степени были характерны практически для всех больных (средняя суммарная выраженность симптоматики $2,8 \pm 0,4$ балла), нарушения концентрации внимания имели место более чем в половине дней ($2,8 \pm 0,4$ балла). Частыми были жалобы на заторможенность ($2,7 \pm 0,2$ балла). Мысли о смерти встречались нечасто ($1,4 \pm 0,2$ балла), так как пациентов с выраженными суицидальными тен-

денциями в исследование не включали. Выраженность нарушения адаптации составила $2,5 \pm 0,24$ балла.

Спустя 2 недели после начала лечения у наших пациентов отмечалась заметная редукция основных симптомов депрессии. Средняя суммарная выраженность симптоматики составляла $15,5 \pm 1,7$ балла. При этом выраженность ангедонии составила $1,5 \pm 0,1$ балла. Больные отмечали снижение подавленности ($2,1 \pm 0,1$ балла), наметилась тенденция к восстановлению нарушений сна ($2,0 \pm 0,1$ балла). Пациенты отмечали, что больше времени были энергичными ($1,8 \pm 0,1$ балла), однако по-прежнему не могли выполнять обычную работу или справляться с обязанностями в семье. Выраженность нарушения адаптации составила $1,9 \pm 0,2$ балла. Сохранились нарушения аппетита ($2,0 \pm 0,2$ балла), особенно его повышение. Заметно уменьшались выраженность и число мыслей о собственной несостоятельности (средняя суммарная выраженность симптоматики $1,8 \pm 0,2$ балла), нарушений концентрации внимания ($1,9 \pm 0,2$ балла), жалоб на заторможенность ($1,6 \pm 0,2$ балла). Отмечалось уменьшение выраженности суицидальных тенденций ($0,8 \pm 0,2$ балла).

Спустя 4 недели после начала лечения отмечалось уменьшение более чем на 50 % выраженности основных симптомов депрессии у исследуемых пациентов, средняя суммарная выраженность симптоматики составила $9,9 \pm 1,1$ балла. При этом более чем на половину уменьшилась выраженность ангедонии ($1,2 \pm 0,1$ балла). Изредка отмечалась подавленность ($1,1 \pm 0,1$ балла), восстанавливался сон (выраженность нарушений $1,2 \pm 0,1$ балла), пациенты чувствовали себя более энергичными ($1,2 \pm 0,1$ балла), были готовы вернуться к выполнению обычной работы и к обязанностям в семье. Выраженность нарушения адаптации составила $0,9 \pm 0,1$ балла. Большая часть больных отмечала нормальный аппетит ($1,2 \pm 0,2$ балла), полное отсутствие или незначительную выраженность мыслей о собственной несостоятельности (средняя суммарная выраженность симптоматики $1,1 \pm 0,2$ балла), нарушений концентрации внимания ($1,3 \pm 0,2$ балла). Некоторая заторможенность отмечалась лишь у небольшого числа пациентов ($1,1 \pm 0,1$ балла), суицидальные мысли редуцировались практически полностью ($0,4 \pm 0,1$ балла).



Рис. 1. Средняя суммарная выраженность симптоматики по шкале депрессии PHQ-9 в динамике фармакотерапии вортиоксетин

18 пациентов с рекуррентной или биполярной депрессией находились (находятся) под нашим наблюдением от 6 до 16 месяцев. Полная редукция депрессивной симптоматики имела место не позднее 8 недель от начала лечения по шкалам PHQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии, нарушенный депрессией сон нормализовался не позднее 10 недель, а сексуальная дис-

функция вследствие депрессии (скорее всего, ангедонии и заторможенности) – не позднее 11 недель.

Выводы

Препарат вортиоксетин (Бринтелликс) оказался эффективным и безопасным антидепрессантом в практике психиатрии для лечения клинической депрессии на разных стадиях – для активного лечения, для стабилизации состояния и для поддерживающей терапии. Прием вортиоксетина на протяжении нескольких месяцев показал его хорошую эффективность и переносимость у больных с депрессивными расстройствами при субхроническом и хроническом применении в качестве монотерапии. Мы надеемся, что вортиоксетин (Бринтелликс) займет достойное место в практике врача-психиатра.

Список использованной литературы

1. Safety, tolerability, and efficacy of vortioxetine (Lu AA21004) in major depressive disorder: results of an open-label, flexible-dose, 52-week extension study / M. Y. Alam, P. L. Jacobsen, Y. Chen [et al.] // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2013. – Vol. 29, issue 1. – P. 36–44. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000010.
2. Brintellix™ (vortioxetine tablets): EU summary of product characteristics // European Medicines Agency. – 2014. Retrieved from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002717/WC500159449.pdf (Accessed 20 June 2014).
3. Pharmacological effects of Lu AA21004: a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder / A. Mork, A. Pehrson, L. T. Brennum [et al.] // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* – 2012. – Vol. 340, issue 3. – P. 666–675. DOI: 10.1124/jpet.111.189068.
4. Шагиахметов Ф. Ш. Вортиоксетин: механизмы мультимодальности и клиническая эффективность / Ф. Ш. Шагиахметов, П. К. Анохин, И. Ю. Шамакина // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2016. – Т. 26, № 4. – С. 84–102.

5. Мамчур А. И. Клинико-нейрофизиологическая оценка депрессивных расстройств и оптимизация лечения антидепрессантами : Автореф. дис... канд. мед. наук. – Киев, 1999. – 19 с.
6. Spitzer R. L. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. Williams // *JAMA.* – 1999. – Vol. 282, issue 18. – P. 1737–1744.
7. Kroenke K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams // *J. Gen. Intern. Med.* – 2001. – Vol. 16, issue 9. – P. 606–613.

References

1. Alam, M. Y., Jacobsen, P. L., Chen, Y., Serenko, M., & Mahabeshwarkar, A. R. (2013). Safety, tolerability, and efficacy of vortioxetine (Lu AA21004) in major depressive disorder: results of an open-label, flexible-dose, 52-week extension study. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 29, issue 1, pp. 36–44. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000010.
2. Brintellix™ (vortioxetine tablets): EU summary of product characteristics (2014). *European Medicines Agency*. Retrieved from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002717/WC500159449.pdf (Accessed 20 June 2014).
3. Mork, A., Pehrson, A., Brennum, L. T., Nielsen, S. M., Zhong, H., Lassen, A. B., ... Stensbøl, T. B. (2012). Pharmacological effects of Lu AA21004: a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, vol. 340, issue 3. – P. 666–675. DOI: 10.1124/jpet.111.189068.
4. Shaghiakhmetov, F. Sh., Anokhin, P. K., & Shamakina, I. Yu. (2016). Vortioxetine: mehanizmy mul'timodal'nosti i klinicheskaja jeffektivnost' [Vortioxetine: multimodality mechanisms and clinical efficacy]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 26, no. 4, pp. 84–102. (In Russian).
5. Mamchur, O. Y. (1999). Kliniko-nejrofiziolohicheskaja ocenka depressivnyh rasstrojstv i optimizacija lechenija antidepressantami [Clinical and neurophysiological evaluation of depressive disorders and optimization of antidepressant treatment]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kyiv, 19 p. (In Russian).
6. Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*, vol. 282, issue 18, pp. 1737–1744.
7. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, Vol. 16, issue 9. – P. 606–613.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВОРТИОКСЕТИНУ (БРИНТЕЛІКСУ)

У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЮ (НАТУРАЛІСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ). ПОВІДОМЛЕННЯ 1. РЕДУКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Л. М. Юр'єва, О. Й. Мамчур, Ю. М. Завалко, С. В. Анісімов, Я. С. Варшавський, С. І. Гуща, І. Д. Коссе, А. М. Лазаренко, О. О. Латішева, В. О. Малишко, В. А. Михальова, О. А. Подлеснюк, Т. В. Рачинська, А. О. Хохолева, І. Ю. Шевченко, Є. Б. Юр'єв

Актуальність. Недостатня ефективність антидепресантів при різних варіантах депресії або погана їх переносимість через небажані побічні ефекти зберігають актуальною проблему терапії цього розладу.

Метою нашої роботи було вивчення фармакотерапевтичних особливостей застосування вортиоксетину (Бринтеліксу) у хворих на депресію в реальній клінічній практиці.

Матеріали та методи. У дослідженні взяв участь 131 пацієнт з діагнозом «поточний депресивний епізод» за МКХ-10, чоловіки (73 особи) і жінки (58 осіб) у віці від 18 до 65 років. Психометричну оцінку клінічних проявів у хворих на депресію здійснювали за шкалами PHQ-9 і шкалою сприйняття когнітивного дефіциту при депресії.

Результати. Через 4 тижні від початку лікування у досліджуваних пацієнтів відзначалося зменшення вираженості основних симптомів депресії більш ніж на 50 % та середньої сумарної вираженості симптоматики. 18 пацієнтів з рекурентною або біполярною депресією перебували (перебувають) під нашим наглядом від 6 до 16 місяців. Повна редукція депресивної симптоматики відбувалася не пізніше 8 тижнів від початку лікування за шкалами PHQ-9 і шкалою сприйняття когнітивного дефіциту при депресії, порушений депресією сон нормалізувався не пізніше 10 тижнів, а сексуальна дисфункція внаслідок депресії (швидше за все, ангедонія та загальмованість) – не пізніше 11 тижнів.

Висновки. Препарат вортиоксетин (Бринтелікс) виявився ефективним і безпечним антидепресантом в практиці психіатрії для лікування клінічної депресії на різних стадіях – для активного лікування, для стабілізації стану і для підтримувальної терапії. Прийом вортиоксетину протягом декількох місяців показав його хорошу ефективність і переносимість у хворих з депресивними розладами при субхронічному та хронічному застосуванні у вигляді монотерапії. Ми сподіваємося, що препарат вортиоксетин (Бринтелікс) займе гідне місце в практиці лікаря-психіатра.

Ключові слова: терапія депресії, вортиоксетин (Бринтелікс), психометрична оцінка пацієнтів з депресією, когнітивний дефіцит при депресії.

PHARMACOTHERAPEUTIC FEATURES OF VORTIOXETINE (BRINTELLIX) IN PATIENTS WITH DEPRESSION (NATURALISTIC INVESTIGATION).

MESSAGE 1: REDUCTION OF CLINICAL SYMPTOMATICS

L. M. Yur'yeva, O. Y. Mamchur, Yu. M. Zavalko, S. V. Anisimov, Ya. S. Varshavskiy, S. I. Hushcha, I. D. Kosse, A. M. Lazarenko, O. O. Latysheva, V. O. Malyshko, V. A. Mykhaliova, O. A. Podlesniuk, T. V. Rachynska, A. O. Khokholeva, I. Yu. Shevchenko, Ye. B. Yur'yev

Background. Insufficient effectiveness of antidepressants in various types of depression or poor tolerance of the latter due to undesirable side effects retains an urgent problem of therapy for depression.

Objective. The purpose of our work was to study the pharmacotherapeutic features of the use of vortioxetine (Brintellix) in patients with depression in real clinical practice.

Materials and methods. The study involved 131 patients diagnosed with the current depressive episode of ICD-10, men (73 persons) and women (58 persons) aged 18 to 65 years. Psychometric evaluation of clinical manifestations in patients with depression was carried out according to the scales (PHQ-9) and the Perceived Deficits Questionnaire.

Results. After 4 weeks from the start of treatment, there was a decrease in the expression of more than 50 % of the main symptoms of depression in the patients under study. The average total symptom score was 9.9–1.1 points. 18 patients with recurrent or bipolar depression were under our supervision for 6–16 months. A complete reduction of depressive symptoms occurred no later than 8 weeks from the start of treatment on the scales (PHQ-9) and the Perceived Deficits Questionnaire, disturbed sleep depression – no later than 10 weeks, and sexual dysfunction due to depression (most likely anhedonia and inhibition) not later than 11 weeks.

Conclusions. Thus, the drug vortioxetine (Brintellix) proved to be an effective and safe antidepressant in the practice of psychiatry for the treatment of clinical depression at different stages – active treatment, stabilization of the condition and for maintenance therapy. Administration of vortioxetine for several months has shown its good efficacy and tolerability for patients with depressive disorders in subchronic and chronic use as monotherapy and, we hope, will take a worthy place in the practice of a psychiatrist.

Keywords: depression therapy, vortioxetine (Brintellix), psychometric evaluation of depressed patients, cognitive deficiency in depression.

Стаття надійшла до редакції 22.02.2018 р.

ЮРЬЕВА Людмила Николаевна, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

МАМЧУР Александр Иосифович, к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: malexan@i.ua

ЗАВАЛКО Юрий Николаевич, к.мед.н., главный врач коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», г. Днепр, Украина; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

АНИСИМОВ Сергей Викторович, ВАРШАВСКИЙ Яков Семенович, ГУЩА Светлана Ильинична, КОССЕ Инна Давыдовна, ЛАЗАРЕНКО Анатолий Никитович, ЛАТЫШЕВА Елена Олеговна, МАЛЫШКО Виктория Александровна, МИХАЛЁВА Виктория Анатольевна, ПОДЛЕСНЮК Оксана Анатольевна, РАЧИНСКАЯ Татьяна Викторовна, ХОХОЛЕВА Анна Алексеевна, ШЕВЧЕНКО Ирина Юрьевна, ЮРЬЕВ Евгений Борисович – врачи коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», г. Днепр, Украина; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДУ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

МАМЧУР Олександр Йосипович, к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломной освіти ДУ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; e-mail: malexan@i.ua

ЗАВАЛКО Юрій Миколайович, к.мед.н., головний лікар комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

АНИСИМОВ Сергій Вікторович, ВАРШАВСЬКИЙ Яків Семенович, ГУЩА Світлана Іллівна, КОССЕ Інна Давидівна, ЛАЗАРЕНКО Анатолій Микитович, ЛАТИШЕВА Олена Олегівна, МАЛИШКО Вікторія Олександрівна, МИХАЛЬОВА Вікторія Анатоліївна, ПОДЛЕСНЮК Оксана Анатоліївна, РАЧИНСЬКА Тетяна Вікторівна, ХОХОЛЕВА Анна Олексіївна, ШЕВЧЕНКО Ірина Юріївна, ЮР'ЄВ Євген Борисович – лікарі комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

YUR'YEVA Lyudmila Mykolaivna, MD, PhD, professor, Head of the Department of Psychiatry, Faculty of Postgraduate Education, State Institution "Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

MAMCHUR Oleksandr Yosypovych, MD, PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Post-Diploma Education Department, Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine, Dnipro, Ukraine; e-mail: malexan@i.ua

ZAVALKO Yuri Mykolaiovych, MD, PhD, Head physician of the communal institution "Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of the Dnepropetrovsk Regional Council", Dnipro, Ukraine; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

ANISIMOV Serhii Viktorovych, VARSHAVSKIY Yakiv Semenovych, HUSHCHA Svitlana Illivna, KOSSE Inna Davydivna, LAZARENKO Anatolii Mykytovych, LATYSHEVA Olena Olehivna, MALYSHKO Viktoriia Oleksandrivna, MYKHALIOVA Viktoriia Anatoliivna, PODLESNIUK Oksana Anatoliivna, RACHYNSKA Tetiana Viktorivna, KHOKHOLEVA Anna Oleksiivna, SHEVCHENKO Iryna Yuriivna, YUR'YEV Yevhen Borysovych – doctors of the public institution "Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of the Dnepropetrovsk Regional Council", Dnipro, Ukraine; e-mail: kafpsydnpr@i.ua