



Российский
национальный
исследовательский
медицинский
университет
им. Н.И. Пирогова

Российский
геронтологический
научно-клинический
центр,
Москва

Депрессия у пациентов пожилого и старческого возраста: от своевременной диагностики к эффективному лечению

Н.Г. Дудченко, к.м.н., Э.А. Мхитарян, к.м.н.

Адрес для переписки: Элен Араиковна Мхитарян, melen99@mail.ru

Для цитирования: Дудченко Н.Г., Мхитарян Э.А. Депрессия у пациентов пожилого и старческого возраста: от своевременной диагностики к эффективному лечению. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (45): 24–28.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-45-24-28

В статье представлены современные данные об эпидемиологии и клинических особенностях депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста. Рассмотрены коморбидность депрессии у пожилых, принципы диагностики и методы скрининговой оценки депрессивных симптомов, а также современные подходы к ведению таких пациентов.

Ключевые слова: депрессия у пожилых, депрессии позднего возраста, гериатрическая депрессия

Актуальность

Старение населения является общемировой тенденцией. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, с 2015 по 2050 г. доля лиц старше 60 лет в мире почти удвоится – с 12 до 22% [1]. Депрессия наряду с деменцией – один из самых распространенных нейropsychиатрических синдромов в позднем возрасте. Депрессия у пожилых усугубляет физические симптомы, в частности боль, снижает когнитивные функции, увеличивает риск ранней медицинской смертности и суицидов, а также затраты на здравоохранение. Своевременная диагностика и адекватная терапия депрессии способны улучшить качество жизни пожилых пациентов.

Эпидемиология

В систематическом обзоре и метаанализе N. Abdoli и соавт. проанализированы данные 20 исследований с общим количеством участников 18 953. Показано, что распространенность большого депрессивного расстройства у пожилых составляет 13,3%. При этом анализ по подгруппам продемонстрировал, что депрессией страдают примерно 11,9% пожилых женщин и 9,7% пожилых мужчин. Наиболее высокая частота встречаемости депрессии у пожилых отмечается в Австралии – 20,1% и странах Европы – 12,9%. С возрастом распространенность депрессии увеличивается [2]. Крупных эпидемиологических исследований депрессии в российской популяции пожилых людей не проводилось, но в ряде работ показана высокая встречаемость де-

прессии в отечественной медицинской практике в целом (от 24 до 64%) [3–5]. Согласно данным российского исследования КОМПАС, риск возникновения депрессии возрастает в 1,4 раза каждые десять лет жизни [5].

Клинические симптомы и диагностика

Пожилые пациенты с депрессией представляют неоднородную группу с точки зрения клинического анамнеза и сопутствующих заболеваний. Принято выделять так называемую депрессию позднего возраста – состояние, при котором симптомы депрессии возникают у пациентов в возрасте 60 лет и старше. По сравнению с пожилыми людьми, перенесшими первый депрессивный эпизод в раннем возрасте, у пациентов с депрессией позднего возраста выше вероятность развития деменции.

К факторам риска депрессии позднего возраста относят женский пол, хронические соматические заболевания, когнитивные и функциональные нарушения, отсутствие тесных социальных контактов, стрессовые жизненные события [6].

Диагностика депрессии у пожилых осуществляется с помощью тех же инструментов, что и у пациентов молодого и среднего возраста. Согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра, для диагностики депрессии у пожилого пациента необходимо выявить не менее двух основных и двух дополнительных симптомов, которые должны сохраняться большую часть времени на протяжении не менее двух недель. Если у пациента отмечается три



основных и пять и более дополнительных симптомов, речь идет о тяжелой депрессии. При легкой и умеренно выраженной депрессии должны присутствовать два основных и не менее трех-четырех дополнительных симптомов (табл. 1) [7]. Следует отметить, что в гериатрической популяции наиболее распространены легкие и умеренно тяжелые депрессии.

В Диагностико-статистическом руководстве по психическим расстройствам, 5-е издание (DSM-5) термин «депрессия» применяется в отношении целого ряда депрессивных расстройств – большое депрессивное расстройство, хроническое депрессивное расстройство, предменструальное дисфорическое расстройство, депрессивное расстройство, вызванное другими нарушениями в состоянии здоровья (например, гипотиреозом), депрессивное расстройство, вызванное употреблением лекарственных средств или психоактивных веществ, другие депрессивные расстройства.

Для диагностики большого депрессивного расстройства, согласно критериям DSM-5, необходимо, чтобы пять или более из следующих признаков отмечались у пациента практически ежедневно в течение одного и того же двухнедельного периода, одним из этих признаков должно быть подавленное настроение либо потеря интереса или удовольствия (табл. 2) [8]. Несмотря на наличие четких диагностических критериев, депрессия у пожилых плохо диагностируется и неадекватно лечится [9]. Сложности диагностики заболевания в гериатрической практике связаны, с одной стороны, с тем, что пожилые пациенты зачастую не предъявляют характерных для аффективных расстройств жалоб, рассматривая симптомы депрессии в качестве нормального проявления процесса старения, признака декомпенсации соматических и/или неврологических заболеваний или нормальной реакции на различные утраты (смерть близких, выход на пенсию). С другой стороны, для пожилых характерна значительная распространенность так называемых атипичных, соматизированных или маскированных депрессий, при которых соматические симптомы преобладают над психическими. Пациенты с соматизированной депрессией обращаются к врачам различных специальностей, предъявляя множество разнообразных жалоб, проходят ряд обследований (синдром «большой истории болезни»), после чего им нередко устанавливают некорректный диагноз какого-либо соматического заболевания [10]. Однако без воздействия на эмоциональную сферу и грамотного лечения депрессии оказать эффективную помощь данной категории пациентов невозможно.

Для выявления соматизированных депрессий у пожилых следует обращать внимание на такие признаки, как многочисленность и противоречивость предъявляемых жалоб, данные о цикличности симптомов в настоящем состоянии и в анамнезе, несоответствие между жалобами и объективным соматическим статусом, несоответствие динамики расстройств течению и исходу соматического заболевания, плохой ответ на стандартное медицинское лечение, слабая мотивация пациента участвовать в процессе лечения.

Таблица 1. Диагностические критерии депрессивного расстройства (Международная классификация 10-го пересмотра)

Симптомы	Критерий
А. Основные	Стойкое снижение настроения почти ежедневно и большую часть дня, которое не зависит от ситуации Утрата способности радоваться, интересоваться чем-либо, испытывать удовольствие (ангедония) Снижение энергии и повышенная утомляемость
Б. Дополнительные	Снижение уверенности в себе и самооценки Чрезмерное и неадекватное самоосуждение и самообвинение Повторяющиеся мысли о смерти, нежелании жить, суицидальные мысли и намерения Снижение концентрации внимания, памяти, чрезмерная нерешительность Объективные признаки психомоторной заторможенности или тревожного возбуждения (ажитация) Нарушения сна Нарушения аппетита

Таблица 2. Критерии диагностики большого депрессивного эпизода (DSM-5)

Симптомы	Критерий
Основные (обязателен один основной симптом или более)	Подавленное настроение в течение большей части дня Заметное снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности в течение большей части дня
Дополнительные	Значительная (> 5%) потеря/увеличение веса или снижение/повышение аппетита Бессонница (часто связанная с невозможностью поддержания сна) или гиперсомния Психомоторное возбуждение или заторможенность, наблюдаемые другими (не самооценка) Усталость или потеря энергии Чувство бесполезности или чрезмерной или необоснованной вины Снижение способности мыслить, концентрации внимания Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, попытки самоубийства или конкретный план совершения самоубийства

Важным вспомогательным инструментом для выявления симптомов депрессии являются формализованные шкалы и опросники. Однако широко используемые в клинической практике шкалы депрессии Бека, Гамильтона, госпитальная шкала тревоги и депрессии не учитывают особенности депрессии у пожилых. С целью скрининга депрессии в гериатрии рекомендуется использовать специально разработанные для пожилых пациентов гериатрическую шкалу депрессии (табл. 3) [11] и шкалу оценки здоровья. Для выявления депрессивных симптомов у пациентов с деменцией следует использовать Корнельскую шкалу депрессии при деменции.

Всем пожилым пациентам с симптомами депрессии показано лабораторное обследование с оценкой клинического анализа крови, уровня глюкозы, определением уровня гормонов щитовидной железы (для исключения гипотиреоза), натрия крови (для исключения гипонатриемии), печеночных трансаминаз,



Таблица 3. *Гериатрическая шкала депрессии*

1. В целом удовлетворены ли Вы своей жизнью?	Нет
2. Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?	Да
3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	Да
4. Вам часто становится скучно?	Да
5. У вас хорошее настроение большую часть времени?	Нет
6. Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	Да
7. Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?	Нет
8. Вы чувствуете себя беспомощным?	Да
9. Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	Да
10. Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	Да
11. Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?	Нет
12. Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	Да
13. Чувствуете ли Вы себя полным энергии и жизненной силы?	Нет
14. Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью по сравнению с Вами?	Да
Общий балл	

Ключ: 1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14.

Ключ (интерпретация): 0–4 балла – отсутствие депрессии, 5 и более баллов – вероятная депрессия.

креатинина, альбумина (для оценки мальнутриции), уровня витамина D [12].

Дифференциальная диагностика депрессии у пациентов пожилого возраста проводится с другими психическими расстройствами (биполярное аффективное расстройство, апатия, тревожное расстройство и др.), неврологическими (прежде всего деменция) и соматическими (гипотиреоз, гипонатриемия) заболеваниями, а также действием некоторых лекарственных препаратов или психоактивных веществ [12].

Коморбидность

Депрессия у пожилых нередко сочетается с другими заболеваниями. В литературе часто обсуждается коморбидность депрессии и хронической боли, инсомнии, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), тревожных расстройств и когнитивных нарушений. При этом отмечается, что связь между депрессией и сопутствующими заболеваниями может быть двунаправленной. Так, эпидемиологические исследования продемонстрировали, что хроническая боль у пожилых увеличивает риск депрессии в 2,5–4,1 раза [13]. Аналогично пациенты с большим депрессивным расстройством в три раза чаще страдают ненейропатической болью и в шесть раз чаще – нейропатической болью [14].

Примечательно, что ряд специалистов считают боль самой частой маской депрессии [15]. Боль, связанная с депрессией, имеет характерные клинические особенности. Как правило, это трудно локализуемая боль («болит все тело, вся нога»), которая описывается пациентами как неприятное ощущение жжения, покалывания, мурашек, носит постоянный характер и не реагирует на прием анальгетиков [10].

В обзоре Y. Zhang и соавт. проанализирована связь депрессии и ССЗ. Показано, что наличие депрессии у пожилого человека увеличивает риск развития

артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. В то же время, поскольку ССЗ имеют длительное течение и требуют постоянного приема лекарственных средств, нередко отмечаются развитие осложнений и снижение физических возможностей. Наличие у пожилого человека ССЗ, а также сахарного диабета увеличивает риск развития депрессивных симптомов. Сочетание ССЗ и депрессии приводит к росту смертности от инфаркта миокарда, инсульта, внезапной смерти и других тяжелых сердечно-сосудистых событий [16].

Учитывая приведенные данные, крайне важно выявлять и эффективно лечить депрессию у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Особый интерес представляет связь когнитивных нарушений и депрессии в пожилом возрасте. С одной стороны, когнитивные нарушения могут быть одним из проявлений депрессии, с другой – депрессия позднего возраста рассматривается как фактор риска деменции, может являться продромой или проявлением клинически манифестированной деменции.

Как уже отмечалось, нарушение мыслительной деятельности и снижение концентрации внимания могут быть проявлениями депрессии, что отражено в критериях диагностики данного заболевания. Пожилые пациенты с депрессией нередко предъявляют жалобы на забывчивость, рассеянность, невозможность сконцентрироваться. Тем не менее при нейрокогнитивном тестировании у большинства из них не удается выявить каких-либо существенных отклонений от нормы. Вместе с тем часть пациентов при выполнении скрининговых когнитивных тестов могут получать крайне низкую оценку, иногда даже соответствующую деменции. Это обусловлено отсутствием усилий при выполнении тестов («не знаю», «не смогу это запомнить»), нарушением концентрации внимания, сниженной самооценкой. Для правильной интерпретации результатов шкал в такой ситуации важно оценивать соответствие объективных данных тестирования и степени социальной дезадаптации, обусловленной когнитивным дефектом. Необходимо также обращать внимание на вариабельность выполнения тестов: нередко пациенты с депрессией не могут справиться с простыми, но требующими усилий задачами (например, повтором слов), при этом легко выполнят сложные задачи, если они кажутся более интересными и решения не требуют усилий. Характерно, что при повторном тестировании результаты могут спонтанно значительно улучшаться или ухудшаться [17].

Лечение

В систематическом обзоре и метаанализе 12 обсервационных исследований с участием пожилых пациентов с депрессией продемонстрировано, что только 4–37% больных получают какое-либо лечение по поводу депрессии. Большинство пожилых пациентов с депрессией либо вообще не получают терапию, либо им назначают антидепрессанты в дозах ниже рекомендуемых или слишком коротким курсом, недостаточным для достижения ремиссии и клинического выздоровления. В указанной работе продемонстрировано,



что депрессия негативно влияет на качество и продолжительность жизни пожилых людей [18].

В то же время в исследовании J. Gallo и соавт. установлено, что лечение депрессии у пожилых приводит к снижению риска смерти на 24% [19].

В схеме терапии депрессии у пожилых особое место отводится как медикаментозным, так и немедикаментозным методам. Среди нелекарственных методов доказанной эффективностью обладает психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия). В ряде работ продемонстрированы ее преимущества перед медикаментозной терапией при легкой, а также умеренной депрессии [20]. В последнее время появляется все больше работ, подтверждающих положительное влияние физической активности на депрессивные симптомы у пожилых [21].

Медикаментозное лечение депрессии у пожилых должно проводиться с использованием антидепрессантов с возможным добавлением к терапии препаратов других фармакологических групп по показаниям. Однако гериатрические пациенты нередко имеют несколько сопутствующих заболеваний, по поводу которых получают соответствующую терапию, что приводит к увеличению риска нежелательных межлекарственных взаимодействий и побочных эффектов на фоне применения антидепрессантов [22].

Важнейшими классами антидепрессантов для лечения депрессии у пожилых признаны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (эсциталопрам, сертралин, флувоксамин, флуоксетин), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) (дулоксетин, венлафаксин), тетрациклические антидепрессанты (миртазапин) и антагонисты/ингибиторы обратного захвата серотонина (тразодон). Назначение трициклических антидепрессантов, в частности амитриптилина, пожилым не рекомендовано из-за кардиотоксичности, холинолитического эффекта, седации и увеличения риска падений [22].

СИОЗС считаются препаратами первой линии для лечения депрессии у пожилых из-за достаточно хорошей переносимости, простоты применения и низкой вероятности побочных эффектов и передозировки. Инициировать терапию следует с минимальных доз препаратов (начальная доза в два раза меньше, чем для более молодых пациентов) с постепенным наращиванием дозы до терапевтической. Более низкие начальные дозы и медленная титрация компенсируют снижение клиренса препаратов у пожилых, минимизируют первоначальные побочные эффекты и способствуют соблюдению режима лечения. Нередко для достижения терапевтического эффекта антидепрессантов у пожилых требуется больше времени, чем у более молодых пациентов, поэтому эффективность препаратов рекомендуется оценивать не ранее чем через 4–6 недель.

СИОЗСН (венлафаксин и дулоксетин) в настоящее время используются в качестве препаратов второй линии при неэффективности лечения СИОЗС. Однако на фоне хронической боли эти препараты могут рассматриваться в качестве стартовых в силу достаточных доказательств их эффективности в терапии хронической боли.

Препарат Велаксин (венлафаксин) представляет собой рацемическую смесь двух энантиомеров, являющихся мощными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина и слабыми ингибиторами обратного захвата дофамина. Таким образом, препарат воздействует сразу на три нейротрансмиттерные системы, с чем связана полимодальность его клинического эффекта. Влияние на серотонинергическую систему ответственно за основной терапевтический эффект препарата – антидепрессивный, а активация норадренергической системы обуславливает эффективность препарата при хронической боли и соматических симптомах депрессии позднего возраста. В экспериментальных условиях показано, что при использовании высоких терапевтических доз Велаксина отмечается также активация дофаминергической системы, что способствует дополнительной активизации познавательной деятельности, устранению двигательных и поведенческих симптомов депрессии, таких как психомоторная заторможенность и апатия [10]. Примечательно, что препарат не обладает сродством с холинергическими (мускариновыми), гистаминовыми (H₁), альфа-1-адренергическими, опиоидными и бензодиазепиновыми рецепторами, что определяет отсутствие у Велаксина побочных эффектов, связанных с влиянием на данные нейротрансмиттерные системы (сонливость, снижение памяти, ортостатическая гипотензия) [23]. Преимуществом Велаксина является также отсутствие влияния на метаболизм других препаратов [24]. Велаксин выпускается в таблетках 37,5 и 75 мг, а также в капсулах 75 и 150 мг. Суточную дозу можно обеспечить приемом таблеток двукратно или капсул однократно. Например, чтобы пациент получил суточную дозу 75 мг, можно назначить по одной таблетке 37,5 мг два раза в день или одну капсулу 75 мг в сутки. Капсулы пролонгированного действия содержат пеллеты, из которых в пищеварительный тракт медленно высвобождается активное вещество. Пеллетная технология, используемая в капсулах, позволяет избежать пиковых концентраций препарата, что в свою очередь способствует снижению нежелательных явлений. Удобный однократный режим дозирования капсул позволяет повысить приверженность пациентов терапии.

Заключение

Из-за высокой распространенности депрессии в гериатрической популяции эмоциональное состояние следует оценивать у всех пожилых пациентов. Для выявления депрессивных симптомов у них могут использоваться специализированные шкалы. Наличие депрессии у таких пациентов требует обязательного назначения соответствующей терапии. Для лечения депрессии у гериатрических пациентов следует использовать антидепрессанты, характеризующиеся оптимальной эффективностью, хорошей переносимостью и минимальным количеством межлекарственных взаимодействий. Кроме того, целесообразно рекомендовать пациенту нелекарственные методы лечения депрессии. *

Исследование выполнено без финансовой поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Литература

1. www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults.
2. Abdoli N., Salari N., Darvishi N., et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2022; 132: 1067–1073.
3. Оганов Р.Г., Деев А.Д., Погосова Г.В., Шальнова С.А. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. *Кардиология.* 2005; 8 (45): 38–44.
4. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Бурлаков А.В. и др. Депрессии и возможности их лечения в общей медицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС). *Психические расстройства в общей медицине.* 2007; 2: 25–30.
5. Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общей медицинской практике (по результатам программы «КОМПАС»). *Consilium Medicum.* 2004; 6 (2): 154–158.
6. Kok R.M., Reynolds C.F. Management of depression in older adults: a review. *JAMA.* 2017; 317 (20): 2114–2122.
7. International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index. World Health Organization, 2004.
8. Asken M.J., Grossman D., Christensen L.W. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
9. Unützer J. Late-life depression. *N. Engl. J. Med.* 2007; 357 (22): 2269–2276.
10. Захаров В.В. Депрессия в позднем возрасте. *Фармагека.* 2016; 7: 6–13.
11. Rinaldi P., Mecocci P., Benedetti C., et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003; 51 (5): 694–698.
12. Reynolds C.F. 3rd, Lenze E., Mulsant B.H. Assessment and treatment of major depression in older adults. *Handb. Clin. Neurol.* 2019; 167: 429–435.
13. Dellaroza M.S.G., Pimenta C.A., Duarte Y.A., Lebrão M.L. Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study). *Cad. Saude Publica.* 2013; 29 (2): 325–334.
14. Ohayon M.M., Stingsl J.C. Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *J. Psychiatr. Res.* 2012; 46 (4): 444–450.
15. Смулевич А.Б. Подходы к терапии депрессий в общей медицинской практике. *РМЖ.* 2003; 11 (21): 1192–1196.
16. Zhang Y., Chen Y., Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *J. Clin. Neurosci.* 2018; 47: 1–5.
17. Levin O.S., Vasenina E.E. Depression and cognitive decline in elderly: causes and consequences. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S.S. Korsakova.* 2019; 119 (7): 87–94.
18. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gener. Int. Med.* 2001; 16 (9): 606–613.
19. Gallo J.J., Morales K.H., Bogner H.R., et al. Long-term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ.* 2013; 346: f2570.
20. Piquart M., Duberstein P.R., Lyness J.M. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163 (9): 1493–1501.
21. Sjösten N., Kivelä S.L. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006; 21 (5): 410–418.
22. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астения». *Российский журнал гериатрической медицины.* 2020; 1: 11–46.
23. Furukawa T.A., Cipriani A., Cowen P.J., et al. Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019; 6 (7): 601–609.
24. Shelton R.C. Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors. *Handb. Exp. Pharmacol.* 2019; 250: 145–180.

Depression in Elderly and Senile Patients: from Timely Diagnosis To Effective Treatment

N.G. Dudchenko, PhD, E.A. Mkhitarian, PhD

*N.I. Pirogov Russian National Research Medical University
Russian Gerontological Research and Clinical Center, Moscow*

Contact person: Elen A. Mkhitarian, melen99@mail.ru

The article presents current data on the epidemiology and clinical features of depression in elderly and senile patients. The comorbidity of depression in the elderly, the principles of diagnosis and methods of screening assessment of depressive symptoms, as well as modern approaches to the management of such patients are considered.

Keywords: *depression in the elderly, late-life depression, geriatric depression*



ВОЛЯ
ЖИЗНЕЛЮБИЕ
САМООБЛАДАНИЕ
РАДОСТЬ
БЕЗМЯТЕЖНОСТЬ
СМЕХ
ЛЮБОВЬ
ЦВЕТ
АКТИВНОСТЬ
БОДРОСТЬ
УВЕРЕННОСТЬ
СМЕХ
ВКУС
УЛЫБКА
ЭМОЦИИ
ЖЕЛАНИЕ
ОПТИМИЗМ
ЗАПАХ ЧУВСТВА
ЭНТУЗИАЗМ
ИНТЕРЕС
ВЕЛАКСИН
РАДОСТЬ АРОМАТ
АППЕТИТ

:-(| :-| :-)|
Велаксин®
ЭВОЛЮЦИЯ НАСТРОЕНИЯ



КАПСУЛЫ

СОДЕРЖАТ ПЕЛЛЕТЫ
из которых
в пищеварительный тракт
медленно высвобождается
активное вещество

Инструкция ЛП Велаксин® капсулы



Лечение депрессии,
профилактика рецидивов¹



Выпускается в капсулах
продолжительного действия¹



Удобный приём: 1 раз в любое
время суток во время еды¹



¹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Велаксин®. Рег. номер: ЛП-№(002093)-(PFRU) от 03.04.2023.

ООО «ЭГИС-РУС»
Россия, 121552, г. Москва, ул. Ярцевская, д. 19, блок В, этаж 13
Телефон: +7 (495) 363-39-66; факс: +7 (495) 789-66-31
E-mail: moscow@egis.ru, www.ru.egis.health

Материал предназначен исключительно для медицинских и фармацевтических работников.

