

**В. Б. Мажбіц**

КУОЗ «Міський психоневрологічний диспансер № 3» (м. Харків)

**Психосоціальні аспекти проблеми шизофренії**

У статті аналізуються питання актуальності, виникнення, поширеності, діагностування шизофренії та подальшого ведення хворих з встановленим діагнозом шизофренія. У світі класичної та сучасної літератури відображаються основні принципи проведення психосоціальної реабілітації. Розглянуті основні проблеми в реалізації сучасних підходів до ведення пацієнтів, рекомендовані пріоритетні напрямки для подальшого поліпшення якості психосоціальної допомоги.

*Ключові слова:* шизофренія, етіопатогенез, психосоціальна реабілітація.

**V. B. Mazhbits**

Municipal Institution of Health Services

“Town Psychoneurological prophylactic Centre № 3” (Kharkiv)

**Psychosocial aspects of a problem of schizophrenia**

This article examines issues of relevance, prevalence, diagnosis and further management of patients with diagnosed schizophrenia. In the light of classical and modern literature shows the basic principles of psychosocial rehabilitation. The main problems in the implementation of modern approaches to the management of patients, recommend priorities for further improving the quality of psychosocial care.

*Keywords:* schizophrenia, etiopathogenesis, psychosocial rehabilitation.

УДК 616.895-008.47-07-053.9

*Н. О. Марута, д-р мед. наук, проф., заст. директора по НДР, зав. відділом неврозів та пограничних станів, Т. В. Панько, канд. мед. наук, провідний наук. співробітник відділу неврозів та пограничних станів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЙ ТА ЇХ ТЕРАПІЯ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

З метою аналізу особливостей депресій в осіб похилого віку у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 108 хворих на помірний депресивний епізод: із них 74 хворих віком від 61 до 67 років (середній вік — 62,9 років) — основна група; 34 хворих віком від 35 до 55 років (середній вік — 46,8 років) — група порівняння.

Проведене дослідження дозволило виявити особливості помірною депресивного епізоду, які стосуються характеру перебігу хвороби; особливостей клінічної картини — в структурі афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень та соматичних проявів.

При лікуванні депресивних розладів використання антидепресантів є обов'язковим, для лікування помірною депресивного епізоду у хворих похилого віку було обрано препарат МІРТАСТАДІН. Отримані результати дослідження показали, що Міртастадін є ефективним антидепресивним засобом, ефективність якого включає тимоаналептичний, анкіолітичний та гіпнотичний ефекти. Препарат добре переноситься хворими та сприяє швидкому відновленню показників якості життя, що дозволяє його використовувати для лікування депресій в осіб похилого віку.

*Ключові слова:* помірний депресивний епізод, похилий вік, терапія, МІРТАСТАДІН

Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних проблем сучасного суспільства. Депресивні розлади формуються в осіб різних вікових груп, але в осіб похилого віку вони спостерігаються набагато частіше, ніж в інші періоди життя. Так, за результатами епідеміологічних досліджень, випадки депресивних розладів, що потребують медичного втручання, у осіб в віці 65 років та більше сягає 10,00 %, в той час як серед населення в цілому цей показник становить 5,00 %. За даними сучасних досліджень частота депресій в осіб похилого віку в первинній медико-санітарній мережі коливається від 9 до 45 %. Проведені дослідження свідчать про те, що пацієнти похилого віку, які отримують стаціонарне лікування, в 31,8 % випадків потребують психіатричної допомоги, тоді як реально цю допомогу одержують тільки 6,5 % з тих, що мають таку потребу. Крім того, 10,3 % хворих необхідне лікування та спостереження у психіатра після виписки з соматичного стаціонару. Депресія негативно впливає на стан здоров'я осіб похилого віку, навіть якщо вона має сприятливий перебіг, ускладнює перебіг соматичних захворювань, виступає фактором ризику госпіталізації та підвищує ризик летального виходу. Саме ці процеси визначають пріоритетні напрямки розвитку медичної науки і охорони здоров'я. Одним з таких напрямків, особливо актуальним в найближчі десятиріччя, є геронтопсихіатрія [1 — 10].

З метою аналізу особливостей депресій в осіб похилого віку у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 108 хворих на помірний депресивний епізод: із них 74 хворих віком

від 61 до 67 років (середній вік — 62,9 років) — основна група; 34 хворих віком від 35 до 55 років (середній вік — 46,8 років) — група порівняння.

В обох групах хворих (незалежно від віку) переважали жінки — відповідно 54,06 % в основній групі та 64,71 % в групі порівняння; чоловіків відповідно було 45,94 % та 35,29 %. Аналіз рівня освіти обстежених свідчить, що більшість обстежених в обох групах мала вищу освіту (59,45 % та 50,00 %). Переважна більшість обстежених обох груп проживала в місті (81,08 % та 82,35 %), менша кількість — в сільській місцевості (18,92 % та 17,65 %).

Аналіз соціального стану демонструє достовірне переважання у хворих основної групи відсутності соціальної зайнятості (не працюючі становили 64,87 %), у той час як в групі порівняння цей показник склав 14,71 %. Оцінка сімейного стану обстежених показала, що серед хворих з помірним депресивним епізодом незалежно від віку переважали сімейні особи — 48,65 % та 55,88 %. Середня тривалість захворювання у хворих з помірним депресивним епізодом в основній групі склала 1,8 роки, в групі порівняння — 1,6 роки.

В обох групах обстежених мали місце різноманітні психотравмуючі чинники. Більшість осіб основної групи хворих на помірний депресивний епізод (72,97 %) та групи порівняння (82,35 %), незважаючи на наявність психотравмуючих чинників, не пов'язували свою хворобу з їх існуванням. Психогенії в групах обстежених хворих мали поєднаний або послідовний характер. Лише 27,03 % хворих на помірний депресивний епізод вказували, що початок захворювання збігався за часом з виникненням психогенних чинників.

© Марута Н. О., Панько Т. В., 2011

Аналіз характеру перебігу захворювання в групах обстежених наведений в таблиці 1.

Таблиця 1

**Характер перебігу захворювання у хворих на помірний депресивний епізод основної групи та групи порівняння**

Характер перебігу хвороби	Хворі на помірний депресивний епізод	
	Основна група (n = 74) % ± m %	Група порівняння (n = 34) % ± m %
Гострий	10,82 ± 5,17	55,88 ± 8,64*
Підгострий	24,32 ± 7,14	32,35 ± 8,14
Затяжний	64,86 ± 7,95*	11,77 ± 5,60

\* — відмінності достовірні при p < 0,05

Як свідчать отримані дані, в основній групі початок хвороби мав затяжний характер у 64,86 % хворих, а в групі порівняння переважав гострий початок захворювання у 55,88 % випадків.

Аналіз початку захворювання свідчить, що всі обстежені хворі похилого віку з помірним депресивним епізодом з самого початку скаржились на різноманітні больові відчуття з боку голови (89,18 %), серця (78,37 %), внутрішніх органів (40,54 %). Саме наявність цих скарг приводила цих хворих до лікарів-інтерністів. Усі 100,00 % обстежених проходили різноманітні обстеження, лікувались від 2 до 3 місяців в різних терапевтичних, кардіологічних, гастроентерологічних, неврологічних стаціонарах. Повторні курси лікування не приводили до суттєвого покращання стану, що поглиблювало погіршення як соматичного, так і психічного самопочуття. Хворі середнього віку, пред'являли з самого початку скарги емоційного характеру — пригнічений настрій — 100,00 %, зниження впевненості у собі — 88,23 %, тривога — 61,76 %, дратівливість — 41,17 %, а потім відмічали появлення скарг з боку внутрішніх органів. Слід зазначити, що хоча у хворих середнього віку з початку захворювання переважали емоційні прояви, вони також звертались до лікарів-інтерністів і лише через 6—8 місяців потрапляли до лікарів психіатрів.

Оцінка психопатологічних проявів у хворих на помірний депресивний епізод наведена в таблиці 2.

Психопатологічна картина помірного депресивного епізоду характеризувалась наявністю афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень, соматичних проявів.

Афективні розлади проявлялися у вигляді зниженого настрою, тривоги, відчуття туги, плаксивості, суїцидальних думок, байдужості, емоційної лабільності, дратівливості. Ці прояви спостерігались в обох групах обстежених, незалежно від віку. Так, аналіз даних свідчить про те, що у 100,00 % обстежених хворих обох груп спостерігався знижений настрій. Як правило, знижений настрій супроводжувався тривогою. У хворих похилого віку тривога пов'язувалась переважно зі станом свого здоров'я — у 83,78 % (для хворих середнього віку характерною була немотивована тривога — у 61,76 %). Достовірно частіше у хворих похилого віку мало місце відчуття туги — 67,56 % (у хворих середнього віку — 32,35 %). Характерною особливістю для осіб похилого віку була наявність суїцидальних думок — 51,35 %, в порівнянні з хворими середнього віку — 26,47 %. Саме особи похилого віку мали достовірно частіше прояви емоційної лабільності — 81,08 %.

Таблиця 2

**Психопатологічні прояви у хворих на помірний депресивний епізод основної групи та групи порівняння**

Клінічна ознака	Хворі на помірний депресивний епізод	
	Основна група (n = 74) % ± m %	Група порівняння (n = 34) % ± m %
<b>Афективні розлади</b>		
Пригнічений настрій	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00
Немотивована тривога	29,72 ± 7,61	61,76 ± 8,45*
Тривога за стан свого здоров'я	83,78 ± 6,14*	35,29 ± 8,31
Відчуття туги	67,56 ± 7,80*	32,35 ± 8,14
Плаксивість	62,16 ± 8,08	44,11 ± 8,64
Суїцидальні думки	51,35 ± 8,33*	26,47 ± 7,14
Байдужість	43,24 ± 8,25	44,11 ± 8,64
Емоційна лабільність	81,08 ± 6,52*	47,05 ± 8,67
Дратівливість	43,24 ± 8,25	41,17 ± 8,56
Млявість	70,27 ± 7,61*	38,23 ± 8,45
<b>Особистісні переживання</b>		
Відчуття провини	48,64 ± 8,33*	23,52 ± 7,38
Відчуття непотрібності	51,35 ± 8,33*	0,58 ± 7,03
Відчуття відсутності перспективи у майбутньому	62,16 ± 8,08*	17,64 ± 6,63
Відчуття емоційної вразливості	54,05 ± 8,30	47,05 ± 8,68
Знижена впевненість у собі	64,86 ± 7,95	88,23 ± 5,60*
Втрата емоційного відгуку	43,24 ± 8,25*	17,65 ± 6,63
<b>Когнітивні порушення</b>		
Погіршення пам'яті	70,27 ± 7,61*	32,35 ± 8,14
Погіршення уваги	45,94 ± 8,30	85,29 ± 6,16*
Психічна стомлюваність	48,64 ± 8,33	26,47 ± 7,14
<b>Соматичні прояви:</b>		
Розлади сну	78,37 ± 7,16	61,76 ± 8,45
Парестезії	64,86 ± 7,80*	29,41 ± 7,93
Сенестопатії	45,94 ± 8,30	26,47 ± 7,14
Головні болі	89,18 ± 5,17*	38,23 ± 8,45
Запаморочення	48,64 ± 8,33	26,47 ± 7,14
Кардіалгії	78,37 ± 7,16*	32,35 ± 8,14
Задуха	56,75 ± 8,25*	29,41 ± 7,93
Гіпергідроз	40,54 ± 8,54	32,35 ± 8,14
Коливання тиску:	91,89 ± 4,54	85,29 ± 6,16
— підвищення	64,86 ± 7,80	47,05 ± 8,67
— пониження	10,81 ± 5,17	14,70 ± 6,16
— лабільність	16,21 ± 6,14	23,53 ± 7,38
Диспепсичні розлади	35,13 ± 7,80	35,29 ± 8,31
Зниження апетиту	83,78 ± 6,14	91,17 ± 4,93
Зниження маси тіла	37,83 ± 8,08	85,29 ± 6,16*
Болі в животі	40,54 ± 8,54*	14,70 ± 6,16
Нудота, блювота	29,72 ± 7,61	11,76 ± 5,60
Дизурічні розлади	27,02 ± 7,73	23,52 ± 7,38
Лабільність вазомоторів	35,13 ± 7,80	41,17 ± 8,56
Вегето-судинні пароксизми	62,16 ± 8,08	52,94 ± 8,67

\* — відмінності достовірні при p < 0,05

Особистісні переживання характеризувались наявністю відчуття провини, непотрібності близьким, відсутності перспективи у майбутньому, емоційної вразливості, зниженою впевненістю у собі, втрати емоційного відгуку. Достовірно частіше у хворих похилого віку спостерігались відчуття провини (48,64 %), непотрібності близьким (51,35 %), відсутності перспективи у майбутньому (62,16 %), емоційної вразливості (54,05), втрати емоційного відгуку (43,24 %). Для хворих середнього віку характерним було достовірне переважання особистісних переживань у вигляді зниження впевненості у собі (88,23 % випадків). Тобто, виявлена специфіка особистісних переживань свідчить про більшу фіксованість хворих похилого віку на зниженні соціальної активності та попиті в оточуючому середовищі, а у хворих середнього віку — на побоюваннях втратити те, що вони мають — роботу, сім'ю, задоволення, можливості.

Під час оцінки когнітивних порушень виявлено, що для хворих похилого віку характерно погіршення пам'яті (70,27 %) та психічна стомлюваність (48,64 %), для хворих середнього віку — погіршення уваги (85,29 %).

Аналіз соматичних проявів свідчить про наявність в структурі депресивних розладів великої кількості різноманітних скарг з боку серцево-судинної, дихальної системи, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи. Скарги соматичного характеру мали місце у хворих як основної групи, так і групи порівняння. Слід звернути увагу на те, що у хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом достовірно переважали поєднані соматичні прояви. Так, найбільш частими були головні болі (89,18 %), кардіалгії (78,37 %), коливання тиску (91,89 %), вегето-судинні пароксизми (62,16 %), парестезії (64,86 %), сенестопатії (45,94 %), запаморочення (48,64 %). У хворих середнього віку достовірно частіше спостерігалось зниження маси тіла (85,29 %), зниження лібідо (55,88 %). Інші прояви, які відображено в таблиці 2, хоча і спостерігались у хворих основної групи частіше ніж в групі порівняння, але ця різниця не була достовірною. Великий спектр соматичних проявів, їх поєднання, частоту неможливо було пояснити тією соматичною, неврологічною, кардіологічною, ендокринною патологією, яка спостерігалась у хворих похилого віку. Велика кількість скарг соматоневрологічного характеру пояснювалась переоцінкою важкості свого стану, схильністю до фіксації уваги на цих проявах, впевненістю в існуванні важкого органічного розладу.

Клінічні прояви формували синдромальну структуру помірною депресивного епізоду. Структура психопатологічних синдромів, виявлених у хворих на помірний депресивний епізод, наведена в таблиці 3.

Як свідчать отримані дані, у хворих на помірний депресивний епізод в клінічній картині переважали депресивний і тривожний синдроми. У хворих основної групи тривожно-депресивний синдром достовірно частіше поєднувався з іпохондричним симптомокомплексом (62,16 %). Крім того, у хворих похилого віку достовірно частіше спостерігались сенесто-іпохондричний (16,21 %) та соматовегетативний синдроми (24,32 %). При зіставленні з групою порівняння у хворих на помірний депресивний епізод виявлено, що в синдромальній структурі у них також переважав тривожно-депресивний синдром, який поєднувався достовірно частіше з астеничним (35,29 %) та дисфорічним симптомокомплексами (17,64 %)

Таблиця 3

**Психопатологічні синдроми у хворих на помірний депресивний епізод основної групи та групи порівняння**

Синдром	Хворі на помірний депресивний епізод	
	Основна група (n = 74) % ± m %	Група порівняння (n = 34) % ± m %
Депресивний	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00
Тривожний	91,89 ± 4,54	82,35 ± 6,63
Дисфорічний	8,10 ± 4,54	17,64 ± 6,63*
Астеничний	13,51 ± 5,69	35,29 ± 8,31*
Іпохондричний	62,16 ± 8,08*	29,41 ± 7,93
Сенесто-іпохондричний	16,21 ± 6,14*	5,88 ± 4,09
Соматовегетативний	24,32 ± 7,14*	8,82 ± 4,93

\* відмінності достовірні при  $p < 0,05$

Для оцінки виразності депресивної симптоматики використовували шкалу Гамільтона. Психометричний профіль обстежених груп наведений у таблиці 4.

Таблиця 4

**Психометричні характеристики депресії у хворих на помірний депресивний епізод основної групи та групи порівняння, у балах**

Шкала	Хворі на помірний депресивний епізод	
	Основна група (n = 74)	Група порівняння (n = 34)
Знижений настрій	3,68	3,72
Відчуття провини	2,37	1,96
Схильність до самогубства	0,71*	0,34
Ранішнє безсоння	1,23	0,98
Пізнє безсоння	1,17	1,03
Працездатність	1,67	2,05
Загальмованість	2,51	2,01
Безсоння посеред ночі	1,32	1,01
Ажитація	1,83*	0,96
Психічна тривога	1,34	2,53*
Соматична тривога	3,14*	1,47
Шлунково-кишкові симптоми	1,75	1,35
Загальносоматичні симптоми	1,82*	0,97
Статеві симптоми	0,76	0,98
Іпохондрія	2,51*	1,64
Зниження маси тіла	0,96	1,34
Самооцінка (визнає себе хворим)	0,88	0,91
Загальна оцінка	29,65*	25,25

\* — відмінності достовірні при  $p < 0,05$

За даними шкали Гамільтона показники виразності депресивної симптоматики у хворих, незалежно від віку, були високими, але для основної групи хворих цей рівень достовірно вищий, що свідчить про більшу суб'єктивну виразність депресії.

Під час аналізу за шкалою Гамільтона — виразність соматичних симптомів депресії («соматична тривога», «шлунково-кишкові соматичні симптоми», «загальні соматичні симптоми») була достовірно вищою у хворих основної групи на відміну від групи порівняння ( $p < 0,001$ ).

У обстежених хворих похилого віку при помірному депресивному епізоді показники афективних проявів («ажитація», «схильність до самогубства» та «іпохондрія») були достовірно вищими в порівнянні з хворими середнього віку, в той час як показники «психічної тривоги» були достовірно вищими у осіб середнього віку.

В цілому, проведене дослідження дозволило виявити особливості клініко-психопатологічних проявів у осіб похилого віку. Так, було встановлено, що для осіб похилого віку при помірному депресивному епізоді перебіг хвороби має затяжний або підгострий характер, в той час як для осіб середнього віку типовим є гострий перебіг захворювання. У хворих похилого віку достовірно частіше реєструється відсутність соціальної зайнятості, що обумовлює у них відчуття непотрібності, провини перед близькими, приводить до зниження рівня життя.

Клінічна картина помірною депресивного епізоду характеризується поєднанням афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень та соматичних проявів. Серед психопатологічних проявів помірною депресивного епізоду у хворих похилого віку домінує тривога, пов'язана зі станом свого здоров'я (83,78 %), в той час коли у хворих середнього віку переважає немотивована тривога (61,76 %). Достовірно частіше у хворих похилого віку при помірному депресивному епізоді спостерігається відчуття туги (67,56 %), суїцидальні думки (51,35 %), ніж в групі порівняння, де суїцидальні думки спостерігаються у 26,47 %, прояви емоційної лабільності — у 81,08 %.

Особистісні переживання у хворих похилого віку характеризуються більшою фіксованістю на зниженні соціальної активності, а у хворих середнього віку — на побоюваннях втратити те, що вони мають — роботу, сім'ю, задоволення, можливості.

Оцінка когнітивних порушень відображує, що у хворих похилого віку спостерігається погіршення пам'яті (70,27 %) та психічна стомлюваність (48,64 %). У хворих середнього віку переважає погіршення уваги (85,29 %).

Спектр соматичних проявів у хворих похилого віку характеризується більшою кількістю соматичних проявів у вигляді: головних болів (89,18 %), кардіалгій (78,37 %), коливань тиску (91,89 %), вегето-судинних пароксизмів (62,16 %), парестезій (64,86 %), сенестопатій (45,94 %), запаморочень (48,64 %). У хворих середнього віку достовірно частіше спостерігалось зниження маси тіла (85,29 %), зниження лібідо (55,88 %).

Провідними синдромами в структурі помірною депресивного епізоду в осіб похилого віку є тривожно-депресивний синдром, який достовірно частіше поєднується з іпохондричним симптомокомплексом у 62,16 % хворих (у зіставленні з групою порівняння — у 29,72 %). Крім того, у хворих похилого віку достовірно частіше спостерігались сенесто-іпохондричні (16,21 %) та соматовегетативні синдроми (24,32 %). Зіставлення з групою порівняння свідчить, що в синдромальній структурі у них також переважав тривожно-депресивний синдром, який поєднувався достовірно частіше з астенічним (35,29 % хворих) та дисфорічним симптомокомплексами (17,64 %).

Показники виразності депресивної симптоматики свідчать, що при помірному депресивному розладі, незалежно від віку хворих, загальний рівень депресивних проявів є достовірно вищим, ніж у хворих групи порівняння, і складає 29,65. При аналізі даних за шкалою Гамільтона достовірно вищими у хворих основної групи по відношенню до групи порівняння є: виразність

соматичних симптомів депресії («соматична тривога», «шлунково-кишкові соматичні симптоми», «загальні соматичні симптоми»); показники афективних проявів («ажитація», «схильність до самогубства» та «іпохондрія»), в той час як показники «психічної тривоги» були достовірно вищими у хворих групи порівняння. Такі показники відбивають негативістичні настанови у хворих основних груп.

При лікуванні депресивних розладів використання антидепресантів є обов'язковим. Під час вибору антидепресантів слід враховувати спектр дії препарату, рівень його безпеки та переносимості, спектр фармакодинамічної та фармакокінетичної взаємодії; простоту призначення та підбору дози, легкість режиму дозування; попередній анамнез використання препаратів; кратність прийому; вплив на рівень активності та соціальне функціонування; побічні ефекти (такі як кардіотоксичний, коливання тиску, запори, підвищення маси тіла).

Враховуючи перелічені вимоги, для лікування помірною депресивного епізоду у хворих похилого віку було обрано препарат МІРТАСТАДІН. Діючою речовиною Міртастадіну є міртазапін, що є норадренергічним і специфічним серотонінергічним антидепресантом (NaCCA). Механізм дії Міртастадіну полягає в покращанні проведення нервового імпульсу в двох нейротрансмітерних системах — норадренергічній (NA) і серотонінергічній (5-НТ) без інгібіції зворотного захоплення як норадреналіну, так і серотоніну. Як наслідок, препарат поєднує в собі високу тимоаналептичну ефективність, порівняну з трициклічними антидепресантами, але позбавлений гастроінтестинальних і неврологічних побічних ефектів, характерних для інгібіторів зворотного нейронального захоплення.

Фармакологічний спектр дії Міртастадіну включає вибіркочку блокаду альфа-2-ауто і гетероадренорецепторів, серотонінових 5-НТ2 і 5-НТ3-рецепторів та активацію серотонінових 5-НТ1-рецепторів та відсутність впливу на зворотне захоплення біогенних амінів. Механізм дії препарату спрямований на блокування центральних пресинаптичних альфа2-адренергічних ауто та гетерорецепторів, підвищення центральної адрено- та серотонінергічної передачі. Препарат стимулює передачу імпульсів тільки через 5-НТ1-рецептори, пригнічує серотонінові 5-НТ2 і 5-НТ3-рецептори, слабо впливає на альфа1-адренорецептори та холінорецептори; помірно блокує гістамінові Н1-рецептори.

При лікуванні помірною депресивного розладу початкова доза препарату Міртастадіну у хворих похилого віку становить 15 мг 1 раз на добу на ніч. При відсутності змін у стані хворого доза може бути збільшена до 30 мг через 21—28 днів. Тривалість прийому препарату у терапевтичній дозі становила 3 місяці. Після лікувальної фази доза може бути зменшена удвічі та вживатися протягом ще 3 місяців для попередження рецидиву хвороби. Початкова доза препарату в осіб середнього віку становила 30 мг на ніч та може бути збільшена при відсутності динаміки до 45 мг через 21—28 днів. Тривалість прийому терапевтичної дози і у хворих середнього віку становила 3 місяці. Після чого доза препарату може бути зменшена удвічі та прийматися ще три місяці. Дози препарату підбирались з урахуванням особистісного клінічного відгуку.

В процесі лікування у хворих похилого віку на помірний депресивний епізод спостерігається покращання самопочуття: знижується рівень тривоги, покращується та стабілізується настрій; покращується нічний сон (усі

його складові — скорочується термін засинання, кількість пробуджень протягом ночі, час ранішнього пробудження); підвищується загальна активність; знижується рівень туги, безвихіддя; покращується працездатність; підвищуються показники якості життя.

Динаміка психопатологічних проявів у хворих на помірний депресивний епізод похилого віку наведена в таблиці 5.

Таблиця 5

**Динаміка психопатологічних проявів у хворих на помірний депресивний епізод похилого віку**

Клінічна ознака	Хворі на помірний депресивний епізод похилого віку (n = 74) % ± m %	
	до лікування	після лікування
<b>Афективні розлади</b>		
Пригнічений настрій	100,00 ± 0,00	16,21 ± 6,14*
Немотивована тривога	29,72 ± 7,61	10,81 ± 5,17*
Тривога за стан свого здоров'я	83,78 ± 6,14	28,37 ± 7,61*
Відчуття туги	67,56 ± 7,80*	20,27 ± 6,52*
Плаксивість	62,16 ± 8,08	28,37 ± 7,61*
Суїцидальні думки	51,35 ± 8,33	35,13 ± 7,80
Байдужість	43,24 ± 8,25	35,13 ± 7,80
Емоційна лабільність	81,08 ± 6,52	29,72 ± 7,61*
Дратівливість	43,24 ± 8,25	35,13 ± 7,80
Млявість	70,27 ± 7,61	45,94 ± 8,30*
<b>Особистісні переживання</b>		
Відчуття провини	48,64 ± 8,33	35,13 ± 7,80
Відчуття непотрібності	51,35 ± 8,33	29,72 ± 7,61*
Відчуття відсутності перспективи у майбутньому	62,16 ± 8,08	35,13 ± 7,80*
Відчуття емоційної вразливості	54,05 ± 8,30	35,13 ± 7,80
Знижена впевненість у собі	64,86 ± 7,95	43,24 ± 8,25
Втрата емоційного відгуку	43,24 ± 8,25	29,72 ± 7,61
<b>Когнітивні порушення</b>		
Погіршення пам'яті	70,27 ± 7,61	54,05 ± 8,30
Погіршення уваги	45,94 ± 8,30	35,13 ± 7,80
Психічна стомлюваність	48,64 ± 8,33	35,13 ± 7,80
<b>Соматичні прояви:</b>		
Розлади сну	78,37 ± 7,16	10,81 ± 5,17*
Парестезії	64,86 ± 7,80	45,94 ± 8,30*
Сенестопатії	45,94 ± 8,30	37,83 ± 8,08
Головні болі	89,18 ± 5,17	48,64 ± 8,33*
Запаморочення	48,64 ± 8,33	35,13 ± 7,80
Кардіалгії	78,37 ± 7,16	56,75 ± 8,25
Задуха	56,75 ± 8,25	35,13 ± 7,80
Гіпергідроз	40,54 ± 8,54	28,37 ± 7,61
Коливання тиску:	91,89 ± 4,54	78,37 ± 7,16
— підвищення	64,86 ± 7,80	54,05 ± 8,30
— пониження	10,81 ± 5,17	10,81 ± 5,17
— лабільність	16,21 ± 6,14	10,81 ± 5,17
Диспепсичні розлади	35,13 ± 7,80	28,37 ± 7,61
Зниження апетиту	83,78 ± 6,14	35,13 ± 7,80
Зниження маси тіла	37,83 ± 8,08	10,81 ± 5,17
Болі в животі	40,54 ± 8,54*	28,37 ± 7,61
Нудота, блювота	29,72 ± 7,61	16,21 ± 6,14
Дизурічні розлади	27,02 ± 7,73	16,21 ± 6,14
Лабільність вазомоторів	35,13 ± 7,80	20,27 ± 6,52
Вегето-судинні пароксизми	62,16 ± 8,08	48,64 ± 8,33*

\* — відмінності достовірні при p < 0,05

Як видно з наведених результатів, у хворих в процесі лікування Міртастадіном спостерігається позитивна динаміка стану у сфері афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень, соматичних проявів. Найбільш позитивні зміни спостерігаються у покращанні настрою, зниженні рівня немотивованої тривоги та тривоги за стан свого здоров'я, зменшенні відчуття туги, плаксивості, емоційної лабільності, відчуття непотрібності, відсутності перспективи у майбутньому. зменшується частота та виразність скарг соматичного спектру: фізична загальмованість, млявість, головні болі, вегето-судинні пароксизми, болі у животі, суттєво покращується сон.

Динаміка клінічних проявів в процесі терапії Міртастадіном підтверджується показниками психометричних характеристик депресії та тривоги за шкалою Гамільтона (табл. 6).

За даними шкали Гамільтона виразність депресивної симптоматики достовірно зменшилась за всіма основними показниками — зменшились соматичні симптоми депресії, показники афективних проявів та загальний показник тривоги.

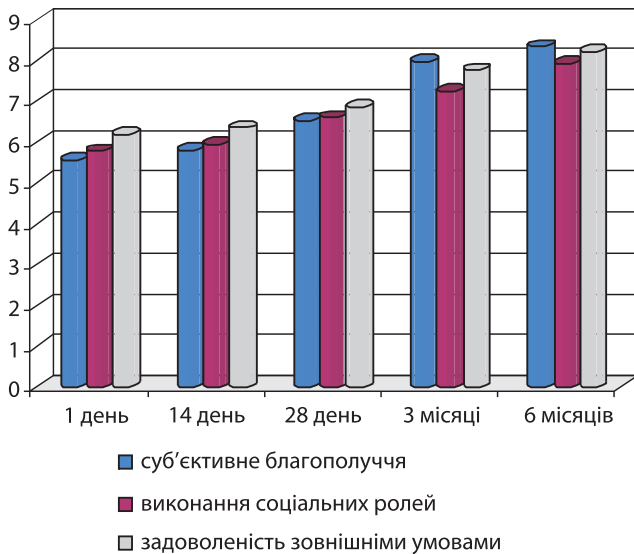
Таблиця 6

**Психометричні характеристики депресії у хворих на помірний депресивний епізод основної групи в процесі лікування, у балах**

Шкала	Хворі на помірний депресивний епізод, основна група (n = 74)	
	до лікування	після лікування
Знижений настрій	3,68	0,71
Відчуття провини	2,37	0,88
Схильність до самогубства	0,71	0,34
Ранішнє безсоння	1,23	0,58
Пізнє безсоння	1,17	0,38
Працездатність	1,67	2,35
Загальмованість	2,51	1,34
Безсоння посеред ночі	1,32	0,41
Ажитація	1,83	0,96
Психічна тривога	1,34	0,41
Соматична тривога	3,14	1,47
Шлунково-кишкові симптоми	1,75	1,15
Загальносоматичні симптоми	1,82	1,21
Статеві симптоми	0,76	0,59
Іпохондрія	2,51	1,64
Зниження маси тіла	0,96	0,53
Самооцінка (визнає себе хворим)	0,88	1,17
Загальна оцінка	29,65	16,12

\* — відмінності достовірні при p < 0,05

Динаміка стану хворих похилого віку на помірний депресивний епізод на підставі оцінки інтегративного показника якості життя зображено на рисунку.



**Динаміка інтегративного показника якості життя у хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом в процесі терапії**

Отримані результати свідчать про позитивну динаміку стану цих хворих протягом лікування, достовірне зростання показників якості життя у хворих на помірний депресивний епізод. У більшості хворих під час лікування відбувалась позитивна динаміка стану: через 28 днів значне покращання спостерігалось у 53,88 % хворих, покращання — у 45,55 %, відсутність динаміки — у 0,57 % хворих. Через 3 місяці стан покращувався і одужання було у 39,44 % хворих, значне покращання — у 53,33 %, покращання — у 6,12 %, погіршення — у 1,11 % хворих. Через 6 місяців динаміка стану хворих була такою: одужання визначено у 56,66 %, значне покращання — у 28,33 %, покращання — у 11,69 %, відсутність змін — у 1,66 %, погіршення стану було у 1,66 % хворих.

Загальна оцінка ефективності терапії препаратом Міртастадін у хворих з помірним депресивним епізодом свідчить про високий рівень ефективності. Так, одужання та значне покращання відмічено у 70,28 % випадків, покращання — у 18,91 % випадків, незначне покращання — у 10,81 % випадків.

Під час лікування зареєстровані такі побічні прояви: важкість при пробудженні (6 пацієнтів), помірні вестибуло-атактичні прояви в перші 7—10 днів прийому

препарату (7 хворих), сухість у роті (5 пацієнтів), розбитість після пробудження та в першій половині дня у перші 2 тижні прийому препарату (4 хворих), які мали помірний короткочасний характер, проходили самостійно без зміни дози препарату.

Таким чином, наведені результати дослідження свідчать про те, що Міртастадін є ефективним антидепресивним засобом, що має тимоаналептичний, анксиолітичний та гіпнотичний ефекти. Препарат добре переноситься хворими та сприяє швидкому відновленню показників якості життя, що дозволяє його використовувати для лікування депресій в осіб похилого віку.

**Список літератури**

1. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [Жданова М. П., Голубчиков М. В., Волошин П. В., Марута Н. О. та ін.]. — Київ; Харків, 2010. — 160 с.
2. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження» (XIII Платонівські читання): — Харків, 24—25 червня, 2010.
3. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения: Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. — Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. — 185 с.
4. Марута, Н. А. Клинические проявления и принципы терапии депрессивного эпизода у лиц пожилого возраста / Н. А. Марута, С. П. Колядко, Е. С. Череднякова // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50). — С. 207—208.
5. Maruta, N. The main approaches to diagnosis of depressive disorders in older patients World Congress 2009 of the world federation for mental health / Maruta N., Panko T., Kutikov O. // Athens, Greece (2—6 sep., 2009) // Psychiatriki, 20 (Suppl. I), 2009.
6. Марута Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
7. Марута, Н. А. Факторы формирования суицидального риска у больных с тревожно-депрессивными расстройствами пожилого возраста / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. Череднякова // Сб. тез. науч.-практ. конф. с международным участием «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии», 3—4 февраля 2001 г., Санкт-Петербург. — С. 116—117.
8. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому X) : Методичні рекомендації / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко. — К., 2009. — 40 с.
9. Психиатрия: Национальное руководство ; под ред. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 992 с.
10. Mokhber, N. Prevalence of depression in an elderly population in Iran / [N. Mokhber, M. R. Majdi et al.] // Abstract of the 16<sup>th</sup> Congress of the European Psychiatry. — 2008. — Vol. 23, suppl. 2. — P. 354.

Надійшла до редакції 25.01.2011 р.

**Н. А. Марута, Т. В. Панько**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

**Клинико-психопатологические особенности депрессий и их терапия у лиц пожилого возраста**

С целью изучения особенностей депрессий у лиц пожилого возраста в отделе неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины» было обследовано 108 больных с умеренным депрессивным эпизодом: из них 74 больных в возрасте от 61 до 67 лет (средний возраст — 62,9 лет) — основная группа; 34 больных в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст — 46,8 лет) — группа сравнения.

Проведенное исследование позволило выявить особенности умеренного депрессивного эпизода, которые относятся к течению заболевания, особенностям клинической картины — в структуре аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений и соматических проявлений.

При лечении депрессивных расстройств использование антидепрессантов является обязательным. Для лечения умеренного депрессивного эпизода у больных пожилого возраста был выбран препарат МИРТАСТАДИН. Полученные результаты показали, что Миртастадин является эффективным антидепрессивным препаратом, имеющим тимоаналептический, анксиолитический и гипнотический эффекты. Препарат хорошо переносится больными пожилого возраста и способствует быстрому восстановлению показателей качества жизни, что позволяет его использовать для лечения депрессий у лиц пожилого возраста.

*Ключевые слова:* умеренный депрессивный эпизод, пожилой возраст, терапия, Миртастадин.

*N. O. Maruta, T. V. Panko*

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

### **Clinical-psychopathological peculiarities and their treatment in elderly patients**

The aim of this work was to investigate peculiarities of depression in elderly patients. At the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" 108 patients with a moderate depressive episode were examined. 74 patients of the age from 61 to 67 years old (a mean age 69.9 years) were the main group; 34 patients of the age of 35 to 55 years old (a mean age 46.8 years) were a comparison group.

The study performed allowed us to define a moderate depressive episode peculiarities associated with a course of the disease and features of a clinical picture in a structure of affective disorders, personality feelings, cognitive impairments, and physical manifestations.

The use of antidepressant medications is obligatory in treatment of depressive disorders. Mirtastadin was selected to treat a moderate depressive episode in elderly patients. The results showed Mirtastadin as an effective antidepressive medication including thymoanaleptic, anxiolytic, and hypnotic effects. The medication is well tolerated by elderly patients and promotes a rapid recovery on quality of life parameters. That allows us to recommend its usage to treat depression in elderly patients.

*Keywords:* moderate depressive episode, elderly patients, treatment, Mirtastadin.

УДК:616.89-008.441.14-008.45/.47-02:616.831-005.1.

*В. Б. Михайлов, аспирант каф. психіатрії, наркології і мед. психології  
Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)*

### **НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**

Проведено исследование непсихотических психических расстройств у 30 пациентов, перенесших ишемический мозговой инсульт (МИ), из них 17 мужчин, 13 женщин. Данное исследование проводилось в 3 этапа: 1 этап — в течение 1 месяца с момента перенесенного МИ (острый период), 2 этап — через 3 месяца после острого события, 3 этап — через 6 месяцев после события (восстановительный период).

Полученные результаты показали, в остром периоде МИ у всех больных первичным было нарушение уровня сознания (от обнуляции до комы) с последующими когнитивными расстройствами (в виде нарушения памяти, внимания, мыслительных процессов). Базисными также были астенический и болевой синдромы. В дальнейшем представленность и выраженность когнитивных нарушений уменьшалась, на первое место выходили психоэмоциональные расстройства. Базисным оставался астенический синдром, который приобретал ипохондрическую, депрессивную, тревожную, истероформную окраску.

*Ключевые слова:* эмоциональные нарушения, когнитивные нарушения, мозговой инсульт

За последние годы отмечается значительный рост cerebrovasкулярных заболеваний, особенно у лиц трудоспособного возраста. По данным эпидемиологических исследований последних лет, мозговые инсульты (МИ) продолжают доминировать в структуре cerebrovasкулярных расстройств [3, 8, 9, 12, 13, 17, 18]. Согласно данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется более 7 млн МИ [13]. Заболеваемость МИ в разных Европейских странах и США составляет от 100 до 200 случаев на 100 тыс. населения, при этом примерно 85 % всех инсультов — ишемические [12, 13, 17]. Смертность от МИ в экономически развитых странах занимает 3 место в структуре общей смертности, уступая сердечно-сосудистой и онкопатологии.

Эта проблема актуальна и для Украины. Показатель заболеваемости МИ в Украине составляет 282,9 на 100 тыс. населения (в 2008 г.) и 280,2 на 100 тыс. населения (в 2009 г.), смертность от МИ составляет 91,8 на 100 тыс. населения (в 2008 г.), что выше мировых показателей [9, 12, 13, 18].

Из числа больных, выживших после МИ, значительное большинство становится инвалидами и нуждается в посторонней помощи [4—6, 8, 9, 11, 14—16]. У большинства больных, перенесших МИ, отмечаются разные психоэмоциональные и когнитивные нарушения, осложняющие течение заболевания, восстановительно-реабилитационные процессы, являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов [8, 11, 14].

Вышеизложенное послужило основанием для проведения исследования, целью которого явилось изучение особенностей формирования непсихотических психических расстройств у лиц, перенесших МИ.

Были использованы следующие методы исследования: клиничко-психопатологические, психодиагностические (шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала депрессии Бека, шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, «краткая шкала оценки психического статуса» (тест MMSE)), статистические [1, 2, 7, 10].

Было проведено комплексное клиничко-психопатологическое обследование 30 больных, перенесших ишемический мозговой инсульт.

Диагноз ишемического МИ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Изучались анамнез, данные объективного исследования, лабораторных и инструментальных обследований. В результате обследования устанавливалась локализация очага ишемии МИ.

Распределение больных по полу, локализации очага ишемии представлено в таблице 1. Как видно из таблицы, большинство обследованных составляли мужчины — 17 (56,6 %). Женщин было 13 человек (43,4 %).

Большинство пациентов относилось к возрастной группе 56 — 65 лет — 19 человек (63,3 %).

Среди обследованных пациентов у 19 (63,3 %) в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий, у 1 (3,3 %) больного — бассейн задней мозговой артерии, у 10 (33,3 %) больных — вертебробазилярный бассейн. У 53 % больных очаг ишемии локализовался в правом полушарии, у 47 % — в левом.