

V. A. Demchenko, V. V. Tsarenyuk, V. V. Zozulya, S. A. Malyarov

The first psychotic episode unit: a practical experience of organization

Kyiv City Psychoneurological Hospital № 2 (Kyiv)

The treatment of the first psychotic episode of schizophrenia is a matter of importance and requires new organizational forms of a complex therapeutic intervention.

The established first psychotic episode unit is oriented on a qualified medical service for patients with schizophrenia, schizophrenia-like, and schizoaffective disorders with a length of the disease up to 5 years or patients with no more than 3 episodes of the disease. A complex approach foresees an active pharmacotherapy with a priority usage of atypical antipsychotics (Olanzapine, Risperidon, Amysulpride, Clozapine, etc.). Along with treatment of psychotic disorders a level of patients' social adaptation and functioning, family conditions, family interrelations were studied, and measures on a psychosocial rehabilitation were worked out.

An assessment of efficacy has been supported on clinical, social and psychological parameters.

УДК 616.89–008.447–085–036: 615.214.2–053.9

Р. В. Кулеш, Ю. В. Кулеш

КУ «Днепропетровская городская больница № 14» (г. Днепропетровск)

ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Во всем мире стремительно возрастает численность населения в возрасте 60 лет и старше. Как предполагается, между 1970 и 2025 гг. число пожилых людей возрастет на 875 млн или на 281 %. В 2025 г. в мире будет приблизительно 1,2 млрд людей в возрасте старше 60 лет. Старение населения является результатом сокращения показателей смертности во всех возрастных группах (что ведет к увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении) и сокращения показателей фертильности.

По прогнозам экспертов ВОЗ в период с 2000 г. до 2050 г. численность населения в мире в возрасте 60 лет и старше увеличится более чем в три раза — с 600 млн до 2 млрд. Большая часть этого увеличения произойдет в развивающихся странах, где к 2050 г. число пожилых людей увеличится с 400 млн до 1,7 млрд человек.

Процент населения в возрасте 60 лет и старше в Украине превышает среднеевропейский уровень. По состоянию на 2006 г. доля населения в возрасте 60 лет и старше составила 21 %. По прогнозам люди в возрасте 60 лет и старше будут к 2030 г. составлять более 22 % населения Украины.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность психических расстройств среди лиц пожилого возраста составляет 21,9 % [2].

По данным David Jolley среди лиц пожилого возраста, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, 50—70 % страдают шизофренией, 10—15 % — аффективными расстройствами, 5—20 % — деменцией, далее следуют расстройства личности, алкогольная зависимость, органические расстройства, сочетанная патология [5].

Психотическая симптоматика — нередкое явление среди пожилых людей, показатели распространенности в популяционных выборках колеблются от 0,2 до 4,7 % [9].

Психотическая симптоматика ассоциируется с агрессивным или дезорганизованным поведением [6] и часто является источником дистресса у лиц, осуществляющих уход за больными [16].

В таблице 1 представлены психические расстройства у лиц пожилого возраста, которые могут сопровождаться психозом [13].

Психопатологическая симптоматика с острым началом у лиц пожилого возраста, как правило, наблюдается при делирии, обусловленном соматическим

заболеванием, при злоупотреблении психоактивными веществами и психозе, вызванном лекарственными препаратами. Хронические и стойкие психопатологические симптомы могут быть обусловлены основным психопатологическим расстройством (хроническая шизофрения, шизофрения с поздним началом, бредовые и аффективные расстройства), психозом, возникшим вследствие нейродегенеративных расстройств (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви и болезнь Паркинсона), или хроническими соматическими заболеваниями.

Таблица 1

Психические расстройства, которые могут сопровождаться психозом у лиц пожилого возраста

Классификация по МКБ-10	Группа расстройств
<i>Шизофрения</i>	Шизофрения с поздним началом Стойкие бредовые расстройства Острые и преходящие психотические расстройства Индукированное бредовое расстройство Шизоаффективное расстройство
<i>Аффективные расстройства</i>	Маниакальный эпизод Биполярное аффективное расстройство Депрессивный эпизод Рекуррентное депрессивное расстройство
<i>Деменция</i>	Болезнь Альцгеймера Сосудистая деменция Болезнь Пика Болезнь Крейтцфельда — Якоба Болезнь Гентингтона Болезнь Паркинсона ВИЧ-инфекция Черепно-мозговая травма
<i>Делирий</i>	Любое заболевание

Факторы, способствующие развитию психоза у лиц пожилого возраста [9,10]:

- возрастное повреждение лобной и височной коры;
- нейрохимические изменения, связанные со старением;
- социальная изоляция;
- недостаточность органов чувств;
- когнитивное снижение;
- возрастные фармакокинетические и фармакодинамические изменения;
- полипрагмазия.

Лекарственные препараты, которые могут вызвать психотические симптомы у лиц пожилого возраста во время их применения или вследствие отмены [9, 10, 15]

Антиаритмические препараты:

- Дигоксин;
- Пропранолол;
- Квинидин;
- Прокаинамид.

Антигистаминные препараты:

- Циметидин.

Антипаркинсонические препараты:

- Леводопа;
- Амантадин;
- Бромокриптин;
- Проциклидин.

Бензодиазепины.

Противоспазмолитические препараты:

- Аспирин;
- Индометацин.

Стероиды:

- Преднизолон.

Противосудорожные препараты:

- Фенитоин;
- Примидон;
- Карбамазепин.

Противораковые препараты.

Деменция. Согласно данным ВОЗ среди 10 ведущих причин смерти в развитых странах болезнь Альцгеймера занимает 7 место, что составляет 2,7 % случаев смерти. Распространенность психоза среди лиц с болезнью Альцгеймера колеблется от 30 до 50 % (Jeste&Finkel, 2000). Bassiony и коллеги (2000) в популяционном исследовании болезни Альцгеймера сообщили о том, что у трети участников были данные о психотической симптоматике, при этом бредовые идеи наблюдались чаще, чем галлюцинации.

По данным 55 исследований, опубликованных с 1990 по 2003 год, в которых участвовали 9749 лиц, у 41 % пациентов с болезнью Альцгеймера психоз с бредовыми идеями был диагностирован у 36 %, с галлюцинациями — у 18 %. Заболеваемость психозом повышалась в течение первых трех лет наблюдения, после чего она достигала плато. Психотические симптомы обычно длились несколько месяцев, но через год становились менее заметными. Психоз ассоциировался с более быстрым когнитивным снижением [8]. Галлюцинации при болезни Альцгеймера возможны в любой сенсорной сфере, но чаще всего возникают зрительные и слуховые (Tariot, 1995).

Степень выраженности бредовых идей при болезни Альцгеймера связана со снижением интенсивности метаболизма в префронтальной зоне и в передней поясной извилине. Выявлена связь между тяжестью бредовых идей и интенсивностью метаболизма в трех лобных зонах: правой верхней дорсолатеральной лобной коре (поле 8 по Бродману), правом нижнем лобном полюсе (поле 10 по Бродману) и в правой латеральной лобно-орбитальной зоне (поле 47 по Бродману) [18].

Депрессии. По данным метаанализа распространенность клинически выраженной депрессии среди лиц пожилого возраста, живущих в сообществе, составляла 13,5 % [1].

В наиболее типичных случаях психотическая депрессия пожилого возраста проявляется развернутым

синдромом тревожно-бредовой депрессии, клиническая картина которой складывается из угнетенного настроения, тревожного возбуждения со страхом, вербальных иллюзий, различных форм депрессивного бреда (осуждения, наказания, гибели, ипохондрического), суицидальных мыслей. Бред трансформируется в нигилистический и депрессивный вариант бреда Котара. Частота развития полных ремиссий в позднем возрасте, по сравнению с более молодым, сокращается в 2—3 раза и составляет примерно 28—40 % случаев [23].

А. С. Тиганов выделяет следующие особенности депрессий с психотической симптоматикой в пожилом возрасте [23]:

1. Тревожное двигательное беспокойство на высоте развития психоза достигает степени выраженного двигательного возбуждения, может чередоваться с состоянием заторможенности в виде двигательного оцепенения, отражающего переживаемые большим страх и отчаяние.

2. Бредовые переживания охватывают практически все многообразие тем «вины» и «наказания».

3. На отдаленных этапах развития заболевания клиническая картина стабилизируется, становится все более однообразной, снижается острота напряженности депрессивного аффекта, трансформирующегося в состояние монотонной тревоги с однообразным двигательным беспокойством.

4. Психоз завершается формированием особого дефекта, обозначаемого как «депрессивная психическая слабость», который характеризуется снижением психической активности, постоянной угнетенностью настроения и уменьшением эмоционального резонанса.

Соматические расстройства, которые могут служить органической причиной депрессии

<i>Эндокринные и обменные</i>	Гипо- и гипертиреоз Синдром Кушинга Гиперкальциемия (первичный гиперпаратиреоз или карцинома) Пернициозная анемия Дефицит фолиевой кислоты Заболевание сосудов головного мозга / инсульт
<i>Органическое поражение головного мозга</i>	Опухоли центральной нервной системы Болезнь Паркинсона Болезнь Альцгеймера Системная красная волчанка
<i>Латентная карцинома</i>	Поджелудочной железы Легких
<i>Хронические инфекционные заболевания</i>	Нейросифилис Бруцеллез Опоясывающий лишай

Депрессия отрицательно влияет на качество жизни, значительно усугубляет инвалидность вследствие соматического заболевания [7] и является основной причиной самоубийства среди лиц пожилого возраста [4].

Бредовые расстройства. Бредовые расстройства в пожилом возрасте чаще всего исчерпываются бредом преследования малого масштаба с узкой бытовой

тематикой. Бред имеет паранойяльный характер и не обнаруживает тенденции к расширению и усложнению [24]. Несмотря на наличие постоянной бредовой напряженности и грубой конфронтации с соседями или родственниками, поведение больных длительное время может оставаться в рамках социально приемлемых норм [23].

Г. В. Морозов выделяет следующие отличия бредовых расстройств в пожилом возрасте от шизофрении с поздним началом [24]:

1. отсутствие типичного усложнения и этапности развития бредовой симптоматики;
2. отсутствие симптомов психического автоматизма, кататонических нарушений, которые не выявляются и на высоте обострения заболевания;
3. переживания больных конкретны и не несут для больного ничего непонятного, таинственного, чуждого;
4. больные приспосабливаются к окружающей обстановке адекватно своим силам, с учетом конкретной ситуации.

Шизофрения. Распространенность шизофрении с ранним, поздним и с очень поздним началом в совокупности в группе людей в возрасте 65 лет и старше составляет около 1 % (Cohen et al., 2000). Из них примерно 25 % имеют заболевание с поздним или с очень поздним началом, а остальные 75 % — это индивиды, заболевшие в раннем возрасте и дожившие до пожилых лет (Jeste&Twamley, 2003).

Следует отметить, что среди лиц, страдающих шизофренией, бредовые высказывания присутствуют у 36 % больных, галлюцинации — у 40 %, негативные расстройства — более чем у 70 % больных.

Как правило, в пожилом возрасте не встречаются гебефренические симптомы, развернутые кататонические синдромы, типичные онейроидные картины или полиморфные конечные состояния. В психопатологической структуре учащаются характерные для пожилого возраста синдромы: тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые картины, параноиды малого размаха, вербальные галлюцинозы, фантастически-галлюцинаторные и фантастически-конфуляторные парфренические синдромы. Синдром психического автоматизма характеризуется фрагментарностью. Негативная симптоматика утрачивает типичный для психозов среднего возраста характер; на шизофренические изменения личности нередко наслаиваются неспецифические признаки акцентуированного старения и органического снижения уровня личности. Во многих случаях стираются границы между отдельными формами течения шизофрении [26].

Качество жизни является важным в любом возрасте. В преклонном возрасте оно становится чрезвычайно важным с учетом числа дополнительных лет, остающихся в жизни человека.

Вместе с тем следует отметить, что у пожилых больных существует ряд особенностей, связанных с возрастными изменениями организма, которые необходимо учитывать при назначении фармакотерапии [22].

Связанные с возрастом изменения физиологии, важные для метаболизма препаратов

1. повышение pH желудка;
2. замедление желудочной эвакуации;
3. снижение кровотока желудочно-кишечного тракта;

4. истончение и уменьшение всасывающей поверхности;
5. уменьшение общих размеров тела в преклонном возрасте;
6. относительное увеличение общего содержания жира в теле до преклонного возраста;
7. уменьшение метаболически активных тканей;
8. снижение общего содержания воды в теле;
9. снижение альбуминов плазмы крови: в пожилом возрасте на 10—15 % уменьшается количество белков плазмы, связывающих лекарственные средства;
10. незначительное и изменчивое повышение содержания α_1 -кислотного гликопротеина;
11. уменьшение массы печени;
12. перераспределение регионального кровотока от печени и почек;
13. снижение активности печеночных микросомальных ферментов;
14. снижение клубочковой фильтрации;
15. снижение функции почечных канальцев.

Использование традиционных (конвенционных) нейрореплетиков у лиц пожилого возраста повышает вероятность развития лекарственного паркинсонизма, а также увеличивает риск развития поздней дискинезии).

Потенциальные побочные эффекты антипсихотических препаратов у лиц пожилого возраста

Экстрапирамидные побочные эффекты:

- Псевдопаркинсонизм;
- Акатизия;
- Острая дистония;
- Поздняя дискинезия.

Желудочно-кишечные эффекты:

- Тошнота;
- Запор;
- Диарея

Побочные эффекты со стороны печени:

- Холестатическая желтуха;
- Повышенная активность трансаминаз.

Постуральная гипотензия.

Седация.

Антихолинергические эффекты:

- Затрудненное мочеиспускание;
- Запор;
- «Пелена перед глазами»;
- Сухость во рту;
- Делирий.

Побочные эффекты со стороны эндокринной системы:

- Прибавка массы тела;
- Сахарный диабет.

Побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы:

- Отклонения на ЭКГ: удлинение QT.

Гиперсаливация.

Эпилепсия.

Поздняя дискинезия возникает спустя годы после начала лечения и очень часто необратима. Частота развития поздней дискинезии у пожилых больных в исследовании М. Г. Woemer et al. оказалась в 3—5 раз выше, чем у более молодых больных при использовании традиционных нейрореплетиков. Причем кумулятивные показатели частоты поздней дискинезии составили 25 %, 34 % и 53 % соответственно через 1, 2 и 3 года

терапії традиційними нейролептиками [14]. Середі больних в віці більше 65 років, які отримують лікування стандартними антипсихотическими препаратами, у 1/3 розвивається пізня дискінезія впродовж 12 місяців, у половини — через 2 роки і у 2/3 — впродовж 3 років. Розповсюдженість вища серед жінок і осіб, які страждають афективними розладами [25].

Пізня дискінезія проявляється повторюючимися непроизвольними рухами мови, губ, рота, туловища і кінцівок, які виникають не тільки в час прийому пацієнтом нейролептиків, але частіше після їх відміни, зростаючи з роками і погано піддаючись корекції. Пізня дискінезія пов'язана з прогресуючим зниженням здатності до блокади допамінових рецепторів в нервовій тканині і, можливо, проявом їх гіперчутливості. В дослідженнях пізньої дискінезії, проведених на «пожилых» мишах, були виявлені підвищені чутливість рецепторів, збільшення кількості допамінових рецепторів і суттєве збільшення зв'язуючої здатності адренергічних рецепторів порівняно з більш молодими тваринами. Ці зміни спостерігалися в корі головного мозку після терапії нейролептиками. Пізня дискінезія може призводити до деяких соматических і психологічних ускладнень, включаючи труднощі в прийнятті їжі і глотанні, втрату маси тіла, падіння, порушення рівноваги і депресію (Jeste, 2004).

Ще одне серйозне ускладнення, якому часто не надають великого значення лікарі, — це підвищений ризик падінь похилих людей, які отримують антипсихотическі засоби. Слід зазначити, що при падінні зростає ризик перелому шийки тазу (особливо у жінок старшого віку) в зв'язі з остеопорозом, що може призвести до значущого підвищення смертності.

В даний час для пацієнтів похилого віку методом лікування першої черги вважаються нові атипичні антипсихотическі препарати завдяки їх більш сприятливим побічним ефектам порівняно з типовими [12]. Згідно з даними Walter Pierre Bouman et al., атипичні антипсихотическі препарати належать до групи психотропних лікарських засобів, найбільш широко призначаються людям похилого віку; зокрема, їх отримують 5—8% пацієнтів, які перебувають в психіатричних закладах [13].

Метою проведеного нами 4-тижневого відкритого клінічного дослідження було зібрати і проаналізувати додаткові дані про переносимість і ефективність атипичного антипсихотика рисперидона (препарат Risset®, фармацевтична компанія Pliva, Хорватія) у осіб похилого віку з психіатричною симптоматикою.

Завдання дослідження включали: вивчення терапевтичної ефективності Риссету у осіб похилого віку з психіатричною симптоматикою; вивчення його переносимості у даної категорії психіатрично больних.

Критеріями включення в дослідження були: чоловіки і жінки в віці більше 65 років; інформоване згоду більшого на участь в дослідженні; психіатричні симптоми, наслідком яких є стан, який оцінюється за шкалою CGI-S ≥ 4 ; показники по двом або більше з чотирьох пунктів (P₁ — бред, P₃ — галюцинаторне поведіння, P₄ — збудження, G₁₄ — недостаточний контроль імпульсивності) шкали PANSS ≥ 4 .

Критеріями виключення були: гіперчутливість до рисперидону в анамнезі; резистентність до нейролептичної терапії; наявність показань для негайної госпіталізації; суїцидальні спроби в анамнезі; соматическа патологія в стадії декомпенсації і вимагаюча супутньої терапії; клінічно значимі відхилення в лабораторних показниках.

Ефективність терапії оцінювалась по закінченні дослідження в кінці 4-ї тижня по шкалі загального клінічного враження CGI-S і чотирма пунктами шкали PANSS (P₁, P₃, P₄, G₁₄) в порівнянні з показниками по даним шкалам, отриманими до початку лікування рисперидоном.

Нами було обстежено 29 осіб похилого віку з психіатричною симптоматикою, які отримували амбулаторну психіатричну допомогу в КУ «ДГБ № 14». З них чоловіки становили 31% (9 осіб), жінки — 69% (20 осіб). Середній вік пацієнтів, включених в дослідження, становив 68,5 років.

Розподіл больних по нозологіям згідно з критеріями МКБ-10 представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл больних по діагностическим рубрикам МКБ-10

Психіатричні розлади	Кількість больних	
	абс.	%
Деменція при хворобі Альцгеймера (F 00)	3	10,3
Сосудиста деменція (F 01)	4	13,8
Органічний галюциноз (F 06.0)	3	10,3
Органічне бредове (шизофреноподібне) розлад (F 06.2)	5	17,3
Параноїдна шизофренія (F 20.0)	8	27,6
Хронічні бредові розлади (F 22)	4	13,8
Рекуррентний депресивний епізод, поточний епізод тяжкий з психіатрическими симптомами, конгруентними настрою (F 33.30)	2	6,9

По головному психопатологіческому симптому пацієнти розподілялись наступним чином (табл. 3)

Таблиця 3

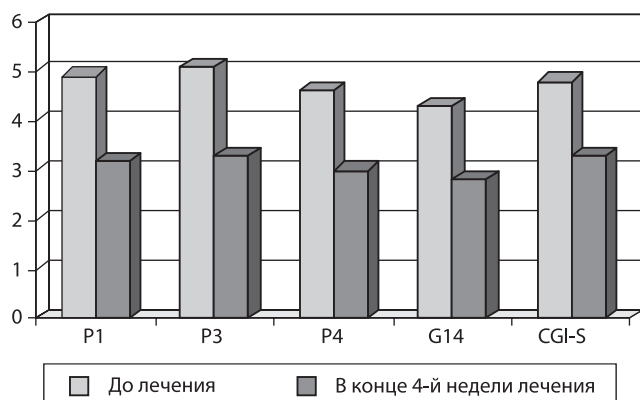
Розподіл пацієнтів по головному симптому

Головний симптом	Кількість больних
Іпохондрический бред	2
Нігілістический бред	1
Бредові ідеї самообвинення	2
Бредові ідеї шкоди	7
Бредові ідеї ставлення	4
Бредові ідеї ревності	2
Бредові ідеї отруєння	5
Слухові галюцинації	5
Зорові галюцинації	7
Збудження	20
Агресивність	9

Дана вибірка пацієнтів отримувала Риссет по схемі:

з 1-го по 3-й день — 0,25 мг 2 р./сут. (вранці, ввечері); з 4-го до 7-го дня — 0,25 мг вранці; 0,5 мг ввечері; з другого тижня — 0,5 мг 2 р./сут. (вранці, ввечері); з третього тижня — 0,5 мг вранці; 1 мг ввечері.

В день окончания исследования согласно оценкам общего клинического впечатления по шкале CGI-S показатели снизились с 4,8 (до начала лечения рисперидоном) до 3,3. По пунктам шкалы PANSS показатели P_1 у пациентов с симптомами бреда снизились соответственно с 4,9 до 3,2; показатели P_3 у пациентов с галлюцинаторными проявлениями — с 5,1 до 3,3; P_4 соответственно с 4,6 до 3,0 и G_{14} — с 4,3 до 2,8 (см. диаграмму).



Динамика показателей по пунктам P_1 , P_3 , P_4 , G_{14} шкалы PANSS и шкалы CGI-S

Из 29 пациентов не окончили участие в исследовании 2 пациента в связи с отказом от продолжения лечения по бредовым мотивам.

В процессе исследования побочные явления наблюдались у 7 (24,1 %) пациентов. Случаев серьезных побочных явлений, приводящих к отмене препарата или необходимости снижения дозы, не было. Наиболее частыми побочными явлениями были: общая слабость (3 случая), сонливость (2), головная боль (2), скованность (1), тремор (3).

По результатам проведенного нами 4-недельного открытого клинического исследования можно считать рисперидон (препарат Risset®) весьма эффективным и достаточно безопасным препаратом для лечения лиц пожилого возраста с психотической симптоматикой.

Существенным преимуществом Риссета является несколько форм выпуска для удобства титрования дозы.

Учитывая полученные результаты, необходимо также упомянуть о ценовой доступности Риссета, что позволяет более широкому кругу пациентов получать необходимое современное лечение. Следует отметить, что стоимость препарата, а также соотношение цена/эффективность, являются важными моментами в вопросе выбора терапии, и если препараты обладают сходной эффективностью и переносимостью, то цена зачастую может являться веским основанием при выборе терапии [19].

Список литературы

1. Beekman, A. T., Copeland, J. R. & Prince, M. J. (1999) Review of community prevalence of depression in later life // *British Journal of Psychiatry*. — 174, 307—311.
2. Bergmann, K. (1981). Gerontopsychiatric prevention. In: *Epidemiology and prevention of mental illness in old age* (Ed. G. Magnusson, J. Neilson, and J. Buch) // *Proceedings of the Nordic Geronto-Psychiatric Symposium, Silkeborg*. — PP. 87—92.

3. Blazer D. The diagnosis of depression in the elderly // *J. Am. Geriat. Soc.* — 1980; 28: 52—58.

4. Cuijpers, P. & Smit, F. (2002) Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies // *Journal of Affective Disorders*. — 72, 227—236.

5. David Jolley, Nick Kosky & Frank Holloway. Older people with long-standing mental illness: the graduates // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2004. — Vol. 10, 27—36.

6. Gilley, D. W., Wilson, R. S., Beckett, L. A., et al. (1997) Psychotic symptoms and physically aggressive behaviour in Alzheimer's disease // *Journal of the American Geriatrics Society*. — 45, 1074—1079.

7. Penninx, B. W., Deeg, D. J., van Eijk, J. T., et al. (2000) Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective // *Journal of Affective Disorders*. — 61, 1—12.

8. Susan A. Ropacki, Ph. D.; Dilip V. Jeste, M. D. Epidemiology of and Risk Factors for Psychosis of Alzheimer's Disease: A Review of 55 Studies Published From 1990 to 2003 // *American Journal of Psychiatry*. — 2005; 162: 2025—2030.

9. Targum, S. D. & Abbott, J. L. (1999) Psychosis in the elderly: a spectrum of disorders // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 60 (suppl. 8), 4—10.

10. Targum, S. D. (2001) Treating psychotic symptoms in elderly patients // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. — 3, 156—163.

11. Tiller J., Ames D., Brodaty H., Byrne G., Chawla S., Halliday G., Snowdon J., Hepworth G., McArdle P., Schweitzer I. Antipsychotic use in the elderly: what doctors say they do, what they do. PMID: 18713173 [PubMed — indexed for MEDLINE].

12. Tune, L. E. & Salzman, C. (2003) Schizophrenia in late life // *Psychiatric Clinics of North America*. — 26, 103—113.

13. Walter Pierre Bouman, Gill Pinner. Use of atypical antipsychotic drugs in old age psychiatry // *Advances in psychiatric treatment*. — 2002. — Vol. 8, 49—58

14. Woemer M. G., Alvir J. M., Saltz B. L., et al. Prospective study of tardive dyskinesia in the elderly: rates and risk factors // *Am. J. Psychiatry*. — 1998; 155:1521—8.

15. Wood, K. A., Harris, J., Morreale, A., et al. (1988) Drug-induced psychosis and depression in the elderly // *Psychiatric Clinics of North America*. — 11,167—193.

16. Zarit, S. H., Todd, P. A. & Zarit, J. M. (1986) Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study // *Gerontologist*. — 26, 260—266.

17. Schneider, L. S., Olin, J. T., Doody, R. S., et al. (1997) Validity and reliability of the Alzheimer's Disease Cooperative Study — *Clinical Global Impression of Change. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Disease and Associated Disorders*. — 11 (suppl. 2), S22—S32.

18. Бредовые идеи и метаболизм в лобных и височных отделах коры головного мозга при болезни Альцгеймера // *Обзор современной психиатрии*. — Вып. 3 (19). — 2003.

19. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. <http://www.euro.who.int/Ukraine>

20. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств / Пер. с англ. Ю. Бородиной, Е. Гальцева, М. Якубы. — М.: Изд-во БИНОМ, 2006. — С. 420.

21. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. — 2006. — С. 21.

22. Психіатрія похилого віку: Т. 1: Пер. з англ. / За заг. ред. В. Позняка. — К.: Сфера, 2001. — С. 355.

23. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1 / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 667—686.

24. Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. — В 2-х т. Т. 1. — М. Медицина, 1988. — С. 596—599.

25. Секреты психиатрии / Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 450—457.

26. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / Под ред. А. А. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — С. 107—160.

Надійшла до редакції 28.01.2009 р.

Р. В. Кулеш, Ю. В. Кулеш

Лікування осіб похилого віку з психотичними розладами

*КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 14»
(м. Дніпропетровськ)*

У статті наведені дані про специфіку психічних захворювань в осіб похилого віку, що можуть супроводжуватися психозами. Висвітлено актуальність проблеми демографічного старіння населення, на фоні якого зростає захворюваність на психотичні розлади осіб похилого віку. Авторами узагальнено досвід застосування препарату рисперидон (Risset®, фармацевтична компанія Pliva, Хорватія) у лікуванні даного контингенту хворих. Наведені результати дослідження виявляють високу ефективність та безпеку застосування рисперидону для лікування психотичних розладів в осіб похилого віку.

R. V. Kulesh, J. V. Kulesh

Treating psychotic symptoms in elderly patients

*Dnipropetrovs'k municipal hospital № 14
(Dnipropetrovs'k)*

Data about specificity of mental disorders with psychotic symptoms in elderly patients are in this article. Relevance of vital senility becomes topical because of increase of morbidity of psychotic symptoms in elderly patients. Authors generalized experience of usage of risperidon (Risset®, Pliva, Croatia) in treatment of psychotic symptoms in elderly patients. High efficacy and safety of risperidon was demonstrated.

УДК 616.891.6–059.6:616–085

Т. Ю. Проскуріна

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України» (м. Харків)

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ,
КОМОРБІДНИХ З ТРИВОГОЮ, У ПІДЛІТКІВ**

Підліткова депресія значно частіше аніж депресія у дорослих є коморбідною до поведінкових і тривожно-фобічних психічних розладів [1]. Відомо, що терапія невротичного розладу включає комплекс безпосередньо медичних і соціотерапевтичних заходів (обстеження і постановка діагнозу, надання при необхідності екстреної допомоги, проведення курсової терапії з використанням медикаментозних засобів, психотерапії, фізіотерапії, інших лікувальних засобів і методів) [2–6]. Вона може бути спрямована: на причини, що спричинили захворювання (етіологічна терапія); на патогенетичні механізми, що обумовлюють виникнення і перебіг захворювання (патогенетична терапія); на компенсаторні механізми, опосередковано сприятливі формуванню пристосування до триваючого хворобливого процесу (компенсаторна терапія) [1, 5–7].

Лікарські засоби, що використовують в програмі терапії невротичної хвороби, не є нозотропними. Однак максимальний терапевтичний ефект від їхнього призначення досягається в тому випадку, коли «психотропність» препарату знаходить найбільш сприятливий «грунт» у характері психопатологічної структури стану. Про терапевтичний вплив на різні патогенетичні ланки при пограничних психічних захворюваннях у лікувальній практиці можна судити лише опосередковано. Психофармакологічні препарати, а також засоби, що справляють загальнобіологічний вплив, безпосередньо не впливають на психологічні і психопатологічні феномени. Їх клінічна дія опосередкована через так звані первинні властивості індивіда як організму, що реалізують потенційні можливості впливу психоактивних засобів на патогенетичні ланки хворобливих станів [1, 5, 7].

Мета дослідження — визначити ефективність альтернативного методу терапевтичного втручання у вигляді призначення стимулотону в поєднанні з аероіонотерапією у підлітків з депресивним невротичним розладом, коморбідним з тривогою.

Дизайн дослідження включав: психопатологічний, соматоневрологічний метод, бальну оцінку психопатологічних показників (Ю. О. Александровський), опитувальник для визначення вегетативних порушень (В. М. Вейн), метод оцінки інтеграційного показника

якості життя, тест депресії В. М. Бойко, тест Люшера, визначення вмісту серотоніну флуориметричним методом В. І. Кулінського і Л. С. Костюковської.

Було обстежено 53 підлітки віком 12—18 років з депресивним невротичним розладом, в структурі якого був виражений тривожний симптомкомплекс. Усі підлітки були поділені на 2 групи: I група — 23 підлітки, які проходили курс терапії стимулотонном з аероіонотерапією (основна група), і II група — 30 підлітків, які отримували базову терапію з амітриптиліном (контрольна група).

Спосіб лікування депресивних невротичних розладів, коморбідних з тривогою, у підлітків основної групи включав використання вибіркового інгібітору зворотного захоплення серотоніну — стимулотону (сертраліну) у поєднанні з аероіонотерапією.

Стимулотон (сертралін) у дозі 0,05 г призначали перорально один раз на добу в першій половині дня курсом 3—4 тижні. Паралельно проводили сеанси аероіонотерапії тривалістю по 60 хв двічі на добу курсом 3—4 тижні. Для проведення аероіонотерапії (насичення повітря в приміщенні негативно зарядженими іонами) використовувалась вдосконалена електроефлювіальна люстра Чижевського «Еліон-132», яка справляє могутню антидепресивну, антистресову та антиастенічну дію за рахунок нормалізації обміну іонів кальцію і серотоніну. Односпрямованість дії стимулотону (сертраліну) і аероіонотерапії приводить до взаємопотенціювання впливу на провідні клінічні симптоми депресивного невротичного розладу.

Підлітки контрольної групи отримували на тлі базової терапії амітриптилін у дозі 0,025 мг 2 рази на добу (ранок, день) протягом 3 тижнів.

Гендерних відмінностей в досліджуваних групах не встановлено. Як в основній, так і в контрольній групах домінував старший підлітковий вік (60,9 % і 60,0 %, відповідно). Більшість підлітків в основній та контрольній групах мали тривалість захворювання більше 1 року (78,2 % і 76,6 %, відповідно).

Під час аналізу характеру психотравм було встановлено, що в розвитку депресивних невротичних розладів у підлітків важливе значення мають як гострі, так і хронічні психотравмуючі ситуації. Найбільшу питому