

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 стимулотонем 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

вагу в структурі психогенів як в основній групі підлітків, так і в контрольній мали гострий тип конфлікту — розрив емоційного зв'язку з «коханим» і хронічний тип конфлікту у вигляді відторгнення в оточенні однолітків — «ізгой», феномен «білої ворони». Спрямованість конфлікту мала міжособистісний характер більш ніж у половини досліджуваних (69,6 % в I групі і 60,0 % в II групі). Внутрішньоособистісний тип конфлікту достовірно частіше був відзначений у досліджуваних II групи (16,4 %), в порівнянні з I групою (8,7 %). Більш ніж у половини досліджуваних реєстрований несприятливий тип мікросоціального оточення — патологічний тип сімейної соціограми (60,9 % в I групі і 66,4 % в II групі) та неврологічний дефіцит (56,5 % в I групі і 53,3 % в II групі).

Провідним синдромом комплексом у підлітків з депресивним невротичним розладом є тривожний, що обумовлює несприятливий тип перебігу і резистентність до терапії. В обох досліджуваних групах домінував тривожно-депресивний симптомокомплекс — 82,6 % в I групі і 80,0 % — в II групі. У 4,5 % хворих I групи і 6,7 % II групи був реєстрований синдром нервової анорексії і без достовірних відмінностей — синдром делінквентної поведінки (13,0 % в I групі і 13,3 % в II групі).

Загальну характеристику підлітків з депресивним невротичним розладом, коморбідним з тривогою, подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Клінічна характеристика основних предикторів терапевтичної ефективності у підлітків з депресивним невротичним розладом, коморбідним з тривогою

Основні клінічні предиктори	Основна група (N = 23)		Контрольна група (N = 30)	
	n	% ± m	n	% ± m
Стать:				
— чоловіча	10	43,5	14	46,6
— жіноча	13	56,5	16	53,3
Вік:				
— підлітки 12—13 років	9	39,1	12	40,0
— підлітки 14—18 років	14	60,9	18	60,0
Тривалість захворювання:				
— до 6 місяців	4	17,4	5	16,7
— до 1 року	1	4,3	2	6,6
— більш 1 року	18	78,2	23	76,6
Наявність супутньої патології:				
— є	16	69,5	17	56,7
— немає	7	30,4	13	43,3
Тип перебігу конфлікту:				
— гострий	4	17,4	5	16,7
— тривалий	1	4,3	2	6,6
— хронічний	18	78,2	23	76,6
Спрямованість конфлікту:				
— міжособистісна	16	69,6	18	60,0
— внутрішньоособистісна	2	8,7	5	16,4
— змішана	5	21,9	7	23,3
Мікросоціальне оточення (тип соціограми):				
— сприятливе	9	39,1	10	33,3
— несприятливе	14	60,9	20	66,4
Неврологічний дефіцит:				
— є	13	56,5	16	53,3
— немає	10	43,5	14	46,6
Клінічний синдром:				
— тривожно-депресивний	19	82,6	24	80,0
— нервової анорексії	1	4,3	2	6,7
— девіантної поведінки	3	13,0	4	13,3

Динаміку основних психопатологічних, психологічних, соціальних чинників, що склали ядро афективної симптоматики при депресивному невротичному розладі, під впливом двох схем терапії наведено у таблиці 2.

На тлі терапевтичного втручання у підлітків основної групи достовірно зменшилися головний біль напруження, кардіалгії, гастралгії, болі в спині, тобто соматична складова тривожно-депресивного симптомокомплексу. Психічні симптоми, що складають ядро депресивного невротичного розладу з тривожно-депресивним симптомокомплексом, такі як депресія, тривога, напруженість, агресивність, стомлюваність — достовірно зменшилися у підлітків основної групи в порівнянні з контрольною. Без динаміки залишився ступінь вираженості синдромів девіантної поведінки і нервової анорексії.

Позитивну динаміку через 6 місяців мали й основні психологічні складові даного варіанту невротичного депресивного розладу в основній групі: рівні стресу (91,4 % до лікування і 21,7 % — після), тривоги (95,7 % до лікування і 13,0 % — після) і депресії (78,3 % до лікування і 17,4 % — після).

Динаміка психопатологічної симптоматики через 6 місяців в основній групі зберігає ту ж закономірність — достовірне зменшення вегетовісцеральних, астеничних, психічних складових депресивного невротичного розладу: тривоги, депресії, агресивності, дисфорії, диссомнічних розладів.

Показники когнітивних розладів в основній групі (пам'ять, увага, працездатність) мають виражену тенденцію до зменшення. На тлі терапії стимулотоном з аероіотерапією простежено дезактуалізацію хронічного конфлікту і значне поліпшення якості психічного і соціального функціонування, поліпшення психологічного гомеостазу у більшості досліджуваних (82,6 %).

У групі контролю відзначено достовірне зниження тільки низки психічних симптомів: дратівливості, головного болю напруження, тривоги, депресії, агресивності, дисфорії, пресомнічних і диссомнічних розладів, розладів соціальної адаптації, напруженості.

В основній групі одужання відзначалося у половини досліджуваних підлітків (52,2 %), у той час як в контрольній групі цей показник був достовірно нижчим (16,6 %, $p < 0,01$). Ефективність терапевтичного втручання за критерієм «без динаміки» достовірно частіше відзначається в контрольній групі (36,6 %), порівняно з основною групою (4,4 %). У 13,3 % підлітків контрольної групи відзначено персистенцію психопатологічного симптомокомплексу депресії та тривожності, погіршення показників психічного і соціального функціонування. У підлітків, які отримували стимулотон в поєднанні з аероіотерапією, ознак «погіршення» відзначено не було.

Таким чином, позитивний ефект терапії був відзначений у більшості хворих, які отримували стимулотон з аероіотерапією. Сумарна ефективність склала 82,6 %. Після закінчення курсу терапії за цією схемою у більшості хворих відзначено значну редукцію показників тривоги і депресії. Побічних ефектів при застосуванні запропонованої схеми лікування не реєструвалося. У 13,3 % пацієнтів була відсутня динаміка клінічних і психологічних показників, що було обумовлене важкою психотравмуючою ситуацією і збереженням актуальності психогенів.

Динаміка клініко-психопатологічних, психологічних симптомів і динамічна характеристика конфлікту у підлітків з депресивним невротичним розладом, коморбідним з тривогою

Ознаки	Основна група (N = 23)						Контрольна група (N = 30)					
	до лікування		через 1 місяць лікування		через 6 місяців після лікування		до лікування		через 1 місяць лікування		через 6 місяців після лікування	
	n	% ± m	n	% ± m	n	% ± m	n	% ± m	n	% ± m	n	% ± m
Клініко-психопатологічні симптоми												
Головний біль напруження	23	100,0	4	17,3***	1	4,3 ⁰⁰	30	100,0	16	53,7**	22	73,3
Кардіалгії	8	34,7	0	0,0***	0	0,0	15	50,0	10	33,3*	12	40,0
Гастралгії	3	13,0	0	0,0***	0	0,0	5	16,6	4	13,3	4	13,3
Біль у спині	18	78,3	2	8,7***	0	0,0 ⁰⁰⁰	22	73,3	19	63,3	18	60,0
Диспноє	1	4,3	0	0,0***	0	0,0	1	3,3	1	3,3	0	0,0 ⁰⁰⁰
Психічні порушення: — зниження пам'яті	14	60,8	13	56,5	7	30,4 ⁰	16	53,7	14	46,3	13	43,3
— зниження працездатності	15	65,2	12	52,7	4	17,3 ⁰	20	66,6	17	56,6	15	50,0
— зниження концентрації уваги	6	29,5	12	52,7	7	30,4 ⁰	20	66,6	18	60,0	16	53,7
Дратівливість	22	95,6	12	52,7**	7	30,4 ⁰	30	100,0	20	66,6*	23	76,6
Тривога	21	91,3	7	30,4**	3	13,0 ⁰	28	93,3	20	66,6*	25	83,3
Депресія	23	100,0	8	34,7**	4	17,3 ⁰	30	100,0	17	56,6*	19	62,7
Агресивність	23	100,0	7	30,4**	3	13,0 ⁰	30	100,0	18	60,0*	18	60,0
Дисфорія	20	86,9	10	43,5**	4	17,3 ⁰	27	90,0	20	66,6*	20	66,6
Втомлюваність	23	100,0	10	43,5**	3	13,0 ⁰⁰	30	100,0	15	50,0*	15	50,0
Анорексія	1	4,3	1	4,3	1	4,3	2	6,6	2	6,6	2	6,6
Розлади поведінки	3	13,0	2	8,7	2	8,7	4	13,3	4	13,3	4	13,3
Напруженість	21	91,3	10	43,5*	5	21,7 ⁰	30	100,0	21	70,0*	23	76,6
Порушення сну: — пресомнічні розлади	16	69,6	7	30,4*	3	13,0 ⁰	18	60,0	10	33,3*	10	33,3
— інтрасомнічні розлади	17	73,9	6	26,1*	2	8,6 ⁰⁰	25	83,3	19	62,7*	13	43,3
Розлади адаптації	23	100,0	10	43,5**	5	21,7 ⁰	30	100,0	15	50,0*	15	50,0
Характеристика психотравмуючої ситуації												
Спрямованість конфлікту: — міжособистісна	16	69,6	12	52,7	5	21,7 ⁰	17	56,7	15	50,0	14	46,3
— внутрішньоособистісна	2	8,7	1	4,3*	0	0,0 ⁰⁰⁰	3	10,0	1	3,3*	1	3,3 ⁰⁰
— змішана	5	21,7	3	13,0	1	4,3 ⁰	10	33,3	3	10,0*	3	10,0
Тип перебігу конфлікту: — гострий	4	17,3	0	0,0***	0	0,0	7	23,3	3	10,0*	2	6,6
— затяжний	1	4,3	0	0,0***	0	0,0	3	10,0	1	3,3***	0	0,0
— хронічний	18	78,3	9	39,1*	4	17,3 ⁰	20	66,6	14	46,3*	14	46,3
Характеристика психологічних показників												
Рівень депресії: — відсутній	0	0,0	0	0,0	15	65,2 ⁰⁰⁰	0	0,0	5	16,6***	0	0,0
— мінімальний	3	13,0	1	4,3*	4	17,3 ⁰⁰	3	10,0	5	16,6	5	16,6
— помірний	18	78,3	15	65,2	4	17,3 ⁰⁰	27	90,0	20	66,6*	21	70,3
— виражений	2	8,7	1	4,3*	0	0,0 ⁰⁰⁰	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Рівень стресу: — відсутній	0	0,0	0	0,0	16	69,6 ⁰⁰⁰	0	0,0	3	10,0***	3	10,0
— низький	1	4,3	1	4,3	2	8,7 ⁰	2	6,6	3	10,0	3	10,0
— середній	21	91,4	10	43,4**	5	21,7 ⁰	24	80,0	16	53,7*	24	80,0 ⁰
— високий	1	4,3	0	0,0***	0	0,0	4	13,3	0	0,0***	0	0,0
Рівень тривоги: — відсутній	0	0,0	0	0,0	12	52,7 ⁰⁰⁰	2	6,6	0	0,0***	0	0,0
— низький	1	4,3	12	52,7	15	65,2 ⁰⁰⁰	3	10,0	5	16,6	5	16,6
— середній	22	95,7	0	0,0*	3	13,0 ⁰⁰	25	83,3	19	63,3*	16	53,3
— високий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ — вірогідність розбіжності показників в основній та контрольній групах до лікування та через 1 місяць лікування

⁰ — $p < 0,05$; ⁰⁰ — $p < 0,01$; ⁰⁰⁰ — $p < 0,001$ — вірогідність розбіжності показників в основній та контрольній групах через 6 місяців після лікування у порівнянні з показниками через 1 місяць лікування

Ефективність терапевтичного втручання при лікуванні хворих підлітків з депресивним невротичним розладом, коморбідним з тривогою, оцінювалася за загальноприйнятими критеріями (табл. 3).

Таблиця 3

Ефективність терапевтичного втручання у підлітків з депресивним невротичним розладом, коморбідним з тривогою

Критерії ефективності лікування	Основна група (N = 23)		Контрольна група (N = 30)	
	n	%	n	%
Одужання	12	52,2**	5	16,6
Поліпшення	7	30,4	10	33,3
Без динаміки	4	17,4*	11	36,6
Погіршення	0	0,0**	4	13,3

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — вірогідність розбіжності між показниками ефективності лікування підлітків в основній та в контрольній групах

Запропонований спосіб терапії відрізняється від існуючих тим, що забезпечує стійкий клінічний ефект протягом першого-другого тижня, зменшує рівень депресії, тривоги, як соматичної, так і психічної складових, значно зменшує фармакологічне навантаження. Застосований спосіб терапії депресивних невротичних розладів у підлітків демонструє можливість поєднаного використання високих технологій (аероіонотерапії) і сучасного вибіркового інгібітору зворотного захоплення серотоніну стимулотону (сертраліну) в повсякденній клінічній практиці. Спосіб відрізняється абсолютною сумісністю аероіонотерапії і стимулотону (сертраліну), добрим фармакоекономічним ефектом (економзберігаючим потенціалом) за рахунок низької собівартості лікування і скорочення термінів перебування хворих у спеціалізованому стаціонарі.

Стимулотон (сертралін) має виражений антидепресивний ефект, тимоаналептичну дію, забезпечує суттєву редукцію тривоги, поліпшує якість сну, не спричиняє седації і не чинить впливу на психомоторні функції, не викликає залежності, не має кардіотоксичної дії, безпечний для підліткового віку.

Таким чином, поєднане застосування аероіонотерапії і стимулотону забезпечує регрес психопатологічних проявів невротичного депресивного розладу за рахунок нормалізації емоційного стану, відновлення циркадних ритмів, підвищення соціальної активності і є основою вторинної профілактики особистісних та поведінкових розладів в юному віці.

Список літератури

1. Александровский Ю. А. О некоторых общих подходах к профилактике и терапии пограничных психических расстройств // Архив психиатрии. — 2001. — № 4 (27). — С. 16—18.
2. Александровский Ю. А. и др. Методические рекомендации по изучению пограничных нервно-психических расстройств / Ю. А. Александровский, Б. Д. Петраков, Н. И. Басов. — М., 1986. — 116 с.
3. Александровский Ю. А., Табачников С. И. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9, № 2 (33). — С. 5—6.
4. Harrington R. Affective disorders: Modern approaches // Child and adolescent psychiatry. — 1994. — P. 330—350.
5. Марута Н. О., Мороз В. В. Невротичні депресії (клініка, патогенез, діагностика та лікування) // Укр. вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 1 (26). — С. 44—49.
6. Марценковський Ю. О. и др. Особливості діагностики та лікування депресивних розладів у дитячому віці // Ю. О. Марценковський, Я. Б. Бікшаева, Л. Р. Бутейко // НейроNEWS неврология и психиатрия. — 2007. — № 3 (04). — С. 19—26.
7. Сыропятов О. Г., Дзержинская Н. А. Принципы терапии депрессий у подростков / Невротичні розлади у дітей та підлітків: патогенез, клініка, реабілітація: Матеріали наук. симп. — Харків, 2003. — С. 98.

Надійшла до редакції 22.12.2008 р.

Т. Ю. Проскурина

Особенности лечения депрессивных невротических расстройств, коморбидных с тревогой, у подростков

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины» (г. Харьков)

В статье обсуждается альтернативный способ лечения депрессивных невротических расстройств, коморбидных с тревогой, у подростков, основанный на применении комбинированной фармакотерапевтической и немедикаментозной, патогенетически обоснованной коррекции ведущих психопатологических симптомокомплексов, использующий лекарственный препарат стимулотон — селективный ингибитор обратного захвата серотонина и аероіонотерапию. Значимость метода заключается в регрессе основных психопатологических проявлений невротической болезни за счет нормализации эмоционального состояния, восстановления циркадных ритмов, повышения социальной активности.

T. Yu. Proskurina

Some features in the treatment of depressive neurotic disorders comorbid with anxiety in adolescents

State institution "Institute of Children and Adolescents Health Care of AMS of Ukraine" (Kharkiv)

The paper presents considerations on an alternative method in treating depressive neurotic disorders comorbid with anxiety in adolescents. The method is based on application of combined pharmacotherapeutic and nonmedicamentous, pathogenetically substantiated correction of the main psychopathological complexes of symptoms with the use of Stymuloton — selective inhibitor of the reverse serotonin capture and aeroionotherapy. Significance of the method lies in the regress of major psychopathological manifestations of neurotic disorders due to normalization of emotional status, reconstruction of circadian rhythms, and an increase in social activity.