

Н. Г. Михановская

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

Психоаналитические теории в аспекте психопатологии раннего возраста

В работе представлены результаты собственных исследований относительно клинических проявлений нарушений психического развития детей в возрасте от 3-х месяцев до 1,5 лет с перинатальным поражением нервной системы, которые рассматриваются с точки зрения психоаналитических теорий развития, формирования первых организаторов психики.

Ключевые слова: дети раннего возраста, психопатологическое расстройство, психоаналитические теории развития.

N. G. Mikhanovska

State institution "Institute for children and adolescents health care, affiliated to the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

Psychoanalytical theories in the light of early age psychopathology

The article presents the results of a study regarding clinical manifestation of mental development disorders in children, aged 3 to 18 months, with the nervous system perinatal damage as considered from the point of view of the developmental psychoanalytical theories, and formation of the initial mentality organizers.

Keywords: children of early age, psychopathological disorders, psychoanalytical developmental theories.

УДК 616.895.4-053.89-08-008.47

Т. В. Панько, канд. мед. наук, провід. наук. співробітник

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОМІРНОГО ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗодУ ТА ЙОГО ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Метою дослідження стало вивчення клініко-патопсихологічних особливостей помірного депресивного епізоду в осіб літнього віку. Виділено критерії його діагностики, диференціальної діагностики й лікувально-профілактичних заходів.

Було обстежено 37 хворих з помірним депресивним епізодом віком від 61 до 67 років, середній вік склав 62,9 року.

Психопатологічна картина помірного депресивного епізоду характеризувалася наявністю афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень, соматичних проявів і формувала відповідну синдромальну структуру: сполучення депресивного й тривожного синдромів з іпохондричним симптомокомплексом (62,16 %), сенесто-іпохондричним (16,21 %) і соматовегетативним симптомокомплексом (24,32 %).

Основним методом терапії був обраний антидепресант Депривокс (флувоксамін), що належить до групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Депривокс призначався в дозі 50 мг увечері перші 2 тижні. Через 2 тижні доза препарату збільшувалася до 100 мг на добу й була поділена на 2 прийоми по 50 мг через 12 годин. Таке поступове збільшення дози дозволяє попередити розвиток побічних дій.

Ключові слова: помірний депресивний епізод, лікування, похилий вік.

Проблема стану психічного здоров'я в усіх країнах світу набуває все більшої актуальності внаслідок високого рівня поширеності психічних розладів різного генезу. Серед психічних розладів особливу занепокоєність та увагу викликають депресивні розлади. Актуальність проблеми депресивних розладів обумовлена результатами епідеміологічних досліджень: поширеність розладів депресивного регістру серед населення Європи та США протягом останнього десятиріччя становить 5—10 % (для порівняння цей показник в 60-ті роки становив 0,4—0,8 %). Достовірно встановлено, що захворюваність на депресивні розлади на сьогоднішній день становить майже 3 %, а кожного року близько у 100 млн мешканців нашої планети виявляються ознаки депресії, які потребують надання адекватної медичної допомоги [1]. Актуальність цієї проблеми є не тільки проблемою психіатрів, але й загальної медицини, де кількість депресій сягає 22—23 % та перебільшує навіть артеріальну гіпертензію [2, 3]. Середній вік початку депресії становить 35—40 років, але в останні роки спостерігається збільшення депресивних розладів у різних

вікових групах. Так депресивні розлади серед дітей до 12 років становлять 2,00 %, серед підлітків — 5,00 %, серед осіб середнього віку — до 20,00 %, серед осіб похилого віку — до 30,00 %. Також встановлено, що самотні люди хворіють на депресивні розлади у 2—4 рази частіше, ніж сімейні [4, 5].

Саме внаслідок високої поширеності депресивних розладів серед осіб похилого віку вони набувають особливої значущості. Крім високого рівня поширеності депресивних розладів в структурі захворюваності у похилому віці, ці розлади набувають певної значущості у зв'язку з тенденцією до затяжного атипового перебігу депресивних розладів [6]. Саме наявність депресивних розладів у цієї групи хворих є фактором ризику госпіталізації та незалежним предиктором смертності. Хворі похилого віку з депресивними проявами характеризуються низькими мотиваційними можливостями, песимістично ставляться до лікування, недостатньо виконують режим терапії основного захворювання. Перебіг депресивних розладів у цих хворих характеризується суттєвим та стійким зниженням настрою, песимізмом, зосередженістю на хворобливому самопочутті, що призводить до іпохондризації, жалю до себе, мінімізації навантажень. Зміни життєвих позицій призводять до відмови від будь-якої діяльності, скорочення кола спілкування, порушують комунікативні можливості пацієнтів. Незалежно від важкості депресивних проявів у похилих осіб, навіть якщо вони мають м'який перебіг, вони негативно впливають на перебіг соматичних захворювань та оцінку стану здоров'я та якості життя.

Для сучасної України проблема депресивних розладів в цілому та в осіб похилого віку в особливості стає все більш актуальнішою внаслідок ряду факторів до яких слід віднести: по-перше, велику кількість населення похилого віку — кожний п'ятий житель країни людина похилого віку; по-друге, кожна п'ята особа похилого віку — людина самотна; по-третє, кожна п'ята самотна людина потребує догляду. Саме ці фактори лягають великим економічним тягарем на плечі суспільства [7].

Усе вищевикладене свідчить про необхідність подальшого вивчення депресивних розладів у віковому аспекті, особливо в осіб похилого віку. Вивчення особливостей депресивних розладів у осіб похилого віку,

Психопатологічні прояви у хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом

дозволить відзначити їх характерні клінічні риси, патопластичний вплив на перебіг хвороби, особливості реагування, механізми, що сприяють порушенню адаптації цієї великої групи хворих. Усе це дасть можливість поліпшити діагностику і, на цьому тлі — якість терапії депресивних розладів.

Виходячи з вищевикладеного, метою дослідження стало вивчення клініко-патопсихологічних особливостей помірного депресивного розладу в осіб похилого віку; виділення критеріїв їх діагностики, диференційної діагностики та відповідних лікувально-профілактичних заходів.

Було обстежено 37 хворих на помірний депресивний епізод віком від 61 до 67 років, середній вік становив 62,9 років. Серед хворих на помірний депресивний епізод чоловіків було 45,94 %, жінок — 54,06 %. Рівень освіти обстежених свідчить, що більшість обстежених мала вищу освіту (59,45 %). 81,08 % хворих проживали в місті, менша кількість — 18,92 % в сільській місцевості.

Оцінка соціальної зайнятості демонструє достовірне переважання у хворих на помірний депресивний епізод відсутності соціальної зайнятості (не працювали 64,87 % хворих).

Середня тривалість захворювання при помірно-депресивному епізоді в групі обстежених склала 1,8 роки.

Відомо, що для похилого віку характерна наявність великої кількості психотравмуючих чинників. Саме тому з метою виключення невротичного ґенезу депресивного розладу у цих хворих проводили аналіз психогенних чинників. Отримані дані свідчать, що у 72,97 % обстежених хворих мали місце різноманітні психотравмуючі чинники, але незважаючи на їх наявність, хворі не пов'язували свою хворобу з їхньою дією, але вказували на той факт, що з їх точки зору наявність цих психогенних чинників негативно впливала на їхнє самопочуття.

Аналіз початку захворювання в групі обстежених свідчить, що у 64,86 % хворих початок мав затяжний характер, у 24,32 % — підгострий, у 10,82 % — гострий.

Аналіз перебігу помірного депресивного епізоду свідчить про той факт, що всі обстежені хворі похилого віку з самого початку захворювання скаржились на різноманітні больові відчуття з боку голови, серця, внутрішніх органів. Саме наявність цих скарг приводила цих хворих до лікарів-інтернів. Усі 100,00 % хворих проходили різноманітні обстеження, лікувались від 4 до 6 разів у різних терапевтичних, кардіологічних, гастроентерологічних, неврологічних стаціонарах. Повторні курси лікування не приводили до суттєвого покращання стану, що поглиблювало погіршення як соматичного, так і психічного самопочуття.

Оцінку клініко-психопатологічних проявів у хворих на помірний депресивний епізод подано в таблиці 1.

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. Так, аналіз даних свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежених хворих спостерігався знижений настрій, який супроводжувався тривогою. Тривога у цих хворих пов'язувалась переважно зі станом свого здоров'я — у 83,78 % випадків. Відчуття туги спостерігалось у 67,56 % випадків, суїцидальні думки у 51,35 % випадків, прояви емоційної лабільності у 81,08 %.

Клінічна ознака	% ± m %
Афективні розлади	
Пригнічений настрій	100,00 ± 0,00
Немотивована тривога	29,72 ± 7,61
Тривога за стан свого здоров'я	83,78 ± 6,14
Байдужість	43,24 ± 8,25
Відчуття туги	67,56 ± 7,80
Плаксивість	62,16 ± 8,08
Суїцидальні думки	51,35 ± 8,33
Емоційна лабільність	81,08 ± 6,52
Особистісні переживання	
Відчуття провини	48,64 ± 8,33
Знижена впевненість у собі	64,86 ± 7,95
Відчуття відсутності перспективи у майбутньому	62,16 ± 8,08
Відчуття непотрібності	51,35 ± 8,33
Відчуття емоційної вразливості	54,05 ± 8,30
Втрата емоційного відгуку	43,24 ± 8,25
Когнітивні порушення	
Погіршення пам'яті	70,27 ± 7,61
Погіршення уваги	45,94 ± 8,30
Психічна стомлюваність	48,64 ± 8,33
Соматичні прояви:	
Фізична загальмованість	67,56 ± 7,80
Фізична стомлюваність	35,13 ± 7,80
Млявість	70,27 ± 7,61
Метушливість	72,97 ± 7,73
Розлади сну	78,37 ± 7,16
Парестезії	64,86 ± 7,80
Сенестопатії	45,94 ± 8,30
Головні болі	89,18 ± 5,17
Запаморочення	48,64 ± 8,33
Кардіалгії	78,37 ± 7,16
Задуха	56,75 ± 8,25
Гіпергідроз	40,54 ± 8,54
Коливання тиску: — підвищення	91,89 ± 4,54
— пониження	64,86 ± 7,80
— лабільність	10,81 ± 5,17
Диспепсичні розлади	16,21 ± 6,14
Зниження апетиту	35,13 ± 7,80
Втрата ваги	83,78 ± 6,14
Болі в животі	37,83 ± 8,08
Нудота, блювота	40,54 ± 8,54
Дизурічні розлади	29,72 ± 7,61
Дизурічні розлади	27,02 ± 7,73
Лабільність вазомоторів	35,13 ± 7,80
Вегетосудинні пароксизми	62,16 ± 8,08

Особистісні переживання характеризувались наявністю відчуття провини у 48,64 % випадків, непотрібності близьким у 51,35 % випадків, відсутності перспективи у майбутньому у 62,16 %, емоційної вразливості у 54,05 %, втрати емоційного відгуку у 43,24 %. Таким чином, виявлена специфіка особистісних переживань свідчить про фіксованість хворих похилого віку на зниженні соціальної активності та попиту в оточуючому середовищі.

Під час оцінювання когнітивних порушень виявлено, що для хворих похилого віку характерно погіршення пам'яті (70,27 %) та психічна стомлюваність (48,64 %). Отримані результати можуть свідчити про те, що погіршення пам'яті та психічна стомлюваність пов'язані з наявністю органічної патології.

Аналіз соматичних проявів свідчить про наявність в структурі депресивних розладів великої кількості різноманітних скарг з боку серцево-судинної системи, дихальної системи, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи, спостерігалась більша кількість та сполученість соматичних проявів. Так, найбільш частими були головні болі — у 89,18 % хворих, кардіалгії — у 78,37 % хворих, коливання тиску — у 91,89 % випадків, вегетосудинні пароксизми у 62,16 %, фізична загальмованість у 67,56 % випадків, млявість у 70,27 % випадків, парестезії — 64,86 %, сенестопатії — 45,94 %, запаморочення — 48,64 % випадків. Великий спектр соматичних проявів, їх сполучення, частоту не можливо 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 помірного депресивного епізоду. Аналіз синдромальної структури свідчить, що у хворих на помірний депресивний епізод в клінічній картині переважали депресивний і тривожний синдроми, які частіше поєднувались з іпохондричним симптомокомплексом (62,16 % випадків), сенесто-іпохондричним (16,21 % випадків) та соматовегетативним симптомокомплексом (24,32 % випадків).

Для оцінки вираженості депресивної симптоматики використовували шкалу Гамільтона. Психометричний профіль обстежених наведений у таблиці 2.

За даними шкали Гамільтона показники вираженості депресивної симптоматики свідчать, що у хворих похилого віку загальний рівень депресивних проявів має високі показники. Під час аналізу за шкалою HDRS — вираженість соматичних симптомів депресії («соматична тривога», «шлунково-кишкові соматичні симптоми», «загальні соматичні симптоми») була високою. Показники афективних проявів («ажитація», «схильність до самогубства» та «іпохондрія») були високими. Високі показники вираженості соматичних та афективних симптомів депресії відбивають негативістичні настанови у хворих на помірний депресивний епізод похилого віку.

Крім того, в усіх обстежених хворих було проведено вивчення особливостей ставлення до хвороби та інші пов'язані з нею особистісні відносини, що відображено в таблиці 3.

Таблиця 2

Психометричні характеристики депресії та тривоги у хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом

Шкала	Бали
Знижений настрій	3,68
Відчуття провини	2,37
Схильність до самогубства	0,71
Ранішнє безсоння	1,23
Пізнє безсоння	1,17
Працездатність	1,67
Загальмованість	2,51
Безсоння посеред ночі	1,32
Ажитація	1,83
Психічна тривога	1,34
Соматична тривога	3,14
Шлунково-кишкові симптоми	1,75
Загальносоматичні симптоми	1,82
Статеві симптоми	0,76
Іпохондрія	2,51
Втрата ваги	0,96
Самооцінка (визнає себе хворим)	0,88
Загальна оцінка	29,65

Таблиця 3

Типи ставлення до хвороби у хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом

Типи відношення		Типи відношення	
Гармонічний	2,70 ± 2,70	Обсесивно-фобічний	8,11 ± 4,54
Тривожний	10,81 ± 5,17	Егоцентричний	8,11 ± 4,54
Іпохондричний	24,32 ± 7,14	Ейфорійний	—
Меланхолічний	27,03 ± 7,40	Анозогнозичний	2,70 ± 2,70
Апатичний	16,22 ± 6,14	Ергопатичний	2,70 ± 2,70
Неврастенічний	5,40 ± 3,76	Паранояльний	5,40 ± 3,76
Сенситивний	13,51 ± 5,69	Егоцентричний	8,11 ± 4,54

Як свідчать отримані дані, переважаючими типами ставлення до хвороби у хворих з помірним депресивним епізодом були меланхолічний (27,03%), іпохондричний (24,32 %) та апатичний (16,22 %), що свідчить про сконцентрованість на суб'єктивних соматичних та інших неприємних відчуттях, невіру в можливе одужання та ефективність лікування, байдужість до власної долі, пасивне ставлення до власної хвороби.

Патопсихологічне дослідження включало в себе вивчення особистісних особливостей, потребо-мотиваційної сфери, емоційного функціонування і внутрішньоособистісних конфліктів у хворих на помірний депресивний епізод.

Характерологічні особливості хворих на помірний депресивний епізод (F 32) відображені на рисунку 1.

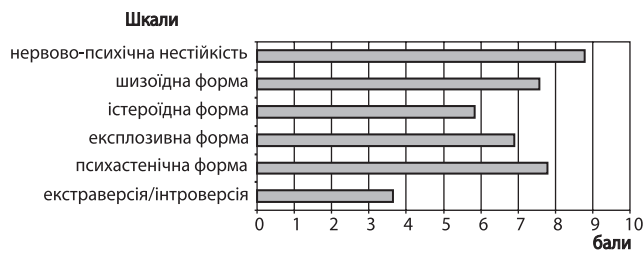


Рис. 1. Усереднений характерологічний профіль хворих на помірний депресивний епізод (F 32)

У характерологічному профілі пацієнтів з помірним депресивним епізодом переважали шизоїдні та психастенічні риси характеру. Відмінною особливістю депресивних пацієнтів похилого віку є зниження показників за шкалою експлозивності, тобто відсутність різких коливань в настрої, яскравих вегетативних та емоційних реакцій. Зміни особистості при помірному депресивному розладі призводили до змін потребово-мотиваційної сфери, що оцінювалась за допомогою методики вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації О. Б. Фанталової. За результатами проведеної методики цінність «щасливого сімейного життя» є найбільш значущою для цих пацієнтів в загальній структурі цінностей. Крім того, пацієнти похилого віку з помірним депресивним епізодом характеризувалися більшою значущістю цінності «матеріальне забезпечене життя». При цьому цінності власної самореалізації, такі як «активне діяльне життя», «творчість», а також «власне здоров'я» у пацієнтів похилого віку з помірним депресивним епізодом були менш значущі. Тобто пацієнтів характеризувало, перш за все, переважання цінностей особистого життя, таких як щасливе сімейне життя, матеріальна забезпеченість, любов і менша значущість цінностей суспільної самореалізації та власного здоров'я. При цьому цінності власної самореалізації в суспільному житті, творчості, пізнанні оцінювались пацієнтами похилого віку як цілком досяжні, але їх низька значущість свідчить про те, що відсутня внутрішня мотивація до власної самореалізації.

Під час оцінювання рівня тривожності в усіх обстежених пацієнтів фіксувався високий рівень тривожності 26,7 балів, тобто стан пацієнтів характеризувався емоціями напруження, неспокою, заклопотаності, нервозності, які вони суб'єктивно переживали. Оцінка суїцидального ризику за результатами методики СВСР — «спосіб визначення суїцидального ризику» свідчить про високий рівень суїцидального ризику відносно нормативних показників — 25,09 балів.

Патопсихологічний метод був доповнений оцінкою показника якості життя у хворих на помірний депресивний епізод.

Аналіз якості життя у хворих на помірний депресивний епізод свідчить, що ці хворі найбільш низько оцінювали шкали «Фізичне благополуччя» — 5,02 бали, «Психологічне благополуччя» — 5,45 балів. Також зниженими були оцінки за іншими шкалами. В цілому, інтегративний показник якості життя у хворих на помірний депресивний епізод був низький і становив 5,92 балів.

Оцінка показника якості життя виявила взаємозв'язок з клінічною картиною: наявність зниженого фону настрою, тривоги, незадоволеність своєю активністю, наявність ідей самозвинувачення корелюють з низькими показниками шкал. Збільшення показників за

шкалами «Самообслуговування та незалежність дій» та «Працездатність» у хворих похилого віку свідчить про недооцінку хворими своїх можливостей, дисимуляцію своєї працездатності.

В цілому, проведене дослідження дозволило виявити певні особливості клініко-психопатологічних проявів у осіб похилого віку. Так, було встановлено, що для осіб похилого віку початок хвороби має затяжний або підгострий характер. Важливим аспектом, який слід урахувувати, є аспект соціальної зайнятості. Так, у хворих похилого віку у більшості випадків реєструється відсутність соціальної зайнятості, що викликає у них відчуття непотрібності, провини перед близькими, приводить до зниження рівня життя. Клінічна картина характеризується сполученням афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень та соматичних проявів.

Усі виявлені особливості необхідно враховувати під час постановки діагнозу та вибору терапії.

Основним методом терапії депресивних розладів в цілому, та помірною депресивного епізоду в особливості, є терапія антидепресантами. Загальні завдання терапії при депресивних розладах спрямовані на стабілізацію стану хворих та зворотний розвиток усіх симптомів депресії. Сучасний вибір антидепресантів є дуже широким, тому під час вибору препаратів для лікування депресивних розладів у похилому віці слід враховувати цілу низку факторів: ранній початок терапії; вибір антидепресантів з мінімальними побічними діями; призначення половинних доз антидепресантів з початку лікування та обережне, не частіше 1 разу на 2 тижня, підвищення дози антидепресантів в разі необхідності; досягнення стійкої позитивної клінічної динаміки; тривала підтримуюча терапія, не менш ніж 6 місяців; використання комбінованої терапії антидепресантами в разі важких, складних або затяжних депресивних розладів; терапія супутньої соматоневрологічної симптоматики одночасно з терапією антидепресантами; дотримання етапів терапії (купіруючий, стабілізуючий та профілактичний); обов'язкове використання методів психотерапії, спрямованих на підтримку хворих, усвідомлення пацієнтами наявності у них депресивного розладу; особливостей своєї поведінки та емоційного реагування протягом захворювання; власної ролі в процесі терапії; усвідомлення дезадаптивних форм поведінки під час розладу та опрацювання адаптивних варіантів поведінки; відновлення комунікативних навичок; підвищення рівня соціальної та сімейної взаємодії; профілактика ризику рецидивів депресивного розладу. При лікуванні хворих на помірний депресивний епізод терапія мала етапний характер.

I етап лікування для цих хворих повинно проводити обов'язково в умовах стаціонару, використовувати обов'язково антидепресанти та індивідуально-орієнтовану підтримуючу та роз'яснюючу психотерапію.

На II етапі на фоні антидепресантів продовжується проведення індивідуальної психотерапії 2—3 рази на тиждень в амбулаторних умовах. Метою даного етапу психотерапії є створення умов для підвищення рівня самооцінки та впевненості в собі; стимуляція до підвищення активності в повсякденному житті.

На III етапі лікування, який проводиться від 3 до 6 місяців, використовується когнітивно-поведінкова психотерапія та поведінковий тренінг, що сприяє відпрацюванню адаптивних варіантів поведінки та виявленню резервів особистісних можливостей, дозволяє

позитивно оцінювати реалізовані пацієнтами досягнення, стимулювати подальшу активність.

При призначенні антидепресантів перевага надавалась новим антидепресантам, враховуючи їх більшу безпечність та менший ризик міжмедикаментозної взаємодії з урахуванням супутньої фармакотерапії.

Як препарат вибору при лікуванні помірного депресивного розладу у хворих похилого віку нами обрано антидепресант Депривокс (флувоксамін) виробництва компанії STADA, Німеччина, який належить до групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Вибір препарату Депривокс обумовлений особливостями діючої речовини: помірний седативний ефект у поєднанні з психостимулюючою дією, позитивний вплив на симптоми тривоги і покращання сну, сприятливий вплив на когнітивні функції, безпечність у пацієнтів похилого віку та мінімальні побічні дії. У обстежених хворих Депривокс призначався з самого початку у дозі 50 мг (1/2 таблетки) ввечері протягом перших 2 тижнів. Через 2 тижні доза препарату збільшувалась до 100 мг на добу та була поділена на 2 прийоми по 50 мг через 12 годин. Таке поступове збільшення дози дозволяє запобігти виникненню побічних дій та оцінити дію препарату на кожного хворого.

Оцінка ефективності терапії проводилась на підставі зворотного розвитку симптомів депресії та динаміки інтегративного показника якості життя.

Динаміку стану хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом на підставі оцінки інтегративного показника якості життя зображено на рисунку 2.

Інтегративний показник протягом усього терміну лікування має тенденцію до зростання, відбиваючи позитивну динаміку основних складових інтегративного показника — суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей, задоволеності зовнішніми умовами.

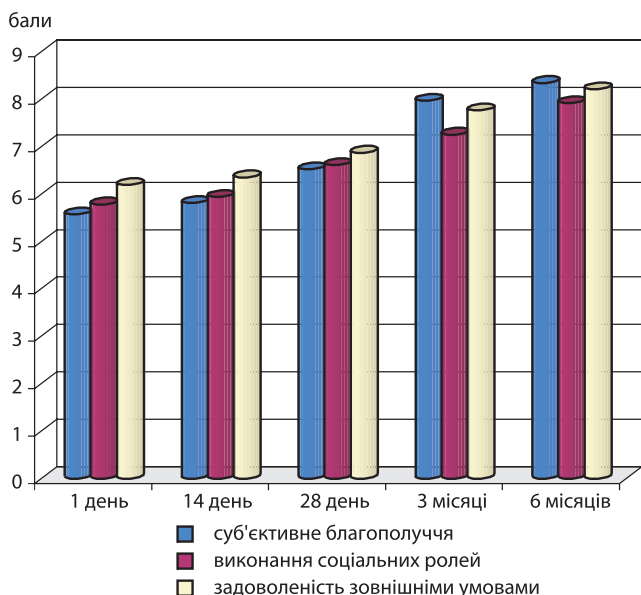


Рис. 2. Динаміка інтегративного показника якості життя у хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом в процесі терапії

З метою оцінки ефективності проведеної терапії була проведена загальна оцінка стану хворих на 28 день, через 3 та 6 місяців, що відображено на рисунку 3.

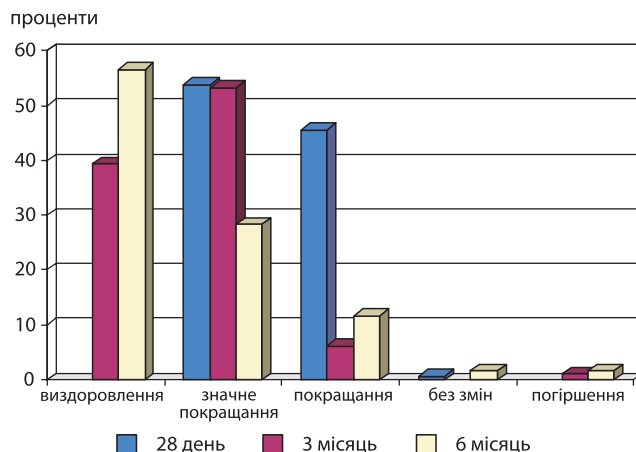


Рис. 3. Динаміка стану хворих похилого віку з помірним депресивним епізодом на 28 день, через 3 та 6 місяців

Як свідчать отримані дані, 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 хворих покращувався і видужання спостерігалось 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: видужання спостерігалось у 56,66 %, значне покращання у —28,33 %, покращання — у 11,69 %, відсутність змін — у 1,66 %, погіршення стану було у 1,66 % хворих.

Побічні дії, що спостерігались протягом лікування в окремих випадках, мали транзиторний характер. Так, у 1 випадку спостерігались прояви нудоти, у 2 випадках короточасні прояви прискореного серцебиття, ще у одному випадку відмічалось підвищення тиску. Усі ці прояви мали місце протягом 10—12 днів та проходили без відміни препарату.

Таким чином, отримані результати свідчать про високу ефективність та безпечність проведеної терапії з використанням антидепресанту Депривокс.

Список літератури

- Sartorius, N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы [Текст] / N. Sartorius // WPA Bulletin on Depression. — 2003. — № 6. — С. 3—4.
- Katona, C. Managing depression in older people [Text] / C. Katona // Advances in Psychiatric Treatment. — 1996. — № 2. — P. 178—185.
- Yohannes, A. M. Depression in elderly outpatients with disabling chronic obstructive pulmonary disease [Text] / A. M. Yohannes, J. Roomi, R. C. Baldwin // Age and Agein. — 1998. — № 27. — P. 155—160.
- Летникова, З. В. Анализ факторов развития депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста в условиях одиночества [Текст] / З. В. Летникова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16. — №3. — С. 17—21.
- Кравченко, Н. Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии [Текст] / Н. Е. Кравченко // Терапия психических расстройств. — Архив ТПР, 2007. — №3. — С. 5—11.
- Гаврилова, С. И. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте [Текст] / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калын // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 6. — С. 67—80.
- Mossey, J. M. Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for dysthymic depression in medically ill elderly [Text] / J. M. Mossey, K. A. Knott Higgins M. et al. // Journal of Gerontology: Medical Sciences. — 1996. — № 51A. — М. 172—178.

Надійшла до редакції 18.11.09 р.

Т. В. Панько

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (г. Харків)

**Клинико-психопатологічні особливості
умереного депресивного епізоду і його терапія
у осіб пожилого віку**

Целью исследования стало изучение клинико-патопсихологических особенностей умеренного депрессивного эпизода у лиц пожилого возраста. Выделены критерии его диагностики, дифференциальной диагностики и лечебно-профилактических мероприятий.

Было обследовано 37 больных с умеренным депрессивным эпизодом в возрасте от 61 до 67 лет, средний возраст составил 62,9 года.

Психопатологическая картина умеренного депрессивного эпизода характеризовалась наличием аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений, соматических проявлений и формировала соответствующую синдромальную структуру: сочетание депрессивного и тревожного синдромов с ипохондрическим симптомокомплексом (62,16 %), сенесто-ипохондрическим (16,21 %) и соматовегетативным симптомокомплексом (24,32 %).

Основным методом терапии был выбран антидепрессант Депривокс (флувоксамин), который относится к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Депривокс назначался в дозе 50 мг вечером первые 2 недели. Через 2 недели доза препарата увеличивалась до 100 мг в сутки и была раз поделена на 2 приема по 50 мг через 12 часов. Такое постепенное увеличение дозы позволяет предупредить развитие побочных действий.

Ключевые слова: умеренный депрессивный эпизод, лечение, пожилой возраст.

T. V. Panko

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

**Clinic-psychopathological peculiarities
of moderate depressive episode and its therapy
in aged persons**

The aim of our investigation was to study clinic-psychopathological peculiarities of moderate depressive episode in aged persons. There were selected the criteria of their diagnostic, differential diagnostic and treatment and prophylactic measures.

It was examined 37 patients with moderate depressive episode at the age from 61 to 67, the middle age was 62.9.

Psychopathological picture of moderate depressive episode characterized by effective disorders, personal emotion, cognitive disorders, somatic manifestation and forming of appropriate syndromic structure; combination of depressive and anxious syndromes with hypochondriacal symptom-complex (62.16 %), senesto-hypochondriacal (16.21 %) and somatovegetative symptom-complex (24.32 %).

The main method of the therapy was to choose antidepressant Deprivox (fluvoxamine) which depended on the group of selective inhibitors the return holder of serotonin. Deprivox was prescribed in dose 50 mg tonight the first two weeks. In two weeks the dose increased to 100 mg per day and was divided into two dose on 50 mg in 12 hours. Such constant increasing allows to prevent the development of side effects.

Keywords: moderate depressive episode, treatment, aged persons.

УДК 615.456-657.356.647.12

**С. І. Радіонова, лікар, Г. С. Рачкаускас, д-р мед. наук, професор,
В. М. Фролов, д-р мед. наук, професор**
Луганський державний медичний університет (м. Луганськ),
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня, (м. Луганськ)

**ВПЛИВ ПОЛІОКСИДОНІУ НА ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
В ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ФЕБРИЛЬНОГО НАПАДУ**

У хворих на шизофренію в періоді реабілітації відмічаються чітко виражені порушення в системі інтерфероногенезу, які проявляються пониженням у сироватці крові рівня сироваткового інтерферону, а також зменшенням продукції α-ІФН та γ-ІФН. Включення сучасного імуноактивного препарату поліоксидонію в комплекс медичної реабілітації хворих на шизофренію після перенесеного фебрильного нападу сприяє підвищенню концентрації сироваткового інтерферону та продукції індукованого α- та γ-ІФН.

Ключові слова: шизофренія, інтерфероновий статус, реабілітація, поліоксидоній.

Серед населення всіх економічно розвинених країн світу захворюваність на шизофренію (Шз) має тенденцію до постійного підвищення, що робить цю проблему надзвичайно актуальною. В теперішній час 1—3 % дорослого населення країн Європи та США страждають маніфестними формами Шз і потребують допомоги психіатра [17]. Фебрильна шизофренія — це особлива форма захворювання, яка має особливо важкий перебіг в клінічному плані і нерідко — несприятливий результат, у зв'язку з чим раніше іменувалася «смертельною кататонією». У клініці фебрильної шизофренії разом з суто психічними порушеннями, як правило, виявляється також яскраво виражена соматична симптоматика, яка характеризується наявністю гострого гарячкового стану

різної інтенсивності і нерідко — формуванням генералізованого геморагічного васкуліту, який в клінічному плані виявляється наявністю геморагій на шкірних покривах та слизових оболонках. Патогенетично геморагічний синдром обумовлений розвитком синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання тієї або іншої міри вираженості. Перебіг фебрильної шизофренії у клінічно виражених випадках завжди важкий, нерідко характеризується розвитком інфекційно-токсичного шоку, а прогноз захворювання несприятливий або ж, принаймні, сумнівний [10, 14, 16].

Патогенез нападів фебрильної кататонії вивчений ще недостатньо. До теперішнього часу практично немає робіт, присвячених вивченню особливостей імунного статусу при даному захворюванні. З урахуванням вираженості запального компонента в механізмах формування, а також ефективності при даній патології антибактеріальної терапії необхідне ретельне вивчення імунологічних порушень, що виникають під час нападу фебрильної шизофренії, а також способів їх корекції [1, 3].

Для уточнення патогенезу шизофренії та її ускладнень украй важливе знання біохімічного й імунологічного фону, на якому розвивається клінічна картина патології. Це допоможе вичленувати характерні ланки патогенезу цих станів, а також вірогідні причини того, що обважає стан, і летальних результатів. Цей зонайгостріший