

**Н. О. Марута**, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний, **Т. В. Панько**, канд. мед. наук  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»  
(г. Харьков)

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НОРМАЗИДОЛОМ ОРГАНИЧЕСКИХ (АФФЕКТИВНЫХ) РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

Анализ распространенности психических расстройств во всех странах мира свидетельствует о том, что среди данной группы заболеваний депрессивные расстройства имеют наибольший удельный вес и по своей частоте приближаются к сердечно-сосудистым заболеваниям [1—3]. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, показали, что в настоящее время около 400 миллионов людей страдают психическими расстройствами. Среди них, по данным ВОЗ, более 110 млн человек болеют депрессивными расстройствами и их число постоянно растет. По данным Всемирной организации здравоохранения и Национального института психического здоровья США 1/4 всех женщин и 1/10 всех мужчин хотя бы 1 раз в жизни перенесли депрессивный эпизод, при этом каждому четвертому из них было проведено лечение в психиатрическом стационаре. Вероятность развития в течение жизни хотя бы одного депрессивного эпизода составляет 4,9—8,7 % у женщин и 2,3—4,4 % у мужчин [4, 5]. Высокий уровень распространенности депрессивных расстройств как эндогенного, так и экзогенного генеза привел к тому, что депрессивные расстройства стали одной из важнейших медико-социальных проблем современной медицины. Депрессивные расстройства называют «болезнью третьего тысячелетия». По данным экспертов, которые исследуют депрессивные расстройства, к 2020 году экономические потери от депрессивных расстройств займут второе место после сердечно-сосудистых расстройств [2, 4].

Депрессивные расстройства характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и коморбидностью симптомов депрессии с другими формами патологии [6, 7]. Наличие соматических жалоб в виде боли, дискомфорта в области сердца, тахикардии, нехватки воздуха, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, различных сенестопатий, парестезий, приводит к тому, что больные обращаются за помощью к врачам-интернистам и длительное время получают симптоматическое лечение, которое не приводит к улучшению, болезнь приобретает затяжной, малокурабельный характер. Приблизительно 10 % пациентов общесоматических поликлиник страдают депрессивными расстройствами, которые имеют атипичный характер, нередко маскируются различными соматовегетативными проявлениями и не лечатся адекватно [8, 9]. Несвоевременное лечение усложняет клиническую картину, приводит к формированию тяжелых депрессивных расстройств, возникновению суицидального поведения.

Важной особенностью депрессивных расстройств, независимо от генеза, является рецидивирующий характер их течения, при котором отмечается повторяемость симптомов, их утяжеление, сокращение периодов между эпизодами. Особенностью депрессивных расстройств является не только тяжесть самого болезненного процесса, но и выраженное нарушение

социального функционирования во всех сферах жизни, которое они обуславливают. Именно группа больных с депрессивными расстройствами требует значительных финансовых затрат и длительного времени лечения [10]. Кроме того, депрессивные расстройства представляют значительную угрозу в плане суицидального риска (приблизительно 15 % больных с депрессией кончают жизнь самоубийством) [11, 12].

Современные депрессии представляют собой гетерогенную группу расстройств и включают депрессию эндогенной природы (рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивные эпизоды, циклотимию, дистимию), психогенной (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации) и органической (органические расстройства настроения). Актуальным является также тот факт, что депрессивные расстройства встречаются среди лиц различного возраста — от детей и подростков до лиц пожилого возраста, но наиболее часто данная патология поражает лиц трудоспособного возраста. Клинические проявления депрессии имеют определенные возрастные особенности. Так, помимо самих симптомов депрессии у детей и подростков имеет место сочетание депрессивных проявлений с нарушенными формами поведения [13]; у лиц среднего возраста симптомы депрессии сочетаются с фобиями, тревогой и вегетативными нарушениями [14, 15]; у лиц пожилого возраста депрессии носят скрытый, маскированный характер, сочетаются с сенесто-ипохондрической симптоматикой [16, 17].

Среди всего спектра депрессивных расстройств депрессии органического генеза выходят на первый план и представляют собой группу заболеваний, которые встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста. Высокий уровень органических депрессий обусловлен увеличением численности лиц пожилого возраста в общей структуре населения, их социально-экономическим положением в современных условиях, наличием соматоневрологической возрастной патологии. Депрессивные расстройства органического генеза представляют собой сложную клиническую проблему, т. к. характеризуются различными клиническими проявлениями не только в эмоционально-волевой сфере, но сопровождаются массой соматических проявлений, нарушением поведения, мышления.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение терапевтических возможностей Нормазидола при лечении больных с органическими (аффективными) расстройствами настроения. Выбор данного препарата был обусловлен особенностями его действия в организме: препарат является антидепрессантом сбалансированного действия и обладает активирующим влиянием на ЦНС при апатической и анергической депрессии и седативным эффектом при тревожной депрессии. Кроме того, данный препарат обладает ноотропным и антиоксидантным эффектом, способствуя улучшению когнитивных функций.

В исследование было включено 60 пациента, страдающих органическими (аффективными) расстройствами настроения (F 06.3) в возрасте от 38 до 64 лет.

Обследование пациентов проводилось с применением клинично-патопсихологического метода (включая изучение жалоб больного, данных анамнеза заболевания, условий его формирования и течения с учетом предшествующего лечения, особенностей психического статуса пациента — аффективные нарушения, степень выраженности депрессии, тревоги, наличие и характер соматоневрологических нарушений — и их динамики под влиянием терапии) и патопсихологических методик: а) для оценки выраженности депрессивной симптоматики использовалась шкала депрессии Гамильтона (HDRS) [18]; б) для оценки степени выраженности тревоги — шкала реактивной и личностной тревожности (Ч. Д. Спилбергер — Ю. Л. Ханин, 1993) [19]; в) для исследования социального функционирования пациентов — шкала «Интегративный показатель качества жизни» (Mezzich, Coher, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999) [20]. Помимо клинично-психопатологического и патопсихологического исследования проводилось электрофизиологическое обследование — запись биопотенциалов мозга на 8-канальном электроэнцефалографе EEG-8S фирмы «Медикор» до и после лечения препаратом Нормазидол. ЭЭГ-исследование проводилось биполярным способом с разных участков головного мозга (лобной, височной, теменной, затылочной зон). Полученные данные обрабатывались методами математической статистики.

Длительность приема Нормазидола составляла от 9 до 12 месяцев, но оценка динамики состояния проводилась в течение первых 3 месяцев (до начала лечения, на 45 и 90 день). При проведении исследования пациенты не принимали других антидепрессантов.

С момента начала терапии пациенты получали Нормазидол в дозе 50 мг в сутки в два приема в течение первых 5 дней лечения. Через 5 дней доза была увеличена до 75 мг и разделена на 2 приема — 25 мг утром

и 50 мг вечером у 53 пациентов. 7 пациентов продолжали получать 50 мг в сутки, что связано с достаточным терапевтическим эффектом указанной дозировки.

Общая характеристика больных свидетельствует о том, что в группе обследованных было 63,33 % женщин и 36,67 % мужчин. Пациенты в возрастной группе от 35 до 55 лет составили 30,00 %, в возрасте от 56 до 64 лет — 70,00 %. Большая часть пациентов работали (56,67 %): 33,33 % занимались умственным трудом, 23,33 % — физическим.

Оценка соматоневрологического статуса свидетельствует о наличии у обследованных больных заболеваний ЦНС, на фоне которых развилось депрессивное расстройство: дисциркуляторная энцефалопатия II стадии (53,33 %), церебральный атеросклероз (23,33 %), последствия ЧМТ (13,33 %), последствия нейроинфекции (10,00 %) и которые проявлялись наличием микросимптоматики очагового поражения головного мозга.

Анализ длительности заболевания среди обследованных пациентов свидетельствует о преобладании лиц с длительностью депрессивного расстройства до 1 года — 73,33 %. 56,67 % обследованных ранее получали медикаментозную терапию по поводу наличия у них депрессивной симптоматики в течение 3—5 месяцев.

В процессе исследования нами была проведена оценка клинично-психопатологического состояния пациентов до начала лечения (визит 1), на 45 и 90 день лечения. Анализ состояния больных позволил выявить основные психопатологические симптомы и оценить их динамику в процессе терапии (таблица).

Анализируя данные таблицы, необходимо отметить, что наиболее частым симптомом болезни у обследованных пациентов до лечения было снижение настроения (96,67 % больных). Сниженное настроение сочеталось с нарушением сна, который характеризовался кратковременностью, отсутствием чувства отдыха, поверхностностью сна, сновидениями неприятного характера (86,67 % больных).

**Динамика основных психопатологических симптомов у больных с органическими расстройствами настроения в процессе лечения Нормазидолом**

Психопатологический симптом	Визит 1 (день 1)		Визит 2 (день 45)		Визит 3 (день 90)	
	абс. кол. (n = 60)	% ± m %	абс. кол. (n = 60)	% ± m %	абс. кол. (n = 60)	% ± m %
Снижение настроения	58	96,67 ± 3,28	22*	36,67 ± 8,79	4**	6,67 ± 4,55
Нарушение сна	52	86,67 ± 6,20	26*	43,33 ± 6,14	6**	10,00 ± 5,47
Снижение аппетита	38	63,33 ± 8,79	32	53,33 ± 9,10	14**	23,33 ± 7,72
Утрата способности радоваться	46	76,67 ± 7,72	20*	33,33 ± 8,60	2**	3,33 ± 3,28
Ангедония	28	46,67 ± 9,10	10*	16,67 ± 6,80	—	
Повышенная утомляемость	54	90,00 ± 5,46	36	60,00 ± 8,94	4**	6,67 ± 4,55
Чувство вины	36	60,00 ± 8,94	18*	30,00 ± 8,36	—	
Трудности концентрации внимания	56	93,33 ± 4,55	34	56,67 ± 9,04	8**	13,33 ± 3,31
Повторяющиеся мысли о смерти	10	16,67 ± 6,80	4	6,67 ± 4,55	—	
Тревога	28	46,67 ± 9,10	18*	30,00 ± 8,36	4**	6,67 ± 4,55
Психомоторная заторможенность	18	30,00 ± 8,36	6	10,00 ± 5,47	—	
Когнитивные расстройства	38	63,33 ± 8,79	26	43,33 ± 6,14	6**	10,00 ± 5,47
Соматовегетативные жалобы	36	60,00 ± 8,94	26	43,33 ± 6,14	14*	23,33 ± 7,72
Жалобы кардиального характера	42	70,00 ± 8,36	36	60,00 ± 8,94	26*	43,33 ± 6,14
Сенесто-ипохондрические жалобы	14	23,33 ± 7,72	10	16,67 ± 6,80	6*	10,00 ± 5,47

\* — достоверная разница показателей в сравнении с исходными данными (визит 1) (p < 0,05).

Кроме того, в клинической картине отмечалась утрата способности радоваться (76,67 % больных), повышенная утомляемость (90,00 % больных), трудность концентрации внимания (93,33 %). Тревога отмечалась у 46,67 % больных. У 16,67 % пациентов до начала терапии наблюдались повторяющиеся мысли о смерти. 63,33 % пациентов отмечали снижение аппетита. Соматовегетативные жалобы наблюдались у 60,00 % обследованных, жалобы кардиального характера встречались у 70,00 % больных и сенесто-ипохондрические жалобы имели место у 23,33 % пациентов.

Анализ структуры депрессивных проявлений позволил выделить ее варианты (рис. 1). Так, у 30,00 % пациентов депрессия носила апатический характер, у 46,67 % — тревожный характер, в 23,33 % случаев — сенесто-ипохондрический характер.

В результате лечения Нормазидолом нами были отмечены положительные сдвиги в состоянии больных уже к 10 дню терапии — отмечалось снижение уровня тревоги, появлялись проблески интереса, улучшался сон и аппетит. Оценка состояния больных на 45 день терапии отражает достоверную регрессию симптомов депрессии (см. табл.). Так, снижение настроения было зафиксировано у 36,67 % больных (до лечения — у 96,67 %), причем степень выраженности указанного симптома была существенно ниже, чем до начала лечения. Улучшение качества сна, а также увеличение его продолжительности мы выявили у 43,33 % обследованных пациентов. Незначительное снижение аппетита к 45 дню терапии было зафиксировано у 53,33 % (до лечения — у 63,33 % пациентов). Ангедония сохранялась в 16,67 % (до лечения отмечалась у 46,67 % больных), чувство вины сохранялось у 30,00 % больных (до лечения имело место в 60,00 % случаев).

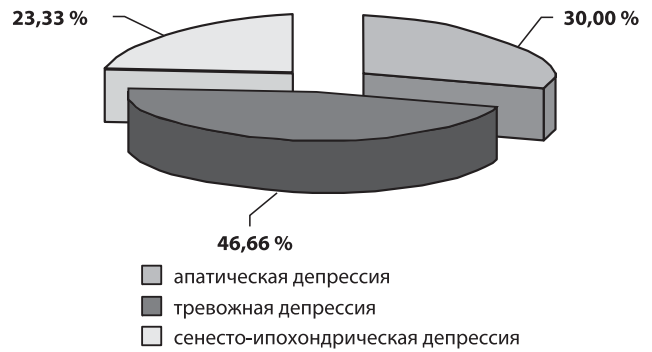


Рис. 1. Распределение основных психопатологических синдромов органического (аффективного) расстройства настроения в группе обследованных

Обследование больных на 90 день лечения Нормазидолом выявило достоверное снижение симптомов депрессии (настроения, тревоги, суицидальных мыслей, чувства вины, ангедонии и других) по сравнению с исходными данными. Незначительное снижение фона настроения сохранялось лишь у 6,67 % обследованных, тревога сохранялась также у 6,67 % пациентов. У всех пациентов прекратились мысли о смерти. Снижение ощущения радости сохранялось у 3,33 % больных. Рассеянность внимания еще отмечалась у 13,33 % больных, что можно расценить не как симптомы депрессии, а как проявления астении ситуативного характера.

Данные клинико-психопатологического анализа подтверждались результатами полученными по шкале Гамильтона. Оценка депрессивной симптоматики у пациентов с органическим расстройством настроения в процессе лечения Нормазидолом по результатам обследования по шкале Hamilton (HAMD) представлена на рисунке 2.

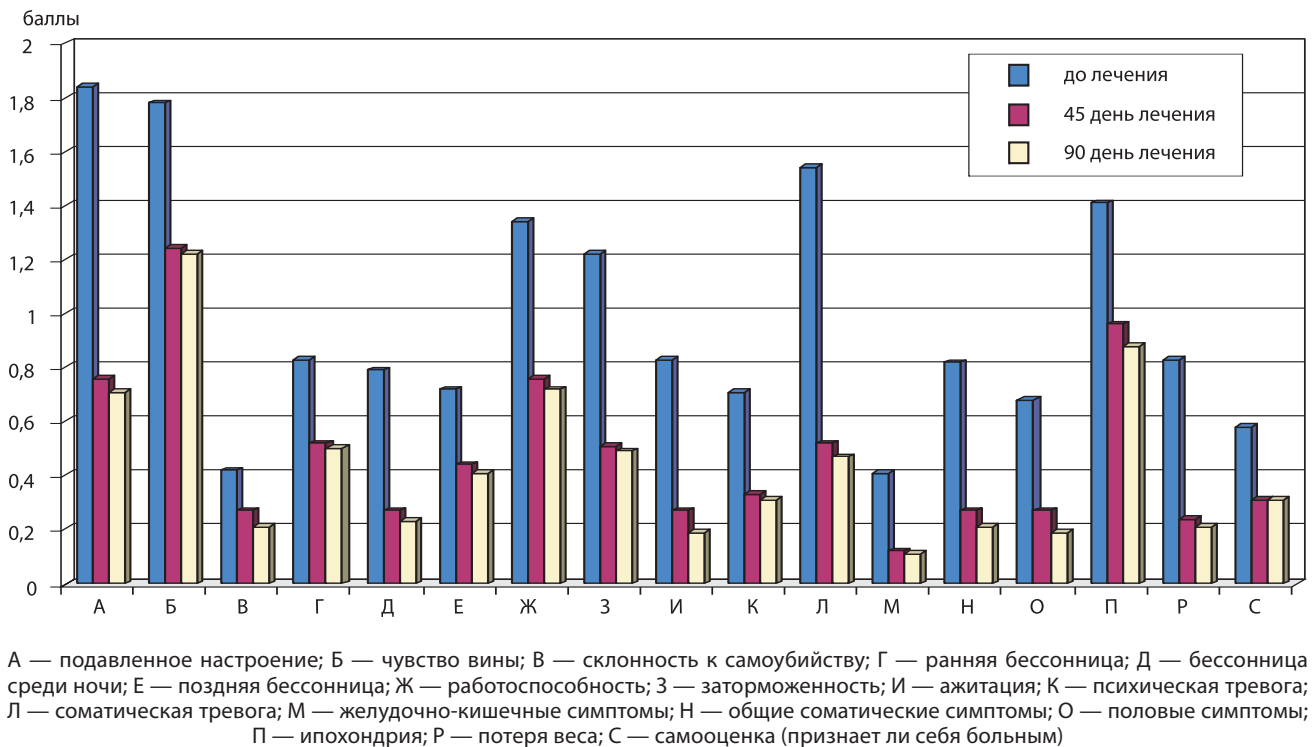


Рис. 2. Результаты оценки депрессии по Шкале Гамильтона у больных депрессией в процессе терапии

Как видно из рисунка 2, до начала лечения у больных с органическим расстройством настроения был зафиксирован высокий уровень выраженности депрессивной симптоматики: подавленное настроение, тревога, двигательная и психическая заторможенность, идеи собственной малоценности, виновности, соматические проявления и обеспокоенность ими (среднегрупповой показатель составил 14,9 балла). На 45 день лечения Нормазидолом наблюдается значительное снижение депрессивной симптоматики (среднегрупповой показатель снизился до уровня 9,8 балла).

Сравнительный анализ результатов, полученных при обследовании больных до начала лечения и на 45 день лечения, по каждой из шкал HAMD продемонстрировал наличие тенденции к снижению показателей по каждой шкале (см. рис. 2). Статистически значимые различия в состоянии больных на 45 день лечения были зафиксированы по 9 шкалам: отмечалось улучшение настроения — снизились показатели с 1,84 баллов до 0,76 ( $p \leq 0,01$ , *t*-критерий Стьюдента), уменьшение чувства вины — показатели снизились с 1,78 баллов до 1,24 ( $p \leq 0,05$ , *t*-критерий Стьюдента), нормализация сна в виде уменьшения частоты ночных пробуждений, показатель снизился с 0,79 до 0,27 балла ( $p \leq 0,05$ , *t*-критерий Стьюдента), улучшение работоспособности — снижение показателей с 1,34 баллов до 0,76 ( $p \leq 0,05$ , *t*-критерий Стьюдента), уменьшение заторможенности (динамика показателей с 1,22 до 0,51 баллов) и ажитации — снижение показателей с 0,83 до 0,27 баллов ( $p \leq 0,05$ , *t*-критерий Стьюдента), снижение уровня соматической тревоги с 1,54 до 0,52 баллов ( $p \leq 0,01$ , *t*-критерий Стьюдента), уменьшение потери веса — с 0,83 до 0,24 баллов ( $p \leq 0,05$ , *t*-критерий Стьюдента), а также уменьшение общей соматической симптоматики — динамика показателей с 0,82 до 0,27 баллов ( $p \leq 0,05$ , *t*-критерий Стьюдента).

На 90 день терапии Нормазидолом наблюдалось дальнейшее уменьшение депрессивной симптоматики, среднегрупповой показатель депрессивного состояния достоверно снизился и составил 6,9 баллов, что соответствует низкому уровню, т. е. отсутствию депрессивного состояния. По состоянию на 90 день лечения зафиксированы статистически значимые различия уже по 13 шкалам HAMD (рис. 2). К вышеперечисленным изменениям добавляется улучшение половой жизни — показатель снизился с 0,68 (до начала лечения) до 0,19, уменьшение ипохондричности — с 1,41 до 0,88 баллов и снижение уровня психической тревоги с 0,71 до 0,31 баллов. Происходила дальнейшая стабилизация состояния, показатели по всем шкалам HAMD значительно уменьшились.

Оценка личностной и ситуативной тревожности в процессе терапии Нормазидолом проводилась с использованием Шкалы Спилбергера — Ханина. Как свидетельствуют полученные данные (рис. 3), до начала лечения у пациентов с депрессивным расстройством органического генеза был зафиксирован высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, что свидетельствует о высокой внутренней напряженности и наличии сформированного тревожного радикала в структуре характерологических особенностей личности данных пациентов. В процессе терапии отмечалось значительное снижение показателей ситуативной тревожности у данной группы пациентов. К 45 дню лечения уровень ситуативной тревожности достоверно

снизился с 58,9 до 44,8 балла ( $p \leq 0,01$ ). На 90 день приема Нормазидола отмечалось дальнейшее снижение данного показателя до 39,45 балла, что соответствует умеренному уровню выраженности ситуативной тревожности и свидетельствуют о снижении внутреннего эмоционального напряжения и количества тревожных эмоциональных реакций в ответ на внешние раздражители. Что касается показателей личностной тревожности, то в процессе терапии также было зафиксировано их снижение, однако статистически значимых различий в уровне личностной тревожности до начала и в процессе терапии зафиксировано не было. Указанная динамика связана с тем, что показатель личностной тревожности характеризует особенности личностного реагирования, обусловленные как генетическими факторами, так и сформированными в процессе жизни личностными характеристиками, и является стабильным характерологическим образованием, в отличие от ситуационных реакций. Вместе с тем, в результате снижения уровня ситуативной тревожности под влиянием терапии, пациенты субъективно оценивали ниже и уровень личностной тревожности.

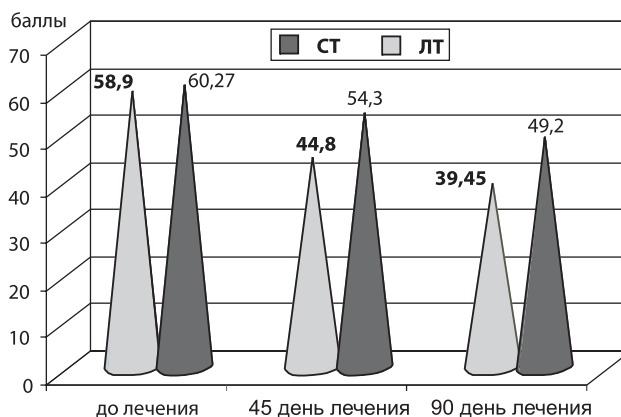
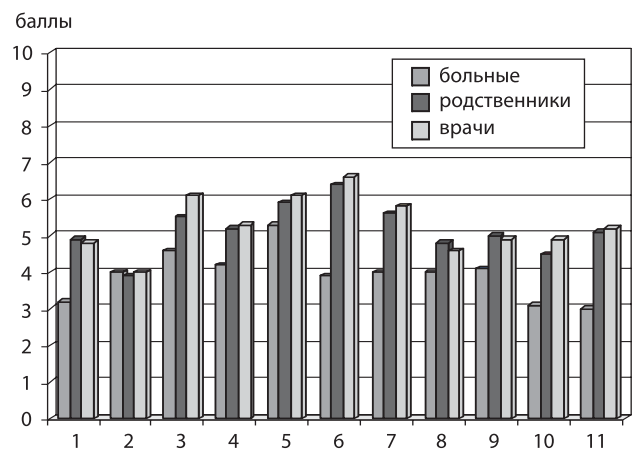


Рис. 3. Показатели ситуативной и личностной тревожности у больных депрессивным расстройством в процессе терапии препаратом Нормазидол (по шкале Спилбергера — Ханина)

Эффективность лечения органического расстройства настроения была оценена не только с точки зрения обратного развития клинических симптомов, а и с учетом оценки качества жизни пациентов, которая неразрывно связана с возможностями его психологического взаимодействия с микро- и макросоциумом, собственным отношением к себе и окружающим, возможностями реализации, полноценного социального функционирования. Больным было предложено самим оценить качество жизни до начала терапии и на 90 день терапии Нормазидолом. Для повышения степени объективности оцениваемых показателей также была проведена оценка качества жизни больных депрессией с точки зрения их родственника и лечащего врача. Данные о результатах исследования интегративного показателя качества жизни у больных депрессиями по их собственным оценкам, оценкам их родственников и врачей до начала лечения представлены на рисунке 4.

До начала терапии наиболее низко пациенты оценивали шкалы, отражающие «Физическое благополучие» (3,3 балла), «Социоэмоциональную поддержку»

(3,9 балла) и «Общее восприятие качества жизни» (3,1 балла). Достаточно низкими были показатели шкал «Психологическое благополучие», «Общественная и служебная поддержка» и «Личностная реализация» — по 4 балла. Несколько выше были отмечены такие шкалы как «Самообслуживание и независимость действий» — 4,6 балла; «Межличностное взаимодействие» — 5,4 балла. В целом, у больных депрессивным расстройством органического генеза интегративный показатель качества жизни до начала терапии составил 4,08 балла.



Условные обозначения:  
 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое благополучие; 3 — самообслуживание и независимость действий; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социоэмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная; поддержка; 8 — личностная реализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни; 11 — интегративный показатель

Рис. 4. Показатель качества жизни у больных органическим расстройством настроения до лечения препаратом Нормазидол

Оценивая показатели как отдельных шкал, так и интегративного показателя качества жизни в целом, можно выявить взаимосвязь с клиническим состоянием больных — наличие сниженного фона настроения, тревоги, неудовлетворенность собственной активностью, неуверенность в себе, идеи самообвинения коррелируют с низкими показателями шкал «Психологическое благополучие», «Личностная реализация», «Общее восприятие качества жизни».

Оценка показателя качества жизни пациентов родственниками несколько отличалась от оценки больных по средним показателям. Так, родственники так же низко оценивали шкалы «Психологическое благополучие» — 3,9 балла, «Личностная реализация» — 4,8 балла, «Общее восприятие качества жизни» — 4,5 балла, «Физическое благополучие» — 4,9 балла. Выше родственники оценивали такие показатели как «Трудоспособность» — 5,2, «Самообслуживание и независимость действий» — 5,5 балла. В целом низко оценивалось и «Общее восприятие качества жизни» — 4,5 балла.

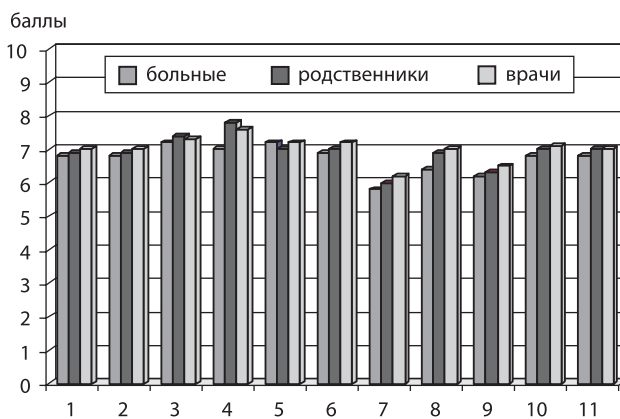
Врачи при оценке качества жизни больного также наиболее низко оценивали шкалу «Психологическое благополучие» — 4 балла. Несколько выше оценивались шкалы «Духовная реализация» — 4,9 балла,

«Личностная реализация» — 4,6 балла. Низко оценивалась шкала «Общее восприятие качества жизни» — 4,9 балла.

Давая общую характеристику оценки показателя качества жизни у больных депрессией, можно отметить общие низкие показатели по всем шкалам. Кроме того, показатели шкал низко оцениваются как самими больными, так и их родственниками и врачами по отношению к больным.

Оценка интегративного показателя качества жизни у больных органическим расстройством настроения на 90 день лечения с применением препарата Нормазидол представлена на рисунке 5.

Оценка динамики качества жизни на 90 день лечения свидетельствует о существенном изменении показателей. Пациенты значительно выше оценивали как показатель «Общее восприятие качества жизни» — 6,7 балла, так и практически все шкалы. Наиболее выраженные изменения касались таких шкал как «Психологическое благополучие» — 6,8 балла и «Личностная реализация» — 6,5 балла, «Физическое благополучие» — 6,7 балла. Оценка со стороны родственников и врачей показателей качества жизни по отношению к пациентам также свидетельствует о достоверно более высоких данных как показателя качества жизни в целом, так и основных шкал в сравнении с исходными данными.



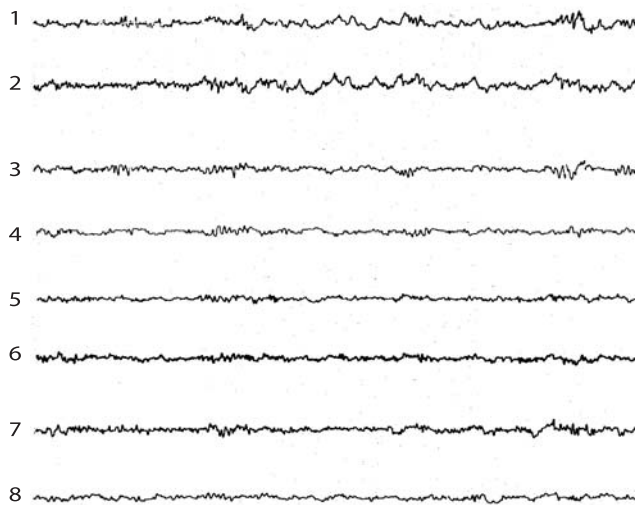
Условные обозначения:  
 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое благополучие; 3 — самообслуживание и независимость действий; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социоэмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная; поддержка; 8 — личностная реализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни; 11 — интегративный показатель

Рис. 5. Показатель качества жизни у больных органическим расстройством настроения после лечения препаратом Нормазидол

Наряду с психопатологическим и патопсихологическим исследованием, проводилось исследование электрической активности мозга, что позволило оценить его функциональное состояние, реактивность, а также показатели регионарных изменений, происходящих в отдельных структурах мозга. Полученные результаты представлены на рисунках 6 и 7 на примере пациента с органическим расстройством настроения.

По данным ЭЭГ до лечения практически у всех исследуемых больных отмечалась дезорганизованная активность. На ее фоне в лобных отделах

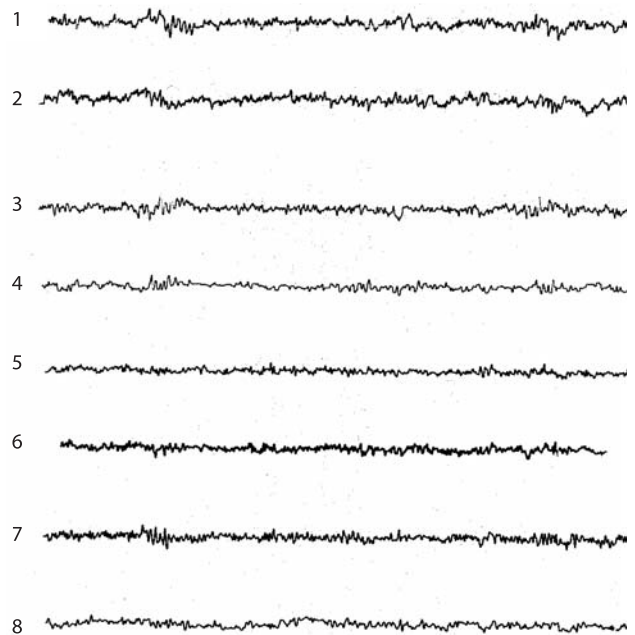
регіструвались переважно повільні коливання в тета- і дельта-діапазоні, зустрічались єдиничні пик-тета-хвилі, редуцйовані деформовані альфа-комплекс, регіструвались ділянки сплюсненої кривої з єдиничними низькоамплітудними тета-хвилями, вираженість яких була більше представлена в лівій лобній відведенні. В височинній відделі на фоні сплюсненої кривої виникали неформлені пароксизми в альфа-тета-ритмі. В темних відделах на фоні низькоамплітудної активності зустрічались єдиничні альфа- і тета-хвилі низької амплітуди, регіструвались бета-веретена (ЕЕГ кореляти незадоволенних мотивацій). В затылочній відделі крива також була сплюснена, епізодично виникали пароксизми єдиничних гострих хвиль низької амплітуди в дельта-діапазоні (рис. 6). Такі зміни на ЕЕГ свідетельствовали про розвиток тормозних процесов, обусловлених очагами ішемії в лобній відделі мозку більше справа, а сповільнення ритму ЕЕГ, зниження амплітуди — про порушення функції гіпоталамуса і лімбіко-ретікулярних ствольових структур, об їх структурно-функціональній дефектності свідетельствовало і наявність деформованих редуцйованих тета-пароксизмов, а також дуже низька амплітуда дельта-коливань, характерна для патологічних станів мозку при стійких патологічних станах.



Умовні позначення:  
 1 — лоб S, 2 — лоб D, 3 — висок S, 4 — висок D,  
 5 — затылок S, 6 — затылок D, 7 — темя S, 8 — темя D

Рис. 6. ЕЕГ хворого К., 42 років з депресивним розладом органічного генезу до лікування препаратом Нормазидол

На 90 день проводимої терапії у хворих відбулись суттєві зміни в електричній активності мозку. Ці зміни можна оцінювати в загальному як активізаційні ефекти. Так, в лобній відделі електрична активність була представлена швидкими коливаннями в бета- і альфа-діапазоні, епізодично виникали альфа-пароксизми, зникли місця дельта-коливань, пик-тета, причеи альфа-пароксизми одночасно виникали по всіх структурах мозку, після чого наступала упорядкована альфа- і тета-активність середньої амплітуди, являючися



Умовні позначення:  
 1 — лоб S, 2 — лоб D, 3 — висок S, 4 — висок D,  
 5 — затылок S, 6 — затылок D, 7 — темя S, 8 — темя D

Рис. 7. ЕЕГ хворого К., 42 років з органічним розладом настроєння після лікування препаратом Нормазидол

коррелятом спокійного бодрствования. В темних відделах також домінувала активація бета-ритмів, на її фоні зустрічались єдиничні середньої амплітуди тета-хвилі. Суттєві перебудови біопотенціалів відбулись в затылочній відделі: зникли епілептиформні комплекси в лівій затылці, а також дельта-коливання, характерні для процесов торможения, внутрічерепної гіпертензії. Заслужує уваги той факт, що зміни на ЕЕГ в процесі лікування відбуються через ствольово-гіпоталамічні пароксизми з їх проведенням в лобні віддели.

Таким образом, согласно данным ЕЕГ, можно говорить о положительном лечебном эффекте препарата Нормазидол, восстанавливающего через пароксизмальную активность нормальное функционирование мозга.

В процессе исследования проводился мониторинг побочных событий на всех этапах лечения. На фоне приема Нормазидола серьезных побочных событий у пациентов отмечено не было. В отдельных случаях имели место побочные действия препарата, которые не относятся к серьезным. В процессе терапии были зарегистрированы побочные эффекты в виде сухости во рту у 2 пациентов (6,67%), головокружения у 1 пациента (3,33%), умеренной слабости в первый месяц приема препарата у 2 больных (6,67%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что препарат Нормазидол эффективен при лечении больных с органическими расстройствами настроения (тревожными, апатическими, сенестопихондрическими). Начало терапевтического эффекта при терапии Нормазидолом отмечается к 10 дню терапии, подавляющее большинство симптомов регрессирует к 45 дню. Положительная динамика депрессивной симптоматики подтверждается данными

психометрических шкал, согласно которым к 45 дню снижается выраженность депрессивных проявлений, уменьшается уровень личностной и ситуативной тревожности. Оценка интегративного показателя качества жизни свидетельствует о восстановлении социального функционирования в процессе лечения Нормазидолом.

**Список литературы**

1. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. — М., 1996. — 133 с.
2. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2004. — Vol. 109. — P. 21—27.
3. Напрєєнко О. К., Лісовенко В. Л., Дзюб Г. К. та ін. Епідеміологія психічної дезадаптації — зміни протягом останнього десятиріччя (1985–1995) // *Український вісник психоневрології.* — Харків, 1996. — Т. 4. — Вип. 5 (12). — С. 246—248.
4. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — «Весь мир», 2001. — С. 37—84.
5. De Girolamo G., Bassi M. Community Surveys of Mental Disorders: Recent Achievements and Works in Progress // *Curr. Opin. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 16 (4). — P. 403—411.
6. Kessler R. C., Tohen M. Comorbidity in affective disorders. — NY: Marsel Deccker, Inc., 1999. — P. 1—26.
7. Ротштейн В. Г., Богданов М. Н., Долгов С. А. Эпидемиология депрессий: В кн. Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. — М., 1997. — С. 138—165.
8. Михайлова Н. М. Невротические расстройства у пожилых пациентов общей практики // *Журнал неврологии и психиатрии.* — Т. 1, № 4. — 1998.

9. Дробижев М. Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети // *Психиатрия и психотерапия.* — 2003. — Т. 5, № 5. — С. 8—12.
10. Пинчук И. Я. Проблема психического здоровья пожилых людей в Украине // *Журнал НейроNews*, 2008. — № 2 (07). — С. 6—8.
11. Bertolote J. M., Fleischmann A. Suicide and Psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // *World Psychiatry.* — 2002. — Vol. 1, № 3. — P. 181—186.
12. Юрєва Л. Н. Клиническая суицидология. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 470 с.
13. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985. — 288 с.
14. Абрамова Г. С. Возрастная психология. — Екатеринбург, 1999. — 342 с.
15. Гомезо М. В., Герасимова В. С., Горелова Г. Г. и др. Возрастная психология: от молодости до старости. — М., 1999. — 426 с.
16. Зозуля Т. В., Грачева Т. В. Динамика и прогноз заболеваемости психическими расстройствами лиц старшего возраста // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2001; 101 (3). — С. 37—41.
17. Гаврилова С. И., Калын Я. Б. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 45—67.
18. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // *Br. G. Soc. Clin. Psychol.* — 1967, V. 6. — P. 278—296.
19. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие / Ред.-сост. Д. Я. Райгородский. — Самара: Изд. д. БАХРАХ-М, 2003. — 672 с.
20. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validation of an efficient quality of life index. Abstracts of the XI world Congress of Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds». — Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. — P. 427—428.

*Надійшла до редакції 28.03.2008 р.*

**Н. О. Марута, Т. В. Панько**

**Ефективність терапії Нормазидолом органічних (афективних) розладів настрою**

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

Метою дослідження було вивчення терапевтичних можливостей Нормазидола під час лікування хворих на органічні (афективні) розлади настрою. В дослідження було включено 60 пацієнтів з органічними (афективними) розладами настрою (F 06.3) у віці від 38 до 64 років. Тривалість прийому Нормазидолу становила від 9 до 12 місяців, але оцінка динаміки стану проводилась протягом перших 3 місяців (до початку лікування, на 45 та 90 день). Доза Нормазидолу перші 5 днів становила 50 мг на добу в два прийоми. Через 5 днів у 53 пацієнтів дозу було збільшено до 75 мг та поділено на 2 прийоми — 25 мг вранці та 50 мг ввечері. 7 пацієнтів продовжували отримувати 50 мг препарату на добу, що пов'язано з достатнім терапевтичним ефектом. Отримані дані свідчать, що препарат Нормазидол є ефективним у лікуванні хворих на органічні розлади настрою (тривожні, апатичні, сенесто-іпохондричні). Початок терапевтичного ефекту під час лікування Нормазидолом спостерігається на 10 день терапії, більша кількість симптомів регресує на 45 день. Позитивна динаміка депресивної симптоматики підтверджується результатами психометричних шкал, відповідно до яких на 45 день знижується вираженість депресивних проявів, зменшується рівень особистісної та ситуативної тривожності. Оцінка інтегративного показника якості життя свідчить про відновлення соціального функціонування під час лікування Нормазидолом.

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

**Effectiveness of Normazidoli therapy of organic (affective) disorders of mood**

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

The aim of investigation was to study the therapeutic possibilities of Normazidol in treatment the patients with organic (affective) disorders of mood. In the research was included 60 patients with organic (affective) disorders of mood (F 06.3) in the age from 38 to 64. The duration of Normazidol dose consisted of 9 to 12 month's, but the dynamics valuation of condition carried out during the first 3 months (up to the beginning of treatment, on 45 and 90 days). The Normazidol dose on the first five days consisted 50 mg on a day in two doses. In 53 patients the dose was increased after 5 days to 75 mg and divided into two doses — 25 mg in the morning and 50 mg in the evening. The seven patients continued to take 50 mg in a day that was connected with the main therapeutic effect.

The receiving data showed that the Normazidol is the effective in treatment the organic disorders of mood (anxiety, apathetic, senesto-hypochondriacal). The beginning of therapeutic effect during treatment by Normazidol marks on the 10 day of therapy, but the most number of symptoms regress on 45 day. The positive dynamics of depressive symptomatic is confirmed by the results of psychometric scales according to them the reduction of depressive manifestations on 45 day, decrease the level of personal and situational anxiety. The marks of integrative indicator of quality of life testify to restoration the social functioning during treatment by Normazidol.