

Литература:

1. Артемьев, Д.В. Современные подходы к лечению ранних стадий болезни Паркинсона / Д.В. Артемьев, А.В. Обухова // *Consilium Medicum*. – 2008. – 10 (7). – С. 89–92.
2. Зальялова, З.А. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З.А. Зальялова, Л.А. Яковлева, Э.И. Богданов // *Методическое пособие для постдипломного образования*. - Казань. - 2009. - 34 с.
3. Калищук-Слободин, Т.Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т.Н. Калищук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // *Український вісник психоневрології*. - 2007. - Т.15, вип. 1(50), (додаток). - С. 58-59.
4. Крыжановский, Г.Н. Болезнь Паркинсона (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Г.Н. Крыжановский, И.Н. Карабань, С.В. Магаева с соавт. - М.: Медицина, 2002. – 336с.

5. Кузнецов, В.Н. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи / В.Н. Кузнецов, М.А. Мазуренко, С.А. Маляров та соавт. - К., 2004. - 160с.
6. Левин, О.С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция / О.С. Левин // *Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению*. Под ред. Штока В.Н. и др. – М.: Медпресс-информ, 2002. – с.125–151.
7. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона / С.П. Московко, Г.С. Московко // *НЕЙРОNEWS*. - №3/2. – 2008. - С. 43-49
8. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. - М.: МИА, 2003. - 432с.
9. Kay, S.R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S.R. Kay, A.Fiszbein, L.A.Opler // *Schizophr. Bull.* - 1987 - Vol. 13.- P. 261-276.
10. Chaudhuri, K.R. Early Parkinsons disease and non-motor issues / K.R. Chaudhuri, Y. Naidu // *J.of.Neurology-2008.-Vol.255.-Suppl.5.-P-33-38*.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Д.Ю. Сайко

На підставі обстеження 373 хворих на хворобу Паркінсона: 297 хворих на хворобу Паркінсона, що ускладнена психічними розладами (основна група) та 76 хворих на хворобу Паркінсона без психічних порушень (контрольна група). Вивчено клініко-патопсихологічну структуру психічних розладів при ХП, її рухові, когнітивні, поведінкові, емоційні та сомато-вегетативні прояви. Проаналізовано особливості ХП з конкретними психічними розладами. На підставі результатів дослідження виділено чинники формування та особливості клініки психічних розладів при ХП.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, психічні розлади, особливості клініки, чинники етіопатогенезу

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF MENTAL DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE

D.Yu. Sayko

On the base of examination of 373 patients with Parkinson's disease (PD), including 297 PD patients with mental disorders (the main group) and 76 PD patients without mental impairments (the control group), a clinical-pathopsychological structure of mental disorders in PD and their motor, cognitive, behavioral, emotional, and somatic-autonomous manifestation were investigated. Peculiarities of BP with specific mental disorders had been analyzed and on the basis of results of this investigation factors of formation and clinical peculiarities of mental disorders in PD were defined.

Keywords: Parkinson's disease, mental disorders, clinical peculiarities, factors of etiopathogenesis

УДК 616.89

Л.В. Степаненко

ЛІКУВАННЯ ПАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: деменція, хвороба Альцгеймера, депакін, тегретол, лерівон, арисепт

Вступ

В останні роки проблема когнітивних порушень у всьому світі набуває великого медичного та соціально-економічного значення у зв'язку з постійно зростаючими показниками поширеності деменції, частоти інвалідизації та смертності таких хворих [1-4].

Більшістю фахівців в якості основних причин, що призводять до розвитку деменції, визнаються хвороба Альцгеймера і цереброваскулярну патологію. Захворюваність судинною деменцією вище нейродегенеративної патології і досягає за різними даними 25-50% серед усіх можливих причин інтелектуально-мнестичних розладів. Потрібно зазначити, що більша частина лікарських засобів, що використовуються для лікування деменції, не призводить до регресивності захворювання і не гальмує його розвиток. Наприклад, інгібітори ацетилхолінестерази, широко застосовуються для лікування хвороби Альцгеймера, можуть покращувати симптоми і сповільнювати прогресування хвороби, однак вони не здатні обернути назад існуючі пошкодження мозку або зупинити прогресування захворювання до настання його більш важкої стадії [5-10].

Метою нашого дослідження була порівняльна оцінка показників лікування психічних розладів при застосуванні лікарських засобів різного напрямку дії.

Матеріали і методи. Нами були обстежені 305 пацієнтів (185 жінок і 120 чоловіків) у віці 44-80 років (середній вік 65,3±10,7 років) з наявністю деменції, розподіл хворих на власне хворобу Альцгеймера та сенільну деменцію здійснювався згідно критеріїв

МКБ-10. Підгрупи хворих складались із осіб, що мали ідентичні основні клінічні характеристики за виключенням того що для лікування вони отримували різні препарати із різними механізмом фармакології дії (Табл. 1). Пацієнти отримували щоденно лікарські засоби різного механізму дію. Депакін (Sanofi-Synthelabo) призначався з дози 300 мг на добу із подальшим поступовим збільшенням дози до 900-1500 мг. Тегретол (Novartis) застосовували у таблетованій формі, починаючи з 200 мг на добу, із поступовим збільшенням добової дози до 400-600 мг. Лерівон (Organon) застосовувався у добовій дозі 30-90 мг, а препарат арісепт (Pfiser) – в дозі 5 мг на добу. Курс лікування препаратами підбирався індивідуально і тривав від 1 до 3 місяців, але в середньому цей термін складав приблизно 2,5 місяці.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних хворих на підгрупи в залежності від лікування

Діагноз	Депакін	Тегретол	Лерівон	Арісепт
Судинна деменція (n=150)	38	40	39	33
Сенільна деменція (n=70)	22	16	18	14
Хвороба Альцгеймера (n=85)	20	29	19	17

Для оцінки терапевтичної ефективності фармакологічних препаратів використовувались: шкала GBS та 4-бальна шкала загального клінічного вираження. Всім хворим на початку проведення дослідження застосовували комплексне клінічне обстеження, одночасно із клінічним дослідженням крові, сечі, біохімічним аналізом крові. Нижче наведені результати лікування хворих із деменцією та хворобою Альцгеймера та їх аналіз.

Результати та обговорення результатів. В цілому аналізувалися дані лікування 305 пацієнтів, включених у дослідження. Між групами хворих, що отримували різні препарати виявлено відмінності ефективності їх застосування. У групи хворих, що отримували препарат депакін впродовж 1-3 місячного курсу відмічено суттєву різницю ефективності застосованої терапії. При лікуванні хворих позитивний вплив препарату було виявлено на такі показники статусу і порушення спонтанної діяльності, емоційну лабільність, сплутаність, подразливість, тривогу, знижений настрій та неспокій. Ефективність лікування препаратом несуттєво відрізнялась в різних групах хворих: найбільш виражену дію депакіну було встановлено щодо корекції афективних розладів, порушень активності та агресивності, в той же час вираженої дії на галюцинації та порушення сну не було відмічено у жодного обстеженого хворого. Помірну ефективність лікування депакі-

ном спостерігали при аналізі впливу на такі психічних порушення як маячіння, тривога та різні фобії. Незначну ефективність спостерігали щодо ліквідації галюцинацій, агресивності або порушень сну. В середньому по всім досліджуваним групам виражений ефект лікування депакіном було встановлено лише у 14,6% хворих, помірне покращення психічного стану відмічено у 16,2%, а часткове відновлення психічних функцій спостерігалось у 15,3% хворих. При цьому у 54,1% хворих достовірної терапевтичної дії цього фармакологічного препарату встановлено не було.

При лікуванні хворих депакіном відмічено зменшення тривожності, неспокою, нудьги, відчуття безпорадності, зменшення ступеню самозвинувачень та самоприниження. У пацієнтів зростає критичне відношення до свого стану, вони можуть залучатися до проведення психокорекційних заходів. Слід також відзначити, що на початку терапії цим препаратом у хворих посилювались астеничні компоненти депресії, і частина з них відчувала періоди слабкості, в'ялості та підвищену втомлюваність. У пацієнтів із фазним перебігом афективних психічних розладів (біполярний афективний розлад, шизоафективний психоз) застосування депакіну частково змінювало перебіг захворювання. Про це свідчать дані, що при наступних нападах (епізодах) маячневі дії були менш афективно насиченими, актуальними і впливаючими на психогенічну поведінку хворих.

Результати проведених досліджень свідчать, що депакін позитивно впливає на психічний стан хворих із різними варіантами деменцій та хворобою Альцгеймера. Препарат суттєво зменшує такі поведінкові розлади як розгальмованість, агресивність, ажитацію, метушливість, блукання, порушення не індукованої діяльності. При цьому існує незначна відмінність в дії препарату на хворих із судинною та сенільною формами деменції та хворобою Альцгеймера, вона стосується впливу на окремі показників і є не достовірною. Терапевтична активність препарату характеризується також певною транквілізуючою дією, при цьому не спостерігається сомнолентна, седативна та міорлаккуюча дія. При лікуванні депакіном хворих на судинну деменцію частково редукується продуктивна психічна симптоматика, зменшується кількість станів із порушеною свідомістю. Депакін виявився ефективним терапевтичним засобом не лише при судинній та сенільній деменціях, але і у випадку розвитку первинної дегенеративної деменції (хвороби Альцгеймера). При ендогенних психозах, що виникали на тлі НДЗ, депакін здійснював виражену антіманіакальну дію, а також нівелював афективні коливання, суттєво скорочував тривалість і частоту маніакальних загострень, порівняно із відповідними депресивними епізодами.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали, що депакін можна вважати достатньо ефективним і безпечним препаратом, що може бути використаний для корекції поведінкових розладів у хворих із деменцією та хворобою Альцгеймера. В той же час терапевтична ефективність лікування цим засобом від-

мічається у 45,9% хворих, а виражена ефективність - лише 14,6% обстежених осіб, що потребує подальшого лікування із використання інших фармакологічних препаратів.

Клінічне вивчення ефективності препарату тегретол при лікуванні психічних розладів у пацієнтів із деменціями та хворобою Альцгеймера дано наступні результати. У хворих поряд із типовими симптомами депресії спостерігались ознаки генералізованої тривоги, ажитації, obsесивно-компульсивні порушення, іпохондрія, панічні атаки, анорексія, деперсоналізація. У частини із загального контингенту хворих (n=4/4,7%) і були встановлені ознаки терапевтичної резистентності до застосування на попередньому етапі лікування трициклічних антидепресантів.

Результати проведеного нами дослідження свідчать про достатньо високу ефективність застосування тегретолу. Про це свідчить редукція тривожних розладів починаючи із першого тижня лікування, і депресивної симптоматики - з другого тижня застосування тегретолу. Виражений ступінь ефективності корекції препаратом афективних розладів вдалось отримати у хворих із деменцією (судинною - 40%, сенільною - 37,5%), дещо гірші показники були отримані у хворих із хворобою Альцгеймера у 34,4% хворих (Табл. 9). Подібну тенденцію встановлено у пацієнтів при аналізі фармакокорективного впливу тегретолу на агресивність та порушення активності. Натомість спостерігался недостатній вплив препарату на темпи розвитку маячних порушень, тривожність та фобії. Одночасно з цим у деяких хворих було відмічено зниження маніфестації галюцинацій та інсомнії. Одночасно із корекцією афективних розладів, препарат тергетол здійснював терапевтичний вплив на соматовегетативні розлади, сенсорну гіперестазію.

Аналізуючи середні показники ефективності терапії хворих із НДЗтегретолом було доведено, що лікувальна дія препарату на систему психотичних показників відбувається у 70,2% хворих, при цьому виражений лікувальний ефект спостерігався у 24% хворих, помірний - у 26,2%, а незначний відмічався у 20,7% пацієнтів. Більш виражену ефективність дії тегретолу відмічено також у пацієнтів із пароксизмальним перебігом депресивних епізодів (в анамнезі), що прогресували на фоні резидуального органічного ураження головного мозку, а також при резистентності хворих до попередньо призначеного лікування. Середня тривалість періоду загострення захворювання у пацієнтів із хворобою Альцгеймера становила 35,6 днів, а у хворих судинною та сенільною формами деменції - відповідно 38,9 і 36,1 днів.

Аналіз особливостей терапевтичної дії тегретолу показав, що показники високої, помірної та низької ефективності дії препарату в досліджуваних групах хворих суттєво не відрізнялись, за виключенням деяких показників. Так, у хворих із сенільною деменцією спостерігалось більш виражена корекція маячних проявів у порівнянні із іншими групами хворих, а у

хворих хворобою Альцгеймера - агресивності та афективних розладів.

Лікування тегретолом добре переносилось хворими із НДЗ, побічні явища та ускладнення терапії у хворих не відмічені, у зв'язку із цим постало питання про припинення прийому препарату, що істотно порушувало би самопочуття пацієнтів. Серед побічних ефектів було відмічено прояви запаморочення, порушення акомодатії у 5 хворих (5,8%) на початку прийому тегретолу, що зникли у зв'язку із зменшенням дози та сповільнення темпу прийому препарату.

Аналіз динаміки стану рухових, інтелектуальних і емоційних функцій 64 хворих, що приймали арісепт, встановив статистично достовірне покращення більшості показників, що складають шкалу GBS. Це стосувалося нормалізації порушень рухових функцій при прийомі їжі і спонтанної діяльності, покращення орієнтації в просторі, та пам'яті на недавні події, впливу на розсіяність та неуважність. Позитивний терапевтичний ефект зростав по мірі продовження лікування хворих препаратом. Лікування арісептом більшої частини хворих із помірним і легким ступенем деменції супроводжувалося суттєвою нормалізацією порушень когнітивних функцій. Мова хворих відновлювалась практично до нормального рівня, а при вираженому ступені змін - покращувалась. Арісепт виявив позитивний вплив не тільки на пізнавальні здібності, але й на загальний стан пацієнтів, при цьому зменшувалась емоційна лабільність хворих, покращився настрій, з'являвся активний інтерес до оточуючого і подій.

Найбільш вираженої ефективності лікування арісептом було досягнуто при аналізі таких показників, як афективні розлади, агресивність і тривожність. Стійку помірну корекцію відповідних порушень вдалось досягти при лікуванні хворих із сенільною деменцією, особливо в плані корекції маячіння і агресивності. Серед хворих судинною деменцією та хворобою Альцгеймера ефективність корекції психотичних порушень арісептом за різними показниками відрізнялась, але за середнім груповим значенням окремих показників були встановлені достатньо високі результати лікування. У хворих відмічено покращення асоціативної пам'яті, відновлення спроб до запам'ятовування і інформації.

При виконанні проб на переключення у 28 осіб (43,7%) суттєво зменшилась інертність психічних процесів і покращилась концентрація уваги пацієнтів. У хворих із тяжким ступенем деменції арісепт частково попереджав явища амнестичної афазії, покращує пам'ять та критичність мислення. Слід підкреслити, що найбільш виражена ефективність лікування пацієнтів арісептом стосувалась впливу цього препарату на порушення пам'яті і концентрації уваги, нестійкість настрою, емоційно-вольові розлади. У хворих НДЗ на фоні лікування прискорювався час реакції, покращувалась пам'ять, зменшувалась емоційна лабільність, пацієнти ставали більш зібраними, уважними, зникала перманентну тривожність, переважало позитивне

забарвлення емоційних переживань, зменшувалась аспонтанність, або її прояви.

У пацієнтів із порушеннями кортикальних функцій, що виникали внаслідок розвитку вогнищевих розладів (різні види афазії, аграфії, алексія, акалькулія, агнозія) ефективність препарату суттєво менша. Ефективність лікування та ступінь відновлення відповідних функцій визначався ступенем та важкістю уражень головного мозку. Але у хворих, які отримували лікування арісептом, відновлення мови, читання, просторової орієнтації досягали значно більшого рівня, ніж при використанні інших фармакологічних препаратів. Відмічається суттєве підвищення цілеспрямованості і активності хворих та зменшення виснаженості внаслідок виконання поточних дій.

Слід відзначити, що лише у 17,1% хворих лікування арісептом супроводжувалось відсутністю клінічних ознак фармакокорекційної дії щодо порушень психічної діяльності, що набагато менше, ніж при використанні депакіну або тегретолу. Серед побічних ефектів слід відзначити розвиток вираженої диспепсії у 6 хворих (9,3%), що раніше перенесли різні оперативні втручання на шлунково-кишковому тракті (холецистектомія, операція з приводу завороту кишківника), що спричинило припинення лікування препаратом.

Застосування антидепресантного препарату лерівону (міансерін) показало, що у всіх обстежених були виражені тривожно-депресивні розлади із помірними супутніми астенічними проявами. У половини хворих при виконанні тестових завдань було відмічено виснаження уваги і швидка розумова стомлюваність, порушення пам'яті і подовження часу запам'ятовування інформації. Відносно високий характер і темп запам'ятовування (але більш низький, ніж у здорових осіб) встановлено у лише 37% обстежених, але у більшості пацієнтів відмічено швидке виснаження уваги, неважність і емоційна млявість.

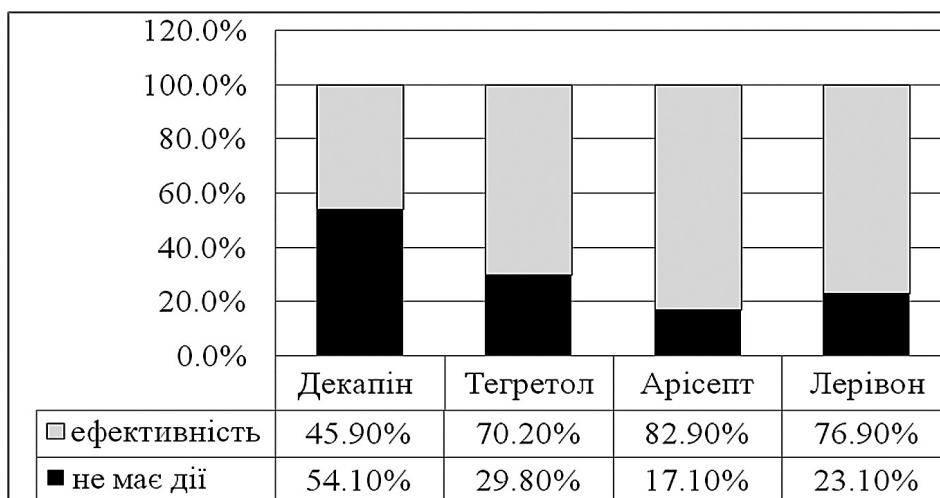
Порівнюючи результати лікування пацієнтів лерівонем і арісептом був зроблений висновок, що загальний терапевтичний вплив досліджуваного препарату був меншим і поступався дії арісепту. В той же час ефективність терапевтичної дії першого у хворих різних груп суттєво відрізнялась. Досить виражений терапевтичний вплив лерівону було досягнуто у хворих із хворобою Альцгеймера у відношенні корекції маячних порушень та патопсихомоторної активності, у хворих сенільною та судинною формою деменції відповідно афективних розладів та тривожності. Зниження епізодів галюцинацій при лікуванні лерівонем встановлено не було. Середньо груповий показник терапевтичної ефективності препарату становив 14,6%, що майже на 4% менше, ніж при лікуванні хворих арісептом і на 10% менше при застосуванні тегретолу. Можна стверджувати про відсутність достовірної різниці між дією лерівону та депакіну, що складають групу препаратів, які традиційно застосовуються для лікування. Стійкий помірний терапевтичний вплив лерівон здійснював на хворих хворобою Альцгеймера. Клінічно це знайшло

відображення у зниженні афективних розладів та агресивності, у хворих сенільною деменцією – корекції агресивності та галюцинацій, а за іншими показниками суттєвої різниці між досліджуваними групами хворих не встановлено. Середньо груповий показник ефективності лерівону становив 28,9%, тобто суттєво відрізнявся від ефективності депакіну майже на 12%, проте суттєво не відрізнялось від інших досліджених нами лікарських засобів. І, нарешті, показники “незначного” лікувального ефекту у всіх досліджуваних груп відрізнялись мало, але при лікуванні судинної деменції було встановлено більш виражену корекцію афективних розладів, психомоторних та емоційних порушень.

Вивчення психовегетативного статусу хворих впродовж зазначеного періоду лікування НДЗ дозволило встановити статистично значуще зниження рівня астеноегетативних та тривожно-депресивних розладів, що підтверджує відому анксиолітичну, антидепресивну, вегетотропну і м'яку антиастенічну дію лерівону. Одночасно зі зменшенням рівня тривожно-депресивних порушень у хворих відзначалися нормалізація нічного сну та поліпшення окремих когнітивних показників. Мова йде про достовірне збільшення швидкості і точності запам'ятовування, поліпшується активна увага, збільшується обсяг короткочасної та довготривалої пам'яті.

В порівняльному аспекті вивчення терапевтичної ефективності досліджуваних препаратів встановлено, що в загальному спектрі найбільш ефективним виявився арісепт, потім можна назвати по низхідній засоби лерівон, тегретол та депакін (Мал. 1). Проте такий характер впливу препаратів дещо відрізнявся в кожному конкретному клінічному випадку. Так, арісепт характеризувався найбільш вираженою “м'якою” тривалою терапевтичною дією, лерівон мав низьку ефективність у значній кількості хворих, дія тегретолу мала відносно стабільну терапевтичну дію у загальній кількості обстежених. Але для депакіну і лерівону були характерні найнижчі показники значної дії та клінічно достовірних результатів лікування.

Таким чином, на основі отриманих результатів проведених клінічних досліджень можна зробити декілька наступних заключень. Лікування патопсихічних розладів на тлі судинної та сенільної деменції, та хвороби Альцгеймера має носити тривалий характер. Бажаних результатів лікування препаратами досить часто не вдається досягти. Ключова проблема при застосуванні базисних антидементних препаратів полягає в своєчасній та адекватній оцінці їх ефективності у конкретного хворого. Розгляд цього питання є особливо актуальним в зв'язку з тим, що базисні антидементні засоби виявляються ефективними далеко не у всіх пацієнтів із відповідною нозологічною формою. Враховуючи цей аспект пацієнт повинен отримувати лише ті препарати, які дійсно володіють лікувальним ефектом, а не ті, що потенційно здатні впливати на симптоматику захворювань. Особливо важко оцінювати ефективність препарату в умовах прогресивного перебігу захворювання. Позитивний ефект, заради якого приймаються лікарські засоби, може полягати не лише в



Мал. 1. Порівняльна ефективність дії препаратів, що застосовуються для терапії патопсихічних розладів при деменціях та хворобі Альцгеймера

поліпшенні загального стану пацієнта, але також в стабілізації або в уповільненні прогресування патології.

При оцінці ефекту антидементних засобів слід враховувати можливість їх дії на різні мішені: когнітивні функції, функціональний статус, афективні та поведінкові порушення. Важливим є кількісна оцінка вихідного рівня когнітивних і поведінкових порушень, функціонального статусу, щоб отримати точку відліку для подальшої оцінки ефективності терапії. Зокрема нами показано, що препарати із лінії антидементних засобів різного механізму дії варіабельно впливають на відновлення психічної сфери, одні функції можуть поліпшуватися, інші - продовжувати погіршуватися. У зв'язку з цим слід застерегти від оцінки ефективності тільки на підставі одного тесту або дослідження однієї психічної сфери, а також звернутись до персоналізованої стратегії лікування.

Висновки

1. Антидементні препарати протисудомної (депакін, тегретол), антидепресантної (лерівон) і антихолінестеразної (арісепт) дії варіабельно впливають на відновлення психічної сфери, одні функції поліпшуються, інші - продовжувати погіршуватися.

2. Препарати добре переносяться пацієнтами, в досліджуваних терапевтичних дозах не мають виражених побічних ефектів.

3. Позитивний клінічний ефект досягається впродовж 1-3 місяців від початку терапії, максимальний лікувальний ефект відзначається при застосуванні арісепту.

Література:

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. - М. : Пульс, 2003. - 337 с.
2. Дамулин И.В., Левин О.С., Яхно Н.Н. Болезнь Альцгеймера: клинико-МРТ-исследование / И.В. Дамулин, // Неврол. журн. - 1999. - № 2. - С. 34-38.
3. Левин О.С., Дамулин И.В. Диффузные изменения белого вещества [лейкоареоз] и проблема сосудистой деменции // Достижения в нейрогеріатрии. - М.: ММА, 1995. - С. 189-231.
4. Левин О.С., Усольцева Н.И., Юниченко Н.А. Постинсультные когнитивные нарушения: механизмы развития и подходы к лечению / О.С. Левин, // Трудный пациент. - 2007. - №8, Т.5. - С. 29-36.
5. Dooley M., Lamb H.M. Donepezil: a review of its use in Alzheimer's disease // Drugs Aging. — 2000. — Vol. 16(3). — P. 199-226.
6. Goldsmith D.R., Scott L.J. Donepezil: in vascular dementia // Drugs Aging. — 2003. — Vol. 20(15). — P. 1127-1136.
7. Robinson D.M., Plosker G.L. Galantamine extended release // CNS Drugs. — 2006. — Vol. 20(8). — P. 673-681.
8. Scott L.J., Goa K.L. Galantamine: a review of its use in Alzheimer's disease // Drugs. — 2000. — Vol. 60(5). — P. 1095-1122.
9. Spencer C.M., Noble S. Rivastigmine: a review of its use in Alzheimer's disease // Drugs Aging. — 1998. — Vol. 13(5). — P. 391-411.
10. Yang L.P.H., Keating G.M. Rivastigmine transdermal patch: in the treatment of dementia of the Alzheimer's type // CNS Drugs. — 2007. — Vol. 21(11). — P. 957-965.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Л.В. Степаненко

В работе приведены результаты собственных исследований терапии когнитивных функций у пациентов с деменцией и болезнью Альцгеймера. Показаны результаты эффективности препаратов противосудорожного, антидепресантного и антихолинэстеразного действия на интеллектуально-мнестические расстройства у таких пациентов, сравнительную оценку эффективности терапии.

Ключевые слова: деменция, болезнь Альцгеймера, депакин, тегретол, леривон, арисепт

MENTALLY VIOLATIONS TREATMENT IN PATIENTS WITH AND DEMENTIA ALZHEIMER'S ILLNESS

L.V. Stepanenko

The results of research of cognitive therapy in patients with dementia and Alzheimer's disease are presented. The results of the effectiveness of anticonvulsant, anticholinesterase and antidepressant drugs on the intellectual-mnestic disorders in these patients, a comparative assessment of the effectiveness of therapy are shown.

Keywords: dementia, Alzheimer's disease, depakin, tegretol, lerivon, aricept