

60. Smith B. W. *Functional assessment-based behavior support planning: A self-management case study of a middle school student with EBD* / Smith B. W. & Sugai G. // *Journal of Positive Behavioral Interventions and Supports*. – Vol. 2. – P. 208–217.
61. *Social activity and improvement in depressive symptoms in older people: a prospective community cohort study* / Isaac V., Stewart R., Artero S., [et al.] // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 17. – P. 688–696.
62. *Social Outcomes in Mid- to Later Adulthood Among Individuals Diagnosed With Autism and Average Nonverbal IQ as Children* / Patricia Howlin, Philippa Moss, Sarah Savage, Michael Rutter // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – Jun. 2013. – Vol. 52. – P. 572–581.
63. Stern Y. *What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept* / Stern Y. // *J. Int. Neuropsychol. Soc.* – 2002. – Vol. 8. – P. 448–460.
64. Sukhareva G. E. *Die schizoide Psychothie in Kindesalter [Schizoid psychopathies in childhood]*. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60, 235–261 / *Translated in Wolffs (1996) / The first account of the syndrome*.
65. *Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder* / Broadstock M., Doughy, C. & Eggleston M. // *Autism*. – 2007. – Vol. 11. – P. 335–348.
66. *Systemizing empathy: teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia* / Golan O. & Baron-Cohen S. // *Development and Psychopathology*. – 2006. – Vol. 18. – P. 591–617.
67. *The Autism Spectrum Quotient* / Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R. [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2001. – Vol. 31 (1). – P. 5–17.
68. *The ICD – 10. Classification of Mental and Behavioral Disorders* / by World Health Organization. – 1994.
69. *The nice guideline on recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism* / *The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists*. – 2012. – P. 16–17.
70. *The pattern of sensory processing abnormalities in autism* / Kern J. K., Trivedi M. H., Garver C. R. [et al.] // *Autism*. – 2006. – Vol. 10. – P. 480–494.
71. *The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood* / Seltzer M. M., Krauss M. W., Shattuck P. T. [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.* – 2003. – Vol. 33. – P. 565–581.
72. *Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism* / Seltzer M., Shattuck P., Abbeduto L. & Greenberg J. S. // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 2004. – Vol. 10. – P. 234–247.
73. *What aspects of autism predispose to talent?* / Happé F, Vital P. // *Biol. Sci.* – 2009. – Vol. 364. – P. 1369–1375.

ВОЗРАСТНОЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ ПЕРВАЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ

А.А. Литвинов

Статья рассматривает изменения клиники, патоморфологии и процессов адаптации в результате взросления и старения пациентов с РСА: когнитивное функционирование, память, мозговые изменения, коморбидная психическая патология, уровень самостоятельности и социальной компетентности. В литературе встречается недостаточная информация по данному вопросу.

Психиатры допускают много ошибок при оценке РСА у взрослых. Эти ошибки негативно сказываются на организации помощи пациентам и негативно влияют на их социальное функционирование.

С целью улучшения мер по поддержке взрослых и старых аутистов, данное направление должно стать одним из приоритетных для исследований в ближайшем будущем.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, взрослые, взросление, старение, нейрокогнитивные нарушения, социальное функционирование, лечение.

AGE'S POLYMORPHISM INPERSASIVE DEVELOPMENT DISORDERS

A.A. Litvinov

The article examines changing clinic, pathomorphology and adaptation processes as a result of maturation and aging of patients with ASD: cognitive function, memory, brain changes, comorbid mental pathology, the level of independence and social competence. There is not enough information on the subject in the literature.

Psychiatrists make many mistakes in the evaluation of ASD in adults. These errors have a negative impact on the organization of care for patients and negatively

To improve measures for support adults and older autists, this direction should be a priority for research in the near future.

Key words: autism spectrum disorders, adult, adulthood, aging, neurocognitive disorders, social functioning, treatment.

УДК 616.89-008

О.О. Хаустова, О.В. Прохорова

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: люди похилого віку, депресивний розлад, субкортикальна ішемічна депресія.

У статті приділяється увага пріоритетним напрямкам ВООЗ та Європейським програмами з охорони психічного здоров'я, аналізується демографічна ситуація в Україні, поширеність депресії у людей похилого віку. Розглянуто особливості клінічних проявів депресивних розладів у людей похилого віку на тлі цереброваскулярної патології, концепція та критерії субкортикальної ішемічної депресії, значення іпохондричної симптоматики у психопатологічній структурі пізніх депресій.

Зміцнення психічного здоров'я, а також запобігання і лікування психічних розладів є основоположними факторами підтримки і поліпшення якості життя, благополуччя і продуктивності людини в її особистому, сімейному, робочому і соціальному житті, таким чином збільшуючи соціальний капітал суспільства в цілому. Перераховані цілі були схвалені державами-членами, Європейською комісією і Радою Європи в Європейській декларації з охорони психічного здоров'я, підписаній в Гельсінкі у 2005 році [6].

У 2008 році Європейська комісія почала працювати над Європейським пактом з охорони психічного здоров'я і благополуччя, який фокусується на п'яти пріоритетних сферах, щодо кожної з них був розробле-

ний набір рекомендацій: охорона психічного здоров'я молоді та освіта; профілактика депресії і самогубств; охорона психічного здоров'я людей похилого віку; поширення принципу соціального включення та боротьба зі стигматизацією; поширення принципу охорони психічного здоров'я на робочих місцях.

Одночасно ряд глобальних ініціатив було зосереджено на підтримці належної клінічної практики. У 2008 році за ініціативи ВООЗ почала роботу Програма ВООЗ з усунення прогалін у галузі охорони психічного здоров'я (Mental Health Gap Program). Програма формує основу стратегій щодо ряду психічних розладів і діяльності з удосконалення догляду за людьми із психічними та неврологічними захворюваннями.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я в 2012 році прийняла резолюцію, яка закликає до створення Глобального комплексного плану дій у галузі психічного здоров'я (WHA 65.4) і включає питання послуг, політики, законодавства та програм щодо забезпечення лікування, прискорення одужання, а також профілактики психічних розладів, підтримки психічного здоров'я та розширення прав і повноважень людей з психічними розладами з метою забезпечення їм повноцінного і продуктивного життя в суспільстві [14].

Проект плану дій ґрунтується на твердженні «немає здоров'я без психічного здоров'я». У людей, які страждають від психічних розладів, спостерігається значне зниження життєздатності і непропорційне збільшення смертності. Наприклад, люди з тяжкою депресією і шизофренією передчасно помирають на 40–60% частіше, ніж населення в цілому, що відбувається через суттєві проблеми з їх фізичним здоров'ям, які часто залишаються без уваги, а також через самогубство. Психічні розлади впливають і самі перебувають під впливом серйозних хронічних захворювань, таких як рак, серцево-судинні захворювання і ВІЛ/СНІД. Доведено, що депресія спричиняє схильність людей до розвитку інфаркту міокарда та діабету, і навпаки, інфаркт міокарда та діабет збільшують ймовірність депресії. Одна тільки депресія становить 4,3% глобального навантаження від захворювань і є однією з найбільших причин інвалідності в усьому світі (11% від усіх років, що прожиті з інвалідністю, в глобальному масштабі). Економічні наслідки цих втрат у плані здоров'я також значні: за оцінкою нещодавнього дослідження Всесвітнього економічного форуму, в майбутні 20 років сукупний глобальний ефект психічних розладів у перерахунку на витрачені економічні результати складе 16 трильйонів доларів США.

Психічні розлади є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. За деякими оцінками, більше третини населення щорічно піддається психічним розладам, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивні розлади у жінок трапляються удвічі частіше, ніж у чоловіків. У всіх країнах більшість психічних розладів реєструють серед найзнедолених верств населення [2].

Демографічна ситуація у світі характеризується невинним старінням населення. Зміни у віковій структурі проявляються збільшенням частки людей похилого (60–74 роки) та старечого віку (75 років і більше). У міру старіння зростає коефіцієнт переважання жінок у загальній чисельності осіб пенсійного віку. У віці 55 років на 1000 жінок припадає 763 чоловіки, у 70 років – 436 [1, 7].

В Україні станом на 1 січня 2012 року в загальній чисельності населення частка осіб старше 60 років склала 21,2%. Разом із постарінням населення відбувається нагромадження хвороб, збільшення кількості самотніх осіб та людей, які потребують стороннього піклування, збільшення потреби в медичній допомозі та соціальному захисті. Медико-демографічна ситуація в Україні має певні особливості. Так, серед основних причин смертності населення в січні 2013 р., як і в січні 2012 р.,

перше місце посідають серцево-судинні захворювання (68,2%). Прогнози щодо захворюваності в світі та Україні вказують на збереження тенденції до зростання [7]. Близько половини осіб похилого віку страждають від гіпертонічної хвороби, причому переважно жінки. З віком гіпертонічна хвороба обтяжується атеросклерозом, цереброваскулярними захворюваннями тощо.

Незважаючи на зменшення показника загальної захворюваності на психічні та поведінкові розлади за період 2008–2012 рр., помічена тенденція до зростання загальної захворюваності у групі осіб, старших за працездатний вік. Аналогічна ситуація спостерігається і за окремими нозологічними формами (розлади психіки неспсихотичного характеру, всі форми деменції, афективні розлади).

Поширеність психічних розладів (на 100 тис. населення) за останні 5 років має тенденцію до незначного зростання, а серед осіб старших вікових груп вона у 3–7 разів більша, ніж у загальній популяції населення [7]. Це явище можна пояснити накопиченням пацієнтів із вадами психічного здоров'я, які захворіли у ранньому віці, зростанням рівня захворюваності на психічні розлади внаслідок церебральних та атрофічних процесів, соматичної патології. Збільшення поширеності психічної патології серед осіб похилого віку прогнозують і експерти ВООЗ [7].

Результати спеціального епідеміологічного дослідження (ВООЗ, 2000) засвідчили, що частота звернень населення за медичною допомогою з приводу навіть тяжких симптомів психічних розладів в Україні не перевищує 20% від потреби, тоді як протягом життя необхідність у цьому становить 31,6%, протягом 12 місяців – 17,6%, що в 7 разів перевищує показник офіційної звітності (2,5%). Вивчення показника поширеності психічних та поведінкових розладів свідчить, що 2,7% населення України потребують допомоги лікаря-психіатра, а серед осіб, які перебувають під наглядом психіатрів, кожен пятий – похилого віку [9].

Як зазначено вище, у світі спостерігається стрімкий ріст афективної патології: нині на неспсихотичні афективні розлади припадає близько третини розладів психіки і поведінки та 64% поширеності афективних розладів [9]. Чільне місце займає депресія. За результатами епідеміологічного дослідження в рамках програми World Mental Health, в Україні депресія превалює серед жінок, а її рівень суттєво зростає з віком. Серед факторів ризику розвитку відзначали: проживання в Києві, Київській області та Східних регіонах, самотність, низький рівень освіти, робота вдома, перебування на пенсії та неадекватний матеріальний стан [1, 7].

Депресії літнього віку є значущою медичною і соціальною проблемою у всьому світі. Актуальність цієї проблеми продовжує підвищуватись одночасно із збільшенням кількості осіб похилого віку в світовій популяції та захворюваності на депресію в усіх вікових групах [3, 8, 13].

Одночасно з демографічними показниками зростає рівень не тільки соматичних, а й психічних захворювань, які притаманні цій віковій категорії, а депресія і деменція є найпоширенішими. При значній частоті де-

пресивних розладів серед населення загалом (близько 10–15%), їх рівень у старших вікових групах майже удвічі перевищує аналогічні показники осіб молодого віку. Великий депресивний розлад, за критеріями DSM-IV, було діагностовано у 3% чоловіків і 4% жінок віком від 65 до 100 років [16].

У структурі показників захворюваності за окремими групами захворювань на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік, в Україні перше місце належить органічним, у тому числі симптоматичним розладам психіки (F00-F09) – 69%. Незначна питома частка афективних розладів у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік, в Україні, та коливання цього показника в різних регіонах від 1,3 до 23,9 на 100 тис. свідчить про гіподіагностику афективних розладів у осіб, старших за працездатний вік, та розцінювання їх як неминучий процес старіння [12].

Дані досліджень останніх років свідчать, що депресія (в тому числі і у людей похилого віку) є потенційно зворотним станом, що може вплинути на запобігання деменції або її затримку в подальшому. Стратегії, направлені на профілактику, ранню діагностику та адекватне лікування депресії, можуть мати позитивні наслідки для суспільства в цілому, оскільки потенційно вони можуть запобігти розвитку деменції або відстрочити її у людей похилого віку. Крім цього, профілактика та лікування серцево-судинних захворювань і поліпшення загального стану здоров'я у осіб з пізньою депресією може суттєво вплинути не тільки на зменшення випадків депресії у людей похилого віку, а й привести до зменшення випадків деменції (хвороба Альцгеймера, судинна деменція), пов'язаних з цим розладом [4].

Останнім часом виявлено, що літні люди, у яких була виявлена депресія, мали удвічі більший ризик розвитку судинної деменції, порівняно з тими, які не були пригнічені. Логічно припустити, що пацієнтів з судинною депресією слід віднести до групи ризику розвитку судинної деменції. Психічні розлади на фоні цереброваскулярних захворювань є актуальною проблемою сучасної психіатрії. При судинних ураженнях мозку депресія є найчастішим психопатологічним симптомом [4], вона обтяжує перебіг і наслідки хвороби, істотно обмежує можливості реабілітації хворих, погіршує когнітивні функції, знижує якість життя.

При цьому депресія є не тільки психологічною реакцією на неврологічний дефект і / або соціальну дезадаптацію, а може бути й прямим наслідком (симптомом) органічного ураження головного мозку [15]. Деякі автори виділяють два типи депресій, пов'язаних із судинною патологією головного мозку:

- депресія при макроангіопатії – відповідає терміну «постінсультна депресія»;
- депресія при мікроангіопатії – відповідає поняттю «васкулярна депресія» (субкортикальна ішемічна депресія).

Концепція васкулярної депресії була вперше запропонована у 1997 р. G. Alexopoulos et al. Поняття субкортикальної ішемічної депресії ґрунтується на висновках, що депресія вперше виникає у пацієнтів у пізньому віці

(після 60 років); вона є вторинною по відношенню до структурних пошкоджень головного мозку, а в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкаралупи відзначаються вищі показники інтенсивності сигналу на структурній МРТ, порівняно з пацієнтами, у яких депресія почалася в більш ранньому віці [19]. Таким чином, особи, у яких є фактори ризику (атеросклероз, гіпертонія, діабет, гіперліпідемія тощо) мають вищий ризик розвитку судинної депресії. Патологія судин може призвести до структурних змін речовини головного мозку, зокрема кортикостріальних шляхів, які відіграють провідну роль у регулюванні настрою, що створює передумови для розвитку депресії, яка характеризується дефіцитом у здатності до планування своїх дій.

Виділення діагностичних критеріїв субкортикальної ішемічної депресії (васкулярної депресії) було запропоновано у 2003 році: початок депресії після 60 років у пацієнтів з ураженням артерій малого і середнього калібру; асоційованість з депресивною ідеєю, психомоторною ретардацією, відсутністю відповіді на терапію антидепресантами і наявністю когнітивної дисфункції у вигляді підкресленої старанності; на МРТ – підвищення інтенсивності сигналу в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкаралупі [17].

Докладне дослідження психопатології афективних розладів пізнього віку вирішує теоретичні завдання уточнення класифікації цих захворювань і має практичне значення для вдосконалення діагностики афективної патології у хворих пізнього віку. Поліморфна структура і атиповість симптоматики афективних розладів пізнього віку ускладнюють завдання дослідників і залишають ряд питань відкритими для наукових дискусій.

Одним з пріоритетних питань залишається опис і визначення ролі іпохондричної симптоматики в психопатологічній структурі пізніх депресій. Існують значні розбіжності в розумінні змісту та клінічної ролі симптомів іпохондрії при різних психічних розладах. Взаємовідношення іпохондрії та депресії є одним з найскладніших і дискусійних питань [18].

У вітчизняній і зарубіжній літературі існують різні думки щодо вікової специфічності іпохондричних депресій. Більшість авторів вважають іпохондричну симптоматику типовим проявом депресій пізнього віку. Іпохондричні симптоми наявні у 30–95% осіб літнього віку, хворих на депресію, при депресіях молодого та середнього віку іпохондрія трапляється значно рідше – у 1–30% випадків [10, 11].

Визначення іпохондричної депресії не повністю збігається у різних авторів, але специфічність депресивно-іпохондричного синдрому для літнього віку відмічена практично у всіх джерелах. Порівняльний клініко-психопатологічний аналіз іпохондричних пізніх депресій і депресій, які перебігають без іпохондрії, виявив наступне. Іпохондрична симптоматика – типовий компонент депресій пізнього віку. Відсутність іпохондрії при пізніх депресіях виявляють переважно у хворих, які тривалий час хворіють на біполярний афективний розлад і переносять чергову депресивну фазу з типовою

синдромальною структурою (проста тужлива депресія) [5].

Водночас багато аспектів діагностики, клініки і терапії органічних афективних розладів, поєднаних з цереброваскулярною патологією, вивчено недостатньо. Зокрема, необхідна розробка оптимальних алгоритмів діагностики і терапії васкулярної депресії з урахуванням зазначених особливостей на основі принципів і методів доказової медицини, що і визначає актуальність даної проблеми.

Клінічний випадок

Пацієнтка Н., 1956 року народження, жителька міста, госпіталізована до психіатричної лікарні вперше.

Анамнез: зі слів пацієнтки, спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Народилась другою дитиною в сім'ї селян. Ранній розвиток без особливостей. Закінчила 10 класів ЗОШ, потім – металургійний інститут за спеціальністю інженер. Працювала на заводі інженером близько 30 років, після виходу в 55 років на пенсію влаштувалась на посаду вахтера в гуртожитку. Взаємини зі співробітниками завжди були доброзичливими.

Заміжня вдруге, в першому шлюбі прожила 20 років, чоловік помер через онкологічне захворювання. Смерть чоловіка переносила важко, був пригнічений настрій, багато плакала, відчувала тривогу за дітей, але з часом з цим впоралась самостійно і до лікарів не зверталась. Має двох дорослих дітей. Суттєвих коливань настрою в передменструальний період, під час вагітності, після пологів не відмічає. Менопауза з 51-річного віку. Клімакс переносила важко, турбували часті припливи. З 48-річного віку хворіє на гіпертонічну хворобу, АТ підвищується до 180/110 мм рт. ст., але суб'єктивно відчуває це дуже рідко. Гіпотензивну терапію приймає нерегулярно. З 51 року почали турбувати головний біль, запаморочення, погіршився зір. З приводу цих скарг у 2008 р. лікувалась у неврологічному відділенні, де було встановлено діагноз «Дисциркуляторна енцефалопатія II ст. з розсіяною осередковою мікросимптоматикою, цефалгією, вестибулопатією на фоні гіпертонічної хвороби II ст.». Отримала курс лікування судинними (кавінтон, магnezія), ноотропними (луцетам), метаболічними (предуктал MR) препаратами. Після виписки зі стаціонару стан покращився. Згодом раз на рік отримувала курси судинної терапії у денному стаціонарі через головний біль, запаморочення. У 2012 році донька з малою дитиною після розлучення з чоловіком переїхала жити до матері в двокімнатну квартиру. Матеріальне становище сім'ї погіршилось. Пацієнтка почала відчувати тривогу, страх за майбутнє, головний біль, настрій був пригнічений, «нічого не хотілося робити». Лікувалась амбулаторно у невролога. Крім судинних препаратів приймала гідазепам, покращення не відмічала. Продовжувала працювати, оскільки дуже турбувалась за матеріальне становище доньки. З часом стан погіршився: почали турбувати туга, апатія, внутрішня напруга, загальна слабкість, біль за грудниною, тиск був стійко підвищений, перестала слідкувати за собою, нічого не могла робити, навіть дивитись улюблені телепередачі, майже не спала, схудла, оскільки їсти не хотіла, з'явилися думки «що буде зі мною, все втрачено, краще

було б померти». Погодилась на консультацію у психіатра і за направленням госпіталізована до психіатричної лікарні.

Психічний статус хворої на момент госпіталізації: пацієнтка зовнішньо тривожна, напружена, сидить в одноманітній позі і постійно смикає хустку в руках. Вираз обличчя засмучений. Доступна для продуктивного контакту, орієнтована всебічно вірно, мова монотонна, повільна, голос тихий. Скаржиться на поганий настрій, тугу, тривогу, постійний головний біль, біль в ділянці серця, відчуття «тяжкості в душі», «відсутність сил», поганий сон, неможливість сконцентруватись на тому, що вона робить, «перестало все цікавити», «почала робити все дуже повільно», «нічого не можу запам'ятати». Продуктивної психотичної симптоматики не виявляє. Темп мислення сповільнений. Емоційно лабільна, під час розмови на очах сльози. Фон настрою знижений. Гіпобулічна. Критика свого стану часткова. Дала письмову згоду на госпіталізацію.

Дані психологічного обстеження: пацієнтка виявляє зацікавленість до обстеження, але хвилюється, слабодуха, починає плакати. Виявляє виснаженість за гіпостенічним типом. Скаржиться на зниження пам'яті, іноді плутає хронологію подій. Об'єм уваги звужений, ступінь концентрації і розподілу уваги недостатній. Механічне запам'ятовування дуже повільне (5-6-8-9-10). Відстрочене відтворення – 7 слів. Опосередкована пам'ять гірша за механічну: з 18 слів піктограми вірно відтворює тільки 7. Структура мислення збережена, але помітна конкретність судинного типу. Знижена фонетична мовна активність (9 слів), але збережена семантична (13 слів). За шкалою депресії А.Т. Beck – 23 бали (депресія середньої тяжкості), за геріатричною шкалою депресії – 22 бали (виражена депресія). Таким чином, у пацієнтки виявляються органічні риси судинної етіології (виснажливості, слабодухисті) на фоні чітко вираженої депресивної симптоматики.

Консультації спеціалістів

Терапевт: гіпертонічна хвороба II стадії, II ступеня, коронарний ризик III.

Офтальмолог: гіпертонічна ангіопатія сітківки.

Невропатолог: гіпертонічна енцефалопатія II ст. з розсіяною мікросередковою симптоматикою.

МРТ головного мозку (2013 рік): гіперінтенсивні осередки в глибоких відділах білої речовини фронтальної ділянки і шкаралупи на фоні судинної енцефалопатії.

Встановлений діагноз: органічний афективний розлад з помірно вираженою депресією (F06.32).

Призначене лікування: комбінована терапія – перші 3 тижні – анафраніл (для редукції тривоги) 50 мг на добу та пароксетин 20 мг на добу, з подальшим переходом на монотерапію пароксетином 20 мг на добу. Додатково призначали мексидол, цераксон та гіпотензивну терапію (арифон ретард, даприл).

Через 3 тижні хвора повідомила про відсутність тривоги, покращення настрою, поліпшення сну.

Через 1,5 місяця пацієнтка відмітила поліпшення пам'яті та уваги, із задоволенням проводить час зі своєю сім'єю, займається звичайними справами, вийшла на роботу.

Пацієнтка приймала антидепресант впродовж 6 місяців, у цей період її турбував незначний біль в ділянці серця при фізичному напруженні та декілька разів підвищувався тиск до 150/90 мм рт. ст. при зміні метеоумов, що супроводжувалось головним болем.

Цей конкретний приклад показує, що лікування хворих з депресією і наявністю певних змін на МРТ головного мозку має бути комплексним (поєднання антидепресантів з різним спектром дії, антиоксидантної, метаболічної і гіпотензивної терапії). У пацієнтів з депресивним розладом на фоні цереброваскулярного захворювання з характерними змінами на МРТ головного мозку визначаються нейродинамічні зміни когнітивних функцій, які редукуються під впливом антидепресивної терапії. У таких хворих не відмічається збудження і відсутнє відчуття провини, на відміну від хворих із іншими видами депресивних розладів, але виражена астения та психомоторна загальмованість. Але не можна виключити і того факту, що подібний депресивний розлад не є продромальним явищем субкортикальної судинної деменції. Можливо, своєчасне адекватне лікування дозволить відстрочити неминучі наслідки судинної патології головного мозку, а це – продовження соціально повноцінного життя наших пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. – Тернопіль: ТЗОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
2. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Европейский региональный комитет, 63 версия, Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября, 2013.
3. Гаврилова С. И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии / С. И. Гаврилова // Соц. и клин. психиатрия – 2006. – № 3. – С. 5–11.
4. Депрессия в неврологической практике / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова. – М.: МИА, 2007. – 18 с.
5. Иванец Н. Н. Ипохондрическая симптоматика поздних депрессий: частота возникновения, психопатологическая характеристика и нозологическая квалификация / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина – 2013. – № 3.
6. Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013–2020, версия от 27 августа 2012.
7. Пінчук І. Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи: монографія. – Тернопіль: ТЗОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.
8. Смуглевич А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смуглевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007.
9. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008-2012 рр. – Київ, 2013. – 202 с.
10. Blazer D. The American Psychiatric Publishing / D. Blazer, D. C. Steffens // Textbook of Geriatric Psychiatry. Am Psych. Pub. – 2009 – P. 4.
11. Bouldoires T. Pain as a symptom of depression in the elderly / Jacolot C. // Article in French. Soins Gerontol – 2011 – № 91. – P. 8–35.
12. Breno S. Diniz, Meryl A. Butters, Steven M. Albert, Mary Amanda Dew, and Charles F. Reynolds, Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies // BJP May 2013 202:329-335; doi:10.1192/bjp.bp.112.118307.
13. Creed F. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis / Creed F., Barsky A. // J. Psychosom Res. – 2004. – 56 (4). – P. 391–408.
14. EPA guidance on the quality of mental health services / Gaebel W. [et al.] / European Psychiatry. – 2012. – № 27. – P. 87–113.
15. Kanner A. M. Depression in neurological disorders / A. M. Kanner. – The Lundbeck Institute, 2005. – 161 p.
16. Khaustova O. O. Depression in elderly patients / O. O. Khaustova // Apixia ncuxiampii. – Київ – 2013. – Т.19, № 3 (74). – С. 68.
17. Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT study / G. S. Alexopoulos, I. I. Katz, M. L. Bruce [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2005. – № 162. – P. 718–724.
18. Thomas P. Hypochondriasis and somatisation in elderly / C. Thomas, M. Pareaud // Article in French. Rev. Prat. – 2008. – № 58 (18). – P. 1977–81.
19. Vascular depression hypothesis / G. S. Alexopoulos, B. S. Meyers, R. S. Young [et al.] // Arch. Gen. Psychiatr. – 1997. – Vol. 54. – P. 915–922.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСИВНИХ РАСТРОЙСТВ У ПОЖИЛИХ ЛЮДЕЙ

Е.А. Хаустова, О.В. Прохорова

Ключевые слова: пожилые люди, депрессивное расстройство, субкортикальная ишемическая депрессия.

В статье уделяется внимание приоритетным направлениям ВОЗ и Европейским программам по охране психического здоровья, анализируется демографическая ситуация в Украине, распространенность депрессии у пожилых людей. Рассмотрены особенности клинических проявлений депрессивных расстройств у пожилых на фоне цереброваскулярной патологии, концепция и критерии субкортикальной ишемической депрессии, значение ипохондрической симптоматики в психопатологической структуре поздних депрессий.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ELDERLY

O. Khaustova, O. Prokhorova

Key words: elderly, depressive disorder, subcortical ischemic depression.

The article focuses on the priority areas of WHO and the European Programme on Mental Health, analyzed the demographic situation in Ukraine, the prevalence of depression among the elderly. Clinical manifestations of depressive disorders in the elderly on the background of cerebrovascular disease, the concept and criteria of subcortical ischemic depression, meaning hypochondriacal symptoms in psychopathological structure of late-life depression.