

с «Бренд-марк» препаратами // Новости медицины и фарма-
ции. — 2004. — № 15 (155). — С. 5—6.

4. Авруцкий Г. Я. Недува А. А. Лечение психически боль-
ных. — М.: Медицина, 1988. — С. 109—112.

5. Гурович И. Я. Любков. Е. Б. Фармакоэпидемиология
и фармакоэкономика в психиатрии. — М.: Медпрактика-М,
2003. — С. 264.

7. Калинин В. В. Рывкин П. В. Атипичные нейролептики
в психиатрии: правда и вымысел // Психиатрия и психофарма-
котерапия. — 1999. — № 1. — С. 15—18.

8. Сабадаш Э. Оригинальные препараты: проблема патент-
ной защиты // Здоровье Украины. — № 21 (82) ноябрь 2003.

9. Вольская Е., Коковин Л. Сила и слабость генериков:
российский рынок воспроизведенных препаратов // Там же.

10. Aronson S. M. Cost-effectiveness and quality of life in
psychosis: the pharmacoeconomics of risperidone // Clin. Ther. —
1997. — V. 19. — P. 139—147.

Надійшла до редакції 13.10.2006 р.

I. Ю. Гришай

**Сучасні підходи до терапії психозів
брендами та генериками**

*Запорізька обласна психіатрична лікарня
(Запоріжжя)*

Проведене порівняльне вивчення результатів лікування
психічнохворих у двох групах — із застосуванням атипично-
го антипсихотику Рисполепт та його генерика Рисперону.
Доведено клінічну та економічну ефективність, кращу пере-
носимість та безпечність Рисполепту.

I. Yu. Grishay

**The modern approaches to psychosis therapy
brend-mark and generics**

*Zaporizhzhya region mental hospital
(Zaporizhzhya)*

There are carried out comparative analysis of results ps-
ychiatric patients treatment in two groups — using atypical
antipsychotic (Rispolept) and generic (Risperon). Demonstrated
clinical efficacy and pharmacoeconomics cost-effectiveness,
best safety, tolerability of Rispolept.

УДК 616.8-053.2/5.-08:616.695.8

О. А. Казаков

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

**МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ,
ЯКІ ВИХОВУЮТЬСЯ В СІМ'ЯХ, ДЕ ОДИН З БАТЬКІВ ХВОРІЄ
НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ**

Згідно з сучасними науковими поглядами, не іс-
нує психічних порушень в дитячому віці, єдиним
способом терапії яких є медикаментозний [1, 3].
Медикаментозні, психотерапевтичні та соціотера-
певтичні методи повинні взаємно доповнювати один
одного в межах мультимодальної терапії [2]. Але слід
звернути увагу на те, що часто лише за допомогою
медикаментозного лікування пацієнта вдається за-
лучити до психотерапевтичних заходів. Безпосередні
показання для медикаментозного лікування існують
в дитячому віці лише при гострих психозах, а та-
кож при станах підвищеної небезпеки для власного
здоров'я, в більшості інших випадків рішення про
застосування медикаментозної терапії залежить від
таких факторів:

- ступеня важкості симптоматики психічного роз-
ладу;
- різкого погіршення самопочуття пацієнта;
- порушення якості життя пацієнта;
- наявності обмежень спроможності до соціальної
адаптації та інтеграції.

Фармакотерапія в цих випадках є лише скла-
довою частиною лікування, яке включає медика-
ментозні, психотерапевтичні і соціотерапевтичні
методи [1, 3, 4].

Під час призначення фармакологічних препаратів
слід ретельну увагу приділяти їх ефективності і по-
бічній дії, які є результатом складного взаємовпливу
біологічних факторів (наприклад, рівня розвитку
дитини) і соціальних умов [5]. У зв'язку з цим психо-
фармакотерапія в дитячому віці має бути орієнтована
на розвиток та враховувати, в залежності від віку,
рівня розвитку і статі, різні впливи на обмін речовин
і розподіл медикаменту, а також його взаємодію

з іншими речовинами, які присутні у зростаючому
організмі [6—8].

Метою нашої роботи було дослідити ефективність
фармакотерапії виявлених психічних порушень не-
вротичного регістру у дітей, які виховувалися в сім'ях,
де один з батьків хворів на параноїдну форму шизо-
френії.

Всі діти були поділені на такі групи: до 1-ї групи
увійшли діти, які виховувалися в сім'ях, де параноїдною
формою шизофренії хворів батько — 87 (51,78 % від
загальної кількості) — 42 дівчинки і 45 хлопчиків; до
2-ї групи були віднесені діти, які зростали в сім'ях,
де хворою виявилася матір — 81 (48,22 %) дитина
(35 хлопчиків і 46 дівчат). Під час лікування виявлених
у цих дітей невротичних розладів з урахуванням вище
перелічених факторів психофармакологічний метод
був нами застосований у 108 (64,28 %) пацієнтів.
З них, серед захворювань, які потребували меди-
каментозного лікування, в обстежених дітей були:
фобічні тривожні розлади (F 93.1), при яких даний
метод лікування нами був застосований у 27 (25,00 %)
випадках, тикозні розлади (F 95) — 17 (15,74 %) ви-
падків, змішані розлади поведінки й емоцій у вигляді
депресивного синдрому (F 92.0) — 16 (14,81 %) ви-
падків, енурез неорганічного ґенезу (F 98.0) — 14
(12,96 %) випадків, obsesивно-компульсивні розлади
(F 42) — у 11 (10,18 %) випадках, порушення поведінки
у вигляді несоціалізованого розладу (F 91.1) потребу-
вали фармакологічного лікування у 10 (9,26 %) дітей,
специфічні (ізолювані) фобії (F 40.2) — у 8 (7,41 %),
розлади харчування (F 50) — у 5 (4,63 %).

Ефективність проведеного фармакологічного лі-
кування у дітей в досліджених сім'ях надана в таб-
лиці.

Ефективність психофармакотерапії різних психічних розладів у дітей в досліджених сім'ях

Код за МКХ-10	Захворювання, <i>n</i> = 108	Нормалізація		Значне поліпшення		Часткове поліпшення		Відсутність поліпшення	
		абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%
F 40.2	Специфічні (ізолювані) фобії, <i>n</i> = 8	2	25,00	4	50,00	1	12,50	1	12,50
F 42	Обсесивно-компульсивні розлади, <i>n</i> = 11	3	27,27	3	27,27	4	36,36	1	9,10
F 50	Розлади харчування, <i>n</i> = 5	2	40,00	2	40,00	1	20,00	—	—
F 91.1	Несоціалізований розлад поведінки, <i>n</i> = 10	3	30,00	2	20,00	3	30,00	2	20,00
F 92	Змішані розлади поведінки та емоцій, з депресивною симптоматикою, <i>n</i> = 16	3	18,75	6	37,50	6	37,50	1	6,25
F 93.1	Фобічні тривожні розлади, <i>n</i> = 27	9	33,33	12	44,44	6	22,22	—	—
F 95	Тикозні розлади, <i>n</i> = 17	13	76,47	2	11,76	2	11,76	—	—
F 98.0	Неорганічний енурез, <i>n</i> = 14	6	42,85	2	14,28	2	14,28	4	28,57
Усього		41	37,96	33	30,56	25	23,15	9	8,33

За умов урахування всіх факторів під час прийняття рішення щодо застосування психофармакотерапії, її ефективність виявилася досить високою — у 74 (68,52 %) дітей з різними психічними порушеннями, під впливом фармакологічних препаратів достовірно ($p < 0,01$) спостерігалось або повне зникнення симптоматики, або значне поліпшення стану психічного здоров'я.

Під час лікування тривожних розладів, в тому числі фобій, застосовувалися препарати класу бензодіазепінів, трициклічні антидепресанти та флуоксетин, ефективність яких при даних розладах є достовірною. Бензодіазепіни призначали, враховуючи відсутність ризику розвитку залежності в дитячому віці та виходячи з того, що зниження рівня тривожності пацієнта сприяє подальшому успіху психотерапевтичних заходів. За наявності в клінічній картині депресивної симптоматики препаратом вибору був трициклічний антидепресант іміпрамін у дозах 50—75 мг на добу, застосування якого значно поліпшувало стан дитини з фобіями. Також для зниження рівня тривожності призначався флуоксетин у дозах 5—10 мг на добу. Таку ж тактику медикаментозної терапії було обрано і під час лікування ізолюваних фобій. В результаті проведеного лікування повна нормалізація стану або значне поліпшення були відзначені у 21 дитини (77,77 %) із тривожно-фобічними розладами та у 6 (75,00 %) дітей, в клінічній картині психічних розладів яких спостерігалися ізолювані фобії. Не вдалося досягти терапевтичного ефекту лише у 1 дитини із специфічними фобіями (12,50 %).

Тикозні розлади досить ефективно лікувалися за допомогою медикаментозних препаратів. Під час застосування нейролептиків, які мають високу вибірковість до D₂-рецепторів, зокрема тіаприду (до 3 x 200 мг на день), починаючи з малих доз, з поступовим їх збільшенням, редукція симптоматики або значне зменшення частоти розладів відбулося у 15 (88,24 %) дітей. Побічна дія препарату була вираженою вкрай незначно.

При змішаних розладах поведінки та емоцій з переважно депресивною симптоматикою в клінічній картині прямим показанням до застосування фармакологічних засобів була хроніфікація розладу або висока вираженість депресивного синдрому, якщо немає достатньої можливості для проведення

психотерапевтичних заходів. Препаратами першої черги вибору були інгібітори зворотного захвату серотоніну. При цьому, враховуючи їх побічну дію, особливо активуючий ефект на початкових етапах лікування і небезпеку екзацерації саморуйнівної і суїцидальної поведінки, обережно і поступово нарощували дозування, дотримуючись рекомендацій щодо дозування в дитячому віці. Під час лікування флуоксетином у дозах від 5 до 15 мг на день повне зникнення симптомів або значне покращення стану було відзначено у 9 (56,25 %) дітей, часткове покращення стану — у 6 (37,50 %), і лише в 1 дитини (6,25 %) не вдалося досягти терапевтичного ефекту.

Під час лікування енурезу ефективним було застосування трициклічних антидепресантів, особливо іміпраміну в дозуванні 25—50 мг на день. При лікуванні нічного енурезу також застосовували амітриптілін і мапротилін. Під час призначення препаратів враховували високу кардіотоксичну дію трициклічних антидепресантів у дітей, в зв'язку з цим медикаментозна терапія проводилася у мінімальних добових дозах і використовувалась як додаткова до інших методів лікування даної патології.

У результаті застосування антидепресантів нормалізації або значного поліпшення вдалося досягнути у 8 (57,14 %) дітей, але порівняно високою також виявилася і кількість випадків, коли фармакологічна терапія не була ефективною — 4 (28,57 %). У таких випадках окрім психотерапевтичної корекції нами були застосовані інші методи лікування даної патології, зокрема хлоретиллові блокади на ромб Міхаеліса.

Ефективність трициклічних антидепресантів була відносно високою під час їх застосування для лікування обсесивно-компульсивних розладів. Прийом кломіпраміну (50—100 мг на добу) чітко покращував симптоматику в 6 (54,54 %) дітей, причому в основному з нав'язливими рухами; повністю неефективною психофармакотерапія виявилася лише у 1 пацієнта (9,10 %). Але враховуючи нестійкий ефект від фармакотерапії та високу ймовірність рецидивів, а також наявність низки побічних ефектів (кардіотоксична дія, порушення сечовиділення, антихолінергічні ефекти), які унеможливають тривале лікування препаратами цього класу, всім дітям з обсесивно-компульсивними розладами продовжували лікування психотерапевтичними методами.

Медикаментозне лікування порушень поведінки у дітей відіграє другорядну роль порівняно з психотерапевтичними методами і в нашому випадку застосовувалося як підтримуюча симптоматична терапія. Для лікування порушень поведінки в залежності від їх симптоматики застосовують різні класи препаратів, які мають, перш за все, седативний, анксиолітичний та стабілізуючий ефекти. Під час застосування бензодіазепінів редукція симптоматики спостерігалася нами у 5 (50,00 %) дітей, слід зауважити, що також у 5 (50,00 %) дітей ефективність фармакологічної терапії була низькою або взагалі лікування виявилось неефективним.

Для лікування порушень харчової поведінки, зокрема нервової анорексії, застосовують велику кількість препаратів, включаючи нейролептики, антидепресанти і засоби, що стимулюють апетит, але всі вони мають обмежену ефективність. Ми призначали фармакологічне лікування тільки у випадку, якщо як коморбідний розлад у обстежених дітей спостерігалася депресивна симптоматика. З метою покращання стану таких дітей ми призначали трициклічні антидепресанти, зокрема амітриптилін при нервовій анорексії (зважаючи на його невеликий додатковий ефект сприяння збільшенню маси тіла), і флуоксетин в мінімальних дозах (20 мг тричі на добу) при нервовій булімії. Нормалізації психічного стану або його значного поліпшення вдалося досягти у 8 (80,00 %) пацієнтів.

Таким чином, за умов урахування специфіки призначення медикаментозних препаратів в дитячому віці, фармакологічне лікування невротичних порушень у дітей, які зростають в сім'ях, де один з батьків

хворіє на параноїдну форму шизофренії, має досить високу ефективність (поліпшення спостерігалось у 74 дітей — 68, 52 %) і є важливим компонентом мультимодальної терапії порушень психічного здоров'я в таких родинах.

Список літератури

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. Руководство для врачей. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
2. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1998. — 248 с.
3. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клініч. посібник / Підкоритов В. С., Букреев В. І., Кузьмінов В. М. та ін. — Харків: Фоліо, 2003. — 271 с.
4. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології. — К.: Перун, 1996. — С. 12—14.
5. Подкорытов В. С. Основные направления работы по медико-социальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими заболеваниями // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 2. — С. 368—369.
6. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / Под ред. К. С. Робсона. — М.: Медицина, 1999. — С. 34—39.
7. Хамаганова Т. Г., Семке С. Т., Даниленко О. В. Психическое здоровье школьников // Врач. — Чехов, 1999. — С. 19—21.
8. Юрьева Л. Н., Чудакова Л. Б., Ефимов О. Е., Цилюрик Г. И. Динамика расстройств поведения у детей и подростков. В кн.: Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні. — Харків, 1999. — С. 228—231.

Надійшла до редакції 17.07.2006 р.

А. А. Казаков

Медикаментозное лечение невротических нарушений у детей, воспитывающихся в семьях, где один из родителей болен параноидной формой шизофрении

*Украинская медицинская стоматологическая академия
(г. Полтава)*

На основе принципов назначения фармакологических препаратов в детском возрасте в рамках мультимодальной терапии нарушений психического здоровья у детей в семьях, где один из родителей болен параноидной формой шизофрении, было проведено психофармакологическое лечение выявленных у 108 детей психических нарушений невротического регистра. Назначения проводились в соответствии с разработанными принципами комплексного лечения, с учётом симптоматики и синдромологии невротических нарушений. В результате проведенного лечения у детей достигнуто улучшение состояния, что являлось необходимым условием для начала психотерапевтической коррекции.

О. А. Kazakov

Medical treatment of neurotic disorders in children from families, which have a member suffer from paranoid schizophrenia

*Ukrainian medical Stomatological Academy
(Poltava)*

On the base of principles of child pharmacological prescriptions there were treated by psychopharmacotherapy 108 children with mental disorders from neurotic register within the multimodal therapy of mental health disorders in children from families, which have a member suffer from paranoid schizophrenia. Prescriptions were realized conform to the principles of complex treatment taking into account symptoms and syndromes of neurotic disorders. Results of treatment allowed to reach in children improvement of their states as a necessary condition for beginning of psychotherapeutic correction.