

Г. Х. Божко, В. В. Соколік В. С. Чурсіна, Т. Г. Перцева

Зміни вмісту і складу ліпопротеїнів при введенні гепарину здоровим особам і хворим на цукровий діабет другого типу

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

Методом гель-електрофорезу і аналітичними методами досліджували зміни вмісту і складу ліпопротеїнів (ЛП) під впливом екзогенного гепарину у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет (ЦД-2). Отримані результати свідчать, що після введення гепарину здоровим і хворим особам відбувалися значні зміни кількості і складу досліджених фракцій ЛП. При цьому у хворих і здорових у складі часток апоВ- і апоА-класів спостерігався перерозподіл компонентів, що транспортуються (холестерину і тригліцеридів). Кількість структурних компонентів (білків і фосфоліпідів) не змінювалась. У здорових осіб концентрація тригліцеридів збільшувалась у складі апоА-вмісних фракцій ЛП і зменшувалась у складі апоВ-ЛП. Протилежний напрямок змін тригліцеридів у складі досліджених фракцій ЛП може бути непрямим підтвердженням уявлення про участь білків, що переносять ліпіди в процесах ліполітичної деградації ЛП. На підставі отриманих у роботі даних можна судити про те, що у хворих на ЦД-2 порушуються процеси обміну ЛП, пов'язані з послідовною каталітичною дією позапечінкової і печінкової ліпопротеїніпаз, внаслідок чого за ЦД-2 посилюється синтез ліпопротеїнів низької щільності на шкоду формуванню в кровообігу апоА-вмісних ЛП.

G. Kh. Bozhko, V. V. Sokolik, V. S. Chursina, T. G. Pertseva
Changes of lipoprotein amount and composition under the heparin intake in healthy persons and patients with diabetes mellitus of type II

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

With the method of gel-electrophoresis and analytic methods changes of lipoprotein (LP) amount and composition under action of an exogenous heparin were investigated in patient with diabetes mellitus of type II (DM II). The results obtained demonstrated that there were significant changes in amount and composition of examined LP fractions after the heparin intake in healthy persons and the patients. A redistribution of transported components (cholesterol and triglycerides) in the composition of apoA- and apoB-classes were observed both in the patients and healthy persons. The amount of structural components (proteins and phospholipids) was unchanged. Both in the patients and healthy persons a concentration of the triglycerides was increased in apoA-containing LP fractions and was decreased in apoB-LP. An opposite direction of triglycerides changes in the examined LP fraction might be a non-direct support for the idea about participation of lipid-transporting proteins in processes of a LP lipolytic degradation. On the base of data obtained we may indicate, that in patients with DM II the processes of LP metabolism, connected with a catalytic action of out-liver and liver lipoproteinlipases, are injured resulting to in DM II a LPVLD synthesis is enhanced to the prejudice of formation of apoA-containing LP in the blood flow.

УДК 616.895.4-08-053.9:616.1/4

В. Н. Зелений¹, *врач-терапевт, начмед, Г. И. Каурова¹*, *врач психиатр, В. И. Лавский¹*, *врач невролог, А. С. Федорченко²*, *канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением, М. Е. Санина²*, *врач психоневролог, В. И. Янголь³*, *врач невролог, зав. неврологическим отделением*

¹ Черниговский гериатрический пансионат; ² Узловая больница ст. Чернигов;

³ Городская больница № 3 (г. Чернигов)

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Легче душе борются с
Тяжким страданием,
Нежели с продолжительной грустью.
Жан-Жак Руссо

На сегодня данные многочисленных работ свидетельствуют о значительной распространенности и недостаточном выявлении психических расстройств у соматических больных (Roy — Byrne, 2002; Toftetal, 2005). Наиболее частыми психическими нарушениями в общей медицинской практике являются тревожные и депрессивные расстройства [17].

На протяжении всего XX столетия практически во всех развитых странах мира наблюдался экстенсивный рост тревожно-депрессивных расстройств. (Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю., 2003).

Частота депрессий в общей популяции составляет около 8 %, а тревожных расстройств — 6 %. В контингентах же соматических больных эти показатели выше в 2—3 раза и достигают 20—30 % для депрессий и 12—15 % для тревожных расстройств (Finketal, 2005).

Указанные группы нарушений нередко сочетаются друг с другом (до 45 % тревожных расстройств сочетается с депрессиями) (Sartorius, 1996).

По данным официальной статистики Минздрава России, тревожными расстройствами той или иной выраженности страдает 30 % населения Российской

Федерации [цит. по 6]. В Украине также имеет место значительное увеличение заболеваемости тревожно-депрессивными расстройствами. По данным МЗ Украины в 2001 г. их распространенность составляла 284,5 на 100 тыс. населения, а заболеваемость — 78,1 на 100 тыс. [4].

Согласно официальным данным МЗ Украины, количество депрессивных больных составляет 0,5—2,5 % от общей популяции. По данным международного эпидемиологического исследования, на сегодняшний день около 20 % населения Украины могут соответствовать критериям диагноза аффективного расстройства [18].

Таким образом, тревожные расстройства — достаточно распространенное явление и, по данным зарубежных авторов, они встречаются у 95 % населения [цит. по 12]. Предполагается, что каждый третий пациент, обращающийся за медпомощью к терапевту, имеет повышенный уровень тревожности [7]. Обращаемость за медицинской помощью и стоимость лечения больных с депрессиями и тревожными расстройствами в общей медицинской сети примерно в 2—3 раза выше, чем у других категорий населения (Bernae et al., 2000; Hansen et al., 2002). При этом в целом от 20 до 60 % больных соматических лечебных

учреждений нуждаются в психиатрической помощи (В. С. Ястребов, 1991; А. Е. Бобров, 1996).

Вследствие того, что население планеты неуклонно стареет, доля психических расстройств наиболее высока у пациентов старше 65 лет, и самыми распространенными психическими расстройствами в пожилом и старческом возрасте являются депрессия и деменция (до 15 %); депрессия с соматоневрологической патологией 11—59 %; депрессия при деменции 10—50 % [13]. К сожалению, по прогнозам ВОЗ, число психических заболеваний будет увеличиваться и к 2020 году их доля среди всех заболеваний может достичь почти 50 %, что гораздо выше прогнозируемого числа сердечно-сосудистых заболеваний.

Особое внимание в такой ситуации должно уделяться депрессиям, которые часто сопутствуют соматическим заболеваниям.

Ученые считают, что риск развития депрессии или тревожных расстройств в течение жизни составляет в среднем 15—20 %. При этом они оказывают существенное негативное влияние на общее состояние соматических больных, их комплаентность и удовлетворенность оказываемой медицинской помощью [18].

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств значительно увеличивается с возрастом и составляет 25—30 % у лиц старше 65 лет. При этом у лиц пожилого возраста, имеющих несколько соматических заболеваний, их распространенность в несколько раз выше по сравнению с теми, кто не имеет сопутствующих заболеваний [12].

В соответствии с современными представлениями к психосоматическим расстройствам относят патологические состояния, возникающие при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов и проявляющиеся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, а также развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [11].

Наиболее частой психической патологией у пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями является депрессия — 32,1 % и часто она сочетается с другими психопатологическими нарушениями: тревожными, астеническими и др. [2]. По данным Н. Латчман, наиболее часто депрессии встречаются у пациентов с кардиоваскулярной патологией (27 %), респираторной патологией (21,1 %) и цереброваскулярной патологией (16,4 %).

Любое заболевание является своеобразным стрессом и сопровождается чувством тревоги. Появление тревоги является нормальной реакцией организма человека на неблагоприятные жизненные факторы. Но если тревога становится патологическим состоянием, то она возникает либо без видимой причины, либо при возникновении ее в качестве реакции на какое-то событие, она по своей длительности и выраженности намного превосходит реальную значительность события и приводит к снижению качества жизни больного. Тревога — это состояние безнадежности напряженного беспокойного ожидания будущего. Тревога не имеет явного объекта и осознания как эмоциональное состояние без конкретного содержания [12].

По мнению ведущих нейрофизиологов, причиной тревожных расстройств является дисфункция нейромедиаторных систем (ГАМК-ергической, серотонинергической, катехоламинергической). Длительно существующая и нелеченная тревога приводит к апа-

тии, ангедонии. Вследствие этого возникает депрессия. У 70 % пациентов тревожное расстройство сопровождается симптомами депрессии, и наоборот. Таким образом формируется порочный круг: тревога вызывает депрессию, а развивающаяся депрессия усугубляет проявления тревоги [6].

Ухудшение психического состояния больного заметно снижает толерантность к стрессу, приводит к ухудшению соматического состояния и качества жизни. Смертность при тревожно-депрессивных расстройствах почти приравнивается с таковой при сердечно-сосудистых заболеваниях (Маслов С. Н., 1995). В сравнении с общей популяцией, смертность при тревожно-депрессивных расстройствах в 1,5 раза выше.

Известно, что данные состояния увеличивают смертность за счет сердечно-сосудистых заболеваний (Wuslin J. R et al., 1999). Их коморбидность повышает риск смерти при нестабильной стенокардии в 3 раза в первый год и в 4 раза — в первые 3 месяца после инфаркта миокарда (Jesperance F. et al., 2000). Риск развития инсульта у пациентов с депрессивными расстройствами в 2—3 раза выше, чем у людей без депрессии с теми же сосудистыми факторами риска [15].

Таким образом, в настоящее время тревожно-депрессивные расстройства приобрели общемедицинское значение, особенно у людей пожилого возраста, в связи с тем, что они часто сочетаются с хроническими соматическими заболеваниями (стенокардией, последствиями инфаркта миокарда и инсульта, хроническими obstructивными заболеваниями легких и т. д.) и при этом отягощают течение соматической патологии, ухудшают прогноз лечения и реабилитации больных с подобными сочетанными патологическими состояниями [14].

Поэтому лечение тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных имеет первостепенное значение и свои особенности.

Основными требованиями, которые мы предъявляли к препаратам при лечении тревожно-депрессивных расстройств у людей пожилого возраста, являлись их эффективность, безопасность, отсутствие или минимальная степень выраженности побочных эффектов, влияющих на сопутствующую патологию, повседневную активность и когнитивные функции и формирование зависимости.

Терапия тревожно-депрессивных состояний у пожилых людей — сложная и проблемная задача.

Одной из ее проблем является побочное действие антидепрессантов (Малин Л. И., Медведев В. М., 2002), отмечается в 15—30 % случаев [4].

Все вышесказанное заставило нас обратить внимание на поиск адекватных средств терапии среди других фармакологических групп. Наше внимание было остановлено на нейрорептиках.

Нейрорептики — одна их наиболее популярных и широко применяемых групп психотропных средств, сфера применения которых далеко перешагнула границы психиатрической практики и собственно психофармакологии и охватывает чрезвычайно широкий нозологический спектр. Это связано с исключительным многообразием механизмов действия и клинико-фармакологических эффектов нейрорептиков, позволяющих реализовать стратегию комплексного регуляторного воздействия на нейромедиаторный дисбаланс в ЦНС [3].

Среди нейрорептиков предпочтительным для лечения тревожно-депрессивных расстройств является тиоридазин. Главной особенностью тиоридазина сле-

Таблиця 1

Сопутствующая патология у исследуемых пациентов

Заболевание	Абс. число пациентов	%
Ишемическая болезнь сердца, в т. ч. и перенесенный инфаркт миокарда	32	64
Цереброваскулярные заболевания, в т. ч. и перенесенный инсульт	38	76
Артериальная гипертензия	28	56
Сахарный диабет	6	12
Хронические обструктивные заболевания легких	8	16
Болезни желудочно-кишечного тракта	16	32
Другие болезни	10	20

дует назвать исключительную широту клинико-фармакологических эффектов ([11]:

— кроме нейролептического, оказывает антидепрессивное действие;

— антипсихотическое действие сочетается с успокаивающим и легким психостимулирующим эффектом;

— не вызывает заторможенности, эмоциональной индифферентности, вялости;

— отмечается большая селективность тиоридазина к аффективным и тревожным расстройствам;

— при применении небольших доз сильнее проявляются антидепрессивное и стимулирующее действие, при повышении доз нарастает седативный эффект;

— в малых дозах можно применять для лечения психосоматических расстройств, не опасаясь развития привыкания у пациента;

— отличается низкой способностью вызывать экстрапирамидные побочные действия, не действует каталептически, имеет слабый гипотензивный эффект.

Таким образом, в известной степени тиоридазин может рассматриваться как препарат со своеобразными сочетанными свойствами нейролептика, антидепрессанта и транквилизатора [3].

В своей работе мы использовали тиоридазин компании Хикма Фармасьютикалз под торговым названием **Ридазин** (официальный дистрибьютор в Украине — компания **Мегаком**). **Ридазин** быстро и полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте, легко проникает через гематоэнцефалический барьер. Биотрансформируется до активных метаболитов мезоридазина и сульфоридазина. Период полувыведения Ридазина составляет около 12 часов, основной путь выведения — с калом и мочой.

В комплексную терапию тревожно-депрессивных расстройств у пожилых пациентов мы включали также препарат компании Хикма Фармасьютикалз **Нейровитан** (официальный дистрибьютор в Украине — компания **Мегаком**). **Нейровитан** — уникальный сбалансированный лечебно-профилактический комплекс витаминов группы В, в состав которого входят В₁ (октоамиин) — 25 мг, В₂ (рибофлавин) — 2,5 мг, В₆ (пиридоксин) — 40 мг, В₁₂ (цианокобаламин) — 250 мкг. Состав Нейровитана сбалансирован, дозировка каждого из входящих в состав препарата витаминов соответствует лечебной дозе, необходимой организму.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов — 18 (36 %) мужчин и 32 (64 %) женщин в возрасте от 60 до 78 лет.

Все пациенты проходили клиническое обследование: анамнестические данные, объективное обследование, общий анализ крови, мочи, биохимия крови, сахар крови, коагулограмма, рентгенография легких, ЭКГ.

Пациенты проходили анкетирование по шкале Цунга. Особое внимание уделяли сопутствующей патологии, структура которой отображена в таблице 1.

Пациенты предъявляли следующие жалобы: общая подавленность, упадок побуждений, чувство тревоги, страха, беспокойства, расстройства сна, головные боли, плаксивость, ухудшение памяти и общего самочувствия, периодические боли в области сердца, одышку, сердцебиение, кашель, ощущение нехватки воздуха.

Всем пациентам была назначена следующая терапия: Ридазин 10 мг (1 таб.) 1 раз в сутки и Нейровитан 1 таб. 1 раз в сутки. Эффективность лечения оценивали каждые 10 дней. Через 10 дней доза Ридазина повышалась до 20 мг (1 таб. 2 раза в сутки).

У пациентов также контролировали каждые 10 дней общий анализ крови, ЭКГ и биохимический анализ крови. Отдельно регистрировалась частота возникновения побочных эффектов и влияние приема препарата на продолжительность и течение соматических заболеваний. Уже через 10 дней больные отмечали улучшение состояния, а через 20 дней — 52 % пациентов позитивно оценивали свое состояние. Предварительный положительный эффект проводимого лечения способствовал тому, что больные с удовольствием принимали назначенное лечение и выполняли все рекомендации. За пациентами наблюдали на протяжении 2 месяцев. Шести пациентам доза Ридазина была увеличена до 50 мг в сутки (25 мг 2 раза) из-за слабого терапевтического эффекта. В результате исследования положительный результат лечения был получен у 42 (84 %) больных.

Среди побочных эффектов, которые наблюдались при исследовании, были: тошнота у 2 (8 %) пациентов, сухость во рту у 3 (12 %) пациентов, головокружение у 5 (20 %) пациентов, они не требовали отмены препарата и через 10 дней прошли самостоятельно.

Влияние Ридазина на сердечно-сосудистую систему отслеживали по параметрам ЧСС, АД и ЭКГ.

Значительных колебаний показателей ЧСС и АД не отмечалось, нарушений ритма сердца не было. Как следует из показателей ЭКГ (табл. 2), значительного влияния на данные показатели **Ридазин** в терапевтических дозах не оказывал.

Таблиця 2

Показатели ЭКГ у исследуемых пациентов (в секундах)

Основные показатели	до лечения	после лечения
интервал PQ	0,17 ± 0,03	0,19 ± 0,02
интервал QT	0,4 ± 0,02	0,5 ± 0,02
комплекс QRS	0,07 ± 0,01	0,07 ± 0,01

Изменений показателей крови в общем анализе во время исследования у пациентов не отмечалось. Поскольку Ридазин метаболизируется в основном в печени и почках, особое внимание уделялось этим биохимическим показателям крови (табл. 3).

Нарушений биохимических показателей крови в процессе лечения Ридазином у исследуемых пациентов не отмечалось. Показатели углеводного обмена также не выходили за рамки нормы.

Таблиця 3

Динамика биохимических показателей крови

Показатели	До лечения	После лечения
Билирубин общий, мкмоль/л	12,5 ± 2,2	12,8 ± 2,3
Алт, ммоль/л · ч	0,65 ± 0,05	0,67 ± 0,6
Аст, ммоль/л · ч	0,75 ± 0,06	0,18 ± 0,7
Мочевина, ммоль/л	0,35 ± 0,01	0,34 ± 0,01
Креатинин, ммоль/л	86,6 ± 3,5	86,2 ± 3,62

Обострений сопутствующей патологии во время лечения Ридазином у пациентов не отмечалось.

Пациенты принимали Ридазин на фоне лечения сопутствующих заболеваний.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы.

1. Высокая эффективность, приемлемое соотношение эффективность / безопасность, хорошая переносимость и низкая частота развития побочных эффектов, а также отсутствие привыкания и зависимости позволяет рекомендовать Ридазин в лечении различных психопатических расстройств у пожилых пациентов.

2. Ридазин в среднетерапевтических дозах у пожилых пациентов не оказывает негативного влияния на сердечно-сосудистую систему.

3. Комплексная терапия Ридазином и Нейровитаном не оказывает токсического действия на печень и почки и хорошо переносится пациентами.

4. Включение в схему лечения тревожно-депрессивных расстройств универсального витаминного комплекса Нейровитан у пожилых пациентов имеет позитивное действие, способствует быстрейшему улучшению состояния пациентов.

5. Клинически значимого взаимодействия с другими соматотропными препаратами не отмечено, что говорит о низком взаимодействии Ридазина с другими препаратами.

Список литературы

1. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / За ред. Л. М. Юр'євої: Навч. посібник. — Дніпропетровськ, 2005. — 96 с.
2. Юзвизина О. В. Клінічні рекомендації для лікарів загальної практики щодо лікування супутніх депресії, тривожних станів і серцево-судинних захворювань: Навч.-метод. посібник. — Хмельницький, 2007. — 28 с.
3. Бурчинский С. Г. Возможности фармакотерапевтической коррекции тревожных и психосоматических расстройств при неврозах // Здоров'я України. — № 23/1. — 2006. — С. 58—59.
4. Ігнатів М. Ю., Маркова М. В., Бабич В. В. Щодо терапії тривожно-депресивних розладів неспихотичного регістру, коморбідних із серцево-судинними захворюваннями // Мистецтво лікування. — № 6 (042). — 2007. — С. 30—32.
5. Подкорытов В. С., Сурикова О. И. Пароксетин в терапии тревожных и депрессивных расстройств у соматических больных // Medicus Amicus. — № 1. — 2006. — С. 8.
6. Филатова Е. Г. Тревога в общесоматической и неврологической практике // Здоров'я України. — № 23—24. — 2006. — С. 21.
7. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? // Там же. — № 13—14. — 2006. — С. 56—57.
8. Чутко Л. С., Фролова Н. Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. — СПб.: Наука, 2005. — 173 с.
9. Коваленко І. В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування. — Вінниця, 2005. — 28 с.
10. Швець Н. І., Мельник І. Л., Бенца Т. М. Соматизовані та соматогенні депресії в практиці лікаря-інтерна // Мистецтво лікування. — № 6 (032). — 2006. — С. 67—71.
11. Корж А. Н. Современные подходы к лечению психосоматических расстройств в общей практике семейной медицины // Здоров'я України. — № 1 (158). — 2007. — С. 48—49.
12. Семикина Е. Е., Морозова О. О. Тревожные и невротические расстройства в практике врача-интерна // Новости медицины и фармации. — № 14 (220). — 2007. — С. 3—4.

13. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога // Практична ангіологія. — № 1 (02)2006. — С. 17—24.

14. Кутько И. И., Фролов В. М., Рачкаускас Г. С. Новые подходы к лечению депрессивных расстройств // Новости медицины и фармации. — № 19 (227). — 2007. — С. 20—21.

15. Андрус М. Каннер. Депрессия при неврологических расстройствах. — Копенгаген: Институт Лунберг, 2005. — 112 с.

16. Компендиум Лекарственные препараты. — Киев: Морион, 2006. — Т. 2. — С. 286—287.

17. Бобров А. Е. Могут ли врачи общего профиля применять антидепрессанты // Здоров'я України. — № 17 (150). — 2006. — С. 35—36.

18. Маляров С. А. Депрессивные расстройства в общесоматической практике: как и о чем информировать врача // НейроNews психоневрология и нейропсихиатрия. — № 2 (03) 2007. — С. 4—6.

19. Степанов Ю. М., Конопов І. М., Залевський В. І. Психосоматичні стани у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція (методичні рекомендації). — Дніпропетровськ, 2003. — 28 с.

20. Сурмило М. М. Діагностика і лікування соматоформних (невротичних) розладів у гастроентерологічних хворих (методичні рекомендації). — К., 2005. — 16 с.

21. Чабан О. С. Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). — К., 2004. — 69 с.

22. Марк Воронов. Психосоматика: Практическое руководство. — Киев, 2002. — 252 с.

23. Палий И. Г. и др. Тревожность и депрессия у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта: актуальность проблемы и возможные пути ее реализации / И. Г. Палий, С. В. Заика, И. Г. Гезниченко, Н. М. Севак // Здоров'я України. — № 19 (176). — 2007. — С. 72—73.

24. Бурчинский С. Г. Фармакотерапевтические возможности нейрорептиков при психосоматической патологии // Новости медицины и фармации. — № 14 (196). — 2006. — С. 6—7.

Надійшла до редакції 26.12.2007 р.

**В. Н. Зелений, Г. І. Каурова, В. І. Лавський,
А. С. Федорченко, М. Е. Саніна, В. І. Янголь**
**Лікування тривожно-депресивних розладів
у пацієнтів похилого віку**

Чернігівський пансіонат геріатрії,
Вузлова лікарня ст. Чернігів, Міська лікарня № 3
(м. Чернігів)

Подано результати лікування пацієнтів похилого віку з тривожно-депресивними розладами, яким було призначено препарати Ридазин і Нейровітан. Було досліджено 50 пацієнтів чоловічої та жіночої статі (36 % чоловіків), що скаржилися на загальну пригніченість, зниження мотивацій, почуття тривоги, стурбованості, головний біль, диспное, серцебиття, кашель, утруднення дихання. Терапія Ридазином (Hikma Pharmaceuticals) у дозі 10 мг раз на день та Нейровітаном (Hikma Pharmaceuticals) у дозі 1 таблетка раз на день була призначена усім пацієнтам. Ефективність оцінювалася кожні 10 днів. Після 10 днів дозу Ридазину було підвищено до 20 мг. У результаті позитивний ефект відмічено у 84 % пацієнтів. Комплексна терапія за допомогою Ридазину та Нейровітану не мала токсичного впливу на нирки та печінку і препарати добре переносилися.

**V. N. Zelyoniy, G. I. Kaurova, V. I. Lavskiy,
A. S. Fedorchenko, M. E. Sanina, V. I. Yangol'**
**The treatment of anxious-depressive abnormality of
elderly aged medically ill**

Chernihiv geriatric boarding-house, Chernihiv Railways Hospital,
Chernihiv City Hospital № 3

The results of treatment of elderly aged patients with anxious-depressive abnormalities are given and «Ridazin» and «Neurovitan» preparations influence score is calculated. 50 patients male and female were studied (36 % males), who complained of a general despondency, motivation decline, anxious feeling, apprehension, headaches, dyspnea, palpitation, cough, shortness of breath. The therapy of the «Ridazin» (Hikma Pharmaceuticals) 10mg once a day and «Neurovitan» (Hikma Pharmaceuticals) 1 tablet once a day was prescribed to all patients. The efficacy was counted every 10 days. After 10 days the Ridazin dose was raised to 20 mg. As a result 84 % of the patients showed the positive effect. Complex therapy of «Ridazin» and «Neurovitan» does not reflect the toxic effect on kidneys and liver and is of good tolerance.