

**Список літератури**

1. Бородин В. И. Атипичные антипсихотики — эффективная терапия при шизофрении // Здоров'я України. — 2007. — № 6/1. — С. 68.
2. Бурчинский С. Г. Рисперидон: от фармакологии к фармакотерапии // Здоров'я України. — 2007. — № 23/1. — С. 43—44.
3. Громов Л., Чайка Л., Гомон О. Фармакодинамические особенности нейролептиков нового поколения // Вісник фармакол. фарм. — 2003. — № 12. — С. 2—9.
4. Кучаева А. В. Фармакоэпидемиологический анализ применения нейролептиков для лечения больных шизофренией в условиях психиатрического стационара: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2003. — 24 с.

5. Bouman W. P., Pinner G. Use of atypical antipsychotic drugs in old age psychiatry // Adv. Psychiat. Treat. — 2002. — V. 8. — P. 49—58.
6. Gurovich I. Ya. Pharmacoepidemiology and pharmacoconomics in Russia. // XII World Congress of Psychiatry. Yokohama, 24—29 Aug, 2002. Abstracts. — 2002.
7. Zatzick D. F. Managetd care and Psychiatry. American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. 3rd ed. R. / E. Hales et al. (Eds.). — Washington — London, 2005. — P. 1645—1653.
8. Woerner M. G., Alvir J. M., Saltz B. L. et al. Prospective study of tardive dyskinesia in the elderly rates and risk factors // Am. J. Psychiatry. — 2003. — V. 155. — P. 1521—1528.

Надійшла до редакції 11.02.2009 р.

*Н. В. Журавель, А. С. Снягіна*

**Клінічне обґрунтування та досвід застосування препарату Риссет (рисперидон) в терапії психоорганічного синдрому у пацієнтів похилого віку**

*Обласний госпіталь для інвалідів ВВВ (м. Дніпропетровськ)*

У статті наведені дані щодо досвіду клінічного застосування препарату рисперидон у пацієнтів похилого віку з психоорганічним синдромом в неврологічному стаціонарі. Аргументований вибір атипичного нейролептику у подібних випадках. Дано теоретичне і експериментальне обґрунтування застосування атипичного нейролептику рисперидон в корекції психоорганічного синдрому у літніх пацієнтів. Запропонований режим малих дозувань препарату, що забезпечує достатній терапевтичний ефект у поєднанні з мінімальним побічним впливом. Продемонстрована характеристика синдромів, що рекомендуються для терапії рисперидоном, а також описані клінічні особливості дії препарату у даної категорії хворих.

*N. V. Zhuravel', A. S. Synyagina*

**Clinical ground and experience of Risset (risperidone) application in therapy of psychoorganic syndrome at elderly patients**

*Regional Veteran's hospital (Dnipropetrovs'k)*

In the article information was presented clinical application of risperidone preparation at elderly patients with a psychoorganic syndrome in hospital's neurological department. The choice of atypical antipsychotic drugs (neuroleptics) was argued at such patients. The theoretical and experimental ground of application of atypical neuroleptic risperidone was given in the correction of psychoorganic syndrome in the elderly rates. The mode of small dosages of preparation which provides a sufficient therapeutic effect in combination with the minimum side negative influencing was offered. The description of syndromes recommended for risperidone therapy was shown. The clinical features of preparation action at this patients category were described.

УДК: 616.85-06:616.89.19]-08

*Б. В. Кулик, І. Й. Влох*

*Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького (м. Львів)*

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ТЕРАПІЇ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ЗА НАЯВНОСТІ ІПОХОНДРИЧНОГО СИНДРОМУ**

В останні роки спостерігається значний ріст невротичних розладів, зумовлений необхідністю «виживати» в ситуації економічних умов, що постійно змінюються, та боротися за збереження свого *status quo* в ситуації перманентної економічної нестабільності.

За офіційною статистикою ВООЗ, кількість неврозів зросла у 24 рази, а психозів — лише в 1,5 рази [2]. В Україні зростання захворюваності на психічні розлади також відбувається за рахунок пограничних розладів, і в першу чергу неврозів [4]. Виявляється чітка тенденція до їх соматизації та утворення резистентних до терапії форм, що спонукає продовження дослідження патогенетичних взаємозв'язків афективних та соматовегетативних проявів [3, 6].

Іпохондричні розлади в структурі невротичних порушень в процесі терапії викликають значні труднощі. Це зумовлене тривалістю і часто безуспішним лікуванням у спеціалістів різного профілю. Чим триваліше попереднє лікування, тим більше переконання хворих в серйозності та важкості їхнього стану. Підтвердження цьому пацієнти черпають в наявності різного ступеня вираженості функціональних соматовегетативних розладів та сенестопатичних відчуттів. Хворі часто дивують своєю настирливістю щодо пошуків «істини» та справжніх причин своїх розладів шляхом виконання різнобічних обстежень, часто достатньо дорогих. Відсутність

виявлених, в таких випадках, значних розладів призводить тільки до погіршення їх самопочуття з наростанням тривоги через відчуття «захованості» істинних причин їхнього стану. Це сприяє наданню хворими особливого значення своїм розладам та симптомам з фіксацією на своїх хворобливих переживаннях та переконанні в необхідності продовження пошуку. Від інтенсивності супутніх вегетативних та сенестопатичних розладів, а також вираженості тривоги буде залежати впертість пошуків причин захворювання та «найефективнішого» методу лікування — свого роду «чарівної палички», яка одномоментно звільнить хворого від його страждань. Поряд з цим, хворих що раз важче переконувати в істинних причинах походження їхнього стану.

Саме тому пошук нових ефективних методів терапії невротичних розладів з іпохондричними феноменами залишається одним з важливих напрямків медицини [1, 5].

Метою нашого дослідження було — вивчити можливість використання сучасних антипсихотичних препаратів в комплексі терапії іпохондричних розладів невротичного генезу.

Під нашим спостереженням було 97 хворих (54 жінки та 43 чоловіка віком від 21 до 45 років) з невротичними розладами (неврастенія, соматоформні, тривожно-фобічні розлади), розмежування яких проводилося згідно з критеріями МКХ-10, в клінічній картині яких

виявлявся виражений іпохондричний радикал. Серед них — 28 хворих на тривожно-фобічний розлад (F 40.9), 30 хворих на соматоформні розлади (F 45.3), та 39 хворих на неврастенію (F 48.0).

Тривалість захворювання складала від 2,5 до 4 років. З виявлених причин як в чоловіків, так і в жінок були такі психотравмуючі фактори — сімейні проблеми, фінансова скрута, втрата роботи чи значне незадоволення нею, втрата рідних. Супутніми причинами були фактори тривалого фізичного та психічного перевантаження та виснаження, які хоч не мали значного психотравмуючого впливу, проте робили хворих більш сприйнятливими до них.

Іпохондричні прояви виявлялися у вигляді переоцінки важкості свого стану, у надмірній фіксації на стані власного здоров'я, постійному вишукуванню доказів своєї правоти щодо важкості свого захворювання. Синдромальна структура характеризувалася наявністю астено-іпохондричного, сенесто-іпохондричного та тривожно-іпохондричного симптомокомплексів.

В 24 пацієнтів (24,7 %) у клінічній картині виявлявся астено-іпохондричний симптомокомплекс з виснажливою увагою, швидкою втомою, дратівливістю, пригніченим настроєм, зниженням апетиту та іпохондричними феноменами у вигляді відчуття загрози життю через цефалгії, запаморочення, функціональні шлунково-кишкові розлади, відчуття дискомфорту в ділянці горла та грудей з переоцінкою їх значення.

У 34 хворих (35,1 %) тривожно-іпохондричний синдром проявлявся порушеннями сну, нав'язливими думками песимістичного характеру, відчуттям загрози своєму здоров'ю чи життю. У хворих виявлявся страх смерті, страх збожеволіти, страх онкозахворювання та інші нозофобії. Хворі були в постійних пошуках «найкращого» лікаря, «найкращого» лікарства та «істинної» причини свого захворювання.

В 39 хворих (40,2 %) виявлений сенесто-іпохондричний симптомокомплекс проявлявся постійними скаргами на різноманітні неприємні відчуття в тілі у вигляді цефалгій, нудоти, відчуття стискання в грудях, а також утрудненням дихання, запамороченням, серцебиттям, підвищеною дратівливістю, порушенням сну та ін. Функціональні соматовегетативні розлади виявлялися різноманітними неприємними відчуттями в різних частинах тіла з тахікардією, запамороченням, утрудненням дихання, стискаючими відчуттями в ділянці серця та грудина.

Під час обстеження пацієнтів для оцінки їх стану використовували клініко-психопатологічний метод, а також шкали загальної клінічної оцінки (CGI), суб'єктивної оцінки хворими свого стану (шкала HADS) та шкалу тривожності Спілбергера — Ханіна.

Усі хворі були поділені на дві групи. Пацієнтам першої групи (46 осіб) проводили стандартну терапію із застосуванням антидепресантів, транквілізаторів, психотерапії та загальнозміцнюючих препаратів.

Враховуючи наявність у хворих з іпохондричними розладами сенестопатичних розладів та нав'язливих і домінуючих думок у вигляді постійних побоювань за власне здоров'я, пацієнтам другої групи (51 особа) до схеми терапії додатково призначали препарат Соліан (амісульприд) — сучасний препарат з групи атипівних нейролептиків. Фармакологічний профіль Соліану характеризується збалансованістю психотропної дії та відсутністю значних побічних проявів, особливо при застосуванні в малих дозах.

Незважаючи на фармакологічну подібність до сульпіриду, який широко застосовується при психосоматичних розладах та в гастроентерологічній практиці, виявлено, що Соліан має значно сильнішу активізуючу, антиаутистичну та разом з тим заспокоїливу дію [7].

У комплексній терапії хворим другої групи Соліан призначали в дозі 50 — 100 мг двічі на день. Тривалість лікування пацієнтів в обох групах становила 30 днів.

Результати дослідження показали, що в усіх пацієнтів 2-ї групи значне покращання стану із помітною редукцією іпохондричної симптоматики виявлялося вже на 7—10 день терапії, тоді як в пацієнтів 1-ї групи — на 14—18 день терапії.

Результат лікування був таким, що у хворих другої групи значне покращання із практично повною редукцією іпохондричної симптоматики спостерігалось в 36 пацієнтів (70,6 %), в 15 хворих (29,4 %) виявлялося помірне покращання із зменшенням тривоги, іпохондричних переживань та відчуття внутрішнього напруження. У пацієнтів першої групи відповідно значне покращання відмічено в 12 (26,1 %) хворих, помірне покращання — у 30 осіб (65,2 %), у 4 хворих (8,7 %) позитивний ефект був відсутній.

Таким чином, результати порівняльного дослідження показали, що у хворих першої групи застосування стандартних препаратів із вираженою седативною дією в більшості випадків могло погіршувати самопочуття пацієнтів із посиленням тривоги та неспокою. Хворі намагалися чинити внутрішній опір релаксації та сонливості, що розцінювалося ними як втрата над собою контролю чи фізична слабкість із погіршенням загального самопочуття та посиленням попередніх побоювань за своє здоров'я. Хворі дуже чутливо ставилися до будь-яких змін у власних відчуттях, що особливо стосується побічних проявів препаратів в процесі фармакотерапії. У хворих другої групи спостерігалася позитивна терапевтична відповідь на Соліан, як препарат, що не викликав відразу різких змін власних відчуттів. На фоні лікування у хворих зменшувалася іпохондричність, інтровертованість та соціальна відгородженість. Стимулююча, активізуюча та разом з тим заспокоїлива дії Соліану давали змогу хворим краще сприймати психотерапію, особливо на фоні швидкої редукції сенестопатичних розладів та іпохондричної настроженості.

#### Список літератури

1. Бахтеєва Т. Д. Принципи терапії і профілактики соматоформних расстройств у жінок // Архів психіатрії. — 2005. — Т. 11, вип. 1 (40). — С. 60—64.
2. Вейн А. М. Неврози // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1998, № 11. — С. 38—41.
3. Марута Н. А., Бахтеєва Т. Д., Панько Т. В. Особенности терапии соматоформной вегетативной дисфункции у женщин // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 2 (47), додаток. — С. 183.
4. Напреєнко О. К., Домбровська В. В. Стан психіатричної допомоги в Україні у 2003 році та в останнє десятиріччя, шляхи її вдосконалення // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2004, № 3 (13). — С. 3—74.
5. Пшук Н. Г., Кривоніс Т. Г., Загальський А. М. Загальні принципи використання фармакологічних препаратів у лікуванні хворих з невротичними астенодепресивними розладами // Архів психіатрії. — 2001, № 3 (26). — С. 24—26.
6. Табачников С. И., Первый В. С. Клинико-психопатологический и биохимический статус больных кардиальным неврозом // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 3 (44). — С. 44—48.
7. Puzynski S. Psychofarmakologia doswiadczalna i kliniczna. — Warszawa: Wydawnictwo lekarskie PZWL, 1996. — 623 s.

Надійшла до редакції 19.01.2009 р.

Б. В. Кулик, И. И. Влох

**Современные методы терапии невротических расстройств при наличии ипохондрического синдрома***Львовский национальный медицинский университет  
им. Д. Галицкого (г. Львов)*

В работе излагаются результаты исследования эффективности лечения ипохондрических расстройств невротического регистра. В исследовании принимали участие 97 больных в возрасте от 21 до 45 лет, у которых определялись невротические расстройства (неврастения, соматоформные, тревожно-фобические) с выраженным ипохондрическим радикалом и длительностью болезни от 2,5 до 4 лет. Синдромальная структура расстройства определялась наличием астено-ипохондрического, сенесто-ипохондрического и тревожно-ипохондрического синдромов. Больные первой группы (46 пациентов) получали стандартную фармакотерапию и психотерапию. Пациенты второй группы (51) получали в терапевтическом комплексе препарат солиан в дозах 50—100 мг дважды в день. Длительность терапии в обеих группах составляла 30 дней. В результате сравнительного анализа установлено, что у больных второй группы эффективность терапии была значительно выше, чем при использовании стандартной терапии.

B. V. Kulyk, I. Y. Vlokh

**Modern methods of treatment of neurotic disorders with hypochondriac syndrome***Lviv National medical University named after D. Halytsky  
(Lviv)*

This paper provides results of investigation of efficacy of treatment of neurotic disorders with hypochondria. We have investigated 97 patients between 21 and 45 years old with neurotic disorders (neurasthenia, somatoform and phobic anxiety disorders) with marked hypochondriacal features and continuance of illness from 2,5 to 4 years. Syndromological structure of disorder was defined by presence of astheno-hypochondriacal, senesthopathic-hypochondriacal and anxiety-hypochondriacal syndromes. The first group patients (46) have received conventional treatment by pharmacotherapy and psychotherapy. We have administered solian in doses 50—100 mg twice a day to second group patients (51) in complex treatment. Duration of treatment was 30 days in both groups. Appreciable effectiveness of treatment of neurotic hypochondriacal disorders in second group patients were established.

УДК 616.8-08:616.857

*О. Г. Морозова, д-р мед. наук, проф., А. А. Ярошевский, канд. мед. наук  
Харьковская медицинская академия последипломного образования  
(г. Харьков)*

### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЦЕРВИКОГЕННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ**

Среди многообразия вторичных цефалгий цервикогенная головная боль является наименее изученной. Цервикогенную головную боль (цервикокраниалгию) следует рассматривать не как самостоятельную болезнь, а как симптомокомплекс, этиологически и патогенетически связанный с нарушениями в шейном регионе. Соответственно, понятие цервикогенной головной боли объединяет разные по механизму типы головной боли, связанные с заболеваниями и патологическим состоянием шейного отдела позвоночника и других структурных образований шеи [1, 2, 8].

В последней версии «Международной классификации головных болей» (МКГБ) Международного общества головной боли (2003 г.) цервикогенная головная боль относится к подтипу 11.2.1., входящему в рубрику 11.2. Головная боль, связанная с патологией в области шеи.

Другие используемые кодировки цервикогенных цефалгий (упоминание в классификации с другим кодом): головные боли, имеющие причинную связь с миофасциальными болезненными точками (триггерными) в области шеи, кодируются как 2. Головная боль напряжения, которая в свою очередь может в зависимости от частоты возникновения и длительности течения классифицироваться как: *Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц, 2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц или как 2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.* Кроме того, в МКГБ существуют другие рубрики, куда относятся цервикокраниалгии: раздел 12 — краниальные невралгии — 12.6 окципитальная невралгия (невралгия затылочного нерва), 12.1.6 шейно-язычный синдром.

В МКБ-10 цервикокраниалгические болевые синдромы относятся к блоку G 44 («головные боли

напряженного типа»), а также к G 50 — G 59 («поражения отдельных нервов, нервных корешков, сплетений»).

Частота возникновения головной боли основывается на близости между собой позвоночно-дисковых, мышечных, фиброзных и сосудистых образований шейного уровня, что приводит к существованию сложных функциональных взаимоотношений между позвоночно-дисковыми сегментами, мышечными, фиброзными и сосудистыми образованиями шейного уровня

Наиболее частыми структурами, участвующими в формировании шейной головной боли, являются верхние шейные синовиальные сочленения, верхние шейные мышцы, диск C2—C3, позвоночная и внутренняя сонная артерии, твердая мозговая оболочка верхнего отдела спинного мозга — структуры, иннервируемые C1—C3 спинальными нервами. Анатомической и физиологической базой формирования цервикогенной головной боли служит наличие конвергенции между афферентами тройничного нерва и трех верхних затылочных нервов (тригемино-цервикальная система).

Чаще всего цервикогенная головная боль возникает при патологических изменениях в шейном отделе позвоночника дегенеративно-дистрофической природы (дистрофические процессы в дисках, нестабильность шейного отдела, унковертебральные артрозы и т. д.), приводящих к компрессии или раздражению чувствительных нервных корешков, симпатических нервов с последующим рефлекторным напряжением мышц шеи и затылочной области, которое может явиться субстратом боли [3, 4]. Также имеет значение тот факт, что переключения чувствительных нейронов шейных сегментов (C1—C3) находятся в стволе мозга рядом с ядром тройничного нерва, который осуществляет чувствительную иннервацию лица и части головы. В реализации боли