

страждання, при збереженому соціальному статусі. Отже, небезпека для пацієнтів з ІМ полягає у неусвідомлених саморуйнівних тенденціях, їх непередбачуваному фатальному наслідку, а отже, недоступності інших варіантів виходу із життєвої кризи. Таким чином, насамперед наявність свідомого бажання позбавити себе життя і таким чином розв'язати свою життєву кризу відрізняє суїцидентів від психосоматичних пацієнтів, у яких автодеструктивна розв'язка має несвідомий, позбавлений контролю характер, що проте вона мала не менш фатальну загрозу для його життя та здоров'я.

Сучасна суїцидологія оперує вже достатньо розробленим набором інструментарію соціальної допомоги суїцидентам, але діагностичні та терапевтичні заходи щодо осіб, які мають схильність до аутодеструктивних психосоматичних проявів, визначені недостатньо.

УДК 616.89–008.454–06:615.015.8]:615.214

ВАРИАНТЫ РЕЗИТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ПУТИ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Саржевский С. Н.

Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье, Украина).

Несмотря на многообразие в настоящее время антидепрессантов с различным спектром действия, вопросы резистентности депрессий в практике психиатра являются не менее актуальными, чем ранее. Однако следует понимать, что это очень неоднородная группа симптоматики, которая объединена только на основании ответа на терапию. Различные данные в литературе о проценте терапевтической резистентности связаны с особенностями в подходе к диагностике данных состояний.

Целью настоящего исследования являлось изучение и соотношение различных типов резистентности депрессий в соответствии с их современной систематикой.

Наблюдались 38 мужчин в возрасте 32–67 лет, которые проходили стационарное лечение с диагнозом умеренно – выраженный депрессивный эпизод либо органическое депрессивное расстройство. У всех пациентов отсутствовал либо был невыраженным клинический эффект после последовательного 3 недельного лечения двумя антидепрессантами различных групп в дозах эквивалентных 200–300 мг amitriptилина.

В 21 случае выявлялась первичная резистентность, связанная с труднокурабельной депрессией и неблагоприятным её течением. В клинической картине преобладали признаки меланхолии, с периодической актуализацией бредовых переживаний. В дальнейшей лечебной тактике проводилась комбинированная терапия с применением двух антидепрессантов с преимущественно серотонинергической и норадренергической активностью. Базовыми препаратами оставались трициклики, особенно с учётом возможности их парентерального введения. Второй препарат присоединялся с минимальных доз, наращивание проходило постепенно, учитывался риск побочных эффектов.

В 7 случаях отмечалась вторичная резистентность, когда неэффективность применяемого лечения была обусловлена недостаточно активным увеличением дозировок препарата, и фактически развился феномен адаптации к фармакотерапии. Клинически особенно стойкими оставались нарушения сна, пониженная самооценка и демонстрируемые когнитивные нарушения. Среди лечебных стратегий данной группы преобладала замена препарата в первую очередь на антидепрессант другого спектра действия, чаще применялся венафаксин.

У 6 пациентов диагностирована псевдорезистентность, связанная с недостаточной длительностью курса терапии одним препаратом по различным причинам (перебои в наличии лекарства, отказ от него самого больного) а также соматогенными факторами. В клинической картине преобладали атипичные депрессии с тревогой и сочетанием симптомов органического регистра. При лечении применялась «тактика наслоения», когда к базовому антидепрессанту присоединялся карбонат лития, либо атипичный антипсихотик (риспери-

дон). Ведущим антидепрессантом в группе являлись препараты СИОЗС, что было обусловлено невозможностью применения трицикликов (глаукома, аденома простаты).

В 4 наблюдениях присутствовала отрицательная резистентность к терапии, при этом основное действие антидепрессанта проявлялось несравненно менее чем выраженные его побочные эффекты. Поэтому дальнейшее повышение дозировок было невозможно вследствие присоединения соматических и интоксикационных признаков. В этих случаях также применялась замена группы препарата.

В результате проведенного исследования определялись все типы терапевтической резистентности депрессий с преобладанием её первичного варианта; выбор лечебной стратегии преодоления резистентности взаимосвязан с её разновидностью.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИАПРИЛАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ

В. В. Сойко, В. Н. Клинков

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

Тики являются доминирующей формой гиперкинезов у детей, причем отмечается рост генерализованных форм тиков со сложными моторными и вокальными составляющими, имеющими стационарное или прогрессивное течение. Гиперкинезы, а рядом с ними поведенческие расстройства, нарушения кратковременной памяти, девиантное поведение в школе, тревожность, импульсивность, снижение внимания очерчивают огромную медико-социальную значимость этой проблемы у детей и подростков. Целью данной работы явилось исследование терапевтического эффекта препарата Тиаприлан в лечении резистентных тикозных гиперкинезов у детей.

Тикозные гиперкинезы являются доминирующими психоневрологическими расстройствами детского возраста. По разным литературным данным, они встречаются у 6–24% детей. В последние годы у детей все чаще встречаются генерализованные формы тиков, что является отражением общей тенденции нарастания нейropsychических заболеваний. Целью данной работы явилось исследование терапевтического эффекта препарата Тиаприлан.

Тиаприлан – антипсихотический нейролептик из группы однозамещенных бензамидов. Фармакокинетика препарата: максимальная концентрация в крови после перорального приема достигается через 1 час. Через сутки почти полностью выводится в неизменном виде. Проникает через плацентарный и гематоэнцефалический барьер.

Особенности фармакологического действия: избирательно блокирует D2-рецепторы мезолимбических структур, особенно находящиеся в состоянии гиперчувствительности. В малых дозах преобладает стимулирующее действие, по мере увеличения дозы усиливается седативное. Антипсихотический эффект слабый. Описано улучшение когнитивных функций на фоне терапии Тиаприланом. Обладает выраженным анальгезирующим действием. Способен уменьшать выраженность экстрапирамидных нарушений.

Тиаприлан широко применяется при гиперкинетических и дискинетических нарушениях (хорея, нервные тики, психомоторные нарушения, оральные гиперкинезы, синдром Жилия де ля Туретта, хорея Гентингтона, различные виды дискинезий). Эффективность препарата возрастает при генерализованных тиках. Препарат с успехом применяется при агрессии, особенно на фоне алкоголизма и наркомании, при абстинентном синдроме и алкогольных психозах, упорном болевом синдроме.

Применение Тиаприлана в детской психоневрологической практике позволяет говорить о его безопасности в дозе 100–150 мг/сут у детей до 7 лет и 200–300 мг/сут у детей более старшего возраста. Важно отметить, что препарат хорошо переносится. Гиперседация возникает редко, как правило, в начале терапии. Редким нежелательным эффектом является дистония, требующая снижения дозы, а также следует учитывать риск повышения активности [6].