

functional von Willebrand factor assays [Text] / E. J. Favalaro // Blood Coagulation & Fibrinolysis. – 2011. – Vol. 22, Issue 7. – P. 553–564. doi: 10.1097/mbc.0b013e32834a7e01

9. Рябов, Г. А. Роль фибринопептида А и D-димера в диагностике нарушений системы гемостаза [Текст] / Г. А. Рябов, И. Н. Пасечник, Ю. М. Азизов // Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 1. – С. 69–74.

10. Любошевский, П. А. Влияние области операции и метода анестезии на нарушения гемостаза [Текст] / П. А. Любошевский, А. В. Забусов, Н. И. Артамонов // Общая реаниматология. – 2009. – Т. V, № 4. – С. 13–17. doi: 10.15360/1813-9779-2009-4-13

References

1. Makacaria, A. D. (2011). Trombogemoragicheskie oslognenia v akuchersko-ginekologicheskoy praktike: Rukovodstvo dlia vrachej. Moscow: OOO «Medicinskoe informatcionoe agentstvo», 1056.

2. Dolgov, V. V., Svirin, P. V. (2005). Laboratnaya diagnosis of hemostasis Moscow–Tver LLC “Publishing “Triad””, 227.

3. Righini, M., Perrier, A., De Moerloose, P., Bounameaux, H. (2008). D-Dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 6 (7), 1059–1071. doi: 10.1111/j.1538-7836.2008.02981.x

4. Swanson, C. A., Burns, J. C., Peterson, B. M. (2010). Low Plasma d-Dimer Concentration Predicts the Absence of Traumatic Brain Injury in Children. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care, 68 (5), 1072–1077. doi: 10.1097/ta.0b013e3181d7a6f2

5. Kakkar, A. (2006). In Hemostasis and Thrombosis: Basic Principles and Clinical Practice. Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia, 1361–1367.

6. Kakkar, A., Rushton-Smith, S. (2013). In Thromboembolism in Orthopedic Surgery. Springer–Verlag. London, 11–17.

7. Gajton, A. K., Holl, Dzh. E.; Kobryna, V. Y. (Ed.) (2008). Medycynskaja fyzyologija. Moscow: Logosfera, 1296.

8. Favalaro, E. J. (2011). Diagnosis and classification of von Willebrand disease. Blood Coagulation & Fibrinolysis, 22 (7), 553–564. doi: 10.1097/mbc.0b013e32834a7e01

9. Rabov, G. A., Pacechnik, I. N., Azizov, U. M. (2003). Rol fibrinopeptida A i D-dimera v diagnostike narysheniy sistemi gemostasa. Anesteziologia i reanimatologia, 1, 69–74.

10. Lyuboshevsky, P. A., Zabusov, A. V., Artamonova, N. I. (2009). Impact of a Surgical Site and an Anesthetic Method on Hemostatic Disorders. General Reanimatology, 5 (4), 13–17. doi: 10.15360/1813-9779-2009-4-13

Дата надходження рукопису 15.06.2015

Клигуненко Олена Миколаївна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра Анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО, КЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044

Козіна Ольга Станіславівна, клінічний ординатор, пошукач, кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044
лікар-анестезіолог, КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР, вул. Батумська, 13, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000

УДК: 616.12-008.331.1-085 : 616-089.5-035

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.48819

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

© О. А. Лоскутов

В статье обобщены данные научной литературы и собственного опыта по анестезиологическому обеспечению пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ) и приводятся практические рекомендации по подготовке и интраоперационному ведению подобного контингента больных.

В работе показано, что использование разработанного протокола, позволило снизить количество осложнений у пациентов с АГ с 28,7 % до 7,4 %

Ключевые слова: артериальная гипертензия, предоперационная антигипертензионная терапия, анестезия при сопутствующей артериальной гипертензии

Tactical approaches to anesthetic management of patients with contaminant arterial hypertension (AH) are considered in this work.

The aim of research was the generalization of data of scientific literature and our own experience in anesthetic management of patients with contaminant AH and elaboration of practical recommendations for preparation and intra-operative conducting of this contingent of patients.

Methods. The work is based on the results of clinic studies that were carried out in 208 cardiosurgical patients 56-69 years old with contaminant AH.

Our own experience and the base of internet-data in "Google" and "PubMed" were analyzed.

Results. As the result of the work there were elaborated the practical recommendations for pre-operative preparation and anesthetic management of patients with contaminant AH.

Conclusions. An introduction of the elaborated record into practice allowed to reduce the number of complications in patients with AH from 28,7 % to 7,4 % and gave a possibility for successful operations of patients with heavy forms of AH.

Keywords: arterial hypertension, pre-operative anti-hypertension therapy, anesthesia at contaminant arterial hypertension

1. Введение

Артериальная гипертензия (АГ) (синдром повышения артериального давления более 140/90 мм рт. ст.) представляет собой одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. В экономически развитых странах АГ регистрируется у 18–20 % взрослого населения [1].

Количество выявленных больных с АГ постоянно растет, и на 1 января 2012 года в Украине было официально зарегистрировано 12292642 лиц с АГ, что составляет примерно 31,5 % взрослого населения страны [2].

В бюллетене Международного общества гипертензии (2008 г.), в котором оценивалась распространенность АГ в мире, отмечается, что в популяции людей в возрасте свыше 30 лет, систолическое артериальное давление (АДс) ≥ 115 мм рт. ст. ассоциировано с 7600000 случаев преждевременных смертей (что составляет 13,5 % от общего количества умерших) и 92 млн. (6 % от общего количества) потерянных лет здоровой жизни, или индекса DALY (disability-adjusted life years – комплексный показатель, учитывающий потери здоровой жизни в результате преждевременной смерти и потери здоровых лет жизни по причине временной или постоянной нетрудоспособности) [3].

По данным различных авторов, повышенное АД является причиной 54 % всех инсультов, 47 % всех случаев ишемической болезни сердца (ИБС) и 25 % других сердечно-сосудистых заболеваний [4, 5].

Логично предположить, что проведение анестезиологического обеспечения и интраоперационная регуляция гемодинамики у подобного контингента пациентов, может представлять определенные трудности.

2. Обоснование исследования

Среди пациентов, которым проводятся операции по поводу общесоматической патологии, от 35 % до 50 % составляют больные с АГ, у которых зачастую возникает периоперационная гипертензия [6].

Периоперационная гипертензия – довольно частое явление, которое регистрируется в 25 % случаев при проведении общесоматических операций [7]. При этом, как показано в исследованиях многих авторов, у пациентов, перенесших «несердечную» операцию, присутствие предоперационной гипертензии увеличило риск послеоперационной летальности в 3,8 раза по сравнению с «нормотензивными» больными [8].

Результаты недавнего мета-анализа указывают, что вероятность периоперационных кардиологических осложнений у больных с неконтролируемой дооперационной гипертензией в 1,31 раза выше по сравнению с пациентами, у которых определялось нормальное АД [9].

В исследовании ECLIPSE было показано, что у прооперированных пациентов, выраженность колебаний подъема АД и продолжительность периоперационной гипертензии четко связаны с уровнем 30-ти дневной летальности [10].

Вполне очевидно, что адекватная и эффективная терапия АГ в дооперационном периоде во многом гарантирует стабильность периоперационной гемодинамики. В то же время лишь треть пациентов с АГ получает нужную медикаментозную терапию, причем необходимый эффект достигается только у 10 % больных [6].

Таким образом, данная категория пациентов представляет собой значительную часть больных, у которых могут возникнуть серьезные проблемы при проведении оперативных вмешательств. Однако в современной научной литературе отсутствуют четкие критерии и рекомендации по анестезиологическому обеспечению пациентов с АГ.

Данные положения и определили цель настоящей работы.

3. Цель работы

Целью данной работы было обобщение данных научной литературы и собственного опыта по анестезиологическому обеспечению пациентов с сопутствующей АГ и создание практических рекомендаций по подготовке и интраоперационному ведению подобного контингента больных.

4. Объект и методы исследования

В основу работы положены результаты клинических исследований, выполненные у 208 пациентов кардиохирургического профиля, поступивших в ГУ «Институт сердца» МЗ Украины для планового оперативного вмешательства.

Средний возраст пациентов составил $62,4 \pm 5,7$ г. В группе обследования, сопутствующие сердечно – сосудистые заболевания были представлены артериальной гипертензией II – III ст. в 100 % наблюдений и сопутствующей ишемической болезнью сердца – у 43,3 % больных. В 38 % случаев отмечалось сочетание АГ и ИБС с тремя и более заболеваниями других органов и систем.

При отборе пациентов в группу исследования диагноз АГ был поставлен в соответствии с рекомендациями ВОЗ и включал в себя стойкое повышение цифр систолического давления выше 140 мм рт. ст. и диастолического – выше 90 мм рт. ст., (при этом исключался вторичный характер артериальной гипертензии). На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка были обнаружены у 78,8 % пациентов, поворот электрической оси сердца влево наблюдался у 67,8 % больных. Согласно данным анамнеза все 100 % пациентов страдали повышением АД более 7 лет.

49 % пациентов поступили в клинику на фоне постоянного приема ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и диуретиков, 51 % пациентов принимали β-блокаторы в сочетании с нитратами.

Интернет исследования проводились по поисковым интернет – системам «Google» и «PubMed», с введением ключевых слов: артериальная гипертензия, анестезия при артериальной гипертензии, осложнения при анестезии у пациентов с артериальной гипертензией.

5. Результаты исследований

Согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества и Общества по артериальной гипертензии, для лечения АГ используются следующие группы препаратов [11, 12]:

- 1) диуретики;
- 2) β-блокаторы;
- 3) блокаторы медленных кальциевых каналов;
- 4) ингибиторы АПФ;
- 5) антагонисты рецепторов ангиотензина II

(АРА II).

Их постоянное применение в предоперационном периоде безразлично для течения анестезии, ее безопасности и эффективности, что связано с взаимодействием гипотензивного препарата и средства для анестезии.

Возможные побочные эффекты основных групп препаратов, которые наиболее часто применяются для коррекции повышенного АД представлены в табл. 1.

Следует особо отметить, что проведение форсированной коррекции снижения АД при артериальной гипертензии 2–3 степени перед плановой операцией за 1–2 дня, и тем более за несколько часов – недопустимо. Необходимо, по крайней мере, две-три недели для подбора оптимальной гипотензивной терапии.

До начала предоперационной подготовки у каждого больного с АГ необходимо оценить вероятность сердечно-сосудистых осложнений и отнести ее к одной из категорий риска, в зависимости от наличия или отсутствия сердечно-сосудистых заболеваний, поражений органов-мишеней и сопутствующих клинических состояний (табл. 2).

Эта оценка полезна при решении вопроса о начале и интенсивности антигипертензивной корректирующей терапии. При

подозрении на вторичный характер АГ выполняют целенаправленные исследования для уточнения нозологической формы АГ и, в ряде случаев, характера и/или локализации патологического процесса.

NB! Чем большая степень компенсации достигнута до операции, тем меньше вероятность развития каких-либо периоперационных осложнений.

Таблица 1
Возможные побочные эффекты антигипертензивных препаратов

| Препараты | Возможные побочные эффекты |
|--|---|
| ингибиторы АПФ с диуретиками | гиперурикемия, повышение уровня креатинина плазмы крови, повышение ферментов печени, повышение билирубина в сыворотке крови, глюкозурия, гипохлоремический алкалоз, отек сосудистой стенки, дерматиты |
| ингибиторы АПФ в сочетании с калийсберегающими диуретиками | гиперкалиемия |
| ингибиторы АПФ с антагонистами кальция | гиперкалиемия, гипергликемия, гипомagnesия, алкалоз, отек сосудистой стенки, дерматиты |
| АРА II с диуретиками | гипокалиемия, гипергликемия, гипомagnesия, алкалоз, дерматиты |
| АРА II с антагонистами кальция | гипокалиемия, гипергликемия, гипомagnesия, алкалоз, дерматиты |
| β-блокаторы с дигидропиридиновыми антагонистами кальция | брадикардия, седация, бронхоспазм, гипогликемия, парестезии |

Таблица 2

Оценка степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ (по М. И. Неймарк и соавт., [13])

| Другие факторы риска (кроме АГ) | АГ | | |
|--|---|--|--|
| | Степень 1 (мягкая гипертензия: АД=140–159/90–99 мм рт. ст.) | Степень 2 (умеренная гипертензия: АД=160–179/100–109 мм рт. ст.) | Степень 3 (тяжелая гипертензия: АД>180/110 мм рт. ст.) |
| Нет других факторов | Низкий риск | Средний риск | Высокий риск |
| 1–2 других фактора | Средний риск | Средний риск | Очень высокий риск |
| 3 или более других факторов, или сахарный диабет | Высокий риск | Высокий риск | Очень высокий риск |
| Сопутствующие заболевания | Очень высокий риск | Очень высокий риск | Очень высокий риск |

Примечание: развитие мозгового инсульта или инфаркта: низкий риск – менее 15 %; средний риск ~ 15–20 %; высокий риск ~ 20–30 %; очень высокий – 30 % или выше

При наличии у пациента АГ, целью диагностических процедур является:

– определение уровня АД и максимальных значений его повышения;

– определение вторичных причин артериальной гипертензии, как самостоятельного симптома другого заболевания;

– оценка суммарного сердечно-сосудистого риска путем выявления факторов риска;

– выявление сопутствующих заболеваний (цереброваскулярных, заболеваний сердца, почек, сетчатки, периферических сосудов).

Обязательные лабораторные исследования у больных с артериальной гипертензией должны включать:

– определение уровня глюкозы крови натощак (фактор риска: $>5,6$ – $6,9$ ммоль/л, или >102 – 125 мг/дл; при наличии у пациента сахарного диабета, фактор риска: уровень глюкозы натощак $>7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях, или глюкоза плазмы $>11,0$ ммоль/л (198 мг/дл) через 2 часа при проведении перорального глюкозотолерантного теста);

– определение уровня общего холестерина (фактор риска: $>5,0$ ммоль/л, или >190 мг/дл);

– определение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (фактор риска: $>3,0$ ммоль/л, или >115 мг/дл);

– определение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (фактор риска: мужчины $<1,0$ ммоль/л, или <40 мг/дл; женщины $<1,2$ ммоль/л, или <46 мг/дл);

– определение уровня триглицеридов натощак (фактор риска: $>1,7$ ммоль/л, или 150 мг/дл);

– определение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови;

– определение уровня креатинина плазмы (фактор риска: мужчины >115 – 133 мкмоль/л ($1,3$ – $1,4$ мг/дл), женщины >107 – 124 мкмоль/л ($1,2$ – $1,4$ мг/дл));

– определение уровня калия в сыворотке крови;

– определение уровня гемоглобина и гематокрита;

– исследование мочи на предмет микроальбуминурии (фактор риска: 30 – 300 мг/24 ч. или соотношение альбумин/креатинин: $2/22$);

– микроскопия мочи.

Креатинин сыворотки считается неточным показателем функции почек, но даже небольшое повышение его уровня может указывать на увеличенный кардиальный риск. Данный показатель используется и для вычисления клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта, а также для оценки уровня гломерулярной фильтрации по сокращенной формуле MDRD [14]. Эти простые процедуры позволяют выявить пациентов со сниженной гломерулярной фильтрацией и увеличенным кардиальным риском.

Альбумин в моче измеряется у всех пациентов с помощью экспресс-пробы с использованием тест-полосок. Если экспресс-проба отрицательная, альбуминурия слабой степени (микроальбуминурия) должна быть определена при помощи более чувствительных методик. При этом рассчитывается соотношение аль-

бумина к креатинину в моче. Микроальбуминурия может свидетельствовать о выраженной диабетической нефропатии при сахарном диабете как 1-го, так и 2-го типа, а наличие протеинурии – на существование паренхиматозного повреждения почек [15, 16]. У больных с АГ, как с сахарным диабетом, так и без него, микроальбуминурия ниже пороговых значений считается предвестником сердечно – сосудистых осложнений [16].

Если уровень глюкозы крови натощак $>5,6$ ммоль/л (100 мг/дл), то рекомендуется провести тест толерантности к глюкозе [17]. Повторный уровень глюкозы крови натощак $>7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) и повышенные значение тиреотропного гормона могут свидетельствовать о наличии у пациента сахарного диабета [17].

Хотя по данным клинических исследований [18], повышенный уровень С-реактивного протеина прогнозирует наличие кардиальных событий, его дополнительное значение в определении суммарного сердечно – сосудистого риска остается неопределенным за исключением пациентов с метаболическим синдромом, у которых повышение уровня С-реактивного протеина ассоциируется с дополнительным увеличением риска [18]. Определение других маркеров воспаления (фибриногена, цитокинов, уровня мозгового натрийуретического пептида и т. д.) для стратификации кардиального риска, является объектом активного исследования, но в настоящее время их определение для клинической практики при артериальной гипертензии не рекомендуется [19].

Инструментальные дооперационные методы исследования пациентов с подозрением на АГ, должны включать в себя:

– измерение АД (офисное, 24-часовое, дневное, ночное, АД при физической нагрузке);

– ЭКГ;

– Эхо-КГ;

– исследование глазного дна;

– при необходимости: дополнительные методы исследования, для выявления сопутствующей патологии (определение уровня ренина, альдостерона, ультразвуковое исследование сонных артерий, аорты, почек и надпочечников, компьютерная, или магнитно-резонансная томография головного мозга).

ЭКГ – обязательный элемент стандартного набора исследований пациентов с повышенным АД. Ее чувствительность в обнаружении гипертрофии левого желудочка – низкая, но, тем не менее, гипертрофия, обнаруженная с использованием индекса Соколова-Лайона ($SV1+RV5_{6}>38$ мм) или вольтажного критерия Корнелла (длительность QRS >2440 мм×мс), является независимым прогностическим фактором сердечно – сосудистых событий. Их использование в качестве маркеров кардиального повреждения незаменимы, по меньшей мере, для лиц старше 55 лет [18, 19]. ЭКГ также можно использовать для обнаружения признаков перегрузки желудочка объемом или сопротивлением. Эти признаки указывают на более серьезный риск ишемии, нарушения проводимости,

аритмий, в том числе фибрилляції предсердий, которые нередко встречаются у лиц пожилого возраста, страдающих АГ [18, 19].

Оценка степени изменения глазного дна дает возможность установить тяжесть и длительность гипертензии. Это особенно важно у больных с ранее не диагностированной гипертензией [19, 20]. Чаще всего используется классификация Кит-Вагнера, включающая в себя 4 группы:

- 1) констрикция артериол ретины;
- 2) констрикция и склероз артериол ретины;
- 3) геморрагии и экссудат в дополнение к первым двум признакам;
- 4) отек соска зрительного нерва (злокачественная гипертензия).

Слабые ретиальные изменения проявляются по-разному, особенно у пациентов молодого возраста. Кровоизлияния, экссудаты, отек диска зрительного нерва присутствуют только в случае тяжелого течения АГ [19, 20]. Их наличие связано с возрастанием кардиального риска во время проведения анестезии.

Доказано, что, в отличие от лиц с нормальными показателями АД, у больных с АГ, не получавших адекватной предоперационной терапии, во время анестезии и операции могут наблюдаться значительные колебания АД. Периперационная гипертензия служит причиной ряда серьезных осложнений. Так, у «нелеченых» пациентов преобладают (в порядке убывания): левожелудочковая недостаточность, инсульт, инфаркт миокарда, почечная недостаточность, послеоперационная энцефалопатия [21]. Поэтому нормализация АД и своевременно начатая антигипертензивная терапия на предоперационном этапе, являются важными мерами профилактики неблагоприятных исходов.

Проводя терапию антигипертензивными препаратами, в частности ингибиторы АПФ, следует помнить, что:

- прекращение приема ингибиторов АПФ перед вмешательством не ведет к повышению частоты гипертензивных реакций или усилению сердечной недостаточности в периперационном периоде [22];
- при отмене приема ингибиторов АПФ не развивается синдром «отмены»;
- у больных, длительно получавших ингибиторы АПФ, их прием перед операцией значительно усиливает гипотензивное действие общей анестезии, при этом утрачивается толерантность к гиповолемии [23];
- снижение АД у больных, получающих ингибиторы АПФ, сопровождается падением клубочковой фильтрации.

Исходя из приведенных фактов, в настоящее время не принято продолжать прием ингибиторов АПФ вплоть до дня оперативного вмешательства. Отмена препаратов за 1–2 дня до планируемой операции позволяет более надежно сохранять контроль гемодинамики при минимальном риске осложнений, связанных с прекращением их приема. На 1–2-е сутки послеоперационного периода, при достижении нормоволемии, стабильной гемодинамики и при адекват-

ной функции почек, прием ингибиторов АПФ возобновляется.

Ингибиторы АПФ продолжают принимать только те пациенты [24]:

- которые принимали этот препарат по поводу сердечной недостаточности или дисфункции левого желудочка (*класс I, уровень C*);
- пациенты с дисфункцией левого желудочка (*класс I, уровень C*).

При этом особое внимание должно быть уделено поддержанию нормоволемии на всех этапах операции за счет адекватной инфузионной нагрузки.

β-блокаторы продолжают принимать следующие категории пациентов [25]:

- пациенты, которые принимали их до поступления на операцию, как антиангинозные, антиаритмические или антигипертензивные препараты (*класс I*);
- пациенты с высоким кардиальным риском, который обусловлен ишемией (по данным предоперационного тестирования) (*класс I*);
- пациенты с неконтролируемой гипертензией и ИБС (*класс IIa*).

Однако при этом следует помнить, что предоперационный прием β-блокаторов не рекомендован перед операцией низкого риска, если у пациента отсутствует риск кардиальных осложнений (*класс III, уровень A*). Кроме того, не рекомендовано назначение высоких доз данных препаратов без предварительного «титрования» (*класс III, уровень A*).

Рутинное дооперационное использование антагонистов кальция повышает риск послеоперационных осложнений, и их применение накануне оперативного вмешательства не рекомендовано (*класс III, уровень C*) [26].

Применение диуретиков у пациентов с АГ прекращается в день операции (*класс I, уровень C*), а в случаях, когда АГ сопровождается симптомами сердечной недостаточности, их назначение в инфузионной форме может быть продолжено (*класс I, уровень C*) [27].

Кроме назначения антигипертензивной терапии, необходимо помнить о профилактике сердечно-сосудистых осложнений. В этом отношении использование ацетилсалициловой кислоты является эффективным методом в первичной профилактике кардиальных событий.

Особенности анестезиологического обеспечения пациентов с сопутствующей АГ должны включать следующие основные положения:

- на этапе дооперационного обследования следует выявить возможное наличие сопутствующей соматической патологии и, исходя из полученных данных, при планировании анестезиологического пособия, учитывать возможную органную дисфункцию органов-мишеней;
- составляя расписание операционного дня, следует помнить, что пациенты с сопутствующей АГ должны подаваться в операционную в первую очередь, с минимальной временной отсрочкой, что в свою очередь, способствует более стабильному эмо-

ционального фона и меньшем количестве колебаний АД во время операции [28];

– перед планируемой операцией необходимо избегать резкой отмены клонидина или β – блокаторов из-за возможного «рикошетного» повышения АД или увеличения частоты сердечных сокращений; применение обоих типов препаратов в периоперационном периоде можно продолжать, а если пациенты не могут принимать препараты перорально, то β – блокаторы можно вводить парентерально, а клонидин – трансдермально;

– антигипертензивную терапию возобновляют сразу после операции;

– в день операции следует избегать применения диуретиков из-за возможного неблагоприятного воздействия в сочетании с уменьшением объема циркулирующей жидкости во время операции;

– вопрос об отмене плановой операции рассматривается при:

АДс >180 мм рт. ст. и АДд >110 мм рт. ст.,

АДс=160–179 мм рт. ст. и АДд=100–109 мм рт. ст. и дисфункции хотя бы одного органа – мишени;

– следует обеспечить адекватную премедиацию накануне проведения операции;

– пациентам с 1-й и 2-й степенью АГ во время проведения операции показан неинвазивный мониторинг АД с интервалом измерения 5 мин.;

– пациентам с 3-й степенью АГ при проведении операции показан инвазивный мониторинг АД;

– при проведении анестезиологического обеспечения у пациентов с АГ, необходимо учитывать синергизм вазодилатирующим действия гипотензивных средств, которые получал пациент до операции, и анестезиологических препаратов;

– следует использовать медленное и дробное титрования препаратов для индукции под контролем АД;

– перед интубацией трахеи целесообразно введение опиоидов (фентанил 1–1,5 мкг/кг в/в);

– интубацию пациента целесообразно проводить при достижении 3-го уровня анестезии;

– интубация и экстубация трахеи может увеличить концентрацию катехоламинов в крови, стимулируя симпатическую нервную систему, что и приводит к развитию серьезных гемодинамических реакций, ведущих к опасным для жизни осложнениям, таким как инфаркт миокарда, аритмии, цереброваскулярные кровоизлияния и т. д. [29];

– по сравнению с лидокаином, ропивакаин более эффективно ингибирует гемодинамические ответы на интубацию и экстубацию трахеи [30], поэтому орошение голосовых связок ропивакаином перед интубацией трахеи целесообразно у пациентов с АГ;

– при тяжелой гипертензии не следует применять панкуроний;

– использование ингаляционных анестетиков (изофлуран, севофлуран) позволяет лучше контролировать артериальное давление во время операции;

– в схеме анестезиологического обеспечения следует избегать использования кетамина;

– при обширных и травматических операциях целесообразно использовать эпидуральную анестезию, как компонент интра- и послеоперационного обезболевания;

– для обеспечения адекватной системной перфузии органов, колебания АД в период проведения анестезии допустимо в пределах 25–30 % от исходных дооперационных значений;

– на фоне контролируемого снижения АД рекомендуется проводить адекватную инфузионную терапию солевыми растворами для восполнения объема циркулирующей крови, поддержание органной перфузии и предупреждения резкого снижения АД и гипоперфузии жизненно важных органов (прежде всего головного мозга, сердца и почек);

– для регуляции повышенного АД во время анестезии, препаратами выбора являются: нитроглицерин, урапидил, нитропруссид натрия, лабеталол;

– в случае неконтролируемого снижения АД, ниже допустимых значений, необходимо:

а) исключить передозировки препаратов, используемых для проведения анестезии;

б) оценить объем циркулирующей крови и при его дефиците, с помощью, форсированной внутривенной инфузии, возместить его;

в) оценить возможное развитие миокардиальной ишемии, и провести соответствующую симптоматическую терапию (нитроглицерин, добутамин, допамин);

г) оценить уровень общепериферического сосудистого сопротивления, и в случае значительного его уменьшения использовать вазопрессоры (фенилэфрин в разведении 1:100, по 0,2–0,3 мл);

– в случаях планирования срочной операции у пациентов с бесконтрольным повышением АД и отсутствием в анамнезе адекватной дооперационной антигипертензивной терапии, предпочтение отдается регионарным методам обезболевания.

7. Выводы

1. Артериальная гипертензия представляет собой одну из самых распространенных нозологий и является основным фактором риска кардиальных, мозговых и целого ряда других осложнений, возникающих при проведении анестезиологического обеспечения у подобного контингента больных.

2. Внедрение в клиническую практику разработанного протокола, позволило снизить количество осложнений у пациентов с АГ с 28,7 % до 7,4 % и дало возможность успешно оперировать пациентов с тяжелыми формами АГ.

Литература

1. Pereira, M. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries [Text] / M. Pereira, N. Lunet, A. Azevedo, N. Lunet // Journal of Hypertension. – 2009. – Vol. 27, Issue 5. – P. 963–975. doi: 10.1097/hjh.0b013e3283282f65

2. Вершигора, А. В. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) ме-

- дичної допомоги (2012). Артеріальна гіпертензія [Текст] / А. В. Вершигора, В. О. Гранкіна, І. М. Гідзинська // Практикуючий лікар. – 2013. – № 4. – С. 59–63.
3. Lawes, C. M. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001 [Text] / C. M. Lawes, V. S. Hoorn, A. Rodgers // *Lancet*. – 2008. – Vol. 371, Issue 9623. – P. 1513–1518. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60655-8
4. Сиренко, Ю. Н. Гипертоническая болезнь и артериальные гипертензии [Текст] / Ю. Н. Сиренко. – Д.: Издатель Заславский А. Ю., 2011. – 288 с.
5. Свіщенко, С. П. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Четверте видання). [Текст] / С. П. Свіщенко, А. Е. Багрій, Л. М. Єна та ін. – К: ПП ВМБ, 2008. – 80 с.
6. Процаев, К. И. Тактика и особенности ведения больных с артериальной гипертензией в пожилом и старческом возрасте при хирургических вмешательствах [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.52 / К. И. Процаев. – Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения РАМН. – Санкт-Петербург, 2005. – 305 с.
7. Mangano, D. T. Perioperative medicine: NHLBI working group deliberations and recommendations [Text] / D. T. Mangano // *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. – 2004. – Vol. 18, Issue 1. – P. 1–6. doi: 10.1053/j.jvca.2003.10.002
8. Manjula, S. Analysis of anaesthetic intensive care unit admissions: The anaesthesiologists' perspective [Text] / S. Manjula, D. Lalita, R. Shilpa // *The Internet Journal of Anesthesiology*. – 2007. – Vol. 13, Issue 1. – P. 5–11.
9. Muggli, F. How to deal with preoperative hypertension [Text] / F. Muggli, P. M. Suter // *Praxis (Bern 1994)*. – 2013. – Vol. 102, Issue 21. – P. 1293–1297. doi: 10.1024/1661-8157/a001438
10. Faergeman, O. Efficacy and tolerability of rosuvastatin and atorvastatin when force titrated in high risk patients: Results from the ECLIPSE Study [Text] / O. Faergeman, F. Sosef, E. Duffield // *Atherosclerosis Supplements*. – 2006. – Vol. 7. – P. 8–12.
11. Wright, J. M. First-line drugs for hypertension [Text] / J. M. Wright, V. M. Musini // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2009. – Vol. 3. – P. CD001841. doi: 10.1002/14651858.CD001841.pub2
12. Wiysonge, C. S. Beta-blockers for hypertension [Text] / C. S. Wiysonge, H. A. Bradley, J. Volmink, B. M. Mayosi, A. Mbewu, L. H. Opie // *Cochrane Database Syst. Rev*. – 2012. – Vol. 11. – CD002003. doi: 10.1002/14651858.CD002003.pub4
13. Неймарк, М. И. Анестезия и интенсивная терапия в хирургии аорты и ее ветвей [Текст] / М. И. Неймарк, И. В. Меркулов. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2005. – 272 с.
14. Национальные клинические рекомендации. Всероссийского научного общества кардиологов [Текст] / под ред. Р. Г. Оганов, М. Н. Мамедов. – М.: МЕДИ Экспо, 2009. – 392 с.
15. Eboh, C. Management of diabetic renal disease [Text] / C. Eboh, T. A. Chowdhury // *Annals of Translational Medicine*. – 2015. – Vol. 3, Issue 11. – P. 154. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2015.06.25
16. Argyropoulos, C. Urinary microRNA profiling predicts the development of microalbuminuria in patients with Type 1 Diabetes [Text] / C. Argyropoulos, K. Wang, J. Bernardo, D. Ellis, T. Orchard, D. Galas, J. Johnson // *Journal of Clinical Medicine*. – 2015. – Vol. 4, Issue 7. – P. 1498–1517. doi: 10.3390/jcm4071498
17. Sacks, D. B. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus [Text] / D. B. Sacks, M. Arnold, G. L. Bakris, D. E. Bruns, A. R. Horvath, M. S. Kirkman et. al. // *Clinical Chemistry*. – 2011. – Vol. 57, Issue 6. – P. e1–e47. doi: 10.1373/clinchem.2010.161596
18. Stone, N. J. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [Text] / N. J. Stone, J. G. Robinson, A. H. Lichtenstein, C. N. Bairey Merz, C. B. Blum, R. H. Eckel et. al. // *Circulation*. – 2013. – Vol. 129, Issue 25_suppl_2. – P. S1–S45. doi: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a
19. Mancia, G. 2013 ESH/ESC Guidelines for themanagement of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [Text] / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redón, A. Zanchetti, M. Böhm et. al. // *Journal of Hypertension*. – 2013. – Vol. 31, Issue 7. – P. 1281–1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
20. Ramezani, A. Fundus autofluorescence in chronic essential hypertension [Text] / A. Ramezani, P. Saberian, M. Soheilian et al. // *J. Ophthalmic. Vis. Res*. – 2014. – Vol. 9, Issue 3. – P. 334–338.
21. Thompson, A. M. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a metaanalysis [Text] / A. M. Thompson, T. Hu, C. L. Eshelbrenner et al. // *Journal of the American Medical Association*. – 2011. – Vol. 305, Issue 9. – P. 913–922. doi: 10.1001/jama.2011.250
22. Fleisher, L. A. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: executive summary [Text] / L. A. Fleisher, K. E. Fleischmann, A. D. Auerbach et al. // *Journal of Nuclear Cardiology*. – 2015. – Vol. 22, Issue 1. – P. 162–215. doi: 10.1007/s12350-014-0025-z
23. Chua, D. Angiotensin-converting enzyme inhibitors: An ACE in the hole for everyone? [Text] / D. Chua, A. Ignaszewski // *British Columbia Medical Journal*. – 2011. – Vol. 53, Issue 5. – P. 220–223.
24. Rosenman, D. J. Clinical consequences of withholding vs. administering renin-angiotensin-aldosterone system antagonists in the pre-operative period [Text] / D. J. Rosenman, F. S. McDonald, J. O. Ebbert et al. // *Journal of Hospital Medicine*. – 2008. – Vol. 3, Issue 4. – P. 319–325. doi: 10.1002/jhm.323
25. Leibowitz, A. B. Can meta-analysis of the current literature help determine if peri-operative beta-blockers improve outcome of high-risk patients undergoing noncardiac surgery? [Text] / A. B. Leibowitz // *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. – 2010. – Vol. 24, Issue 2. – P. 217–218. doi: 10.1053/j.jvca.2010.01.014
26. Law, M. R. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies [Text] / M. R. Law, J. K. Morris,

N. J. Wald // *British Medical Journal*. – 2009. – Vol. 338, Issue may19 1. – P. b1665– b1665. doi: 10.1136/bmj.b1665

27. Hypertension: The clinical management of primary hypertension in adults: Update of clinical Guidelines 18 and 34 [Electronic recourse]. – National Clinical Guideline Centre (UK). – 2011. – P. 1–16. – Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG127>

28. Falaschetti, E. Continued improvement in hypertension management in England: results from the Health Survey for England 2006 [Text] / E. Falaschetti, M. Chaudhury, J. Mindell, N. Poulter // *Hypertension*. – 2009. – Vol. 53, Issue 3. – P. 480–486. doi: 10.1161/hypertensionaha.108.125617

29. Aouad, M. T. The effect of low-dose remifentanyl on responses to the endotracheal tube during emergence from general anesthesia [Text] / M. T. Aouad, A. A. Al-Alami, V. G. Nasr et al. // *Anesthesia & Analgesia*. – 2009. – Vol. 108, Issue 4. – P. 1157–1160. doi: 10.1213/ane.0b013e31819b03d8

30. Meng, Y. F. Local airway anesthesia attenuates hemodynamic responses to intubation and extubation in hypertensive surgical patients [Text] / Y. F. Meng, G. X. Cui, W. Gao, Z.-W. Li // *Medical Science Monitor*. – 2014. – Vol. 20. – P. 1518–1524. doi: 10.12659/MSM.890703

References

1. Pereira, M., Lunet, N., Azevedo, A., Barros, H. (2009). Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *Journal of Hypertension*, 27 (5), 963–975. doi: 10.1097/hjh.0b013e3283282f65

2. Verzhigora, A. V., Grankina, I. M., Gidzinska, I. M. (2013). Uniphikovanii klinichnii protocol pervinnoi, ekstrenoi ta vtorinoi (specializovanoi) medichnoi dopomogi [Standardized clinical protocol primary, emergency and secondary (specialized) medical care] (2012). *Arterialna gipertenzia [Arterial hypertension]*. Practicing physician. 4, 59–63.

3. Lawes, C. M., Hoorn, S. V., Rodgers, A. (2008). Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *The Lancet*, 371 (9623), 1513–1518. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60655-8

4. Sirenko, Y. N. (2011). Gipertonicheskay bolezn i arterialnie gipertenzii [Hypertonic disease and arterial hypertension]. Published Zaslavsky A. Y., 288.

5. Svishenko, E. P., Bagrii A. E., Ena, L. M. et. al. (2008). Rekomendacii Ukrainskoi asociacii kardiologov y profilaktiki ta likyvanny arterialnoi gipertenzii (Posibnik do Nacionalnoi programi profilaktiki i likyvanny arterialnoi gipertenzii. IV vidanny) [Recommendations of the Ukrainian Association of Cardiology on prevention and treatment of arterial hypertension (National Program to Benefit the prevention and treatment of hypertension. The fourth edition)]. Kyiv: PP VMB, 80.

6. Proshaev, K. I. (2005). Taktika i osobennosti vedeniy bolnih s arterialnoi gipertenziei v pozilom i starcheskom vozraste pri hirurgicheskikh vmeshatelstvakh [Tactics and features of the management of patients with hypertension in elderly and senile age at surgery]. St. Petersburg Institute Bioregulation and Gerontology of the North-West Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. St. Petersburg, 305.

7. Mangano, D. T. (2004). Perioperative medicine: NHLBI working group deliberations and recommendations. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 18 (1), 1–6. doi: 10.1053/j.jvca.2003.10.002

8. Manjula, S., Lalita, D., Shilpa, R. (2007). Analysis of anaesthetic intensive care unit admissions: The anaesthesiologists' perspective. *The Internet Journal of Anesthesiology*, 13 (1), 5–11.

9. Muggli, F., Suter, P. M. (2013). How to deal with preoperative hypertension. *Praxis (Bern 1994)*. 102 (21), 1293–1297. doi: 10.1024/1661-8157/a001438

10. Faergeman, O., Hill, L., Windler, E., Wiklund, O., Asmar, R., Duffield, E., Sosef, F. (2008). Efficacy and tolerability of rosuvastatin and atorvastatin when force-titrated in patients with primary hypercholesterolemia: results from the ECLIPSE study. *Cardiology*. 111 (4), 219–228.

11. Wright, J. M., Musini, V. M. (2009). First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* (3), CD001841. doi: 10.1002/14651858.CD001841.pub2

12. Wiysonge, C. S., Bradley, H. A., Volmink, J., Mayosi, B. M., Mbewu, A., Opie, L. H. (2012). Beta-blockers for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 11, CD002003. doi: 10.1002/14651858.CD002003.pub4

13. Neimark, M. I., Merkulov, I. V. (2005). Anestezija i intensivnay terapija v hirurgii aorti i ee vetvei [Anesthesia and intensive care in surgery of the aorta and its branches]. *Petrozavodsk: IntelTec*, 272.

14. Organov, R. G., Mamedov, M. N. (2009). Nacionalnie klinicheskie rekomendacii Vserossiiskogo nauchnogo obshchestva kardiologov [National clinical guidelines Russian Scientific Society of Cardiology]. Moscow: Medi Ecspos, 392.

15. Eboh, C., Chowdhury, T. A. (2015). Management of diabetic renal disease. *Annals of Translational Medicine*, 3 (11), 154. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2015.06.25

16. Argyropoulos, C., Wang, K., Bernardo, J., Ellis, D., Orchard, T., Galas, D., Johnson, J. (2015). Urinary MicroRNA Profiling Predicts the Development of Microalbuminuria in Patients with Type 1 Diabetes. *JCM*, 4 (7), 1498–1517. doi: 10.3390/jcm4071498

17. Sacks, D. B., Arnold, M., Bakris, G. L., Bruns, D. E., Horvath, A. R., Kirkman, M. S. et. al. (2011). Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Clinical Chemistry*, 57 (6), e1–e47. doi: 10.1373/clinchem.2010.161596

18. Stone, N. J., Robinson, J. G., Lichtenstein, A. H., Bairey Merz, C. N., Blum, C. B., Eckel, R. H. et. al. (2013). 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 129 (25), S1–S45. doi: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a

19. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm et. al. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 31 (7), 1281–1357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc

20. Ramezani, A., Saberian, P., Soheilian, M., Parsa, S. A., Kamali, H. K., Entezari, M., Shahbazi, M. M., Yasari, M. (2014). Fundus autofluorescence in chronic essential hypertension. *J. Ophthalmic. Vis. Res.* 9 (3), 334–338.

21. Thompson, A. M., Hu, T., Eshelbrenner, C. L., Reynolds, K., He, J., Bazzano, L. A. (2011). Antihypertensive treat-

ment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a metaanalysis. JAMA. 305 (9), 913–922. doi: 10.1001/jama.2011.250

22. Fleisher, L. A., Fleischmann, K. E., Auerbach, A. D., Barnason, S. A., Beckman, J. A., Bozkurt, B. et. al. (2015). 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: executive summary. Journal of Nuclear Cardiology, 22 (1), 162–215. doi: 10.1007/s12350-014-0025-z

23. Chua, D., Ignaszewski, A. (2011). Angiotensin-converting enzyme inhibitors: An ACE in the hole for everyone? British Columbia Medical Journal, 53 (5), 220–223.

24. Rosenman, D. J., McDonald, F. S., Ebbert, J. O., Erwin, P. J., LaBella, M., Montori, V. M. (2008). Clinical consequences of withholding vs. administering renin-angiotensin-aldosterone system antagonists in the pre-operative period. J. Hosp. Med. 3 (4), 319–325. doi: 10.1002/jhm.323

25. Leibowitz, A. B. (2010). Can meta-analysis of the current literature help determine if peri-operative beta-blockers improve outcome of high-risk patients undergoing noncardiac surgery? Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 24 (2), 217–218. doi: 10.1053/j.jvca.2010.01.014

26. Law, M. R., Morris, J. K., Wald, N. J. (2009). Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardio-

vascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. British Medical Journal, 338 (may19 1), b1665–b1665. doi: 10.1136/bmj.b1665

27. National Clinical Guideline Centre (UK). (2011). Hypertension: The clinical management of primary hypertension in adults: Update of clinical Guidelines 18 and 34, 1–16. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG127>

28. Falaschetti, E., Chaudhury, M., Mindell, J., Poulter, N. (2009). Continued improvement in hypertension management in England: results from the Health Survey for England 2006. Hypertension. 53 (3), 480–486. doi: doi: 10.1161/hypertension.108.125617

29. Aouad, M. T., Al-Alami, A. A., Nasr, V. G., Souki, F. G., Zbeidy, R. A., Siddik-Sayyid, S. M. (2009). The Effect of Low-Dose Remifentanyl on Responses to the Endotracheal Tube During Emergence from General Anesthesia. Anesthesia & Analgesia, 108 (4), 1157–1160. doi: 10.1213/ane.0b013e31819b03d8

30. Meng, Y. F., Cui, G. X., Gao, W., Li, Z.-W. (2014). Local airway anesthesia attenuates hemodynamic responses to intubation and extubation in hypertensive surgical patients. Medical Science Monitor. 20, 1518–1524. doi: 10.12659/MSM.890703

Дата надходження рукопису 17.06.2015

Лоскутов Олег Анатольевич, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, профессор кафедры, кафедра «Анестезиологии и интенсивной терапии», Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, ул. Дорогожицкая, 9, г. Киев, Украина, 04112
E-mail: doclosk@mail.ru

УДК: 616.89-008.454-036-07

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.50597

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ РЕЗИСТЕНТНИХ ТА НЕРЕЗИСТЕНТНИХ ДО ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЙ

© Л. В. Рахман, М. В. Маркова

Проведене дослідження засвідчило, що для терапевтично резистентних депресій, на відміну від не резистентних форм депресивних розладів, характерним є маніфестація захворювання в більш ранньому віці, триваліші епізоди. Структура депресивного синдрому представлена переважно апато-адинамічними, обсессивно-депресивними та тужливими (меланхолічними) симптомами на фоні монотонності та ригідності перебігу із високим ризиком суїциду, поступовою соматизацією психопатологічних проявів

Ключові слова: депресія, резистентність, клініко-психопатологічні особливості, рекурентний депресивний розлад, біполярний афективний розлад

The prevalence of depressive disorders in structure of psychiatric morbidity is rather high. At the same time the modern epidemiological and clinical studies illustrate that more than 50 % of patients with depression do not demonstrate an essential clinical improvement. According to these data the large part (30–50 %) of such disorders are defined as therapeutically resistant depressions (TRD). The solution of the problem of resistance of depressive disorders consists mainly in understanding of biological and psycho-social mechanisms of forming and clinical course of this nosology and also clinical and psychopathological features of TRD compared to non-resistant ones. The data of numerous clinical studies confirm that TRD is characterized with atypicalness and polymorphism of clinical symptomatology, structural heterogeneity of depressive syndrome with heterogenic inclusions, clinical course has the features of blurring, monotony and rigidity, depressive symptomatology is characterized with somatization of psychopathological manifestations. It was proved that the leading psychopathological radical of depressive syndrome is crucial in development of residual symptomatology at TRD. An early detection of reliable clinical parameters of TRD, opportune diagnostics and use of the necessary treatment allow considerably increase its efficiency.