

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: 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.

Aim: Comparative analysis of the clinical and psychopathological symptomatology at depressive disorders resistant to treatment and depressions amenable to traditional therapy.

Materials and methods: Following the conditions of ethical and deontological principles of clinical studies 60 patients with depressive disorders were under observation, further they were separated into 2 groups of 30 persons. The first group included patients with TRD, the second one – patients with depressions amenable to traditional therapy.

We used the next methods in our work: clinical and psychopathological, psychometric, psychopathological, statistical.

Results: At studying socio-demographic indicators the gender-specific features were not detected in the groups of comparison. Patients with TRD are mainly city dwellers. On age indicator patients with TRD were at the mean younger by 17,4 %, with manifestation of depressive disorders in the young age (mainly under 39 years). Resistant depressions develop mainly in persons with high education who are engaged in intellectual labor and persons who do not work for a long time. The hereditary inclination to psychic diseases in the group of examined persons with TRD was 53,3 %. On nosologic sample the resistant depressions are mainly attributed to the recurrent depressive disorders and bipolar affective disorders. The group of patients with TRD demonstrated in overwhelming majority the heavy degree of intensity of depressive manifestations. The dominating ones were apathic and adynamic, obsessive and depressive, gloomy (melancholic) syndromes on the background of monotony and rigidity of clinical course with high suicidal risk, gradual somatization of psychopathological manifestations

Keywords: depression, resistance, clinical and psychopathological features, recurrent depressed disorder, bipolar affective disorder

1. Вступ

Депресивні розлади в структурі патології психіки на сьогоднішній день переконаливо утримують провідне становище. За даними ВООЗ, депресією упродовж життя хворіють від 5 до 12 % чоловіків і від 12 до 20 % жінок. Однак лише 50 % хворих, що страждають на депресії, бажають або мають можливість отримати медичну допомогу, менш ніж 10 % з них активно лікуються [1–3]. В зв'язку із вищенаведеними фактами, депресивні розлади поєднуються із значними негативними соціально-економічними наслідками як для суспільства вцілому, так і для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя. Огляд декількох наукових досліджень засвідчив зв'язок зростання депресивної патології із певними соціально-економічними маркерами, зокрема, встановлено достовірні зв'язки з низьким рівнем заробітків, більш низьким рівнем отриманої освіти, безробіттям або економічною пасивністю [4–6]. Наводяться також дані щодо поєднання частоти депресії із родинними та генетичними детермінантами, з несприятливою матеріальною обстановкою і відсутністю соціальної підтримки [7–9]. Багато науковців в галузі психіатрії стверджують, що близько 30–50 % депресивних розладів мають ознаки резистентності до проводимого лікування, що, безсумнівно, поглиблює проблематику діагностики, ефективної терапії та реабілітації пацієнтів [10–12]. За загальноприйнятими критеріями, депресію вважають резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3–4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50 %) [3, 13, 14].

2. Обґрунтування дослідження

Питання особливостей клінічної картини та психопатологічної феноменології терапевтично резис-

тентних депресій (ТРД), на відміну від нерезистентних, на даному етапі є актуальним завданням сучасної психіатрії. На основі проведення багатьох наукових досліджень встановлено, що ТРД мають певні клініко-психопатологічні особливості, їм властива атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які нарастають при повторних епізодах, соматизація психопатологічних проявів [15–17]. Окрім цього, багато авторів вказують на наявність резидуальної симптоматики в періоді ремісії ТРД, що прямо корелюють із домінуванням ведучого афективного компоненту в розгорнутій стадії [18–20]. В лікувальній практиці опора на достовірні клінічні параметри ТРД дозволить адекватно та вчасно діагностувати дані розлади і застосовувати необхідний арсенал терапевтичних заходів.

3. Мета дослідження

Метою нашого дослідження було провести порівняльний аналіз клініко-психопатологічної симптоматики при резистентних до проводимого лікування депресивних розладах та депресіях, які піддавалися традиційній терапії.

4. Матеріали і методи дослідження

В ході виконання даної роботи нами використовували наступні методи: клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. В ході дослідження було проведено оцінку психічного стану 60 хворих із депресивними розладами шляхом оцінки скарг пацієнтів, їх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічну інтерпретацію і співвідношення з класифікаційними

характеристиками МКХ-10. За допомогою шкали Гамільтона-21 пункт (HAM-D21) було проведено оцінку депресивного стану за ступенем важкості, при цьому показник 7–16 балів розцінювався як легкий ступінь вираженості, 17–27 балів – як середньої важкості, важкі депресії кваліфікувалися при показнику більше 27 балів.

5. Результати дослідження

Задля досягнення поставленої мети на основі інформованої усвідомленої згоди на проведення дослідження було сформовано 2 групи досліджуваних пацієнтів, в яких діагностовано депресивний розлад. В першу групу увійшло 30 пацієнтів, що страждали на депресію з ознаками резистентності до проводимого лікування згідно загальноприйнятих критеріїв щодо визначення терапевтично резистентної депресії та верифікацією згідно оцінки ефективності проводимої терапії за шкалою Гамільтона-21 пункт. Серед них було 11 чоловіків (36,7 %) та 19 жінок (63,3 %). Середній вік в даній групі становив $29,4 \pm 5,2$ років. Міські жителі становили 60 % – 18 осіб, сільські 40 % (12 осіб). За освітньо-кваліфікаційним рівнем переважали особи із вищою освітою (11 пацієнтів – 36,6 %), та ті, які виконували роботу із переважно розумовим навантаженням (6 осіб – 20 %), а також довготривало непрацюючі (7 осіб – 23,4 %), 4 хворих (13,3 %) були працівниками із переважно фізичною працею, 4 працівників (13,3 %) виконували некваліфіковану роботу. Тимчасово непрацюючі та пенсіонери становили по 10 % (3 особи в кожній з цих підгруп). Інвалідів в першій групі хворих було 3 особи (10 %). Згідно із анамнестичних даних, у 15 хворих даної групи (53,3 %) було встановлено спадкову обтяженість щодо психічних розладів, у 5 хворих (16,7 %) спадкова обтяженість відсутня та 9 пацієнтів (30 %) не могли достовірно або підтвердити або заперечити інформацію про спадкову обтяженість. За нозологічною характеристикою у 18 пацієнтів діагностовано рекурентний депресивний розлад, що становило 60 %, 11 хворих (36,6 %) страждали на біполярний афективний розлад, депресивний епізод, в одного пацієнта було встановлено діагноз дистимії, що становило відповідно 3,4 %. Резистентні депресивні розлади клінічно характеризувалися тривожною (ажитованою) симптоматикою (2 хворих – 6,7 %), тужливою (меланхолійною) (5 хворих – 16,6 %), сенесто-іпохондричною (4 хворих – 13,3 %), апатико-адинамічною (8 хворих – 26,7 %), астено-анергічною (3 хворих – 10 %) та obsесивно-депресивною симптоматикою (8 хворих – 26,7 %). За результатами дослідження депресивної симптоматики (шкала Гамільтона-21 пункт) встановлено, що у 17 хворих (56,7 %) відмічався показник більше 27 балів і такий стан кваліфікувався як важка депресія, помірний ступінь вираженості спостерігався у 11 хворих (36,6 %), легкий ступінь вираженості депресивної симптоматики відмічено у 2 хворих (6,7 %). У пацієнтів першої групи захворювання маніфестувало в молодому віці, переважно до 39 років (70,1 %), у 5 пацієнтів (16,6 %) початок захворювання

припав на вік 40–49 років, у 3 хворих (10 %) симптоми захворювання на депресію виникли у віці 50–59 років, маніфестація у віці більше 60 років спостерігалася у 1 пацієнта (3,3 %). Середній вік виникнення резистентності $30,4 \pm 5,5$ роки. Середня тривалість захворювання на момент формування резистентності становила $4,7 \pm 1,1$ років, середня кількість епізодів депресії до виникнення резистентності – $3,1 \pm 0,8$. Середня тривалість епізоду – $8,2 \pm 1,3$ місяців.

До другої групи згідно програми дослідження було відібрано 30 осіб із депресивними розладами, в яких відмічалася позитивна динаміка в ході лікування протягом 3–4 тижнів та редукція депресивної симптоматики складала більше, ніж 50 % за шкалою Гамільтона – 21 пункт. За гендерною ознакою група обстежених хворих розподілилася наступним чином: чоловіків було 12 (40,0 %), жінок – 18 (60,0 %). Середній вік пацієнтів другої групи становив $35,6 \pm 6,2$ роки. Сільські жителі в даній групі склали 53,3 % (16 осіб), міські – 46,7 % (14 осіб). За освітнім рівнем друга група була представлена в основному особами із незакінченою вищою та вищою освітою (21 особа – 70 %). За показником трудової зайнятості в цій групі виявилось найбільше осіб, які тривалий час не працюють (8 осіб – 26,7 %) та пенсіонерів (6 осіб – 20 %), фахівці з переважно фізичною працею становили 6,7 % (2 осіб), з переважно розумовою працею – 13,3 % (4 хворих), некваліфікованих працівників в групі було 16,6 %, тимчасово непрацюючих – 6,7 %, інвалідів – 10 %. Спадкова обтяженість щодо психічних захворювань встановлена у 11 хворих, що становить 36,7 %, водночас слід відмітити, що в більше, ніж третині випадків була відсутня інформація про спадкову обтяженість, відсутність спадкової схильності засвідчено у 26,6 % (8 хворих). За нозологічним зрізом хворі другої групи в основному страждали на депресивний епізод (11 осіб – 36,6 %) та рекурентний депресивний розлад (10 осіб – 33,4 %), біполярним афективним розладом страждали 7 осіб (23,3 %), дистимія спостерігалася у 2 пацієнтів (6,7 %). Клінічно депресивні стани у пацієнтів даної групи характеризувалися тривожною (ажитованою) симптоматикою (7 хворих – 23,3 %), тужливою (меланхолійною) (7 хворих – 23,3 %), сенесто-іпохондричною (2 хворих – 6,7 %), апатико-адинамічною (3 хворих – 10 %), астено-анергічною (8 хворих – 26,7 %) та obsесивно-депресивною симптоматикою (3 хворих – 10 %). За ступенем вираженості депресивної симптоматики (згідно результатів шкали Гамільтона – 21 пункт) пацієнти другої групи розподілилися наступним чином: легкий ступінь відмічався у 9 хворих, що становило 30 %, помірний ступінь виявлено у 14 пацієнтів (46,7 %), важка депресія спостерігалася у 7 хворих (23,3 %). Маніфестація депресивних розладів в хворих даної групи в основному припадала на період 30–49 років (18 осіб – 60 %). Середня тривалість депресивного епізоду становила $5,4 \pm 0,6$ місяців.

Зведені дані щодо нозологічної приналежності депресивних розладів у обстежених пацієнтів подані в табл. 1.

Таблиця 1
Нозологічна характеристика депресивних розладів

Нозологічна форма	Перша група		Друга група	
	Абс.	%	Абс.	%
Біполярний афективний розлад, депресивний епізод (F 31)	11	36,6	7	23,3
Депресивний епізод (F 32)	1	3,4	11	36,6
Рекурентний депресивний розлад (F 33)	18	60,0	10	33,4
Дистимія (F34)			2	6,7
Всього	30	100	30	100

Як випливає з наведених даних, пацієнти із резистентними депресіями в переважній більшості випадків (96,6 %) страждають на рекурентний депресивний розлад та біполярний афективний розлад.

Надалі нами проведено співставлення клініко-психопатологічних особливостей депресивного синдрому в пацієнтів досліджуваних груп, що проілюстровано на рис. 1.

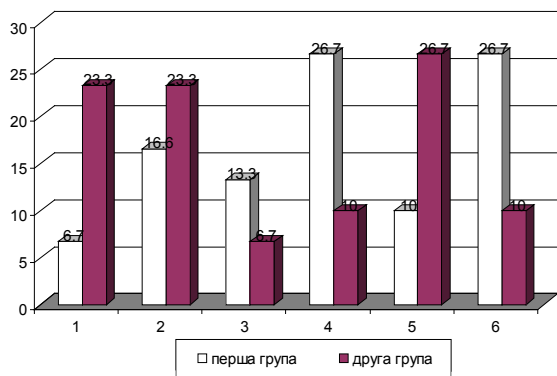


Рис. 1. Характер депресивного синдрому в обстежених пацієнтів: 1 – тривожний (ажитований), 2 – тужливий (меланхолічний), 3 – сенесто-іпохондричний, 4 – апато-адиномічний, 5 – астено-анергічний, 6 – obsесивно-депресивний

6. Обговорення результатів

За даними проведеного аналізу нами було встановлено, що у пацієнтів першої групи (резистентні депресії) клінічна картина депресивного синдрому характеризується в основному апато-адиномічною (8 хворих) та obsесивно-депресивною (8 хворих) симптоматикою, в сумі це 53,4 %. У пацієнтів другої групи депресивна симптоматика представлена більше астено-анергічними (8 хворих), тривожними (ажитованими) (7 хворих) та тужливими (меланхолічними) (7 хворих) проявами, що в сукупності становить 73,3 %.

Стержневим компонентом в структурі афективних розладів у хворих із депресивними розладами з ознаками резистентності до проводимої терапії були прояви апато-адиномічного та obsесивно-депресивного синдромів. Апатичні включення виявлялися у чіткій окресленості переживання втрати зацікавленості до подій у власному житті, байдужістю до проблем сім'ї, роботи. Поведінка пацієнтів відрізнялася пасивністю з характерним відчут-

тям втрати задоволення від життя. Домінувала думка про власну неспроможність, спостерігалися розгубленість та страх. У більшості пацієнтів (5 осіб – 16,7 %) з-поміж тих, хто виявляв ознаки апато-адиномічного депресивного синдрому, характерною ознакою виявлено виснажливість психічної діяльності, що проявлялася лабільністю уваги, суб'єктивним переживанням зниження пам'яті і інтелектуальної працездатності, слабкістю процесів абстрагування, тобто, вони демонстрували когнітивну недостатність. В судженнях хворих домінували конкретність та поверхневність. Розлади сну виявлено у всіх хворих, вони характеризувалися гіперсомнією з неможливістю встати з ліжка, виснажливою сонливістю на протязі дня, відсутністю відчуття відпочинку після нічного сну, тривожними сновидіннями. Прийом їжі не супроводжувався почуттям задоволення, у пацієнтів швидко наступало відчуття насиченості. Депресивно-апатична симптоматика у 6 пацієнтів (20,0 %) супроводжувалася вегетативними розладами (відчуття дискомфорту в тілі, ломота, озноб), інтенсивність яких була більше виражена в першій половині доби.

Структура obsесивно-депресивного синдрому у хворих із резистентними депресіями характеризувалася наявністю на фоні зниженого афекту нав'язливих думок (10 %), переживань (13,3 %), що супроводжувалося різної інтенсивності фобіями (44,3 %). Нав'язливістю були притаманні риси мимовільності, стереотипної повторюваності та неподоланності. Ці переживання важко суб'єктивно переносилися хворими і досить швидко призводили до порушення щоденної денної активності, привносили значний дискомфорт та істотним чином знижували якість життя хворих. Для пацієнтів із obsесивно-депресивним синдромом характерним було відчуття масивної невпевненості в собі, майже безпервні сумніви і коливання, страх «не вміти розібратися в оточуючому», що часто провокувало повторюваність вчинків (компульсії) (16,6 %). На фоні вищезазначеного у хворих формувалося масивне почуття вини (23,3 %) по відношенню до себе та до оточуючих. Внаслідок цього хворі демонстрували підвищену рефлексію та самоконтроль на фоні негативного бачення майбутнього.

Тривожний варіант депресивного синдрому при ТРД характеризувався тривогою та відчуттям генералізованого страху. При цьому тривога визначалася пацієнтами як негативна емоція, спрямована в майбутнє з відчуттям невизначеної загрози, внутрішнього неспокою. Особливістю даного варіанту є те, що при ньому визначається полімодальність провідного афекту з присутністю наряду із тривогою проявів туги (6,7 %), апатії (3,4 %). Спрямованість переживань була орієнтована в майбутнє. В більшості випадків характерними були напливи тривожних уявлень про можливі майбутні неприємності. Такі переживання поширювалися на найближчих родичів. На фоні тривожних побоювань формувалися ідеї малоцінності зі зниженням самооцінки. Хворі скаржилися на нездатність протистояти очікуваним труднощам і проблемам, відзначали свою фізичну та інтелектуальну неспроможність. На тлі посилення ідеаторних переживань відбувалося наростання почуття безвиході та безперспективності з появою суїцидальних думок.

Клінічна картина резистентних депресивних розладів з провідним афектом туги (тужливий варіант) характеризувалася пригніченим фоном настрою, який хворі описували як відчуття важкості в тілі, відсутність здатності радіти, обтяжливості переживань, почуття душевного болю. Змістовне наповнення даного симптому визначалося характерною тріадою: пригніченим настроєм, сповільненням мислительних процесів, руховою загальмованістю із зниженням спонукань. Провідним проявом у даної групи хворих був афект туги, смутку. При цьому його вираженість значно коливалася від легкої пригніченості до глибокої туги з вітальними проявами. У хворих на ТРД з перевагою афекту туги депресивні ідеї поєднувалися з ідеями малоцінності й самознищення (6,7%). Ідеї самозвинувачення спостерігалися в 10% випадків, в більшості випадків вони поєднувалися з ідеями малоцінності. Депресивні ідеї в своїй динаміці виявляли тісний зв'язок з ідеаторним компонентом, зміст депресивних переживань віддзеркалював загальну песимістичну спрямованість мислення. Будь-яка подія характеризувалася хворими лише з негативного боку. Пацієнти висловлювали переконання в тому, що їм нічого не вдається в житті, що вони втратили впевненість у собі. При цьому ідеї малоцінності й самознищення виступали як переживання неспроможності, обмеження фізичних і розумових здібностей та можливостей, заниженої самооцінки, нездатності виконувати домашні та професійні обов'язки. Приємні, емоційнопозитивні ситуації витіснялися з пам'яті, негативні спогади, в свою чергу, домінували у свідомості хворих, підкреслюючи їх нікчемність і неспроможність.

Надмірна стурбованість станом свого здоров'я при сенесто-іпохондричному варіанті резистентних депресій поєднувалася з пригніченим настроєм, на фоні чого пацієнти відмічали різноманітні неприємні, болісні і тяжкі відчуття, такі як стягування, печіння, тиск, переливання, перекидання й інші, з локалізацією в різних частинах тіла або окремих внутрішніх органах без соматично обумовлених причин. Специфічним симптомом була ініціальна інсомнія, виявлена у 13,3%, причинами безсоння в вечірній час слугували явища своєрідної візуалізації уявлень (калейдоскоп думок), які перш за все стосувалися побоюванням за своє здоров'я. В 3,4% сон був порушений в середній фазі, розлади сну характеризувалися тривожно-кошмарними сновидіннями. Всі хворі даної підгрупи страждали від раннього пробудження, нав'язливих думок та страхів в передранковий час. Відсутність зацікавленості до подій у власному житті, інтересу в соціальних інтеракціях виявлено у пацієнтів (6,7%). Деяке пожвавлення, емоційний підйом, намагання бути зрозумілим виявлялися лише в ході розпитування про стан здоров'я, загалом хворі залишалися монотонними, відгородженими, емоційно-холодними. Прояви діяльності емоційної сфери характеризувалися ригідністю, монотонністю. Сенесто-іпохондрична симптоматика у всіх пацієнтів супроводжувалася вегетативними розладами (коливання артеріального тиску, синусова тахікардія, гіпергідроз, відчуття дискомфорту в тілі, ломота, озноб).

Астено-анергічна симптоматика при резистентній депресії характеризувалася надмірною втомлювані-

стю, відчуттям «упадку сил», важкістю при виконанні звичної роботи, зниженням уваги та кмітливості. Мали місце важкість у формулюванні власних думок (6,7%), відчуття «дефіциту словникового запасу» (3,4%), що спричинювало переконання у власній інтелектуальній недостатності. При цьому у хворих спостерігалася напруженість, крайності в оцінці навколишнього (6,7%). У всіх хворих даним типом депресивного синдрому виявлялися вегетативні симптоми у вигляді тахікардії, перепадів артеріального кров'яного тиску, відчуття поколювання, гіпергідроз, порушення апетиту, дискомфорту відчуття по ходу кишечника, головний біль. Розлади сну були представлені у вигляді денної сонливості, ініціальної інсомнії та порушення якості сну.

Значення депресивних симптомів за результатами оцінювання депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона-21 пункт та достовірність відмінностей представлено в табл. 2. Достовірними вважалися дані при значенні $p < 0,05$.

Таблиця 2
Середнє значення депресивних симптомів (в балах) за оцінкою по шкалі Гамільтона-21 пункт та

Симптоми	Резистентні депресії (перша група) n=30	Нерезистентні депресії (друга група) n=30	Достовірність, p
Депресивний настрій	3,24	3,06	$p > 0,05$
Почуття вини	2,56	1,79	$p > 0,05$
Суїцидальні наміри	1,71	1,47	$p < 0,05$
Рання інсомнія	1,88	1,42	$p < 0,05$
Середня інсомнія	1,82	0,61	$p < 0,05$
Пізня інсомнія	0,13	0,25	$p > 0,05$
Працездатність і активність	3,17	2,74	$p > 0,05$
Загальмованість	2,53	1,81	$p < 0,05$
Ажитація	1,07	3,16	$p > 0,05$
Психічна тривога	1,69	2,42	$p < 0,05$
Соматична тривога	1,23	1,02	$p > 0,05$
Шлунково-кишкові симптоми	0,17	0,44	$p > 0,05$
Загальносоматичні симптоми	0,55	0,24	$p < 0,05$
Генітальні симптоми	0,13	0,15	$p > 0,05$
Іпохондрія	2,28	1,83	$p < 0,05$
Втрата ваги А	1,70	1,45	$p > 0,05$
Втрата ваги Б	0,14	0,89	$p > 0,05$
Критичність	0,26	0,64	$p > 0,05$
Добові коливання А	1,35	1,47	$p > 0,05$
Добові коливання Б	0,14	1,21	$p > 0,05$
Деперсоналізація і дереалізація	0,16	0,04	$p < 0,05$
Параноїдні симптоми	0,11	0,07	$p > 0,05$
Обсесивні і компульсивні симптоми	1,49	0,08	$p < 0,05$
Загальний середній бал	30,18	19,45	

7. Висновки

Таким чином, провівши аналіз клініко-психопатологічної симптоматики депресій, які піддаються лікуванню та резистентних до проводимої терапії депресій, вдалося встановити наступне:

1. За гендерними характеристиками істотної різниці не спостерігається.
2. За віковим параметром пацієнти із ТРД були в середньому молодшими на 17,4 %, з маніфестацією депресивних розладів в молодому віці (в основному до 39 років).
3. Пацієнти із ТРД в переважній більшості є міськими жителями.
4. Резистентні депресії розвиваються переважно в осіб із вищою освітою, зайнятих розумовою працею та довготривало непрацюючих осіб.
5. Спадкова схильність щодо психічних захворювань в групі досліджуваних із ТРД встановлена в 53,3 %.
6. За нозологічним зрізом резистентні депресії переважно належать до рекурентного депресивного розладу та біполярного афективного розладу.
7. Група пацієнтів із ТРД демонструвала в переважній більшості важкий ступінь вираженості депресивних проявів.
8. Структура депресивного синдрому при ТРД була складною, поліморфною із гетерогенними включеннями (коли в синдромогенез включалися когнітивна сфера, розлади мислення, рухової активності). Домінуючими були апато-адинамічний, obsesивно-депресивний, тужливий (меланхолічний) синдроми на фоні монотонності та ригідності перебігу із високим суїцидальним ризиком, поступовою соматизацією психопатологічних проявів.

Література

1. Байбарак, Н. А. Клініко-типологічні варіанти рекурентного депресивного розладу з довготривалим перебігом [Текст] / Н. А. Байбарак // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 1. – С. 34–39.
2. Быков, Ю. В. Резистентные к терапии депрессии [Текст] / Ю. В. Быков. – Ставрополь, 2009. – 77 с.
3. Мазо, Г. Э. Терапевтические резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Вып. 2. – С. 87–95. – Режим доступа: http://www.med.spbu.ru/archiv/vest/8_2/2_10.pdf
4. Голоденко, О. Н. Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами [Текст] / О. Н. Голоденко // Архив психиатрии. – 2010. – Т. 16, № 1 (60) – С. 33–36.
5. Вовин П. Я. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) [Текст] / Р. Я. Вовин, И. О. Аксенова, Г. Е. Кюне; под ред. Р. Я. Вовин, Г. Е. Кюне. – Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1989. – С. 151–182.
6. Al-Harbi K. S. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions [Text] / K. S. Al-

Harbi // Patient Prefer Adherence. – 2012. – Vol. 2012:6. – P. 369–388. doi: 10.2147/ppa.s29716

7. Бачериков А. М. Клініко-психопатологічні, патофизиологічні особливості та принципи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на ендогенні та екзогенні депресії [Текст] / А. М. Бачериков, М. М. Денисенко // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 4 (65) – С. 56–60.
8. Марута, Н. О. Диагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади [Текст]: метод. рекомендації / Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко та ін. – Х.: М-во охорони здоров'я України; АМН України, 2011. – 17 с.
9. Пришляк, В. І. Деякі особливості клініки хроніфікованих депресій в контексті базового психопатологічного механізму їх формування [Текст] / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 1 (18). – С. 55–61.
10. Keller, M. B. Issues in treatment-resistant depression [Text] / M. B. Keller // J. Clin. Psychiatry. – 2005. – Vol. 66. – P. 5–12.
11. Подкорытов, В. С. Депрессии и резистентность [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – № 1 (9). – С. 118–124.
12. Мороз, С. М. Некоторые закономерности формирования резистентности депрессий [Текст] / С. М. Мороз // Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10. – № 1 (36). – С. 105–108.
13. Fava, M. Diagnosis and definition of Treatment-Resistant Depression [Text] / M. Fava // Biological Psychiatry. – 2003. – Vol. 53, Issue 8. – P. 649–659. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00231-2
14. Підкоритов, В. С. Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій [Текст] / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, № 2. – С. 55–58.
15. Souery, D. Treatment-resistant depression [Text] / D. Souery, G. I. Papakostas, M. H. Trivedi // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67. – P. 16–22.
16. Дикая, Т. И. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий [Текст] / Т. И. Дикая // Вестник Российской АМН. – 2011. – № 4. – С. 19–25.
17. Вертоградова, О. П. Затяжные депрессии: (закономерности формирования, прогноз, терапия) [Текст] / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 18–22. Режим доступа: http://psychiatr.ru/files/magazines/2005_12_scp_803.pdf
18. Аксенова, И. О. Клиника и терапия затяжных терапевтически резистентных и эндогенных депрессий [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / И. О. Аксенова. – Л., 1980. – 22 с.
19. Смулевич, А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий [Текст] / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакология. – 2002. – № 4. – С. 128–132.
20. Nemeroff, C. B. Prevalence and management of treatment-resistant depression [Text] / C. B. Nemeroff // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Vol. 68. – P. 17–25.

References

1. Baybarak, N. A. (2012). Clinical and typological variants of recurrent depressive disorder with long flow course. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*, 20 (1), 34–39.

2. Bykov, Yu. V. (2009). Treatment resistant depressions. Stavropol, 77.
3. Mazo, G. E., Gorbachev, S. E., Petrova, N. N. (2008). Treatment resistant depression: Modern approaches for Diagnosis and Treatment. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2, 87–95. Available at: http://www.med.spbu.ru/archiv/vest/8_2/2_10.pdf
4. Goldenko, O. N. (2010). Socially-psychological adaptation of patients with recurrent depressive disorders. Arkhiv psikhiatrii, 16 (1), 33–36.
5. Vovin, R. Ya. Aksenova, I. O., Kyune, G. E.; Vovin, R. Ja., KJune, G. E. (Eds.) (1989). Problems of psychosis chronization and ways for overcoming treatment resistance (in model of depressive states). Moscow: Meditsina, 182.
6. Al-harbi, K. S. (2012). Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. Patient Preference Adherence, 2012:6, 369–388. doi: 10.2147/ppa.s29716
7. Bacherikov, A. M., Denysenko, M. M. (2010). Clinical-psychopathological, pathopsychological peculiarities and principles for prevention of a suicidal behavior in patients with endogenous and exogenous depressions. Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii, 18 (4), 56–60.
8. Maruta, N. O., Bacherikov, A. M., Tkachenko, T. V. et al (2011). Diagnostics of hidden suicidal intent in patients with mental disorders: method. recommendations. Ministry of Health, 17.
9. Prishlyak, V. I., Filts, O. O. (2008). Some peculiarities of the clinic of chronic depressions in the context of basic psychopathologic mechanism of their formation. Zhurnal psikhiatrii i meditsynskoy psikhologii. 1 (18), 55–61.
10. Keller, M. B. (2005). Issues in treatment-resistant depression. J. Clin. Psychiatry, 66, 5–12.
11. Podkorytov, V. S., Chayka, Yu. Yu. (2002). Depression and resistance. Zhurnal psikhiatrii i meditsynskoy psikhologii, 1 (9), 118–124.
12. Moroz, S. M. (2004). Some parameter of depression resistance development. Arkhiv psikhiatrii, 10 (1), 105–108.
13. Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. Biological Psychiatry, 53 (8), 649–659. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00231-2
14. Pidkorytov, V. S. (2008). Modern approaches in treatment of depressions resistant to pharmacotherapy. Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii, 16 (2), 55–58.
15. Souery, D., Papakostas, G. I., Trivedi, M. H. (2006). Treatment-resistant depression. J. Clin. Psychiatry, 67, 16–22.
16. Dikaya, T. I. (2011). Clinical and psychopathological features and dynamic aspects of protracted and chronic endogenous depression. Vesnik Rossiyskoy AMN, 4, 19–25.
17. Vertogradova, O. P., Petuhov, V. V. (2005). Protracted depression: regularities of formation, prognosis and therapy. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya, 15 (4), 18–22. Available at: http://psychiatr.ru/files/magazines/2005_12_scp_803.pdf
18. Aksenova, I. O. (1980). Clinic and therapy of chronic treatment resistant and endogenous depressions. Leningrad, 22.
19. Smulevich, A. B. (2002). Treatment of resistant prolonged endogenous depression Psikhiatriya i psikhofarmakologiya, 4, 128–132.
20. Nemeroff, C. B. (2007). Prevalence and management of treatment-resistant depression. J. Clin. Psychiatry, 68, 17–25.

Дата надходження рукопису 11.06.2015

Рахман Людмила Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії, психології та сексології, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010

Маркова Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, кафедра сексології та медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: mariannochka1@ukr.net

УДК 616.2-002.6-036.1:616.323-053.2

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.50551

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ У ПОЄДНАННІ З ПАТОЛОГІЄЮ ГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА

© О. І. Сміян, Є. В. Дмитрова, О. Г. Васильєва

Досліджувалися відмінності клінічного перебігу гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей дошкільного віку на фоні патології глоткового мигдалика. Виявлено домінуючі симптоми, що проявлялися закладеністю носа, нічним вологим кашлем, хрипіння та зниження слуху, біллю у вухах, поліаденопатією, лихоманкою із тривалістю понад 3 днів

Ключові слова: респіраторні вірусні інфекції, аденоїдні вегетації, хронічний аденоїдит, клінічні симптоми, діти

Aim: to study clinical features of the clinical course of an acute respiratory viral infection in conjunction with pathology of pharyngeal tonsil in children of preschool age.