

2. Социально-психологическая адаптация кадровых военнослужащих, увольняемых в запас или отставку: теория и практика [Текст] / под ред. Н. Г. Осуховой, И. Г. Лотовой. — М.: Логос, 1999. — С. 5.

3. Дмитриев, И. В. Социально-психологическая адаптация офицеров, уволенных в запас, к условиям гражданской среды [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / И. В. Дмитриев; Моск. гос. социальный ун-т. — М., 1999. — 25 с.

4. Мелконян, М. Г. Социальная адаптация военнослужащих, увольняемых в запас в процессе реформирования армии [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. соц. наук; Бурятский гос. ун-т. — Улан-Удэ, 2001. — 23 с.

5. Белова, А. Ю. Психологическое сопровождение социальной адаптации военнослужащих, уволенных в запас, и членов их семей [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук; Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. — Тверь, 2004. — 23 с.

6. Лепешкин, Н. Я. Социальное самочувствие населения на современном этапе трансформации российского общества (региональный аспект) [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. социол. наук: 22.00.04; Хабар. гос. техн. ун-т. — Хабаровск, 2004. — 22 с.

7. Смирнов А. И. Взаимодействие общества и армии как социального института в современной России [Электронный ресурс]: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра соц. наук; Институт социологии РАН. — М., 2010. — Доступ к документу: <http://www.isras.ru/>; URL: http://www.civisbook.ru/files/File/Avtoreferat_SmirnovAI.pdf

8. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування [Текст]: методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. — Х.: ДУ «ІНПН АМН України», 2009. — 32 с.

9. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1998. — 196 с.

10. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2 (16). — С. 56—70.

11. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption [Text] / J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor [et al.] // Addiction. — 1993. — Vol. II. — № 88. — P. 791—804.

12. Алексеев, Б. Е. Полоролевое поведение и его акцентуации [Текст] / Б. Е. Алексеев. — СПб.: Речь, 2006. — 144 с.

Надійшла до редакції 15.12.2014 р.

СУКАЧОВА Ольга Миколаївна, психолог, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків; e-mail: olga_sukachova@ukr.net

SUKACHOVA Olga, assistant of Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv; e-mail: olga_sukachova@ukr.net

УДК 616.895:615.214-08:001.8

О. С. Телюков

КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАМОТРИДЖИНУ ТА СОЛЕЙ ЛІТІУ У ЛІКУВАННІ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ II ТИПУ (результати відкритого порівняльного дослідження)

О. С. Телюков

Комбинированное применение ламотриджина и солей лития в лечении биполярного аффективного расстройства II типа (результаты открытого сравнительного исследования)

O. S. Telyukov

Combination of Lamotrigine and Lithium in the treatment of bipolar II disorder (results of open comparative trial)

У роботі подані результати порівняльного дослідження комбінованого застосування ламотриджину і карбонату літію як нормотимічної схеми в терапії депресивного епізоду при біполярному афективному розладі II типу.

Дві паралельні групи пацієнтів отримували ламотриджин з літієм і депакін. Оцінювання ефективності проводили з використанням шкал HAMD-21, YMRS, ISST, CGI-S, CGI-I. Показано вищу ефективність комбінації ламотриджину і літію в лікуванні депресивного синдрому в рамках біполярного розладу II типу.

Поєднання ламотриджину з літієм виявило задовільну переносимість протягом періоду дослідження. Виявлено їх позитивну дію на суїцидальні думки пацієнтів і стабільніший вплив на попередження інверсії фази.

Ключові слова: ламотриджин, солі літію, біполярний афективний розлад, антидепресанти, нормотимічні засоби

В работе представлены результаты сравнительного исследования комбинированного применения ламотриджина и карбоната лития в качестве нормотимической схемы в терапии депрессивного эпизода при биполярном аффективном расстройстве II типа.

Две параллельные группы пациентов получали ламотриджин с литием и депакин. Оценку эффективности проводили с использованием шкал HAMD-21, YMRS, ISST, CGI-S, CGI-I. Показана более высокая эффективность комбинации ламотриджина и лития в лечении депрессивного синдрома в рамках биполярного расстройства II типа.

Сочетание ламотриджина с литием наружило удовлетворительную переносимость на протяжении периода исследования. Выявлено их положительное действие на суицидальные мысли пациентов и более стабильное влияние на предупреждение инверсии фазы.

Ключевые слова: ламотриджин, соли лития, биполярное аффективное расстройство, антидепрессанты, нормотимики

In the article the results of comparative trial of the combining usage of Lamotrigine and Lithium as normothymic drug's scheme in the therapy of Bipolar II Disorder were showed.

Two parallel groups of patients which received Lamotrigine combined Lithium and Depacine were used. The estimation of efficacy was fulfilled by using HAMD-21, YMRS, ISST, CGI-S and CGI-I scales. High efficacy of Lamotrine and Lithium combination in the treatment of depression in Bipolar II Disorder was showed.

Lamotrine combined Lithium revealed good tolerability during all period of trial. Positive influence of this combination to correction of suicidal ideations and more stable influence to prevention of phase inversion were established.

Key words: Lamotrigine, lithium, Bipolar Disorder, antidepressants, normothymics

Проблема розладів настрою залишається однією з найбільш значущих в сучасній психіатрії, зважаючи на

їх надзвичайну поширеність в популяції, тенденцію до зростання, пов'язаний з ними ризик аутоагресивних дій, низку соціальних та соціально-психологічних наслідків. Класифікаційне розуміння афективної патології в остан-

ній час суттєво змінилось та продовжує змінюватись, що відбивається як в МКХ-10 та DSM-IV, так і в проєктах їх нових едіцій. Означене явище має не тільки номенклатурно-облікове значення, а й відображає еволюцію клінічного розуміння афективних порушень, системний пошук їх етіологічних джерел, а відповідно, й диференційованих стратегій терапії.

Термін «біполярний розлад II типу» вперше було використано більше тридцяти років тому з метою диференціації розладу з рекурентними депресивними епізодами та гіпоманіакальними станами, класичного біполярного розладу (біполярний розлад I типу з депресивними і маніакальними епізодами), а також рецидивуючого тяжкого (великого) депресивного розладу [1].

Концепція трихотомії розладів настрою — біполярний розлад I типу, біполярний розлад II типу і уніполярний депресивний розлад — підтверджується в дослідженнях, де знайдено характерну структуру симптомів біполярного розладу II типу і виявлено особливий тип сімейного успадкування цього захворювання [2].

В низці досліджень з використанням методів візуалізації нервової системи та біохімічних аналізів, в яких окремо вивчалися пацієнти з біполярним розладом I та II типів відповідно, отримано результати, що свідчать про відмінність в цих групах, що додатково підтверджує думку про біполярний розлад II типу як окрему діагностичну одиницю [3, 4].

Незважаючи на включення цієї діагностичної одиниці до DSM та МКХ, даний розлад діагностується недостатньо, що, найскоріше, пов'язано з проблемами діагностування підпорогових проявів маніакального стану, оскільки незначно виражений маніакальний стан (гіпоманія) може бути егосинтонним і не супроводжується суб'єктивним неспокоєм у пацієнтів [2]. Крім того, гіпоманіакальний стан особливо часто залишається непоміченим, якщо він розвивається у пацієнтів з атиповою депресією, незважаючи на те, що вона набагато частіше спостерігається при біполярному розладі II типу, ніж при уніполярному депресивному розладі [5, 6]. Треба зазначити, що у пацієнтів з біполярним розладом II типу частіше спостерігаються епізоди депресії, а їхня кількість при біполярному розладі може бути більш значущим предиктором психосоціальних наслідків, ніж маніакальний стан [7]. Поєднання означеного факту з низьким рівнем діагностування даного типу біполярного розладу пояснює надзвичайно високий ризик самогубств серед пацієнтів з такою патологією [8].

Все вищезазначене підкреслює важливість своєчасної діагностики та вибору адекватних схем лікування біполярного розладу II типу, як такого, що має високий потенціал суїцидогенезу та відзначається недостатнім охопленням хворих, що страждають на нього, спеціалізованою психіатричною допомогою.

Стосовно терапії біполярного афективного розладу II типу варто підкреслити домінуюче значення застосування нормотимічних засобів, оскільки антидепресанти призначають традиційно під час терапії депресивного епізоду, що діагностується в рамках рекурентної депресії. Дані сучасних наукових досліджень свідчать про високу ефективність терапії хворих на біполярний розлад II типу ламотриджином, причому ефективність цього засобу доводиться в депресивній фазі розладу, а також при швидкій зміні циклів [9, 10]. Однак, в низці робіт висловлюється думка про подібний клінічний ефект застосування ламотриджину та вальпроатів в лікуванні біполярних розладів [11, 12]. Інтерес становлять поодинокі

роботи щодо комбінованого використання двох нормотимічних засобів з різними механізмами дії (солей літію та вальпроатів, карбамазепіну та солей літію та ін.) [13, 14]. Однак, ці результати отримано тільки на незначних вибірках пацієнтів, що потребує проведення подальших мультицентрових досліджень.

В даній роботі подано результати подвійного сліпого дослідження ефективності та переносимості комбінованого застосування ламотриджину в дозі 100 мг на добу з солями літію в дозі 300 мг на добу у порівнянні з депакіном в дозі 1000 мг на добу у лікуванні депресивного епізоду при біполярному афективному розладі II типу. Використовували препарати ламотрин, карбонат літію та депакін-хроно-500.

Первинною метою дослідження було доведення ефективності застосування комбінації ламотриджин (100 мг) + карбонат літію (300 мг) в терапії депресивного епізоду в рамках біполярного розладу II типу для перевірки такої робочої гіпотези: комбіноване застосування ламотриджину та солей літію в дозах 100 і 300 мг на добу відповідно перевищує ефективність депакіну в дозі 1000 мг щоденно як нормотимічного засобу під час лікування біполярного афективного розладу II типу.

Вторинною метою дослідження було вивчення переносимості та безпеки комбінації ламотриджину з солями літію зазначеного дозування у хворих на біполярний розлад порівняно з депакіном, шляхом реєстрації побічних проявів та терапевтичних ускладнень.

Дослідження було рандомізованим, порівняльним в паралельних групах у стаціонарних пацієнтів з депресивним епізодом при біполярному розладі II типу.

Дослідження проводилось протягом березня-травня 2014 року. Тривалість складала 6 тижнів. Дослідження включало скринінговий етап, прерандомізаційний період тривалістю 7 днів, рандомізацію пацієнтів у дві паралельні групи та 6-тижневий період прийому досліджуваних препаратів.

На етапі скринінгу пацієнтів оцінювали за основними критеріями включення та виключення і проводили попереднє обстеження за запланованими шкалами.

Під час прерандомізаційного періоду пацієнтам, які відповідали критеріям включення, було відмінено попередню терапію антидепресантами та нормотимічними препаратами та, за необхідністю, проводили інфузійну терапію за традиційними схемами.

Рандомізацію пацієнтів проводили на 7-й день після скринінгового дослідження шляхом випадкового відбору у дві паралельні групи по 19 осіб кожна. Пацієнти першої групи отримували ламотриджин 100 мг в 09.00 та літію карбонат 300 мг в 20.00; пацієнти другої групи приймали депакін-хроно 1000 мг в два прийоми, аналогічно досліджуваним першої групи.

Протягом 6-тижневого періоду прийому досліджуваних препаратів обстеження пацієнтів здійснювались 1 раз на тиждень. Останнє (завершальне) обстеження проводили в останній день 6-го тижня.

Під час скринінгу, рандомізації та подальших обстежень, окрім загальної клінічної оцінки, використовували шкали, які дозволяли об'єктивно оцінювати динаміку психічного стану пацієнтів: HAMD-21 (шкала Гамільтона для оцінки вираженості симптомів депресії), YMRS (шкала Янга для оцінки вираженості симптомів манії), ISST (шкала оцінки наявності та тяжкості суїцидальних думок), CGI-S (загальне клінічне враження тяжкості симптомів психічного розладу) та CGI-I (загальне клінічне враження динаміки симптомів психічного розладу).

Основними критеріями включення були наявність у пацієнта поточного депресивного епізоду в рамках біполярного розладу II типу (за DSM-IV) й усвідомлена згода пацієнта на участь у дослідженні. Критеріями виключення були вік до 18 років, психічні розлади I осі, інші, ніж біполярний розлад II типу, гостра і тяжка хронічна соматична патологія в стадії декомпенсації, підвищена чутливість до препаратів групи вальпроєвої кислоти, солей літію та ламотриджину, відмова від участі у дослідженні.

Було обстежено 38 пацієнтів Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева. Вік пацієнтів складав від 21 до 63 років (середній вік склав $41 \pm 2,17$ роки). Чоловіків було 18 (47,37 %) осіб, жінок — 20 (52,63 %).

Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом біполярного афективного розладу за МКХ-10. За діагностичними критеріями DSM-IV даний афективний розлад належав до II типу. Поточна госпіталізація була пов'язана з наявною депресивною симптоматикою і коливалась від 3 до 15 днів (середній час перебування в стаціонарі на момент скринінгу склав $5,3 \pm 1,14$ днів). Тривалість біполярного розладу у обстежуваних коливалась від 3 до 12 років, складаючи в середньому $6,12 \pm 0,23$ роки. Жоден з пацієнтів не проходив стаціонарного лікування з приводу маніакальної симптоматики, однак анамнестичні дані чітко свідчили про наявність гіпоманіакальних розладів в минулому. У більшій частини пацієнтів (22 особи — 57,89 %) раніше діагностувався рекурентний депресивний розлад, який в подальшому було переглянуто на біполярний афективний. Відповідно, всі обстежувані в минулому отримували нормотимічні засоби (23 пацієнти — препарати вальпроєвої кислоти, 15 осіб — ламотриджин). На момент включення в дослідження активну комбіновану терапію антидепресантами та нормотимічними засобами отримували 32 (84,21 %) пацієнти. Згідно з дизайном дослідження, на момент скринінгу всім пацієнтам було припинено прийом поточного лікування.

Результати скринінгового обстеження за обраними шкалами були такими: за HAMD-21 середній бал склав $23,7 \pm 1,43$ бали; за YMRS — $8,3 \pm 2,02$ бали; за ISST — $16,6 \pm 0,14$ бали; за CGI-S середній бал був $4,67 \pm 1,25$, що відповідало вираженій тяжкості психічного розладу.

Протягом 7 днів після скринінгу пацієнти не отримували медикаментозного лікування, і, за необхідністю, проводили крапельну інфузійну терапію.

На 8 день дослідження було проведено рандомізацію у дві паралельні групи, причому обстежуваних було розподілено порівну (19 осіб в кожній групі). Результати рандомізаційного обстеження за шкалами виглядали таким чином: за HAMD-21 середній бал склав $25,1 \pm 0,32$ бали; за YMRS — $7,14 \pm 1,52$ бали; за ISST — $17,5 \pm 0,12$ бали; за CGI-S середній бал склав $4,87 \pm 3,67$. Таким чином, суттєвих, статистично значущих змін за основними оціночними шкалами не відбулось, однак простежувалась тенденція до погіршення психічного стану усіх пацієнтів.

Аналіз динаміки основних показників протягом 6-тижневого періоду лікування надається окремо за кожною з обраних шкал.

На рисунку 1 подано динаміку за HAMD-21 протягом 6 тижнів дослідження.

З наведеного графіка видно, що протягом 6-тижневого періоду лікування депресивна симптоматика у пацієнтів обох груп практично не змінювалась до третього тижня. Так, на 2-му тижні вона склала в 1 та 2 групі $24,1 \pm 1,33$ та $24,2 \pm 1,13$ бали відповідно. Чітке розходження динаміки за означеною шкалою між пацієнтами обох груп було

виявлено на 3 тижні, коли середній бал за HAMD-21 знизився у обстежуваних 1-ї групи до $21,2 \pm 1,15$, а у пацієнтів 2 групи — до $23,8 \pm 0,08$ ($p > 0,05$). Протягом наступних тижнів терапії розходження набуло статистичної достовірності і на момент завершального оцінювання середній бал за HAMD-21 був у пацієнтів 1 та 2 груп $15,4 \pm 0,11$ і $19,7 \pm 1,54$ відповідно ($p < 0,05$).

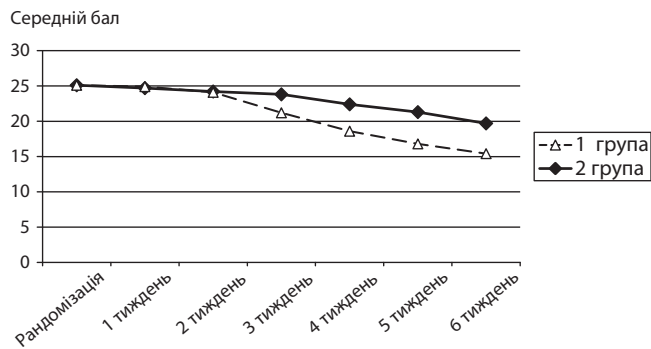


Рис. 1. Динаміка симптоматики у пацієнтів за HAMD-21

Динаміку за шкалою YMRS подано на рисунку 2.

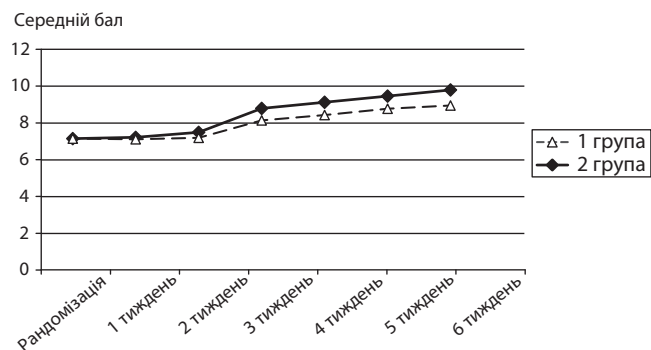


Рис. 2. Динаміка симптоматики у пацієнтів за YMRS

Оцінювання за означеною шкалою пацієнтів обох груп не виявило суттєвих відмінностей, проте треба зазначити, що, починаючи з третього тижня, середній бал за YMRS мав тенденцію до вираженішого підвищення у пацієнтів другої групи. На момент завершального візиту середній бал за шкалою Янга склав $8,95 \pm 1,32$ в першій групі та $9,79 \pm 0,72$ — в другій. Різниця в 0,84 бали не є статистично значущою, однак емпірично може свідчити про гіпотетично меншу здатність депакіну до утримання афекту на рівні суб'єктивної стабільності.

Важливим завданням дослідження було вивчення потенційної «антисуїцидогенної» дії ламотрину, що обумовило застосування в процесі оцінювання шкали ISST. Її динаміку протягом 6 тижнів терапії подано на рисунку 3.

Аналіз наведеного графіка демонструє більш стабільну та ранню позитивну динаміку усунення суїцидальної налаштованості у пацієнтів першої досліджуваної групи. Починаючи з першого тижня терапії, середній бал за ISST знижувався, досягнувши $4,9 \pm 2,17$, порівняно з $17,5 \pm 0,12$ на момент рандомізації ($p < 0,001$). У пацієнтів другої групи також мала місце позитивна динаміка за означеною шкалою, але вона починалась з 4 тижня прийому препарату і не досягала, відповідно, мінімальних балів на 6-му тижні.

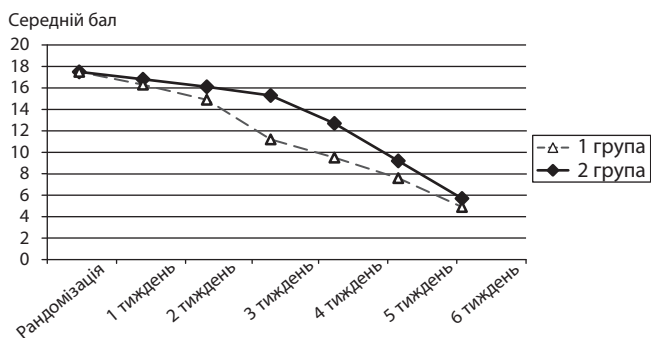
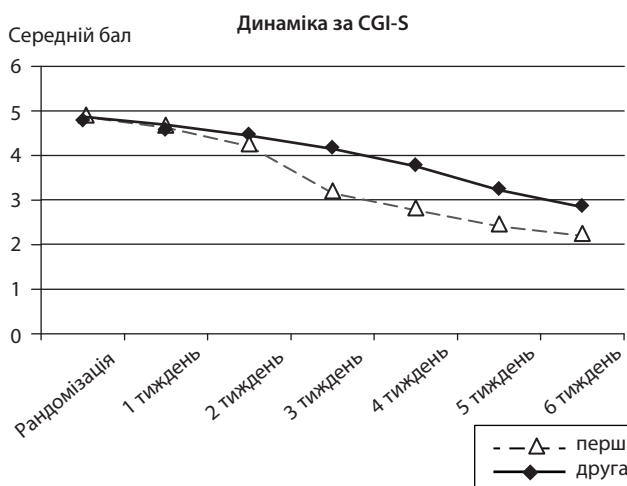


Рис. 3. Динаміка суїцидальної симптоматики у пацієнтів за ISST

Динаміку оцінення тяжкості психічного розладу та динаміку покращання за шкалами CGI-S та CGI-I у пацієнтів першої та другої групи подано на рисунку 4.



За шкалою CGI-S вираженість психопатологічної симптоматики у пацієнтів першої групи почала суттєво знижуватись з 3 тижня і досягла мінімального значення в $2,2 \pm 2,09$ бали на 6-му тижні дослідження, що відповідало клінічним ознакам виходу з депресивного стану. У пацієнтів другої групи покращання психічного стану відбувалось повільніше і не досягло рівня першої групи ($2,84 \pm 0,17$ бали на 6-му візиті). Такий середній бал відповідав клінічним ознакам легкої депресивної симптоматики.

За шкалою CGI-I, яку вперше застосовували наприкінці 1-го тижня терапії, вираженість покращання психічного стану пацієнтів першої групи була достовірно більшою: на 6-му тижні середній бал за шкалою склав $1,8 \pm 3,11$ проти $2,4 \pm 0,23$ в другій групі ($p < 0,05$). Якісним еквівалентом вказаних балів у пацієнтів першої групи було визначення динаміки психічного стану як «значне покращання», в той час як у обстежених другої групи середній бал наближався до «мінімального покращання».

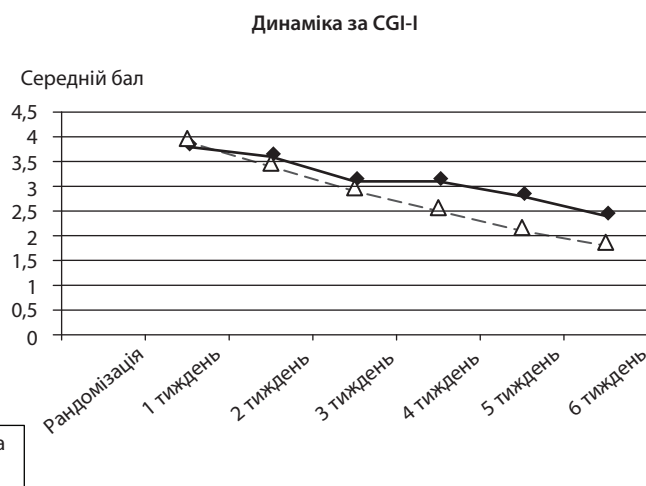


Рис. 4. Динаміка середнього балу у пацієнтів за CGI-S та CGI-I

Аналіз переносимості та безпеки препаратів показав, що у пацієнтів першої групи за період дослідження побічних проявів та терапевтичних ускладнень зареєстровано не було. У 4 (10,52 %) пацієнтів другої групи спостерігались побічні ефекти у вигляді шкірного висипу, що було усунуто додатковим призначенням фенкаролу.

Результати проведеного дослідження дозволили сформулювати такі висновки:

1. Аналіз отриманих даних підтверджує робочу гіпотезу дослідження: комбіноване застосування ламотриджину та літію карбонату в дозі 100 та 300 мг на добу відповідно статистично достовірно перевищує ефективність депакіну в дозі 1000 мг щоденно як нормотимічного засобу при лікуванні біполярного афективного розладу II типу ($p < 0,05$).

2. Початок активного усунення депресивної симптоматики при терапії комбінацією ламотриджину та літію розпочинається з третього тижня лікування та наближається до клінічної нормалізації на шостому тижні.

3. Поєднання ламотриджину та літію як нормотимічного засобу має стабільніший вплив на попередження інверсії фази, що відбивається в утриманні показників вираженості маніакальної симптоматики в межах середньостатистичних коливань за шкалою YMRS.

4. Ефективність комбінації ламотриджину та літію в корекції антивітальних переживань та суїцидальних

думок перевищує таку у депакіну, але без статистичної достовірності. В той же час, швидкість антисуїцидальної дії у означеній комбінації нормотиміків достовірно перевищує таку у депакіну і починається вже з першого тижня прийому.

5. Динаміка загального покращання психічного стану на тлі лікування ламотриджином та літієм відрізняється більшою інтенсивністю та досягає більшого кінцевого ефекту, порівняно з застосуванням депакіну ($p < 0,05$).

6. Добра переносимість та безпека терапії ламотриджином у сполученні з літієм у хворих на біполярний розлад II типу дозволяє рекомендувати їх як досить ефективну комбінацію серед засобів нормотимічної дії.

Список літератури

- Dunner, D. L. Heritable factors in the severity of affective illness / Dunner, D. L., E. S. Gershon, and F. K. Goodwin // Biological Psychiatry. — 1976; 11, 31—42.
- The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology / [Cassano G. B., Dell'Osso L., Frank E., et al.] // Journal of Affective Disorders. — 1999; 54: 319—328.
- T2 hyperintensities in bipolar disorder: magnetic resonance imaging comparison and literature meta-analysis / [Altshuler L. L., Curran J. C., Hauser P., et al.] // American Journal of Psychiatry. — 1995; 152:1139—1144.
- Association of bipolar disorder with 5178 polymorphism in mitochondrial DNA / [Kato T., Kunugi H., Nanko S., et al.] // American Journal of Medical Genetics. — 2000; 96: 182—186.

5. Benazzi, F. Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder / F. Benazzi // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2000; 250: 53—55.

6. Benazzi, F. Sensitivity and specificity of DSM-IV atypical features for bipolar II disorder diagnosis / F. Benazzi, Z. Rihmer // *Psychiatry Research*. — 2000; 94: 257—262.

7. MacQueen, G. M. Effect of number of episodes on well-being and functioning with bipolar disorder / MacQueen G. M., Young L. T., Jofle R. T. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2000; 101: 374—381.

8. Ghaemi, S. N. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study / Ghaemi S. N., Bohman E. E., Goodwin F. K. // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2000; 61, 804—808.

9. Lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder / [Fatemi S. H., Rapport D. J., Calabrese J. R., et al.] // *Ibid.* — 1997; 58, 522—527.

10. Spectrum of activity of lamotrigine in treatment-refractory bipolar disorder / [Calabrese J. R., Bowden C. L., McElroy S. L., et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 1999; 156: 1019—1023.

11. Goldberg, J. F. Treatment guidelines: current and future management of bipolar disorder // *J. Clin. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 61(13). — P. 12—18.

12. Cost of Bipolar Disorder / [Kleinman L. S. Lowin A., Flood E. et al.] // *Pharmacoeconomics*. — 2003. — Vol. 21(9). — P. 601—622.

13. Oxcarbazepine as add-on treatment in patients with bipolar manic, mixed or depressive episode / [Benedetti A., Lattanzi L., Pini S., et al.] // *J. Affect. Disorders*. — 2002. — Vol. 1. — P. 1—5.

14. Mechanisms of Action of carbamazepine and its derivatives, Oxcarbazepine, BIA 2-093, and BIA 2-024 / [Ambrosio A. F., Soares-da-Silva P., Carvalho C. M. et al.] // *Neurochemical Research*. — 2002. — Vol. 27. — P. 121—130.

Надійшла до редакції 14.01.2015 р.

ТЕЛЮКОВ Олесь Станіславович, кандидат медичних наук, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. А. Ф. Мальцева, м. Полтава

TELYUKOV Oles, MD, PhD, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Higher State educational institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava O. F. Maltsev's Regional Clinical Psychiatric Hospital, Poltava

УДК 616.89: 616.5-009

О. А. Усков, М. В. Маркова
ІНТРАПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПАТТЕРНИ ПІДЛІТКІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ ЯК МІШЕНІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

А. А. Усков, М. В. Маркова
Интрапсихические и поведенческие паттерны подростков с atopическим дерматитом как мишени их медико-психологической поддержки

А. Uskov, M. Markova
Intrapsychical and behavioral patterns of adolescents with atopic dermatitis as target of medical and psychological support

Атопічний дерматит — серйозна міждисциплінарна медична проблема, з якою зустрічаються у повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей.

У роботі проведено оцінювання характерологічних та поведінкових особливостей підлітків з атопічним дерматитом. Виявлено відмінності у структурі акцентуації, а саме — переважання лабільного та астено-невротичного типів у дівчат, та астено-невротичного й епілептоїдного — у хлопців, та вищу напруженість копінг-механізмів порівняно зі здоровими однолітками.

Проведено типологізацію психічних асоціацій підлітків з атопічним дерматитом та співвіднесено її з впливом на психічну діяльність. Виокремлено такі типи: конструктивно-соціальний та конструктивно-інтернальний — психостабілізуючі, пасивно-унікаючий та деструктивно-соціальний — дестабілізуючі, пасивно-соціальний займав проміжне положення. Особливістю підлітків з атопічним дерматитом було превалювання саме дестабілізуючих та проміжних впливів.

Ключові слова: атопічний дерматит, підлітки, акцентуації, копінг, психологічна допомога

Атопіческий дерматит — серьезная междисциплинарная медицинская проблема, с которой сталкиваются в повседневной практике врачи различных специальностей.

В работе проведена оценка характерологических и поведенческих особенностей подростков с atopическим дерматитом. Выявлены различия в структуре акцентуаций, а именно — преобладание лабильного и астено-невротического типа у девушек, и астено-невротического и эпилептоидного — у юношей, более высокую напряженность копинг-механизмов по сравнению со здоровыми сверстниками.

Проведена типологизация психических ассоциаций подростков с atopическим дерматитом, определено ее влияние на психическую деятельность. Выделены следующие типы: конструктивно-социальный и конструктивно-интернальный — психостабилизирующие, пассивно-избегающий и деструктивно-социальный — дестабилизирующие, пассивно-социальный занимал промежуточное положение. Особенностью подростков с atopическим дерматитом было превалирование именно дестабилизирующих и промежуточных воздействий.

Ключевые слова: atopический дерматит, подростки, акцентуации, копинг, психологическая помощь

Atopic dermatitis — a serious interdisciplinary medical problem that occur in everyday practice, physicians of various specialties.

In this paper provided the estimation of character and behavioral characteristics of adolescents with atopic dermatitis. The differences in the structure of accentuation, namely, the prevalence of labile and asthenic-neurotic types in girls and asthenic-neurotic and epileptic — in boys, and higher tension of coping mechanisms, compared with healthy peers.

It was formulated a typology of mental associations in adolescent with atopic dermatitis and correlate it with the impact on mental activity. Highlight the following types: social-constructive and self-constructive — they were as psychostabilizing, passive-avoiding and social-destructive — had destabilizing impact, passive-social occupied an intermediate position. Peculiarities of adolescents with atopic dermatitis was the prevalence of destabilizing and intermediate effects.

Key words: atopic dermatitis, adolescent, accentuation, coping, psychological care

Атопічний дерматит (АД) — серйозна міждисциплінарна медична проблема, з якою зустрічаються у повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей.

АД сьогодні розглядається як системне захворювання, оскільки в патологічний процес втягуються не лише шкіра, але й інші органи та системи [1].

За даними різних епідеміологічних досліджень, захворюваність на АД коливається від 6,0 до 25,0 на 1000 на-