

**ТИПОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**В.В. Огоренко**

В статье рассмотрены результаты изучения типологии отношения к болезни в популяции больных с первичными опухолями головного мозга. Представлены данные о структуре пограничных психопатологических нарушений. Проведен сравнительный анализ типологии отношения к болезни в зависимости от степени злокачественности новообразований. Изложена концепция построения индивидуальной модели психотерапевтической помощи больным, базирующейся на результатах исследования.

**Ключевые слова:** первичные опухоли головного мозга, пограничные психические нарушения, тип отношения к болезни, индивидуальная модель психотерапевтической помощи

**TIPOLOGY OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS BOUNDARY STRUCTURE OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF BRAIN TUMORS**

**V.V. Ogorenko**

In the article the results of the study related to the typology of the disease in a population of patients with primary brain tumors. The presented data on the structure of frontier psychopathological disorders. A comparative analysis of the typology of the disease, depending on the degree of malignancy of tumors. The conception of building a model of individual psychotherapy to the patients, based on research.

**Keywords:** primary brain tumor, borderline mental disorders, the type of the disease, individual model of psychotherapeutic help.

УДК: 616.89.- 008.19:615.066

**Л. В. Рахман<sup>1</sup>, А. Р. Панас<sup>2</sup>, С. М. Гнатюк I, I. С. Тхір<sup>2</sup>  
РОЛЬ КОМОРБІДНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В РОЗВИТКУ ТЕРАПЕВТИЧНО  
РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).**

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

<sup>2</sup>Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

**Ключові слова:** коморбідні психічні розлади, терапевтично резистентні депресії

Короткий огляд коморбідності при депресивних розладах не ставить собі за мету вичерпний аналіз даної проблеми. Враховуючи практично неосяжний об'єм публікацій – як спеціальних, так і узагальнюючих щодо депресій та їх різновидностей, на сьогоднішній день більш актуальними є проблем–центровані огляди. Їх завданням є сфокусувати увагу не лише психіатрів, а й суміжних фахівців на складних клінічних та психопатологічних аспектах депресивних розладів, серед яких коморбідність виходить чи не найперший план. Відтак, завданням даного огляду літератури є короткий аналіз проблеми в сучасному доволі суперечливому колі практичної психіатрії.

Депресивні розлади відносяться до психічних захворювань, які найчастіше зустрічаються [7,9]. Наслідки депресії визначають найбільш відчутну суспільну втрату активних років життя за рахунок хвороби і інвалідизації та суттєво підвищують ризик суїциду [7,16]. За даними епідеміологічних досліджень, існує ймовірність, що в майбутньому депресивні розлади набудуть більшого поширення за рахунок збільшення середньої тривалості життя населення, постійно зростаючого рівня стресу поряд із ослабленням соціальної підтримки. Згідно із прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія займе друге місце серед захворювань, що призводять до втрати працездатності [5,7,14,15,16]. Водночас, за

даними багатьох авторів, найбільшою проблемою, незважаючи на появу великої кількості сучасних антидепресантів та значний прогрес в розумінні патогенетичних механізмів розвитку депресії, є зростання терапевтично резистентних станів, які спостерігаються в середньому у 40-60 % хворих з депресивними розладами [2,5,7,8,9,15]. Тому проблема затяжних та резистентних до терапії депресій є актуальною як в нашій країні, так і за кордоном. На сьогоднішній день у 60-70 % пацієнтів з депресивними розладами після лікування виявляються залишкові ознаки депресивної симптоматики, що свідчить про лише частковий ефект терапії, а у 5-10 % таких хворих зовсім не спостерігається ефекту [2,7,8].

Виходячи із сучасних загально прийнятих критеріїв, депресія є 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%) [2,9].

В світлі сучасних поглядів на патогенез терапевтично резистентних депресій (ТРД) виникнення та формування фармакорезистентності розглядається як складна, багаторівнева функціональна патологічна система з вираженими порушеннями на всіх її рівнях – нейрофі-

зіологічному, психофізіологічному, метаболічному та соціально-психологічному. Питання коморбідності психічних захворювань із депресивними розладами в аспекті формування терапевтичної резистентності останніх представляє великий науково-практичний інтерес, оскільки доведено, що більше, аніж в 50% випадків терапевтично резистентних депресій вони клінічно супроводжувалися іншими психічними розладами [7,8,14,15]. В ситуаціях, коли ТРД поєднується із іншими психічними захворюваннями, вона набуває ознак більшої вираженості, при цьому суттєво підвищується ризик суїцидальності, хворі частіше змушені проходити стаціонарне лікування, прогноз захворювання є більш несприятливим [1,3,6,9,15,16]. Увагу вчених привертала корелюючі зв'язки між депресією та іншою супутньою психіатричною патологією. Дані досліджень свідчать, що коморбідність може реалізуватися трьома шляхами, перший з яких полягає в тому, коли ТРД передують іншим психічним розладам, і тоді вони природно можуть розглядатися як один із причинних механізмів їх виникнення. Другий шлях виявляє супутню психіатричну патологію в якості передвісника, тригерного механізму у виникненні ТРД. Наступна модель полягає у часовому співіснуванні ТРД та коморбідних психічних розладів, що призводить до поглиблення депресивної симптоматики, збільшення тривалості епізоду та зниження ефективності терапевтичних заходів [2,9,15]. За даними літератури, ТРД в більшості випадків поєднуються із тривогою (більше 50%), більше третини пацієнтів виявляють коморбідність із алкогольною чи наркотичною залежністю, біля 20% пацієнтів із ТРД виявляють симптоми обсесивно-компульсивних розладів, від 7 до 19% випадків ТРД поєднуються із розладами особистості [1,2,3,4,6,10,11,12].

Базуючись на високих рівнях ймовірності щодо коморбідності ТРД та тривожних розладів, багато дослідників відзначають їхню спорідненість в аспекті преморбідних особливостей особистості, патогенетичних механізмів виникнення та чутливості до психофармакотерапевтичних засобів [3,4,5,7,11]. Більше того, такі пацієнти демонструють резистентність до проводимих терапевтичних заходів, у них істотно знижуються показники соціального функціонування, значно підвищується ризик суїциду, що віддзеркалює несприятливий прогноз захворювання загалом [14]. Симптоми неспокою, психічної і соматичної тривоги, панічні атаки зустрічаються у 42 - 72% хворих з ТРД. В хронологічному аспекті тривога передє депресії у 15 - 33% хворих. Генералізований тривожний розлад виникає раніше депресивного розладу в 54% випадків.

За даними багатьох авторів коморбідність щодо ТРД та алкогольної залежності становить від 18 до 88% [1,2,6,15]. Основна мотивація алкоголізації при ТРД—свідоме намагання полегшити суб'єктивно вкрай важкий стан. Разом з цим депресія значно змінює толерантність до алкоголю. Виходячи із результатів досліджень, при тужливому афекті вона найчастіше зростає,

тоді як при апатичному варіанті—знижується. В більшості випадків патологічний потяг до алкоголю посилюється, за рахунок афективних розладів депресивного регістру явища абстиненції поглиблюються. Виявляючи короточасну антидепресивну, анксиолітичну, стимулюючу дію, досить тривале зловживання алкоголем веде до поглиблення депресії, гіпотимії, сприяє подовженню депресивних епізодів та зміни їх структури. Таким чином перебіг захворювання формує тип «спорозного кола», коли поглиблення депресивної симптоматики призводить до загострення алкогольної залежності, яка, в свою чергу, негативно впливає на клініку самої депресії [1,6].

Обсесивно – компульсивні розлади зустрічаються при багатьох психічних захворюваннях. Особливістю їх при ТРД є мінімальна реалізація співіснування на рівні одного симптоматологічного ряду—тривоги. Афективні та обсесивно–компульсивні розлади виявляють при цьому автономність розвитку. В таких випадках депресія набуває ознак атиповості із поліморфізмом симптоматики, дезвіталізацією, а структура нав'язливостей має соматоцентричне спрямування [4,10]. При цьому в клінічній картині ТРД виявляються значні порушення соціального функціонування, максимальний рівень ситуативної тривоги [4,9,11,14,15].

Зацікавленість науковців особистісними характеристиками пацієнтів, які страждають на ТРД пояснюється рядом факторів. Зокрема, особистісно–конституційна сфера пацієнта створює передумови для формування клініко–психопатологічної симптоматології, що згодом є визначальним у «персоніфікації» клінічної картини та створенні поведінкових патернів при ТРД [10,12]. За даними різних авторів частота розладів особистості при ТРД становить від 20 до 85%, серед них пограничний розлад—10–30%, істероїдний тип—2–20%, антисоціальний тип—1–10%, обсесивно–компульсивний тип—2–20%, інші типи—6–27%. Очевидним є той факт, що наслідки та ефективність лікування ТРД залежать від коморбідного типу особистісного розладу [13].

У зв'язку з вищезазначеним на сучасному етапі актуальною проблемою залишається висока частота коморбідності ТРД із іншими психічними розладами, що потребує подальшого детального вивчення типології, патогенетичних кореляцій, сучасних методів діагностики, ефективних препаратів антидепресивної дії, пошуку оптимальних технологій їх застосування.

#### Література:

1. Артемчук А. Ф. Проблема коморбизма алкогольной болезни и клиничко-патогенетическое обоснование комплексных терапевтических программ. / А. Ф. Артемчук// Автореф. дис. д-ра. мед. наук: 14.01.17. –Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины.– Киев.– 2005. – 37 с.
2. Бьков Ю.В. Резистентные к терапии депрессии/ Ю. В. Бьков. – Ставрополь. –2009. – 77с.
3. Васильева С. Н. Клиничко-динамические особенности депрессивных расстройств при коморбидности с тревожными расстрой-

ствами/ С. Н. Васильева // Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18.— ГУ «Научноисследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН.— Томск.— 2007. — 23 с.

4. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня/ И. Ю. Дороженко // Журн. неврол. и психиатр. —1999. —№2. —С. 3–8.

5. Мак Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / Дж. Мак Каллоу; перев. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой// . — СПб.: Речь.—2003. — 368 с.

6. Малин Д. И. Депрессия у больных алкоголизмом/ Д. И. Малин, Е. В. Янкин, В. М. Медведев, А. В. Ковалев // Психиатрия и психофармакотерапия.— Том 06.— N 5.—2004.— С. 95 – 96.

7. Марута Н. О. Сучасні форми депресивних розладів/ Н. О. Марута, В. Д. Мішиев // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 76–80.

8. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления/ С. Н. Мосолов// Психиатрия и психофармакотерапия. —2002.—Т.4.—Вып.4.— С. 132-136.

9. Подкорытов В. С. Депрессия и резистентность/ В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.

10. Пришляк В. И. Специфика личности больных на хроничні депресії/ В. И. Пришляк // Медицинская психология. — №2.— 2008. — С.58–62

11. Сукиасян С. Г. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие? /С. Г. Сукиасян, Н. Г. Манасян, С. П. Маргарян //Обзор психиатрии и медицинской психологии.— Том 06.— N 2.— 2007.— С.4-7.

12. Akiskal H. S. The relationship of personality to affective disorders: A critical review/ H. S. Akiskal, R. M. A. Hirschfeld, B. I. Yerevanian // Arch. Gen. Psychiat.— 1983.— Vol. 40.— P. 801–810.

13. Black D. W. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study/ D. W. Black, S. Bell, J. Hulbert, A. Nasrallah //Journal of Affective Disorders. — 1988. — Vol. 14. —№ 2. — P. 115–122.

14. Kuzel R.J. Treating comorbid depression and anxiety/ R.J. Kuzel// J Farm Pract.— 2005.—V.43.— 6 suppl.— P45-53.

15. Mimura M. Comorbidity of Depression and Other Disease./M. Mimura//JMAJ.—Vol.44.—№5.—P—225–229

16. Simon G. E. Long-term prognosis of depression in primary care/ G. E. Simon// Bulletin of the World Health Organization. — 2000. — Vol. 78. —№ 4. — P. 439–445.

#### РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАЗВИТИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Л. В Рахман, А. Р. Панас, С. Н. Гнатюк, И. С.Тхир

Проведен литературный обзор источников, посвященных роли коморбидных психических расстройств в развитии терапевтически резистентных депрессий. Установлено, что взаимосвязь нозологий проявляется синергическим или антагонистическим эффектом. Течение ТРД при коморбидной психической патологии характеризуется атипичностью, что приводит к углублению депрессивной симптоматики, увеличению длительности эпизода, возрастанию риска суицида и снижению терапевтической эффективности.

**Ключевые слова:** коморбидные психические расстройства, терапевтически резистентные депрессии

#### THE ROLE OF COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF THERAPEUTICALLY RESISTENT DEPRESSIONS (LITERATURE REVIEW)

L. V. Rakhman, A. R. Panas, S. M. Gnatyuk, I. S.Tkhir

A review of the literature devoted to the role of comorbid psychiatric disorders in the development of therapeutically resistant depressions (TRD). Found that the relationship of nosology is manifested in the synergetic or antagonistic effect. The course of TRD with comorbid mental disease characterized by atypical, leading to deepening of depressive symptoms and prolongation of episodes, increased risk of suicide and reducing the effectiveness of therapeutic interventions.

**Keywords:** comorbid psychiatric disorders, therapeutically resistant depressions

УДК 616.8-002.6-097.3:616.89

Э.Л. Баркалова

#### УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К БЕЛКУ S-100 У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Ключевые слова:** нейросифилис, уровень антител к белку S100, психоорганический синдром

В последнее время увеличивается частота поражения нервной системы при сифилисе с выраженными неврологическими и психическими расстройствами. По нашим данным [2], среди форм нейросифилиса (НС) преобладает менинговаскулярный (МВС), который в 14% случаев характеризуется психоорганическим синдромом без специфических проявлений. Вследствие этого диагностика НС затруднена, и лишь после плановой вассерманизации и получения положительных результатов возникает подозрение о НС. В результате – поздняя диагностика и несвоевременное

назначение адекватной этиологической терапии.

В современной литературе возросло количество публикаций, посвященных изучению роли нейроспецифических антигенов при различных психических и неврологических заболеваниях [1,5,8,12]. К ним относится специфический белок нервной ткани (астроцитарной глии), названный белком Мура или белком S100, который впервые был идентифицирован в 1965 г. В.В. Moore и получил свое второе название благодаря растворимости в 100 % сульфате аммония. Астроглиальные клетки – это наиболее многочисленные клетки