

яви цих поведінкових порушень. На сьогодні робота з родичами хворого на деменцію включає психотерапію, психоосвіту, сімейне консультування, психологічну підтримку членів сім'ї, які здійснюють догляд, профілактику у них психологічного «вигорання».

Висновки. Незважаючи на зареєстровані позитивні результати психотерапевтичних методик, які застосовують при лікуванні СД, вони не мають довготривало-

го ефекту, оскільки результати більшості досліджень свідчать, що після завершення психотерапевтичного курсу симптоми СД незабаром повертаються до попереднього рівня. Тому основою лікування психопатологічних і когнітивних порушень при СД слід вважати медикаментозний вплив, а психотерапія повинна стати невід'ємним системним компонентом немедичного впливу на пацієнтів з деменцією.

Л.Н. Юрьева¹, А.И. Мамчур¹, А.Н. Лазаренко², С.И. Гуца², Т.В. Сясева²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

²КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница

Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

malexan@i.ua

Согласно данным доказательной медицины, две трети пациентов с шизофренией частично или полностью не соблюдают предписанный режим лечения. При этом 67% пациентов на протяжении года имеют периоды пропусков терапии различной длительности, а риск развития обострения симптомов шизофрении после прекращения лечения ежемесячно увеличивается на 10%. У 80% больных, прекративших прием поддерживающей терапии, обострение наступает в течение первого года, у 100% пациентов – в течение последующих 3 лет. Последствия этого следующие: ухудшение психического состояния больного, социальная, трудовая и семейная дезадаптация, очередной рецидив заболевания, возрастание суицидального риска, существенное увеличение стоимости терапии, риск развития резистентности. У пациентов, нерегулярно принимающих поддерживающую терапию, наблюдается циклическое течение болезни с улучшениями симптомов заболевания и психосоциального функционирования в ответ на антипсихотическую терапию и последующими периодами быстрого ухудшения симптомов и социальной дезадаптации при ее прекращении.

Психосоциальное функционирование таких пациентов имеет тенденцию к снижению с каждым обострением, а подобное течение болезни становится предиктором развития терапевтической резистентности. Антипсихотики 2-го поколения (атипичные) в настоящее время являются стандартом терапии пациентов с шизофренией. Так как шизофрения – это длительное рецидивирующее хроническое заболевание, обычно требуется постоянная терапия антипсихотическими препаратами. Применение внутримышечных инъекционных антипсихотических препаратов длительного действия способствует улучшению комплаенса пациентов с шизофренией благодаря длительному поступлению препарата в кровоток и регулярному мониторингу терапии.

Основные факторы, определяющие необходимость назначения атипичных инъекционных антипсихотических препаратов пролонгированного действия (S. Heres, J. Namann et al. (2008)): первый психотический

эпизод, некомплаентность в прошлом; рецидив в прошлом; риск агрессии по отношению к окружающим; суицидальный риск; первичный опыт применения депонированных нейролептиков; информированность пациента о необходимости постоянного приема поддерживающей терапии; необходимость использования двух антипсихотических препаратов одновременно; высокий уровень образования пациента; высокий уровень понимания болезни; хороший терапевтический альянс между пациентом и лечащим врачом. Концепция назначения инъекционных антипсихотических препаратов длительного действия: после 2 или более обострений симптомов шизофрении в течение 18 месяцев пациенту рекомендуется назначение пролонгированного атипичного антипсихотика. Исследование распространенности использования пролонгированных лекарственных средств показало, что врачи прописывают эту лекарственную форму антипсихотиков даже в качестве поддерживающей терапии менее чем 1/3 больных. Опыт же применения таких форм в период обострения до последнего времени отсутствовал.

Среди практикующих врачей бытует мнение, что они совсем непригодны для терапии острых психотических состояний, так как при обострении в силу нестабильности состояния может потребоваться быстрая смена терапевтической стратегии. Наличие определенных свойств позволяет начинать терапию обострения сразу атипичным антипсихотиком с пролонгированной формой высвобождения. Примером такого препарата может быть палиперидона пальмитат. Преимущества палиперидона пальмитата при лечении больных шизофренией следующие: препарат вводится один раз в месяц, инъекцию можно проводить в дельтовидную и ягодичную мышцы. Инъекции в дельтовидную мышцу предпочтительны из-за простоты, деликатности, скорости и удобства таких инъекций по сравнению с инъекциями в ягодичную мышцу. Лекарственная форма на водной, а не на масляной основе. Шприц, заполненный в заводских условиях, не требует приготовления раство-

ра или холодových условий хранения. Меньший размер иглы, по сравнению с иглами для инъекций масляных растворов, удобен для пациентов, предпочитающих только инъекции в дельтовидную мышцу вследствие паранойи и другой психиатрической симптоматики. Результаты наших наблюдений, подтверждающие возможность использования палиперидона пальмитата для лечения больных шизофренией на разных этапах лечения, в том числе в состоянии обострения, меняют наши представления о месте пролонгированных форм антипсихотиков в терапии шизофрении. Использование палиперидона пальмитата позволяет избежать целого ряда проблем, связанных с терапией острого этапа болезни.

Становится возможным избежать многократных инъекций больным в психозе и связанных с ними осложнений как медицинского (абсцессы), так и психологического (сложности формирования терапевтического союза с больным) характера, что облегчает ведение таких пациентов на всех этапах течения заболевания, обеспечивая преимущество терапии.

Таким образом, сочетание таких факторов, как частота введения, лекарственная форма на водной основе и гибкость выбора места введения в соответствии с предпочтениями пациента, свидетельствует о преимуществах палиперидона пальмитата в виде большего удобства и приемлемости, по сравнению с другими антипсихотическими препаратами.

К.В. Аймедов¹, А.Е. Волощук², Ю.О. Асеева¹, О.А. Толмачов³

СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА КОНЦЕПЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса

²КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», м. Одеса

³Клінічний госпіталь державної прикордонної служби України, м. Одеса
dgylia-as@rambler.ru

У сучасних умовах реакція на стрес є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я, що сягає масштабів епідемій. Зокрема, поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – найпоширенішої форми психічних захворювань – складає 7–12% в популяції. Поліморфізм клінічних проявів ПТСР більшою мірою проявляється при хронічному перебігу, ускладнення структури, порівняно з іншими формами тривожних розладів, відзначалося за рахунок залучення в структуру цієї нозології симптомів різних реєстрів. Посттравматичний стресовий розлад можна розглядати як одну із форм реактивних станів, при цьому традиційно для вітчизняної психіатрії реакція на психогенну травму розглядалася в сукупності з особливостями біологічного ґрунту і особистісними змінами.

У багатьох сучасних дослідженнях обґрунтовується необхідність розширення поняття ПТСР, аж до посттравматичного спектра захворювань з виділенням його атипичних варіантів. Зазначена позиція взаємопов'язана з науковими даними про високий рівень коморбідності ПТСР та інших форм психічних розладів.

На теперішньому етапі досліджень виділені різні атипичні варіанти посттравматичного стресового розладу – «ПТСР з тривожними симптомами», «ПТСР з афективними симптомами», «ПТСР з психотичними симптомами». Обґрунтовуючи необхідність запровадження діагностичної категорії «Психотичний ПТСР», S.E. Lindley et al. (2000) увів термін «р-PTSD», що представле складну структуру, в якій поєднуються симптоми багатьох реєстрів, у тому числі афективних, затьмареної свідомості, а також стійкі надцінні і маячні переживання, що відображають реальну психотравматичну ситуацію. Також правомірність застосування категорії психотич-

ного варіанту визначається наявністю в структурі ПТСР психопатологічних феноменів, які можуть бути розцінені як порушення глибокого реєстру, характерні для різних форм психотичних станів. Специфічні для посттравматичного стресового розладу флешбек-симптоми, згідно з термінологією Trauma Disorders Glossary (2000), можуть проявлятися, в тому числі, і явищами дезорієнтування, візуалізованими уявами, втратою зв'язку з навколишньою дійсністю при повторному проживанні травматичної події.

Одним із підходів діагностичної концепції ПТСР є визнання його складності. ПТСР значно тяжчий, ніж інші психічні розлади кластера F40, і може бути розцінений як більш складна форма психічної патології, що включає в себе всю сукупність психопатологічних розладів. В обґрунтуванні своєї точки зору автори вказують, що у Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) діагностичні критерії ПТСР представлені в досить загальній формі, вказано на часте поєднання симптомів ПТСР з проявами тривоги і депресії, виділена його хронічна форма. Також слід зазначити, що хронічні форми ПТСР впливають на всі сфери психічної діяльності і стосуються кожного аспекту життя хворих, включаючи роботу, міжособистісні стосунки, фізичне здоров'я, самооцінку. На думку вітчизняних авторів, ПТСР займає проміжне положення між неврозами і психозами, діагностичні визначення ПТСР сильно відрізняються як від діагностичних рубрик свого кластера, так і від інших розладів всього класифікаційного розділу. В якості провідної відмінності можна виділити наявність виражених ідеаторних порушень у вигляді нав'язливих ремінісценцій і тривожних румінацій, у зв'язку з чим можна вважати ПТСР досить складним патологічним