

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

1 (01) 2014

Львів
2014

ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	82
Касіян О.П. ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ ЗА УМОВ АНТРОПОТЕХНОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ЕНДЕМІЧНОМУ ЩОДО ЗОБА РЕГІОНІ	89
Копчук Т.Г., Роговий Ю.Є., Пасевич С.П., Дікал М.В. ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗМІН ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА РОЗВИТКУ ТРЕТЬОЇ СТАДІЇ ГАРЯЧКИ	94
Маліков О.В., Бондарець Д.В., Дзевульська І.В., Павловський С.А. НАДЛИШКОВА ВАГА ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ – ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ	103
Мандрик О.Є., Дрозд В.Ю. ВІДОБРАЖЕННЯ ЯКІСНИХ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ТА ПОКАЗНИКІВ ІНТЕНСИВНОСТІ ФІБРОЗООУТВОРЕННЯ У ПЕЧІНЦІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ	113
Миرونюк Ж.Б. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ПРАЦІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	121
Міхєєв А.О. РОСЛИННІ ОЛІЇ ЯК ПЕРСПЕКТИВНІ АНТИМІКРОБНІ ЗАСОБИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	129
Овська О.Г., Приходько І.Б., Садомов А.С. ФАКТОРИ РОЗВИТКУ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЩО ОТРИМУЮТЬ ЗАМІСНУ НИРКОВУ ТЕРАПІЮ МЕТОДОМ ПРОГРАМНОГО ГЕМОДІАЛІЗУ	135
Приймак С.Г., Андрієць О.А., Куріцина С.А. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ	143
Селихова Л.Г. ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ – ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	148
Тульчак О.М., Готь І.М. ЗНАЧЕННЯ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЮСТІ	153
Юрценюк О.С. МЕТОД КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗІАТІВ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	160

Юрценюк О.С.,
*кандидат медичних наук, асистент кафедри нервових хвороб,
 психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка
 Буковинського державного медичного університету*

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Анотація: Стаття присвячена комплексному методу лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця.

Аннотация: Статья посвящена комплексному методу лечения депрессивных и тревожных расстройств у больных ишемической болезнью сердца.

Summary: The article is sanctified to the complex method of treatment of the depressive and anxiety disorders in patients with coronary heart disease

Афективні порушення є одними з найбільш поширених патологічних змін психічної сфери людини. За даними ВООЗ від 2 до 5% населення планети в різні періоди свого життя страждають депресіями і 20-30% серед контингенту, що спостерігається в загальній медичній практиці. Ще більше поширені афективні розлади у вибіркових групах населення, наприклад, серед соматичних хворих депресії зустрічаються в 19-49%. Афективні розлади найбільш поширені серед хворих серцево-судинними захворюваннями [1, 2]. Їх наявність у хворих з серцево-судинними захворюваннями не тільки ускладнює перебіг та лікування цих розладів, але і скорочує тривалість життя хворих. Так, депресія, що розвивається безпосередньо

після інфаркту міокарду, в 3,5 разу підвищує ризик смертельного результату захворювання [3].

Проблема поєднання депресії, тривоги та ІХС розроблена недостатньо, вона має кілька рівнів розгляду. Найбільш складними залишаються питання диференціальної діагностики, прогнозу й лікування цих розладів [4].

Сприятливе співвідношення ефективність/безпека, підтверджене в численних адекватних клінічних дослідженнях, дозволяє розглядати селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) як препарати першого ряду в загальній соматичній практиці, у тому числі в кардіологічних хворих, осіб літнього віку, вагітних і жінок, що годують грудьми. За результатами клінічних досліджень можна припустити на-

явність кардіопротекторного ефекту в сертраліну, пароксетину, флуоксетину [5, 6]. На сьогоднішній день вони є найширше застосовуваними антидепресантами в первинній ланці надання медичної допомоги в усьому світі [7].

Робота базується на обстеженні 130 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні терапії. Середній вік обстежених $53 \pm 7,4$ роки. Усіх обстежених було розподілено на дві групи – основну (I -гу) та порівняльну (II-гу). До основної групи (N=100, 76,9%) увійшли дорослі хворі на ІХС, що супроводжується депресивними та/або тривожними розладами (ДТР), вони в свою чергу поділені на дві групи – IA група (терапевтична) включала пацієнтів (N=70, 53,8%), яким в комплексному лікуванні використали розроблені нами системи діагностики, лікування та профілактики та IB група (контрольна) (N=30, 23,1%) до якої увійшли дорослі хворі на ІХС, що супроводжується ДТР, яким застосовували традиційні (стандартні) лікувально-діагностичні та профілактичні методи. Для верифікації клінічних особливостей ДТР, в якості II порівняльної групи (N=30, 23,1%) досліджено 30 дорослих хворих на ІХС, що не супроводжується ДТР, яким застосовували традиційні лікувально-діагностичні та профілактичні методи.

Всім хворим проводили повне клінічне обстеження, структуроване психіатричне інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експеримен-

тально-психологічне дослідження.

На підставі аналізу отриманих даних щодо соціального статусу хворих, віку, ступеня тяжкості ІХС, преморбідних особливостей особистості, клінічних проявів ДТР, рівня тривожності ми впровадили розроблений в процесі цього дослідження комплексний диференційований підхід до цілеспрямованого лікування ДТР у хворих на ІХС. Лікувальний комплекс включив міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію, аутогенне тренування та антидепресанти (СІЗЗС), за необхідністю – небензодіазепінові анксиолітики.

Застосування комплексного підходу до терапії починали на 1-3 день при діагнозі «ІХС. Стабільна стенокардія напруги. Дифузний кардіосклероз. СН II (III) ДВ ФК II(III)», на 5–7 день – при «ІХС. Стабільна стенокардія напруги, нестабільний перебіг. Дифузний кардіосклероз. СН II (III) ДВ ФК II(III)».

Опираючись на попередній досвід, ми призначали антидепресант сертралін по 50 мг. вранці протягом 6 місяців. У випадку наявності побічних дій препарату – добову дозу знижували до 25 мг./добу та паралельно призначали небензодіазепіновий анксиолітик «Афобазол» – по 10 мг. 3 рази на добу на 1 міс, його ефективність при тривожних розладах доведена в роботах О.К. Напреев та ін [8].

Оцінка ефективності комплексного лікування проводилась три-

чі: в момент діагностики ДТР для формування базового показника; через 1 місяць після початку комплексного лікування (КЛ) для оцінки динаміки стану і підсумкова – через 6 місяців. Клінічну ефективність КЛ до та після проведення комплексного лікування ДТР у хворих на ІХС оцінювали за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS). Порівняння отриманих величин, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, дозволило оцінити зміни у симптоматиці, як: 1 – покращення (на початку лікування – помірний рівень, в кінці лікування – низький рівень або без ознак депресії), 2 – без змін (на початку та в кінці лікування – рівні депресії без змін), 3 – погіршення (на початку лікування помірний або низький, в кінці лікування – високий або помірний).

В ІА групі у пацієнтів відмічалося достовірне зменшення частоти проявів симптомів депресії, натомість в ІБ групі зазначені показники не мали достовірного зниження, що свідчить про вищу ефективність запропонованої нами комплексної диференційованої терапії, в порівнянні зі стандартним кардіологічним лікуванням.

Порівняння отриманих величин, з урахуванням редукції психопатологічних симптомів, дозволило оцінити зміни у симптоматиці. Ефективність лікування в основній групі достовірно вища ($p < 0,05$). Так, після застосування комплексного диференційованого

лікування на фоні базисної терапії із застосуванням психофармакотерапії і психотерапії, покращення відмічалось у 65 (92,9%) хворих, не спостерігалось редукції психопатологічної симптоматики у 5 (7,1%) осіб, погіршення стану в жодного пацієнта не виникало. В І порівняльній групі, в якій хворі отримували тільки традиційну базисну терапію, покращення (щодо симптомів депресії та тривоги) спостерігалось у 10 (33,3%) хворих, у 16 (53,3%) осіб зберігалась психопатологічна симптоматика без змін і у 4 (13,3%) хворих діагностовано погіршення стану.

Таким чином, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС у 2,8 рази, що підтверджено за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS) та за результатами тесту Спілбергер-Ханіна. Отже, застосування диференційованої комплексної терапії з урахуванням вищезазначених особистісних факторів та клінічних особливостей депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС достовірно ($p < 0,01$) покращило ефективність допомоги даному контингенту хворих – коефіцієнт медичної ефективності в групі ІА порівняно з групою ІБ (в якій використовували тільки стандартне кардіологічне лікування) підвищився в 2,8 рази.

Література:

1. Ушкалова Е. А. Фармакотерапия депрессии у кардиологических больных. / Е. А. Ушкалова, А. В. Ушкалова // Трудный пациент. – 2006. – № 1. – С. 28-31.
2. Довженко Т.В. Эффективность терапии аффективных расстройств у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями / Т.В.Довженко, К.В.Тарасова, В.Н. Краснова др. // Современная терапия психических расстройств. – 2007. – № 4. – С. 39-42.
3. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / С. І. Табачников, М. В. Маркова, Є. М. Харченко // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т. 11, № 2 (39). – С. 32-48.
4. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній практиці / О. К. Напреенко, О. С. Юрценюк, О. Ю. Поліщук [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, № 4 (57). – С. 57-60.
5. Stahl S. M. Why settle for silver when you can go for gold? Response vs. recovery as the goal of antidepressant therapy / S. M. Stahl // J. Clin. Psychiatry 1999. – Vol. 60. – P. 213.
6. Долженко М.Н. Психокardiология: применение анксиолитиков в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Therapia. – 2007. – № 10. – С. 35-40.
7. Лупанів В. П. Стабільна стенокардія: тактика лікування та ведення хворих у стаціонарі та амбулаторних умовах / В. П. Лупанів // Російський медичний журнал. – 2010. – Т. 21, № 9. – С. 556-563.
8. Напреенко А. К. Терапевтическая эффективность и переносимость нового небензодиазепинового анксиолитика афабазол при лечении непсихотических психических и психосоматических расстройств, сопровождающихся тревогой / А. К. Напреенко, Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15. – Вип. 3 (52). – С.49-54.