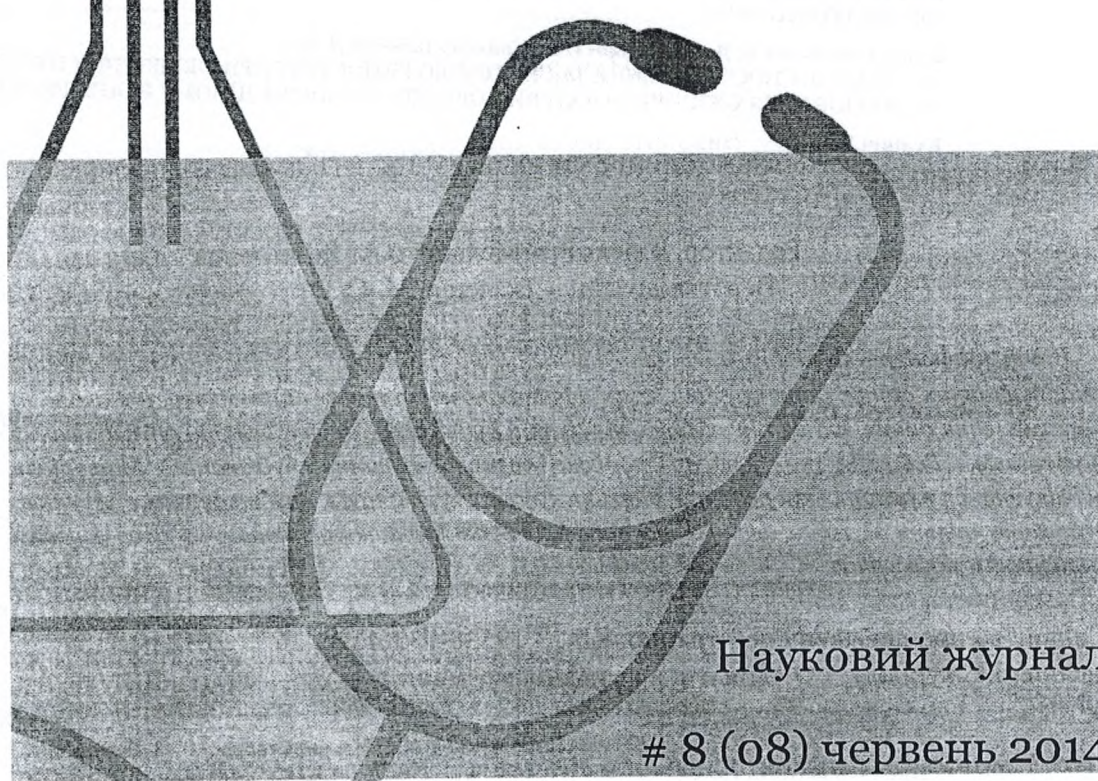


ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ



Науковий журнал

8 (08) червень 2014



Одеса
2014

Кавчук О. М.

ВПЛИВ ПАСИВНОГО КУРІННЯ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ.....

Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Левицька А. П., Карвацька Т. Г.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСАМИ.....

Карвацька Н. С., Курик В. І., Карвацька Т. Г., Вілігорська К. В.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАТЯЖНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.....

Ключникова А. І., Лісяний М. І.

РЕГЕНЕРАТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....

Кривокульський Б. Д., Жулкевич І. В., Кривокульський Д. Б.

ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СИСТЕМОЮ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА ОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ....

Кулініч В. С.

ПАТОГЕНЕТИЧНА І ПРОГНОСТИНА РОЛЬ ДИССИНХРОНІЇ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....

Мирович Е. Д., Багликова А. Э., Егорова М. А., Карандей Ж. В.

АНАЛІЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ.....

Кузняк Н. Б., Годованець О. І., Мороз А. В.

СТОМАТОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДАБЕТ І ТИПУ.....

Леонтьєва Ф. С., Морозенко Д. В., Рябкова Л. П.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ПОРУШЕНЬ БІЛКОВОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ.....

Онїпко Д. А., Лазаріди Я. А., Руденко О. В.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ЗАГОСТРЕНЬ ЧПІ ВІД НАЯВНОСТІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПОРОЖНИНИ РОТА.....

Орлова В. В., Сімрок В. В., Коробкова О. А., Романенко І. Ю., Лисенко О. А.

ВІКОВІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЦІННОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ МЕЛАТОНІНУ В ЖІНОК.....

Ошмянская Н. Ю., Гайдар Ю. А., Бабий А. М.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОВКОВОГО АППАРАТА ПРИ ФИБРОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....

Пинчукова А. А., Руденко О. В., Пинчуков А. В.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА, СВЯЗАННЫЕ С НОШЕНИЕМ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ.....

Погорслов В. М., Брек В. В., Денисова С. В., Бірюков М. С.

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ.....

Приймак С. Г., Торак М. С., Богусевич О. П.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛОНГІДАЗИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ.....

Степан Н. А., Дейсенко О. І.

СТАН ТА ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЕКЗЕМУ У ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ (ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ).....

Шай А. Н.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОНКОМАРКЕРОВ ПРОТОКОВОЙ И ДОЛЬКОВОЙ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....

Шумейко О. В., Шумейко М. В.

УДОСКОНАЛЕННЯ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИХ ТА ДИДАКТИЧНИХ ПІДХОДІВ У МЕДИЧНОМУ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ.....

Юрценюк О. С., Рудницький Р. І., Соколова М. І.

ТРИВОЖНІСТЬ ЯК РИСА ОСОБИСТОСТІ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....

Карвацька Н. С.,

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії

та медичної психології імені С.М.Савенка

Буковинського державного медичного університету

Курик В. І.,

асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії

та медичної психології імені С.М.Савенка

Буковинського державного медичного університету

Карвацька Т.Г.,

студентка 6 курсу медичного факультету

Буковинського державного медичного університету

Вілігорська К.В.

лікар-інтерн Буковинського державного медичного університету

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАТЯЖНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Анотація: стаття присвячена дослідженню особливостей психоемоційної сфери хворих із резистентними до терапії депресивними розладами. Отримані дані перспективно використовувати для обґрунтування і розробки методів лікування і профілактики резистентних до терапії депресивних розладів.

Аннотация: статья посвящена исследованию особенностей психоемоциональной сферы больных с депрессивными расстройствами, резистентными к терапии. Полученные данные перспективно использовать для обоснования и разработки методов лечения и профилактики резистентных к терапии депрессивных расстройств.

Summary: The article is devoted to the study of the peculiarities of psycho-emotional sphere of patients with depressive disorders resistant to treatment. The

received data is prospectively used for the substantiation and development of the methods of treatment and prevention of the disorders resistant to treatment.

Актуальність. Велика поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом, психічних розладів робить особливо актуальним пошук форм їх адекватної діагностики, лікування і профілактики. На сучасному етапі розвитку, як показує клінічний досвід, спостерігається патоморфоз депресивних розладів, що проявляється атиповістю, змішаністю депресивних симптомів, комплексним порушенням психічної активності, вираженою соматизацією, затяжним перебігом та резистентністю до терапії [2, 4, 6].

При резистентних до терапії затяжних депресивних станах, окрім справжньої резистентності, пов'язаної з індивідуальними особливостями фармакокінетики (всмоктування, розподіл, метаболізм, виведення психотропних препаратів), а також особливостями психопатологічного процесу, істотне значення в деяких випадках можуть набувати гальмівні впливи особистісно-психогенних утворень, що стають мішенню психотерапевтичного впливу [6].

Тому при проведенні комбінованої психофармакотерапії слід надавати перевагу засобам із різними хімічною структурою та механізмом дії, які б підходили як для лікування гострих станів, так і на етапі підтримуючої терапії. Це сприятиме запобіганню рецидивів [1]. З іншого боку, ці хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б урахувала особливості їх психоемоційної сфери [3, 5].

Мета дослідження: вивчити особливості діагностики, клініки та лікування пацієнтів із резистентними до терапії депресивними розладами.

Матеріал і методи досліджень: З метою вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, обстежено 65 хворих. Хворі були віком від 37 до 53 років (середній вік – 37 ± 6 років).

Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і експериментально-психологічне дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів.

Програма дослідження повністю підпорядкована завданням та меті роботи і включала збір матеріалу, обробку, аналіз отриманих даних; розробку, апробацію, оцінку ефективності і впровадження нового підходу до профілактики терапевтичної резистентності хворих.

За допомогою клінічного, клініко-психопатологічного методу вивчали скарги, анамнез, соціальний статус хворих, клінічні прояви неспсихотичних психічних розладів. На початку і в кінці комплексного лікування у хворих визначали рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером-Ханінім, для визначення особливостей особистості - акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда.

Психіатричне інтерв'ю враховувало індивідуальний підхід до кожного хворого і було спрямовано на виявлення клінічних симптомів неспсихотичних психічних розладів, які характеризувалися на основі критеріїв верифікованих Ю.А.Александровським. Ці дані вносились в спеціально розроблену карту – схему обстеження хворих, що складалася з таких розділів: паспортної частини, анамнезу життя, анамнезу хвороби, проведених лікувально-реабілітаційних заходів, психічного статусу (із визначенням при первинному обстеженні, на день покращення і при виписці), результати патопсихологічних досліджень.

Поряд із медикаментозним психофармакологічним впливом застосовували індивідуальну і групову короткотермінову психотерапію з урахуванням виявлених особистісних особливостей пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчення клініко-психопатологічного стану показало, що у 100% обстежених реєструвалися депресія і у 97,8% - тривога. Зазначені симптоми були вираженими на тлі дратівливості (86,1%), плаксивості (75,5%), в'ялості (59,6%), емоційної

лабільності (62,8%). Вище перераховані особливості реєструвалися в поєднанні з систематичними конфліктними стосунками. Характерна наявність недиференційованої незадоволеності в усіх мікросоціальних сферах (сім'ї, роботі, побуті), можливо, що є наслідком генералізації внутрішньо-особистісного конфлікту, що виникнув внаслідок психогенії і зумовив порушення міжособистісних стосунків з негативною оцінкою мікросоціума, що негативно впливає на результати лікування.

Зв'язок функціональних соматичних порушень із психічним конфліктом завжди супроводжувався коливаннями рівня тривоги. Джерелом її могли бути не тільки поточні життєві труднощі й стресові реакції, але й неусвідомлювані суб'єктом переживання, що беруть початок у минулому, включаючи психічні травми дитячого віку.

Основними тривожними рисами у хворих були: стримування почуттів; накопичення і гальмування афекту; боязкість; необгрунтовані каяття совісті; відчуття зобов'язання; сумніви; страх перед можливими помилками; метушливість; недовіра до життєвого процесу; очікування небезпеки; втрата перспективи.

Для корекції тривожних розладів використовували транквілізатори, що мають комплексний анксиолітичний, гіпнотичний, вегетостабілізуючий та центральний міорелаксуючий ефекти, тим самим впливаючи практично на всі патогенетичні ланки тривожних розладів. Надавалася перевага «денним» транквілізаторам без значного снодійного ефекту (алпразолам (ксанакс), медазепам (рудотель), оксазепам (нозепам, мазепам), тофізопам (грандаксин), лоразепам (лорафен), гідазепам, а також афобазол).

З літературних джерел добре відомо, що тривожність пов'язана з трьома основними трансмітерами: серотоніном, норадреналіном та гама-аміномасляною кислотою [ГАМК]. Цю концепцію підтверджує ефективність інгібіторів зворотного захоплення норадреналіну (трамал, лерівон) у лікуванні тривоги. ГАМК є найбільш поширеним тормозним медіатором у ЦНС, існує припущення, що виникає аномалія ГАМК-бензодіазепінових рецепторів або

недостатність їх ендogenous лігандів, що зумовлює патологічну тривожність як рису особистості та легкість її провокування. Це підтверджується даними про ефективність у терапії тривоги агоністів бензодіазепінових рецепторів – транквілізаторів бензодіазепінового ряду і особливо високопотенційованих бензодіазепінів (клоназепам, алпрозолам). Підтвердженням патогенетичної ролі серотонінових рецепторів та метаболітів серотоніну є ефективність антидепресантів, які специфічно впливають на обмін серотоніну в мозку, так званих селективних інгібіторів (золофт, феворин, ципралекс) або стимуляторів зворотного захвату серотоніну (коаксил) [4].

Серотонін на рівні центральної нервової системи бере участь у регуляції прийому їжі, апетиту, сну, пам'яті, температури тіла, настрою, поведінки, агресивних та мотиваційних реакцій, функції серцево-судинної та ендокринної системи, крім того, він має периферичну дію, яка проявляється стимулюванням перистальтики та скороченням гладеньких м'язів, підвищенням агрегації тромбоцитів. Основний ефект антидепресантів полягає у збільшенні вмісту серотоніну в структурах головного мозку. Тому зрозумілим стає доцільність тривалого призначення антидепресантів селективної спрямованості на рецептори серотоніну (золофт, феворин), яке може в окремих випадках досягати шести місяців та більше [6].

Тривога, як було раніше сказано, є біологічним [вітальним] почуттям. Пристосувальне її значення полягає в тому, що внутрішнє напруження вимагає пошуку додаткової інформації про небезпеку, що грозить, і способів її уникання. У сучасних умовах таким способом є несвідоме перенесення тривожних побоювань на той або інший об'єкт. Приписуючи собі важку хворобу, хворий несвідомо прагне виступати в новій якості важко страждаючої людини й тим самим як би захищає себе від нестерпної тривоги й почуття провини, пов'язаних із ситуацією, що травмує.

Типовий психічний конфлікт, що служив безпосереднім приводом до розвитку obsesивно-фобічного розладу, полягав у внутрішньому нерозв'язному протиріччі між міцними моральними принципами й почуттям боргу, з одного

боку, і реальними вчинками й почуттями людини - з іншої. Виховання в умовах надмірної опіки, пригнічення самостійності формує особистість із розвиненим почуттям боргу, відповідальності перед людьми й своєю совістю, але нездатну відстоювати свої моральні принципи й боротися за них у важкій життєвій ситуації. Все це породжувало почуття непевності й своєї провини. Суть конфлікту, полягає, як правило, у нездатності людини переборювати виникаючі труднощі або змиритися з ними.

Низький рівень самосвідомості й нездатність чіткого усвідомлення мотивів власної поведінки у хворих з дисоціативними розладами сприяли тому, що невротична тривога легко перетворювалася (конвертується) у рухове, чутливе або психоемоційне порушення.

Застосування комбінованої психофармакотерапії з використанням транквілізаторів, антидепресантів, анксиолітиків, загальнозміцнюючих препаратів і психотерапії давало тривалий терапевтичний ефект при затяжних депресивних розладах.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, що супроводжувалися резистентними до терапії затяжними депресивними станами, завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану із пом'якшенням акцентуйованих рис характеру особистості, покращенням настрою і зниженням рівня реактивної тривожності.

Отже, особистісно-орієнтована індивідуальна і групова психотерапія хворих із резистентними до терапії затяжними депресивними станами сприяє інтенсифікації процесу лікування.

Висновок. Комплексне лікування хворих із резистентними до терапії депресивними розладами довело високу ефективність психотерапевтичних методів у подоланні терапевтичної резистентності, оскільки вони мають вплив на афективну і когнітивну сферу, сприяють формуванню позитивного ставлення до терапії та редукції ідеаторних нав'язливостей у структурі

афективних розладів депресивного регістру. Застосування психотерапії у складі комплексної терапії дає можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а й запобіганню виникнення небажаних ефектів.

Проведені дослідження свідчать про актуальність проблеми та необхідність подальшого поглибленого вивчення терапевтичної резистентності хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, достовірної діагностики та розробки методів етапної психотерапії та психокорекції.

Література:

1. Белостоцкая Ж. И. Клинико-психопатологические проявления депрессий у жителей сельской местности/ Ж. И. Белостоцкая // Международный медицинский журнал. — 2007. — Т. 13, № 4. — С. 23–25.
2. Белостоцкая Ж.И. Современные особенности депрессивных расстройств, выявляемых у лиц, проживающих в сельской местности (обзор литературы) / Ж. И. Белостоцкая, И. Л. Вовк // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 1. — С. 129–134.
3. Петрюк А. П., Петрюк П. Т. Клинические аспекты применения миртастадина в лечении депрессивных расстройств / А. П. Петрюк, П. Т. Петрюк // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2. — С. 68–73.
4. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения / Г. Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. — 2003. — № 1. — С. 40–49.
5. Пилягина Г. Я. Под привычной маской «ВСД» / Г. Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. — 2005. — № 2. — С. 44–50.
6. Подкорытов В. С. Депрессия и резистентность / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.