



Південна  
Фундація  
Медицини

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ  
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ

**«ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ  
ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ  
ЯК ПРІОРИТЕТНА ФУНКЦІЯ ДЕРЖАВИ»**

**5-6 квітня 2013 р.**

**Одеса  
2013**

**Громадська організація  
«Південна фундація медицини»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ  
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ  
ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ  
ЯК ПРІОРИТЕТНА ФУНКЦІЯ ДЕРЖАВИ»**

**5-6 квітня 2013 р.**

**Одеса  
2013**

## ЗМІСТ

### НАПРЯМ 1. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Машенко П. С., Андреев А. И., Малкова Т. Л.  
ХИМИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОВОГО  
ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА ТМЦП-018 С ЦЕЛЬЮ ОТНЕСЕНИЯ  
К АНАЛОГАМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.....6

Романчук М. І., Корнієнко О. М., Левицька О. Р.  
КОНКУРЕНТНІ ПЕРЕВАГИ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ  
У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОРЛА.....10

### НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бараннік Н. Г., Манухіна О. М., Мосейко О. О.  
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КАНДИДОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА  
У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОМІЄЛТОМ ЩЕЛЕПИ.....12

Бурак І. А., Горбаченко Л. А., Скальська С. І.  
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ  
НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ  
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ КИШКОВОГО ДИСБАКТЕРІОЗУ.....14

Руснак І. Т., Тащук В. К., Глуха М. О.  
МІКРОЕЛЕМЕНТИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....16

Горбаченко Л. А., Курікеру М. А.  
ВИВЧЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ЕКСПРЕСІЇ ЕСТРОГЕННИХ РЕЦЕПТОР  
ТА СПАДКОВОГО АНАМНЕЗУ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ.....18

Білогорцева О. І., Доценко Я. І., Шехтер І. Є.  
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ  
У ДІТЕЙ В 2011 РОЦІ В УКРАЇНІ.....19

Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Федотова А. В.  
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ,  
КЛІНІКА ТА ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....23

Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Смірнова Т. В.,  
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....28

Карвацька Н. С., Блажина І. Ю., Соколова М. І., Шваб Н. А.  
ПРОБЛЕМА ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ  
ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.....33

Примушко Н. А., Курик Л. М., Турчина І. П.  
РОЛЬ ПАТОГЕННОЇ МІКРОФЛОРИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ  
У ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....37

Фещенко Ю. І., Пархоменко Н. В., Адамчук О. І.  
ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДИСФУНКЦІЇ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ  
СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.....39



## **Проблема терапевтично резистентних форм депресивних розладів**

*Карвацька Наталія Семенівна, канд. мед. наук, доцент*

*Буковинський державний медичний університет*

*Блажина Ірина Юрївна, лікар-психіатр, зав.відділення*

*Соколова Мирослава Іванівна, лікар-психіатр*

*Шваб Наталія Адамівна, лікар-невропатолог*

*Чернівецька обласна психіатрична лікарня*

**Актуальність теми.** Протягом останнього десятиріччя в структурі психіатричної захворюваності спостерігається неухильне зростання непсихотичних форм психічної патології і, насамперед, невротичних розладів із тривожною і депресивною симптоматикою, що обумовлено змінами соціально-економічної ситуації в Україні [3, с. 41, 42]. Разом з цим встановлено зростання невротичних порушень, які виникають на тлі органічної патології, відзначаються затяжним перебігом, складними психопатологічними синдромами, резистентністю до терапії, зміненою реактивністю до медикаментозних засобів лікування [1, с. 23].

Проблема терапевтично резистентної депресії залишається актуальною з часу появи першого антидепресанту і до теперішнього часу на всіх рівнях надання психіатричної допомоги. За даними ВООЗ щороку у світі на клінічно діагностовану депресію хворіють принаймні 200 млн. осіб, і ця цифра постійно зростає. Кожна восьма людина хоч би раз за життя потребує спеціальної антидепресивної терапії. Приблизно 2/3 пацієнтів з діагностованою депресією схильні до суїцидальних спроб і 10–15% здійснюють суїцид [2, с. 14]. 25% усіх пацієнтів первинної мережі медичної допомоги страждають на якийсь психічний розлад, головним чином депресивний і тривожний. Принаймні у 10% усіх пацієнтів первинної медичної мережі має місце велика депресія.

Амбулаторна загальносоматична допомога є первинною ланкою медичної допомоги. Саме на цьому етапі відбувається первинна діагностика і, за необхідністю, подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів. У 60–70% випадків при соматичних захворюваннях зустрічаються порушення психіки, що потребують застосування лікувальних заходів [4, с. 71].

Психоемоційне перенапруження сприяє збільшенню числа психосоматичних захворювань і тривожно-депресивних розладів, що зумовлює інтерес психіатрів і психотерапевтів до проблеми підбору найбільш ефективних та найменш тривалих методів лікування депресії у хворих із психічними розладами, пов'язаними зі стресом.

Невротичні розлади в сучасному соціумі характеризуються соматизацією, хроніфікацією клінічних проявів, резистентністю до терапії, що проводиться, формуванням варіантів патології, перебіг яких супроводжується розвитком не тільки тимчасової, а й стійкої втрати працездатності [5, с. 373].

Вищенаведені зміни являються наслідком дії численних факторів патоморфозу: соціальних, економічних, психологічних та екологічних, численні фактори психічної травматизації, як специфічні, так і [5, с. 374].

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження було виявлення психопатологічних особливостей особистості, що лежать в основі виникнення терапевтичної резистентності при лікуванні депресивних розладів, визначення їх ролі у патогенезі даної патології та урахування при проведенні терапії.

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. Ці хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б ураховувала особливості їх психоемоційної сфери.

**Матеріал і методи дослідження.** З метою вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, обстежено 26 хворих, віком від 29 до 45 років, у яких визначили акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда, рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, та показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергом до початку і вкінці комплексного лікування, що поряд із медикаментозним впливом включало індивідуальну і групову короткотермінову психотерапію.

Згідно з даними літератури відсутність клінічного ефекту у лікуванні невротичних розладів дозволяє підрозділити на первинну (істинну) резистентність, вторинну резистентність, псевдорезистентність і негативну резистентність [6, с. 259].

Первинна резистентність пов'язана насамперед із прогнозованою поганою курабельністю стану або несприятливим перебігом захворювання. До цієї ж категорії можна віднести і відсутність ефекту, обумовленого іншими біологічними, у тому числі і генетично детермінованими, факторами, коли хворі не реагують на ті чи інші групи психотропних засобів внаслідок зниженої чутливості певних нейрорецепторів.

Вторинна резистентність не є власне резистентністю, а уявляє собою відсутність ефекту від застосованого лікування, що розвивається по мірі збільшення його тривалості і пов'язана з феноменом адаптації до психофармакотерапії, особливо при її шаблонному застосуванні.

Псевдорезистентність, до якої відноситься більшість випадків резистентності, пов'язана з неадекватністю терапії. У цих випадках відсутність ефекту можна пояснити не тільки неточністю вибору препарату, недостатністю його дозування або недотриманням тривалості курсу терапії, але й іншими факторами (соматогенні, фармакокінетичні тощо).

При негативній резистентності, або інтолерантності до терапії, мова йде про підвищення чутливості до розвитку побічних ефектів (екстрапірамідних,

соматичних, нейроінтоксикаційних), виразність яких перевищує основну психотропну дію препарату. Наслідком є неможливість застосування адекватних доз і звідси впливає неможливість досягнути бажаного терапевтичного ефекту.

**Результати дослідження.** У результаті проведеного дослідження на початку лікування у хворих із невротичними розладами були виявлені акцентуації рис характеру особистості за екзальтованим, дистимним, збудливим, емотивним, застрягаючим, циклотимним типами, середній рівень депресії, підвищені показники особистісної та реактивної тривожності.

Сучасний підхід до лікування депресій полягав у комбінуванні різних методів – психотерапії та біологічної терапії (медикаментозної). Основним завданням лікування депресій виступала необхідність дати пацієнту надію на покращення, всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність. Медикаментозне лікування психогенних депресій призначалося при різній виразності депресивних проявів, причому необхідною умовою ефективності лікування було співробітництво пацієнта з лікарем. Для лікування депресій застосування фармакотерапії без психотерапії було мало ефективним. Лікар сам повинен був стати «таблеткою» для хворого, адже тільки тоді зможе йому допомогти, коли матиме з ним тісний контакт і завоює його довіру. У такому випадку вдавалося запобігти й передчасному перериванню лікування, яке у 50% випадків призводить до рецидивів. Як відомо, психотерапія допомагає лише за умови, якщо той, до кого її застосовують, відчуває довіру до психотерапевта. Між міркуванням і прийняттям його конкретною особою існує важливий елемент – почуття. І лише воно створює ту атмосферу довіри, без якої психотерапія неможлива. І тут неможливо не згадати значення емпатії - здатності налаштовувати свої емоції на "хвилю" переживань інших людей, яка сприяє врівноваженості емоційної сфери людини.

Комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами з урахуванням особистісних особливостей і застосуванням психотерапевтичних заходів і психофармакотерапії викликало суттєве

пом'якшення акцентуєваних рис характеру особистості зі зниженням рівня депресії до нормалізації настрою, а також рівня ситуативної тривожності.

Найпоширенішими методами психотерапії, які застосовувалися при лікуванні депресій, були когнітивна, біхевіоральна, клієнт-центрована, психодинамічна терапія і символдрама. Психотерапія є основним методом лікування, не альтернативою, а важливим доповненням до медикаментозного лікування психогенної депресії. І на відміну від нього вона надає пацієнту більш активну роль у процесі лікування, можливість розвинути навички емоційної саморегуляції і в подальшому – більш активно справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

**Висновки.** 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, супроводжувалося 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.

#### **Список використаних джерел**

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. Марута Н. О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія /Н. О. Марута, Ж. І. Білостоцька // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14, № 3. — С. 14–19.
3. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения / Г. Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. — 2003. — № 1. — С. 40–49.



4. Скринник О. В. Клініко-психопатологічні особливості у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення / О. В. Скринник // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 3. — С. 71–75.
5. Чабан О. С. Особенности патоморфоза невротозов в дифференциальной диагностике с невротоподобными проявлениями не невротического генеза / О. С. Чабан, П. Г. Мартынюк, Е. В. Пузакова, С. Ф. Мазур // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 373–374.
6. Чайка Ю. Ю. К постановке проблемы ранговой структуры депрессивного синдрома / Ю. Ю. Чайка, Ю. В. Чайка // Український медичний альманах. — 2005. — Т. 8, № 4 (додаток). — С. 259–261.