

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯПОЛОГОВІ ДЕПРЕСІЇ

Н.В.Терехова, Г.О.Григорович, О.Ю. Ковтонюк  
Луганський державний медичний університет

### Вступ

Проблема охорони материнства і дитинства є важливішим завданням охорони здоров'я. Епідеміологічні дані свідчать про практично двократну перевагу кількості емоційних розладів у жінок, порівняно з чоловіками, а також найбільша частота цих розладів відмічається у дітородний період [1, 2]. Необхідно підкреслити, що хоча до 80% жінок можуть зазнавати коливання настрою, як у період вагітності, так і у післяпологовому періоді, тільки у 10-20% із них порушення настрою досягають ступені, коли їх можна кваліфікувати як афективний розлад [3]. Психотичні стани у післяпологовий період виникають не більш ніж у 0,1-0,2% випадків. У сучасних міжнародних і національних класифікаціях акцентується, що психічні порушення, які розвинулися у післяпологовий період, мають специфічні характеристики. Депресія є одним з найбільш частих післяпологових ускладнень та виникає у 10-13% жінок породіль [4].

Згідно останньої редакції міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), післяпологовими депресіями є депресії, що почалися протягом шести тижнів після пологів і клінічно характеризуються зниженням настрою, втратою інтересів і почуття задоволення, зниженою енергійністю, що призводить до підвищеної стомлюваності та зниженої активності, зниженими здатністю до зосередження, самооцінкою та почуттям упевненості у собі, ідеями винності та самоприниження, песимістичним поглядом на майбутнє, порушенням сном та апетитом.

У теперішній час у зв'язку з появою нових антидепресантів препаратом вибору для лікування хворих з післяпологовими депресіями є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) [5, 6, 7]. Стан хворих, як правило, вимагає призначення

засобів анксиолітичної терапії, для чого використовуються похідні бензодіазепінів [8, 9]. До недоліків цієї групи препаратів відносять, крім вираженого седативного ефекту, також виникнення синдромів залежності, відміни та сприяння розвитку резистентності до психотерапії [10, 11]. У зв'язку з цим ми пропонуємо використання додатково до антидепресантів групи СІЗЗС сучасного препарату депривіту, який володіє анксиолітичною дією [12].

### Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 2 групи хворих на післяпологові депресії від 18 до 42 років. Основна група (45 жінок) отримувала терапію за допомогою антидепресантів групи СІЗЗС та депривіту, група зіставлення (41 жінка) - за допомогою антидепресантів групи СІЗЗС та класичних анксиолітиків. Обидві групи хворих на післяпологові депресії, що знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком. В обох групах переважно були пацієнти з середнім ступенем важкості депресивних розладів (F53,0 стосовно МКХ-10).

Депривіт - вітчизняний анксиолітичний засіб рослинного походження, що є стандартизованим екстрактом трави звіробою, основним діючим компонентом якого є гіперіцин, спроможний перешкоджати розвитку порушень нейротрансмітерної передачі (гальмувати зворотний захват норадреналіну і серотоніну), здатний пригнічувати активність моноаміноксидази і катехол-О-метилтрансферази, нормалізує секрецію інтерлейкіну-6. Флавоноїди екстракту звіробою зв'язуються з бензодіазепіновими рецепторами та спричиняють седативний ефект.

### Отримані результати та їх обговорення

До початку проведення лікування в обох групах обстежених пацієнтів спостерігалися зниження настрою, тривога, туга, ангедонія, знижена самооцінка, відчуття невпевненості у собі, ідеї винності та самоприниження, зниження психічного та фізичного тону, песимістичний погляд на майбутнє, стомлюваність, порушення уваги, збудження або загальмованість, безсоння або сонливість, зниження або підвищення апетиту, соціальна відгородженість (таблиця 1).

З таблиці 1 видно, що частота виявлення психопатологічних проявів у пацієнтів основної групи відносно групи зіставлення не мала вірогідної різниці ( $P > 0,1$ ), що свідчить про однакову вира-

женість основної симптоматики депресивних проявів в обох групах, тобто про однакову ступінь важкості в них явищ депресивного синдрому з проявами соціально-побутової дезадаптації.

Таблиця 1

### Клінічні прояви депресивного синдрому у хворих на післяпологову депресію до початку лікування (абс. та %)

Психопатологічні прояви	Групи хворих		P
	основна (n=45)	зіставлення (n=41)	
тривога	41/91,1±4,8	38/92,7±4,9	>0,05
відчуття невпевненості	34/75,6±3,4	33/80,4±3,5	>0,1
туга	21/46,7±3,1	16/39±3,8	>0,1
стомлюваність	29/64,4±3,3	25/61±3,7	>0,1
порушення уваги	19/42,2±1,9	14/34,1±3,7	>0,1
збудження	16/35,6±2,8	10/24,3±1,7	>0,1
загальмованість	15/33,3±2,6	14/34,1±1,9	>0,1
безсоння	23/51,1±2,9	20/48,8±2,8	>0,1
сонливість	6/13,3±1,8	5/12,2±1,7	>0,05
зниження апетиту	21/46,7±2,8	19/46,3±2,8	>0,1
підвищення апетиту	7/15,6±2,2	6/14,6±2,1	>0,1
ангедонія	40/88,9±4,5	38/92,7±4,9	>0,1
ідеї винності та самоприниження	17/37,8±1,9	13/31,7±1,8	>0,05
соціальна відгородженість	7/15,6±2,2	4/9,8±1,9	>0,1

**Примітки:** в таблиці 1-4 стовпчик P відображає ймовірність різниці між показниками в основній групі та групі зіставлення.

Серед соматичних проявів захворювання у хворих відмічались слабкість, швидка стомлюваність, головний біль, порушення циркадних ритмів, схуднення, неприємний смак або гіркота у роті, закрепи або проноси, зниження лібідо, міалгії (табл.2). З табл.2 видно, що соматичні прояви у пацієнтів основної групи відносно групи зіставлення також не мали вірогідної різниці ( $P>0,1$ ), що свідчить про однакову вираженість соматичного компоненту депресивного синдрому до початку лікування в обох групах.

Після проведеного лікування в основній групі хворих спостерігалася позитивна динаміка в плані редукції клінічних проявів депресивного синдрому та поліпшення афективного фону. Так, у цій групі хворих відмічалася майже повне покращення настрою, зникнення почуття провини та невпевненості у собі, явищ тривоги, ангедонії та туги, стомлюваності, збудження або загальмованості, нормалізація апетиту та ваги. Хворі стали більш соціально ак-

тивними, виконували свої звичайні обов'язки, ідеї винності та самоприниження повністю зникли (таблиця 3).

Таблиця 2

### Соматичні симптоми у хворих на післяпологові депресії до початку лікування (абс. та %)

Психопатологічні прояви	Групи хворих		P
	основна (n=45)	зіставлення (n=41)	
слабкість	34/75,5±4,3	31/68,8±4,1	>0,1
швидка стомлюваність	26/57,8±3,9	25/55,5±3,8	>0,1
головний біль	30/66,7±4,2	29/70,7±4,3	>0,05
порушення циркадних ритмів	11/24,4±1,8	9/21,9±1,7	>0,1
міалгії	14/31,1±2,3	13/31,7±2,2	>0,1
неприємний смак або гіркота у роті	18/40±2,8	15/36,6±2,7	>0,1
закрепи	12/26,7±1,9	11/26,8±1,9	>0,05
проноси	16/35,6±2,7	15/36,6±2,8	>0,1
зниження лібідо	31/68,9±4,2	30/73,2±4,3	>0,1

Таблиця 3

### Клінічні прояви депресивного синдрому у хворих на післяпологову депресію після лікування (абс. та %)

Психопатологічні прояви	Групи хворих		P
	основна (n=45)	зіставлення (n=41)	
тривога	4/8,9±1,3	12/26,6±3,1	<0,05
відчуття невпевненості	3/6,7±0,8	8/19,5±2,3	<0,05
туга	3/6,7±0,8	11/26,8±2,9	<0,05
стомлюваність	7/15,5±1,6	19/46,3±4,3	<0,05
порушення уваги	6/13,3±1,3	10/22,2±3,1	<0,05
збудження	1/2,2±0,2	9/22±2,7	>0,01
загальмованість	3/6,7±0,8	8/19,5±2,3	<0,01
безсоння	2/4,4±0,6	7/17,1±2,1	<0,05
сонливість	3/6,7±1,2	9/22±3,0	<0,05
зниження апетиту	4/8,9±1,3	10/22,2±3,7	<0,05
підвищення апетиту	2/4,4±0,6	4/9,7±2,1	<0,05
ангедонія	4/4,4±0,6	7/17,1±0,4	<0,05
ідеї винності та самоприниження	1/2,2±0,2	6/14,6±1,7	<0,05
соціальна відгородженість	1/2,2±0,2	10/22,2±3,1	<0,05

У хворих групи зіставлення частота виявлення психопатологічних проявів також зменшувалася, однак була значно вище за аналогічні показники у хворих основної групи. Після лікування у хворих обох груп також відмічалася значне поліпшення соматичного стану, яке було більш виражене в основній групі хворих, що лікувалася за допомогою заявленого способу. У пацієнтів групи зіставлення після лікування утримувались

слабкість, швидка стомлюваність, головний біль, схуднення, закрепни або проноси, зниження лібідо, міалгії (таблиця 4).

Таблиця 4

**Соматичні симптоми у хворих на післяпологові депресії після лікування (абс. та %)**

Психопатологічні прояви	Групи хворих		P
	основна (n=45)	зіставлення (n=41)	
слабкість	3/6,6±0,6	12/29,2±3,1	<0,05
швидка стомлюваність	2/4,4±0,8	8/17,7±2,3	<0,05
головний біль	4/8,8±1,0	11/26,8±2,9	<0,05
порушення циркадних ритмів	1/2,2±0,3	10/24,3±4,8	<0,05
міалгії	4/8,8±1,3	6/13,3±3,8	<0,05
неприємний смак або гіркота у роті	5/1,1±1,1	9/22±2,7	<0,05
закрепи	6/13,3±1,3	7/17,1±2,1	<0,05
проноси	7/15,5±1,5	7/17,1±2,1	<0,05
зниження лібідо	2/4,4±0,8	12/29,2±3,1	<0,05

**Висновки**

Таким чином, отримані дані свідчать про ефективність призначення депривіту у схемі лікування хворих на післяпологові депресії та його переваги відносно традиційних анксиолітиків бензодіазепінового ряду, оскільки він сприяє практично повній та більш швидкій нормалізації психоемоційного стану пацієнтів, зменшенню кількості, тривалості та вираженості загострень, та попереджає побічні ефекти класичних анксиолітиків, а саме формування залежності.

**Література**

1. Dean C. *The symptomatology of puerperal illnesses* / C.Dean, R.E.Kendell // *Brit. J. Psychiatr.* - 1981. - Vol. 139. - P.128-133.
2. McNeil T.F. *A prospective study of postpartum psychoses in a highrisk group* / T.F.McNeil, G.Blennow // *Acta Psychiatr. Scand.* - 1988. - Vol. 78, № 4. - P.478-484.
3. Meltzer E.S. *Puerperal mental illness, clinical features and classification: A study of 142 mother and baby admissions* / E.S.Meltzer, R.Kumar // *Brit. J. Psychiatr.* - 1985. - Vol. 147. - P.647-654.

4. Ticknor C.B. *Development of psychosis during premature labor* / C.B.Ticknor, K.N.Vogstberger // *Hosp. Comm. Psychiatr.* - 1987. - Vol. 38, № 4. - P.406-407.

5. Kerns L.L. *Treatment of mental disorders in pregnancy: A review of psychotropic drug risk and benefits* / L.L. Kerns // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 1986. - Vol. 174, № 11. - P.652-659.

6. Arnon J. *The use of psychiatric drugs in pregnancy and lactation* / J.Arnon, S.Shechtman, A.Ornoy // *Isr. J. Psychiatr. Relat Sci.* - 2000. - Vol. 37, № 3. - P.205-222.

7. Cohen L.S. *Birth outcomes following prenatal exposure fluoxetine* / L.S.Cohen, V.L.Heller, J.W.Bailey // *Biol. Psychiatr.* - 2000. - Vol. 48, № 10. - P. 996-1000.

8. Kulin N.A. *Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: A prospective controlled multicentre study* / N.A.Kulin, A.Pastuszak, S.R.Sage // *JAMA.* - 1998. - Vol. 279, № 23. - P.18-19.

9. Misri S. *Are SSRI safe for pregnant and breastfeeding women?* / S.Misri, A.Burgmann, D.Kostaras // *Can. Fam. Physician.* - 2000. - Vol. 46. - P. 631-633.

10. Autret E. *Retentissement neonatal de la consommation de benzodiazepines au cours de la grossesse* / E.Autret, E.Rey, J.Laugier // *Therapie.* - 1987. - Vol. 421, № 3. - P.305-310.

11. Safra M. *Association between cleft lip with or without cleft palate and prenatal exposure of diazepam* / M.Safra, G.Oakley // *Lancet.* - 1975. - Vol. 2, № 7933. - P.478-480.

12. Saxen I. *Association between maternal intake of diazepam and oral clefts* / I.Saxen, L.Saxen // *Lancet.* - 1975. - Vol. 2, № 79. - P.498.

**Резюме**

**Терехова Н.В., Григорович Г.О., Ковтонюк О.Ю.** *Сучасні підходи до лікування хворих на післяпологові депресії.*

Нами було досліджено 86 хворих з діагнозом післяпологові депресії. Хворі були розподілені на основну групу (n=45) та групу зіставлення (n=41). Обидві групи отримували терапію антидепресантами групи СИЗЗС. У хворих основної групи в якості анксиолітичного засобу використовувався депривіт. Хворі групи зіставлення отримували традиційну анксиолітичну терапію. У хворих основної групи спостерігалось більш швидке поліпшення стану з формуванням якісних довгострокових ремісій. У групі зіставлення позитивна динаміка була менш вираженою. Таким чином,

можна вважати, що депривіт є більш ефективним засобом анксиолітичної терапії для комплексного лікування післяпологових депресій.

**Ключові слова:** післяпологові депресії, лікування, анксиолітики, депривіт.

#### Резюме

**Терехова Н.В., Григорович А.А., Ковтонюк О.Ю.** *Современные подходы к лечению больных с послеродовыми депрессиями.*

Нами обследовано 86 больных с диагнозом послеродовые депрессии. Больные были разделены на основную группу (n=45) и группу сопоставления (n=41). В процессе лечения обе группы получали антидепрессанты группы СИОЗС. У больных основной группы в качестве анксиолитического средства использовался депривит. Пациенты контрольной группы получали традиционную анксиолитическую терапию. У больных основной группы отмечалось более быстрое улучшение состояния с формированием качественных долгосрочных ремиссий. В группе сопоставления позитивная динамика была менее выраженной. Таким образом, можно считать, что депривит является более эффективным средством анксиолитической терапии для комплексного лечения послеродовых депрессий.

**Ключевые слова:** послеродовые депрессии, лечение, анксиолитики, депривит.

#### Summary

**Terechova N.V., Grigorovich G.O., Kovtonyuk O.Y.** *Current approaches to treatment of puerperal depressions.*

We have observed 86 patients suffering from puerperal depressions. All patients were divided into the basic group (n=46) and the group of comparison (n=41). Both groups of patients were treated with antidepressant drugs of SSRI group and the patients of the basic group also received deprivit as tranquilizer instead of using traditional benzodiazepine medications as it was used in the group of comparison. Symptoms of the puerperal depression were alleviated faster and more effectively in the basic group whereas clinical picture in the group of comparison was significantly worse. Having done the investigation we came to conclusion that deprivit is more effective anxiolytic medication for patients suffering from puerperal depression.

**Key words:** puerperal depression, treatment, tranquilizer, deprivit.

**Рецензенти:** д.мед.н., проф. Г.С. Рачкаускас  
д.мед.н., проф. О.В. Грищенко

УДК 616.36-002.35.14:578.16.32

## ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ІМУНОПЛЮСУ ТА АРТІХОЛУ НА РІВЕНЬ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОКСИЧНИМ ГЕПАТИТОМ, ПОЄДНАНИМ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА ОЖИРІННЯМ

І.О. Шаповалова

Луганський державний медичний університет

#### Вступ

Медичне й соціальне значення проблеми хронічних токсичних гепатитів (ХТГ) визначається їх значним розповсюдженням в сучасних умовах та досить високим рівнем захворюваності внаслідок несприятливого екологічного стану та значного забруднення довкілля токсичними агентами (ксенобіотиками), подальшого погіршення загального рівня здоров'я населення, що вимушене з приводу хронічних захворювань тривалий час приймати різноманітні ліки, більшість з яких по своїй суті є ксенобіотиками, поширеністю зловживання алкогольними напоями, а також негативним впливом на паренхіму печінки консервантів та барвників, які в теперішній час широко застосовуються у харчовій промисловості [1, 18, 20]. Всі ці чинники сприяють хронічному враженню паренхіми печінки, та хронічної патології жовчного міхура, частіше у вигляді хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) [9]. Також встановлено, що у хворих з наявністю хронічної патології ГБС вельми часто діагностують ожиріння (Ож) внаслідок розвитку метаболічного синдрому в таких пацієнтів [3, 7, 15]. Наявність коморбідної патології ГБС та Ож негативно впливає на стан печінки та жовчного міхура і тому потребує особливих підходів до лікування з урахуванням основних патогенетичних ланок сполученого захворювання. Тактика лікування та медичної реабілітації пацієнтів з наявністю коморбідної патології ГБС у вигляді ХТГ та ХНХ на тлі Ож є вельми складною внаслідок необхідності застосування значної кількості препаратів, що впливають на різні ланки пато-

Актуальні проблеми фармації та фармакотерапії