

- statistics-by-cancer-type/bowel-cancer/incidence.
9. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110429_247.html.
10. Jarry J. Delayed colo-anal anastomosis is an alternative to prophylactic diverting stoma after total mesorectal excision for middle and low rectal carcinomas / J. Jarry, J.L. Faucheron, W. Moreno, C.A. Bellera, S. Evrard // EJSO. - 2011. - Vol.37, Issue 2 (February 2011). - P.127-133.
11. NCCN Guidelines Version 2.2017. Rectal Cancer.
12. Remzi F.H. Outcomes following Turnbull-Cutait abdominoperineal pull-through compared with coloanal anastomosis / F.H. Remzi, G.El Gazzaz, R.P. Kiran, H.T. Kirat, V.W. Fazio // Br. J. Surg. - 2009. - Vol.96, №4 (April, 2009). - P.424-429.

Волошин С.П.

СПОСОБИ УЛУЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕННЯ НЕКРОЗА НИЗВЕДЕНОЇ КИШКИ ПОСЛЕ СФИНКТЕР-СБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦІЙ

Резюме. В статті розроблені нові способи удешевлення результатів лікування некрозу низведеної кишки після сфинктер-сберегаючих операцій у хворих раком прямої кишки.

Ключові слова: рак прямої кишки, сфинктер-сберегаючі операції, некроз низведеної кишки, лікування.

Voloshin S.P.

THE WAYS IMPROVING THE RESULTS OF TREATMENT OF THE DESCENDING COLON'S NECROSIS AFTER SPHINCTER-SAVING OPERATION

Summary. The article devises new ways of improving the results of treatment of necrosis of the lowered intestine after sphincterstructural operations in patients with rectal cancer.

Key words: cancer of the rectum, sphincterotomy, necrosis of the intestine, treatment.

Рецензент - к.мед.н., доц. Какар'юк О.Я.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016р.

Волошин Сергій Петрович - головний лікар КЛПУ "Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполь"; klpummod@ukrnet; +38(067)5309605

© Довгань А.О., Константинович Т.В., Мостова О.П., Довгань О.В.

УДК: 616.24-002.2:616.89-08

Довгань А.О., Константинович Т.В., Мостова О.П., Довгань О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СУПУТНИМИ СОМАТОПСИХІЧНИМИ ЗМІНАМИ

Резюме. З метою оцінки клініко-функціональної та психокоригуючої ефективності режиму лікування хворих на ХОЗЛ із включенням ноотропного засобу було обстежено 37 хворих на ХОЗЛ за допомогою загальноприйнятих в пульмонологічній практиці методик, а також здійснено визначення психологічного статусу з використанням стандартизованих міжнародних опитувальників визначення рівня невротизації, тривожності та депресії. Вивчалися в динаміці клінічна симптоматика, показники функції зовнішнього дихання та соматопсихічні характеристики хворих на фоні проведення комплексної терапії, що включала препарати базисного ряду (флютиказону пропінату та сальметерол) в поєднанні з препаратом похідного ГАМК-фенібуту в дозі 250 мг двічі на добу протягом місяця. Групу порівняння склали 32 хворих на ХОЗЛ, репрезентативних до основної за віком, статтю та важкістю захворювання, що отримували лише базисну терапію. Встановлено, що пацієнти за режиму поєднаної терапії характеризувалися вірогідно кращою динамікою показників рівня контролю над ХОЗЛ (середнє значення за шкалою САТ зросло на 30,0%, а за шкалою mMRC - на 10,3% від початкового) та рівня бронхіальної обструкції (ОФВ1 зросло в середньому на 5,3%). Також спостерігалась вірогідне зниження поширеності соматопсихічних синдромів (невротизації на 43,2% (p=0,006), реактивної тривожності - на 62,2% (p=0,003), особистісної тривожності - на 46,0% (p=0,037) та депресивних станів - на 24,3%) порівняно з групою порівняння. Виявлена ефективність препарату дозволяє рекомендувати його до включення у схеми комплексної терапії хворих на ХОЗЛ.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, невротизація, тривожність, депресивні стани, лікування.

Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) входить до групи найбільш значущих патологій сучасності як за поширеністю, так і за смертністю та інвалідністю [8]. Новітні погляди на ХОЗЛ розглядають його як захворювання з системними проявами, в залежності від виразності яких виділяють окремі фенотипи його перебігу [3]. Такий підхід дозволяє індивідуалізувати та оптимізувати терапію хворих на ХОЗЛ.

Однак, в результаті концентрування уваги на діагностиці та лікуванні ХОЗЛ та нівелюванні впливу на його перебіг супутньої патології, практикуючим лікарям не вдається досягти повного контролю над захворюванням [10]. Особливо мало уваги приділяється розвитку соматопсихічних зрушень, частка яких невпинно зростає у загальній популяції, у зв'язку з чим підвищується рівень їх поширеності та обтяжливого впливу у даній категорії

хворих [2].

Найбільш значимими та поширеними розладами психоемоційної сфери у хворих на ХОЗЛ є тривожність, невротизація та депресивні стани [12], що ведуть до зниження професійної та соціальної активності, погіршення якості життя (ЯЖ) і потребують обов'язкової корекції.

Погляди сучасних науковців щодо методів корекції даних станів досить суперечливі: одні пропонують застосування препаратів з психотропною активністю, інші ж вважають застосування їх недоцільним, зважаючи на низку побічних ефектів, віддаючи перевагу психотерапії. Поява сучасних препаратів, що коригують стан психоемоційної сфери, в деякій мірі сприяла вирішенню даного конфлікту [4].

Враховуючи те, що основною причиною сомато-психічних зрушень при ХОЗЛ є гіпоксія головного мозку з порушенням енергоутворення та наступною метаболічною дисфункцією нейронів і гіпоксичним ураженням лімбіко-ретикулярного комплексу, призначення хворим на ХОЗЛ препаратів, що володіють антигіпоксичною, антиоксидантною, анксиолітичною активністю і нормалізуючих енергетичний обмін, є патогенетично обумовленим.

Впровадження комплексного лікування хворих на ХОЗЛ, в тому числі із включенням сучасних засобів психокоригуючої дії, є актуальною проблемою медицини сьогодні, що і зумовило мету нашого дослідження: встановити клініко-функціональну та психологічну ефективність режиму лікування хворих на ХОЗЛ із включенням ноотропного засобу.

Матеріали та методи

Проведено аналіз лікування 69 хворих на ХОЗЛ, що були рандомізовані методом конвертів на дві групи з урахуванням стратифікації. Основну групу (ОГ) склали 37 хворих ХОЗЛ, а до групи порівняння (ГП) увійшло 32 хворих на ХОЗЛ. Статеві-вікова характеристика хворих груп спостереження наведена в табл. 1.

Середній вік хворих на ХОЗЛ в ОГ становив (66,6±1,7) роки, а в ГП - (61,4±1,8) роки. Середня тривалість ХОЗЛ в ОГ складала (10,2±1,3), а в ГП - (6,8±0,7) роки.

Розподілення хворих в залежності від клінічної групи захворювання представлено в табл. 2.

Згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року усім хворим було проведено комплексне клініко-функціональне обстеження з поглибленим вивченням скарг та анамнезу, визначенням об'єктивного статусу [6]. Верифікацію стану психоемоційної сфери проводили за допомогою ряду стандартизованих анкетних методик. Рівень реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності визначали в балах за Спілбергером - Ханіним (2002) [11], рівень невротизації (РН) - у відсотках (%) за Вассерманом (2002) та депресивні стани - у балах за Зунге (1971) [5, 9].

Таблиця 1. Статеві та вікові характеристики хворих на ХОЗЛ за різних режимів терапії.

Ознака, що оцінювалась	Хворі на ХОЗЛ ОГ (n=37)		Хворі на ХОЗЛ ГП (n=32)	
	Абс.	%	Абс.	%
Стать: Жінки	14	37,8	10	31,2
Чоловіки	23	62,2	22	68,8
Вікова категорія:				
35-44 роки	-	-	1	3,1
45-54 роки	4	10,8	7	21,9
55-64 роки	11	29,7	12	37,5
65-74 роки	10	27,0	10	31,2
75-84 роки	11	29,7	1	3,1
85 років і старше	1	2,7	1	3,1
Усього	37	100,0	32	100,0

Таблиця 2. Розподіл хворих в залежності від клінічної групи ХОЗЛ.

Клінічна група ХОЗЛ	Хворі на ХОЗЛ ОГ (n=37)		Хворі на ХОЗЛ ГП (n=32)		Усього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Група А	-	-	-	-	-	-
Група В	14	37,8	20	62,5	34	49,3
Група С	2	5,4	3	9,4	5	7,2
Група D	21	56,8	9	28,1	30	43,5

Обстеження хворих проводилось в динаміці двічі - до та після проведення курсу лікування, що тривав (30±2) дні. Було запропоновано 2 режими терапії. Пацієнти ОГ дослідження отримували комплексну терапію ХОЗЛ, що включала препарати базисного ряду у добо-вих дозах відповідно до тяжкості захворювання та препарат з психоактивною дією. Хворі ГП отримували лише базисне лікування, регламентоване Наказом МОЗ України №555, що включало фіксувану комбінацію інгалаційного ГКС (флютиказону пропіонату) та ?2-агоністу тривалої дії (сальметеролу) у відповідній до важкості перебігу захворювання дозі.

При обранні психокоригуючого засобу керувалися наступними критеріями: відповідність його патофізіологічним особливостям перебігу ХОЗЛ (відсутність ефектів бронхоконстрикції, гальмування дихального центру та пригнічення процесів фізіологічного бронхіального лаважу), можливість використання в амбулаторних умовах без потреби контролю фахівцями психіатричного профілю, можливість призначення лікарями загальної практики, багатоспрямованість ефектів фармакологічної дії, мінімальна взаємодія з препаратами базисного ряду, економічна доступність. Враховуючи дані критерії було обрано препарат похідного ГАМК та фенілетиламіну - фенібут вітчизняного виробництва, що призначався всередину хворим на ХОЗЛ (n=37) в дозі 250 мг (1 капсула) двічі на добу.

Статистичну обробку даних проведено за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 для Windows з визначенням рівня значимості (p). В залежності від

типу розподілу даних використовували параметричні (t-тест Ст'юдента) та непараметричні методи (U-тест Манна-Уїтні, тест Вілкоксона), метод порівняннi відсотків. Статистично значимими вважали відмінності при ймовірності похибки менше 5% ($p < 0,05$) [1, 7].

Результати. Обговорення

Враховуючи мету дослідження, ми визначили початкові рівні клініко-функціональних показників перебігу ХОЗЛ у хворих обох груп спостереження, що представлені в табл. 3.

За клінічними суб'єктивними даними хворі на ХОЗЛ в групах порівняння не мали значимих відмінностей, проте за об'єктивними характеристиками групи були дещо неоднорідними, а саме мали вірогідні відмінності за показниками сатурації кисню в капілярній крові та ступенем обструкції ОФВ1. Це пояснюється хаотичним характером рандомізації.

Також було встановлено вихідні рівні соматопсихічних розладів у хворих груп спостереження. Як видно з табл. 4 групи спостереження за своїми соматопсихічними характеристиками були однорідними та вірогідно не відрізнялись за середніми значеннями невротизації, реактивної, особистісної тривожності та депресивними станами ($p < 0,05$).

Для оцінки ефективності лікування проводили повторне визначення клініко-функціональних та соматопсихічних показників на (30±2) день спостереження.

Позитивна динаміка соматичних характеристик порівняно з їх початковими рівнями була встановлена в обох групах спостереження. Проте вірогідно кращою вона була у пацієнтів на фоні використання ноотропно-

го засобу.

Так, для ОГ хворих на ХОЗЛ досягнуто зниження систолічного АТ в середньому на (2,8±0,7) мм.рт.ст., а діастолічного АТ - на (4,5±0,7) мм.рт.ст., що відповідно становило 2,3% та 5,8%, $p < 0,001$, тоді як в ГП систолічний АТ знизився в середньому на (1,4±0,6) мм.рт.ст., $p = 0,02$, а діастолічний АТ - на (1,6±0,6) мм.рт.ст., $p = 0,012$, що складало на 1,1% та 2,0% відповідно (рис. 1).

Динаміка зниження середнього балу задишки за шкалою mMRC в ОГ хворих склала 10,3% від початкового рівня (з (2,9 ± 0,2) до (2,6 ± 0,1) бали, $p = 0,001$), ЧД за 1 хв. - у середньому (1,1 ± 0,3), що відповідає 5,8%, $p < 0,001$, частоти пульсу - в середньому (5,1 ± 0,9) уд. за хв., тобто 6,6%, $p < 0,001$. А в ГП динаміка показників задишки за шкалою mMRC, ЧД та частоти пульсу не була статистично вірогідною, $p > 0,05$. Так, середнє значення за шкалою mMRC знизилось на (0,03 ± 0,06) бали, тобто 1,1%, $p = 0,572$, ЧД - на (0,2±0,1), тобто на 1,0% від початкової, $p = 0,134$, частоти пульсу - на (0,8±0,5) уд. за хв., тобто 1,0%, $p = 0,129$ (рис. 1).

Для визначення встановлення рівня контролю над захворюванням оцінювали динаміку середніх значень за шкалою CAT, яка повною мірою відображає перебіг захворювання. Так, в ОГ пацієнтів середній бал за шкалою CAT знизився на 30,0% (з (24,0±1,5) до (16,8±1,1) бали, $p < 0,001$), а в ГП - на 3,2% від початкового рівня (з (21,8±1,6) бали до (21,1±1,5) бали, $p = 0,012$) (рис. 1).

У хворих ОГ спостереження спостерігалось зростання показників SatO₂ з (96,2±0,3)% до (97,3±0,2)%, що складало на 1,1% вище від початкового рівня насичення крові киснем, $p < 0,001$, а в ГП середнє значення SatO₂ зросло на 0,3% (з (97,4±0,3)% до (97,7±0,3)%, $p = 0,01$) (рис. 2).

Таблиця 3. Суб'єктивні та об'єктивні симптоми хворих на ХОЗЛ за різних режимів терапії на початку лікування (День 1).

Ознака, щр враховувалась	Хворі на ХОЗЛ ОГ (n=37)	Хворі на ХОЗЛ ГП (n=32)	Ймовірність похибки (p)
Середня частота дихання (ЧД) за 1 хв., (M±m)	19,1±0,5	19,3±0,5	0,833
Середній бал задишки за шкалою mMRC, (M±m)	2,9±0,2	2,7±0,2	0,555
Середнє значення Sat O ₂ , % (M±m)	96,2±0,3	97,4±0,3	0,013
Середній бал за шкалою оцінки симптомів CAT, (M±m)	24,0±1,5	21,8±1,6	0,321
Середня частота пульсу за 1 хв., (M±m)	77,2±2,0	77,6±1,8	0,897
Середнє значення систолічного АТ, мм.рт.ст. (M±m)	123,6±1,6	128,4±2,2	0,078
Середнє значення діастолічного АТ, мм.рт.ст (M±m)	77,5±1,4	79,5±1,7	0,315
Середнє значення ОФВ1, % (M±m)	45,5±2,8	54,4±2,6	0,024

Таблиця 4. Середні показники виразності соматопсихічних станів у хворих на ХОЗЛ за різних режимів лікування на початку курсу (День 1).

Показник, щр враховувався	Хворі на ХОЗЛ ОГ (n=37)	Хворі на ХОЗЛ ГП (n=32)	t*	Ймовірність похибки (p)
Середній PH, %	51,3±3,6	45,8±3,3	1,121	0,266
Середній рівень РТ, бали	47,7±1,5	45,5±2,0	0,883	0,381
Середній рівень ОТ, бали	51,5±1,4	47,7±1,6	1,810	0,075
Середній РД, бали	44,1±1,5	40,6±1,6	1,668	0,1

Примітки: *t - чисельне значення критерію t-тесту Ст'юдента для 2 незалежних вибірок.

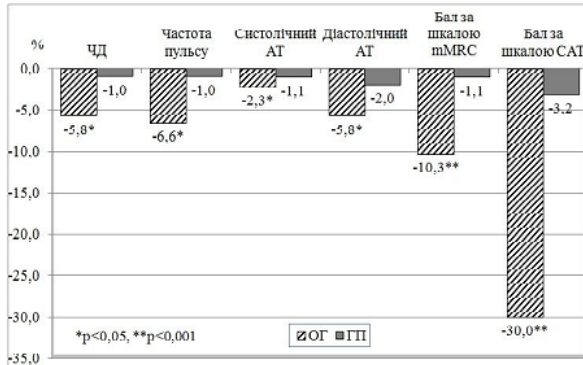


Рис. 1. Динаміка соматичних характеристик хворих на ХОЗЛ в порівнянні між групами за різних режимів терапії.

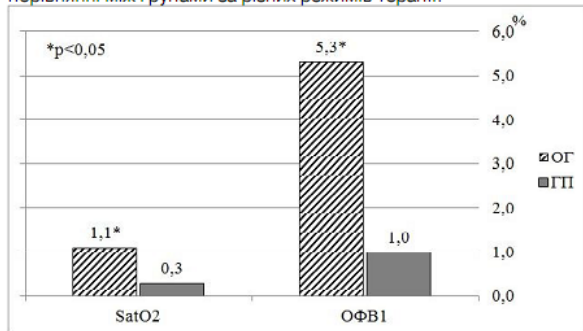


Рис. 2. Динаміка зростання показників інструментальних методів дослідження у хворих на ХОЗЛ в порівнянні між групами за різних режимів терапії.

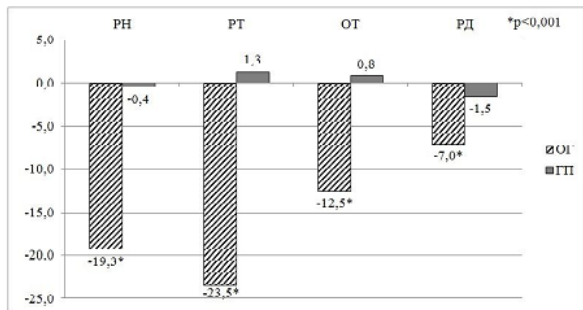


Рис. 3. Динаміка змін показників соматопсихічного статусу у хворих на ХОЗЛ в порівнянні між групами за різних режимів терапії.

Аналіз динаміки даних спірометричного дослідження показав, що в ОГ пацієнтів середнє значення ОФВ1 зросло з (45,5±2,8)% до (47,9±2,9)%, що відповідало підвищенню на 5,3% від початкового показника, $p < 0,001$. В цей же час динаміка ОФВ₁ в ГП не набувала статистично вірогідних змін, так як середнє значення його зростало на 0,2% (з (54,36±2,57)% до (54,44±2,54)%, $p = 0,683$) (рис. 2).

Дані проведеного аналізу показали, що застосування фенібуту в режимі поєднаної терапії з препаратом базисного ряду супроводжувалось вірогідним приростом показників рівня гіпоксії - SatO₂ та ступеню бронхіальної обструкції - ОФВ₁, а також зниженням середніх балів за шкалами задишки mMRC та оцінки симптомів ХОЗЛ САТ.

Зважаючи на те, що призначення препарату психокоригуючої дії, в першу чергу, було спрямоване на стабілізацію психоемоційного стану хворих та з антигіпоксичною метою, ми провели визначення динаміки соматопсихічних характеристик обох груп спостереження.

Була отримана вірогідно позитивна редукція соматопсихічних синдромів у хворих на ХОЗЛ, що отримували комбіновану терапію із включенням фенібуту в якості психокоригуючого засобу. Так, в ОГ спостереження середнє значення PH знизилось на (9,9±1,4)%, що відповідає 19,3% від початкового рівня ($p < 0,001$), тоді як в ГП воно зросло на (0,2±0,5)%, тобто на 0,4% ($p = 0,763$). Спостерігалось зниження середнього значення рівня PT в ОГ на (11,2±0,6) бала, а OT - на (6,5±0,5) бала, тобто на 23,5% та 12,5% відповідно ($p < 0,001$). А в ГП тривожність хворих зросла за шкалою PT на (0,6±0,4) бала ($p = 0,137$) та за шкалою OT на (0,4±0,2) бала ($p = 0,025$), тобто на 1,3% та 0,8% відповідно. Рівень депресивних станів у хворих ОГ знизився на (3,1±0,6) бали, що відповідає 7,0% від початкового ($p < 0,001$), а в ГП - на (0,6±0,3) бали, тобто на 1,5% ($p = 0,083$). Рис. 3 ілюструє динаміку даних показників у %.

По закінченню курсу лікування спостерігалась позитивна динаміка поширеності окремих соматопсихічних синдромів високого рівню серед хворих на ХОЗЛ ОГ спостереження за рахунок збільшення кількості хворих з низькими та помірними, тобто клінічно незначимими проявами невротизації, тривожності та депресивних станів. Так, в ОГ кількість хворих за високого PH знизилась на 43,2% ($p = 0,006$), рівня PT - на 62,2% ($p = 0,003$) та OT - на 46,0% ($p = 0,037$), що, ймовірно, відбувалося за рахунок анксиолітичної та антиастенічної дії фенібуту. Окрім того, після проведеного курсу терапії, що включав фенібут, РД за шкалою Зунге у всіх 9 пацієнтів, які мали легку та масовану депресію до лікування, знизився до мінімального, що, ймовірно, пов'язано з регулюючим впливом похідного ГАМК на дію серотоніну, зниження рівня якого лежить в основі розвитку депресії.

В групі хворих, які знаходились лише на традиційній терапії ХОЗЛ не спостерігалось вірогідного зменшення поширеності клінічно значимих соматопсихічних розладів.

Такі зміни показників поширеності психоемоційних розладів, призвели, в цілому, до зменшення загальної

кількості хворих з клінічно значимою соматопсихічною дисфункцією (за поєднання трьох синдромів з їх максимальною виразністю) в ОГ спостереження з 17 (45,9%) до 1 (2,7%) хворих, $p < 0,001$. У той же час в ГП даний показник зріс від 5 (15,6%) до 7 (21,9%) хворих, $p = 0,161$.

На нашу думку, отримані дані можуть свідчити, що застосування фенібуту в комплексній терапії хворих на ХОЗЛ запобігає зростанню невротизації, тривожності та депресивних станів у них.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ноотропний препарат фенібут є високоякісним психоактивним засобом, що окрім традиційної антигіпоксичної та анксиолітичної дії проявляє антиастенічний та антидепресивний ефекти у хворих на ХОЗЛ.

2. Включення фенібуту до лікування хворих на ХОЗЛ потенціує ефекти базисної терапії за рахунок вірогідно швидшої регресії соматичних, клініко-функціональних та психоемоційних характеристик пацієнтів, покращує рівень контролю над ХОЗЛ в 30-денний термін.

3. Комплексний режим терапії хворих на ХОЗЛ із включенням фенібуту веде до покращення перебігу захворювання за рахунок зниження виразності клінічної симптоматики та поліпшення показників бронхіальної прохідності, зниження рівня гіпоксії.

4. Застосування препарату психокоригуючої дії в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ веде до вірогідного порівняно з групою контролю зниження РН на 43,2% ($p = 0,006$), рівня РТ - на 62,2% ($p = 0,003$), рівня ОТ - на 46,0% ($p = 0,037$) та РД на 24,3%, що призводить до підвищення стресостійкості та соціальної адаптації пацієнтів.

5. Виявлена ефективність та безпечність препарату дозволяють рекомендувати його для включення у схеми комплексної терапії хворих на ХОЗЛ.

Перспективним є подальша розробка схем комбінованої терапії хворих на ХОЗЛ з урахуванням індивідуальних особливостей психоемоційного статусу для підвищення ефективності лікування та реабілітації соціально активних пацієнтів, що перебувають в умовах хронічного стресу.

Список літератури

1. Бююль, А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей [Текст] / А. Бююль, П. Цефель. - СПб.: ООО "ДиаСофтЮП", 2005. - 608с.
2. Довгань А.О. Особливості клініко-функціонального перебігу хронічного обструктивного захворювання легень за супутніх соматопсихічних станів / А.О. Довгань // Астма та алергія. - 2017. - №1. - С.34-38.
3. Конопкіна Л.И. Подходы к лечению больных хроническим обструктивным заболеванием легких в зависимости от фенотипов / Л.И. Конопкіна // Український пульмонологічний журнал. - 2016. - №2. - С.56-57
4. Константинович Т.В. Досвід лікування психосоматичних розладів у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень / Т.В. Константинович // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2013. - Т.17, №2. - С.417-423.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. - 5-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 432с.
6. Наказ МОЗ України №555 від 27.06.2013 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень" [Electronic Resource] / Міністерство охорони здоров'я України. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html.
7. Наследов А.Д. SPSS. Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках [Текст] / А.Д. Наследов. - [2-е изд.]. - СПб.: Питер, 2007. - 416с.
8. Перцева Т.О. Хронічне обструктивне захворювання легень: можливості модифікації перебігу / Т.О. Перцева // Астма та алергія. - 2015. - №4. - С.55-56.
9. Психометрические шкалы для оценки депрессий и методика их применения [Electronic resource] / Научный центр психического здоровья РАМН / <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/22/chapter/37>.
10. Фещенко Ю.И. Хронічне обструктивне захворювання легень і супутні депресія та розлади сну [Текст] / Ю.И. Фещенко, Л.О. Яшина, О.В. Поточняк // Укр. пульмонолог. Журн. - 2013. - №3. - С.33-40.
11. Hanin Y.L., Spielberger C.D. The development and validation of the Russian form of the state-trait anxiety inventory. In: C.D. Spielberger, R. Diaz-Guerrero (eds). Crosscultural Anxiety, v. 2, Hemisphere Publishing Corporation 1980 (in press).
12. The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis / Coventry PA [et al.] // PLoS ONE. - 2013. - 8(4):e60532. doi:10.1371/journal.pone.0060532.

Довгань А.А., Константинович Т.В., Мостовая О.П., Довгань А.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СОМАТОПСИХИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Резюме. С целью оценки клинико-функциональной и психокорректирующей эффективности режима лечения больных ХОБЛ с включением ноотропного средства были обследованы 37 больных ХОБЛ с помощью общепринятых в пульмонологической практике методик, а также осуществлено определение психологического статуса с использованием стандартизированных международных опросников определения уровня невротизации, тревожности и депрессии. Изучались в динамике клиническая симптоматика, показатели функции внешнего дыхания и соматопсихические характеристики больных на фоне проведения комплексной терапии, включавшей препараты базисного ряда (флутиказон пропипионат и сальметерол) в сочетании с препаратом производного ГАМК - фенібута в дозе 250 мг дважды в сутки в течение месяца. Группу сравнения составили 32 больных ХОБЛ, репрезентативных к основной по возрасту, полу и тяжести заболевания, получавших только базисную терапию. Установлено, что пациенты при режиме сочетанной терапии характеризовались достоверно

CLINICAL ARTICLES

лучшей динамикой показателей уровня контроля над ХОБЛ (среднее значение по шкале CAT выросло на 30,0%, а по шкале mMRC - на 10,3% от исходного) и уровня бронхиальной обструкции (ОФВ1 возросло в среднем на 5,3%). Также наблюдалась достоверное снижение распространенности соматопсихических синдромов (невротизации на 43,2% ($p=0,006$), реактивной тревожности - на 62,2% ($p=0,003$), личностной тревожности - на 46,0% ($p=0,037$) и депрессивных состояний - на 24,3%) по сравнению с группой контроля. Выявленная эффективность препарата позволяет рекомендовать его к включению в схемы комплексной терапии больных ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, невротизация, тревожность, депрессивные состояния, лечение.

Dovgan A.O., Konstantynovych T.V., Mostova O.P., Dovgan O.V.
FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT SOMATOPSYCHIC CHANGES

Summary. To evaluate the clinical, functional and psychocorrecting efficiency to treatment of COPD patients with the inclusion of nootropic drug examined 37 patients with COPD using conventional in pulmonology practice techniques and made the definition of psychological status using standardized international questionnaires determine the level of neuroticism, anxiety and depression. We studied the dynamics of clinical symptoms, indicators of lung function and patients' somatopsychic characteristics background with carrying out of complex treatment that includes medication baseline (fluticasone propionate and salmeterol) in combination with the derivative of GABA - Phenibut a dose of 250 mg twice a day for a month. Comparison group consisted of 32 patients with COPD, representative by age, sex and severity of disease to the main, who received only basic therapy. Determined that patients on combined therapy regime characterized by significantly better dynamic indicators of control of the COPD (mean on a scale CAT increased by 30,0%, and on a scale mMRC - 10,3% of the original) and the level of bronchial obstruction (FEV1 increased on average by 5,3%). Also observed probable decrease of prevalence somatopsychic syndromes (neuroticism by 43,2% ($p=0,006$), state anxiety - by 62,2% ($p=0,003$), trait anxiety - by 46,0% ($p=0,037$) and depression - 24,3%) compared to the control group. Detected drug efficacy can recommend it for inclusion in schemes of complex therapy of patients with COPD.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, neuroticism, anxiety, depression, treatment.

Рецензент - д.мед.н., проф. Іванов В.П.

Стаття надійшла до редакції 29.12.2016

Довгань Аліна Олександрівна - аспірант кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; alina88dovgan@gmail.com; +38(063)1098108

Константинович Тетяна Володимирівна - д.мед.н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; tvkonstantinovich@yahoo.com

Мостова Ольга Петрівна - д.мед.н., каф. загальної гігієни та екології, ВНМУ ім. М.І. Пирогова, головний дитячий психіатр Вінницької області; omostovaya@gmail.com

Довгань Олександр Вікторович - к.мед.н., доцент кафедри нормальної фізіології ВНМУ ім. М.І. Пирогова; alexandr.d1980@gmail.com

© Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Василов В.В., Ковалишин І.В.

УДК: 614.88:629.113:614.2:658.14/.3

Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Василов В.В., Ковалишин І.В.

ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" (вул. Братиславська 3, м Київ, 02166, Україна)

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІЛАТЕРАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Резюме. Найбільшу питому вагу в структурі уражень скелета складають переломи великих кісток нижніх кінцівок особливо білатеральні переломи стегна, які відзначаються у 5,5-8,2% постраждалих. Для вирішення задач та цілей дослідження по визначенню клініко-епідеміологічних складових дослідження аналізу піддано 147 випадки білатеральних переломів стегна та політравми. Як вказав аналіз статевої ознаки серед постраждалих з білатеральними переломами стегна та політравмою найчастіше зустрічаються пацієнти вікової групи 51-60 років, що не є характерним для вікової структури політравми. Серед осіб молодого віку до 30 років переважають чоловіки, які зустрічаються у 1,9 разів частіше ніж жінки, що вказує на те, що білатеральні переломи стегна зустрічаються частіше у чоловіків молодого віку. Найчастіше білатеральні переломи при політравмі зустрічаються у постраждалих середнього віку 30-60 років, що було виявлено у 55,8% випадків.

Ключові слова: постраждалих, політравма, білатеральні переломи стегна, стать, вік.

Вступ

В структурі смертності населення економічно розвинених країн травматизм займає 3 і 4 місця після серцево-судинних захворювань, злякисних новоутворень, захворювань органів дихання і інфекційних хвороб [4]. Летальність від таких травм опорно-рухового апарату

досить значна - від 5,4 до 49,6%. Це зв'язано з урбанізацією, зростаючою індустріалізацією яка сприяє збільшенню випадків важкого виробничого, побутового і дорожньо-транспортного травматизму [1]. За даними ВООЗ, щорічно від важких травм помирають