



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **81414** (13) **U**

(51) МПК (2013.01)

**A61P 9/10** (2006.01)

**A61P 25/20** (2006.01)

**A61P 25/24** (2006.01)

**A61K 31/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 01305**

(22) Дата подання заявки: **04.02.2013**

(24) Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **25.06.2013**

(46) Публікація відомостей  
про видачу патенту: **25.06.2013, Бюл.№ 12**

(72) Винахідник(и):

**Ташук Віктор Корнійович (UA),  
Юрценюк Ольга Сидорівна (UA),  
Поліщук Олександр Юрійович (UA)**

(73) Власник(и):

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ,  
пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002 (UA)**

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

### (57) Реферат:

Спосіб лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця включає медикаментозне лікування, при якому призначають селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну сертраліну гідрохлориду та небензодіазепіновий анксіолітик афобазол. При цьому паралельно застосовують міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування.

UA 81414 U



Корисна модель пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) у роботу психіатрів, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, терапевтів, кардіологів і може бути використана для сучасного комплексного лікування депресивних та тривожних розладів (ДТР) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в даний час більш ніж у 110 млн. (3-6 %) населення планети виявлені клінічно значущі прояви депресії. Згідно із сучасними даними у 17-27 % пацієнтів з ІХС виявляють ознаки депресії, а у хворих в постінфарктному періоді депресії діагностують в 16-45 % випадків. Питома вага депресивних розладів у структурі загальної патології збільшується в усіх країнах. В Україні за останні десятиріччя кількість випадків депресивних розладів збільшилася з 2,27 % до 3,8 % (В.С. Бітенський, 2010; В.Д. Мішиєв, 2011; Б.В. Михайлов, 2012). Поширеність тривожних розладів, за різними даними, у середньому в популяції становить 5-10 %; клінічно виражена тривога діагностується в 40,0 % хворих ІХС, субклінічна - в 20,0 % випадків (С.В. Римша, 2009; О.О. Хаустова, О.М. Дзюба 2011, О.К. Напрєєнко, 2012). Вибір психотропних лікарських засобів, особливо при коморбідних соматичних захворюваннях, є складним, по-перше через необхідність збереження показників соціального функціонування цих пацієнтів (які, наприклад, знижують антипсихотики та бензодіазепінові транквілізатори), по-друге, через небажані побічні явища при комплексному використанні певних психотропних та соматотропних препаратів психосоматичними хворими (А.Б. Смулевич, 2010; О.С. Чабан, О.О. Хаустова, 2011). Науково обґрунтованим при застосуванні сучасного методу комплексного лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС є позитивний результат наукових досліджень, проведених авторами.

Аналогом є спосіб лікування тривожно-депресивних розладів, обумовлених соматичною патологією (Спосіб лікування тривожно-депресивних розладів, обумовлених соматичною патологією. Патент на корисну модель № 61670, 04.01.2011. Кочкарьова О.С., Статінова О.А.), що включає використання антидепресантів та транквілізаторів у лікуванні тривожно-депресивних розладів у хворих з соматичною патологією, проте недоліками аналога є те, що для проведення лікування використані тільки медикаментозні засоби, і не враховано психотерапевтичний вплив на психосоматичних хворих.

Найближчим аналогом корисної моделі є спосіб профілактики та лікування депресивних та тривожних розладів (Засіб для профілактики або лікування депресивних або тривожних розладів / Хіраї Кейсуке, Міямото Масаомі; Заявник Такеда фармасьютікал компані лімітед. - № заяви а200710985 від 03.04.2006; опубл. 25.01.2010, бюл. № 2). Спосіб, як і корисна модель, допомагає покращити якість лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця. Недоліками найближчого аналога є використання лише медикаментозних методів лікування зазначених розладів (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну "Паксил").

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити комплексне лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС шляхом використання медикаментозних та немедикаментозних засобів. Для вирішення поставленої задачі хворим до базової кардіологічної терапії додають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: сертраліну гідрохлорид по 50 мг вранці впродовж 6 міс. У випадку наявності кардіотоксичного ефекту - добову дозу знижують до 25 мг і паралельно призначають небензодіазепіновий анксиолітик по 10 мг 3 рази на добу протягом 1 міс. та міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування.

Ознаки корисної моделі: покращення лікування шляхом комплексного використання антидепресантів, анксиолітиків та психотерапевтичних методів.

Спільні ознаки найближчого аналога та корисної моделі: оптимізація лікування хворих на депресивні та тривожні розлади та ІХС.

Відмінність корисної моделі від найближчого аналога: в наведеному найближчому аналогу для лікування депресивних та тривожних розладів, найближчий аналог не використовує психотерапевтичні методи, які запропоновані нами.

Порівняння корисної моделі та найближчого аналога по ознаках (+, -)

Ознака	Корисна модель	Найближчий аналог
Застосування антидепресантів	+	+
Застосування анксиолітиків	+	-
Висока вартість затрат на лікування	-	+
Проведення ЕКГ	+	+
Застосування психотерапії	+	-

Ознака	Корисна модель	Найближчий аналог
Застосування міліотерапії	+	-

Корисна модель здійснюється наступним чином: хворим до базової кардіологічної терапії додають антидепресанти (по 50 мг вранці впродовж 6 міс.) та за необхідністю використовують

5 анкіолітик афобазол - по 10 мг 3 рази на добу 1 місяць. З психотерапевтичних методів застосовують міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування.

Психотерапія як метод неінвазійного втручання, що майже не має протипоказань і не дає побічної дії при сполученні з фармакотерапією основного захворювання, є найприйнятнішим та

10 найефективнішим. Головними принципами побудови психотерапевтичного комплексу при депресивних та тривожних розладах стали: добровільність, усвідомленість, адекватність, допустимість, доцільність, гуманність психотерапевтичного впливу, системність впливу, етапність психотерапевтичних заходів, комплексність.

Психотерапевтичний вплив починався з застосування міліотерапії. "Міліотерапія" -

15 "лікування оточенням" або "терапевтичним середовищем". Метою даного підходу стало створення особливої обстановки всередині відділень, дотримання етико-деонтологічних вимог персоналом для того, щоб госпіталізація негативно не впливала на особистість пацієнта, а навпаки, сприяла його одужанню і ресоціалізації.

Суть корисної моделі пояснюється конкретними прикладами застосування способу.

20 Приклад. Хвора 52 роки, домогосподарка.

Спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Матір хворої страждала на ІХС та ГХ, померла у віці 68 років.

Росла і розвивалась відповідно віку. В дитинстві була активною, товариською. Залюбки брала участь в різних заходах, де намагалася бути в центрі загальної уваги. Після закінчення

25 школи навчання не продовжувала в зв'язку зі скрутним матеріальним становищем сім'ї. У 18 років вийшла заміж за односельчанина. Народила двох дітей з різницею у віці 2 роки. Довгий час не працювала, вела домашнє господарство, доглядала за дітьми. В 27 років влаштувалась продавцем в продуктовий магазин, пропрацювала близько 8 місяців і звільнилась у зв'язку з конфліктною ситуацією (недостача в касі). Схильна до драматизації, перебільшеного виразу

30 емоцій, дуже любить природу.

Уважно відносились до стану свого здоров'я. Часто зверталася по медичну допомогу з будь-якого приводу (переважно ГРВЗ). Охоче дотримувалася постільного режиму. З 47 років стала відзначати епізодичні підйоми АТ до 150/95 мм рт. ст., а також біль в ділянці серця. Зважаючи на наявність ІХС матері, хвора досить швидко звернулася за медичною допомогою. При

35 амбулаторному обстеженні діагностували ІХС, стенокардію напруги І функціонального класу і гіпертонічну хворобу. За порадою дільничного терапевта при болях в серці приймала нітроглицерин, при підвищенні АТ - каптопрес.

Стаціонарно не лікувалась, ліки приймала не завжди. Напади стенокардії почастишали і супроводжувалися задишкою. Хвора звернулася в Сторожинецьку центральну районну лікарню, де була госпіталізована з діагнозом: "ІХС. Стабільна стенокардія напруги III фк. Дифузний кардіосклероз. СН II А ДВ, ФК III. Гіпертонічна хвороба II".

40

Психічний стан. Свідомість ясна. Орієнтована в собі, місці, часі та просторі. Контакт формальний, відповіді однослівні, по-суті. Розлади сприйняття заперечує. Пам'ять дещо знижена на поточні події. Мислення сповільнене, деталізоване. Маячних ідей активно не висловлює. Настрій знижений. Оцінює свій стан як важкий. Фіксована на власних переживаннях, тривожна, напружена. Довго не може заснути, часто прокидається, вранці рідко відчуває себе

45 бадьорою. Плани на майбутнє формальні.

Чекає від лікаря підтримки, переконання, підтвердження того, що її ситуація небезнадійна і що вона зможе знову поратись по господарству. Через тиждень на фоні комплексного

50 кардіологічного, психофармакологічного лікування та раціональної психотерапії напади стенокардії стали виникати значно рідше, а тривожна симптоматика знизилася. Паралельно проводилася раціональна психотерапія сім'ї пацієнтки, що стало вагомою підтримкою для хворої.

Соматичний стан. Підвищене харчування. Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. Серцеві тони приглушені, акцент II тону в другому міжребір'ї справа. ЧСС 65 пошт./хв, АТ 150/95 мм рт. ст.

55

Дані лабораторних досліджень: загальний холестерин - 256 мг/дл, тригліцериди - 335 мг/дл (гіперліпідемія IV типу).

Реакція Васермана: негативна.

УЗД: Печінка - збільшена, на 2 см нижче реберної дуги по правій середньо-ключичній лінії на 4 см нижче мечовидного відростка, гомогенна, ехогенність не змінена. Внутрішньопечінкові протоки розширені. Жовчний міхур - не збільшений, без осаду, стінка - 1,7 мм. Підшлункова залоза - в ділянці головки 19 мм, тканина не змінена. Селезінка без візуальних змін. Нирки звичайної форми, розмірами 4'5'10 см, паренхіми гомогенної ехогенності. Мисково-лоханковий комплекс без особливостей. Висновок: печінка збільшена; жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка без змін.

Аналіз калу на яйця глистів: Яйця глистів - не виявлено.

ЕКГ: Ритм синусовий з ЧСС - 63 (62-67) за хв, коливання R-R 7,0 %. Вольтаж збережений. Електрична вісь відхилена на 49°. Виражена гіпертрофія лівого шлуночка із ознаками систолічного перевантаження та помірна дилатація правого шлуночка. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. R-RII 0,958; PQII 0,168; QTII 0,372; PII 0,112; QRSII 0,092.

Рентгенографія: На оглядовій рентгенограмі органів грудної порожнини відмічається легенева тканина звичайної пневматизації. Базальний фіброз. Корені гомогенізовані застійні. Синуси вільні. Серце аортальної конфігурації, розширене в поперечнику за рахунок збільшення всіх камер серця, переважно лівих, аорта ущільнена.

Консультація окуліста: гіпертонічна ангіопатія S 1, моторно-зіничних розладів немає.

Консультації невролога: без ознак органічного ураження ЦНС.

Результати патопсихологічного обстеження: Опитувальник Шмішека: виражена акцентуація - емотивна 18 балів, застрягаюча 16 балів, демонстративна 16 балів, тривожна 15 балів. Шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна: середній рівень особистісної тривожності 42 бали, середній рівень ситуативної тривожності - 44 бали. Шкала депресії Гамільтона: легка депресія - 13 балів.

У результаті комплексного кардіологічного і психіатричного обстеження був встановлений діагноз: ІХС, стабільна стенокардія напруги III фк. Дифузний кардіосклероз. СН II А ДВ, ФК III. Гіпертонічна хвороба II. Змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2).

У хворої на тлі загострення ІХС проявився змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2). На першому плані ознаки тривоги та депресії рівного, не дуже інтенсивного ступеня виразності, Клінічна картина доповнювалася відчуттям безнадійності, песимізму. Поряд з психопатологічними виникали і вегетативні симптоми у вигляді тремору та серцебиття.

Обґрунтованість діагнозу: Змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2) підтверджується поєднанням ознак депресії та тривоги, які мають приблизно однакову інтенсивність. При цьому зміст тривожних ознак часто пов'язаний з кардіальною патологією.

Для хворої характерна схильність до драматизації, перебільшеного виразу емоцій. Разом з тим подібні риси пов'язані з виразною акцентуацією на соматичному фоні, що виявлялося також у минулому неодноразовими тривожними та депресивними станами, що протікали на субклінічному рівні.

Після проведеного нами комплексного лікування стан хворої значно покращився. Хвора отримувала сертралін (Золофт) 50 мг вранці 6 міс. та психотерапевтичну допомогу у вигляді міліотерапії, раціональної, сімейної, когнітивно-біхевіоральної психотерапії та аутогенного тренінгу.

Отже впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний (стандартний) комплекс кардіологічного лікування покращило редукцію депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС у 2,8 рази ( $P_{mA} > P_{mB}$  в 2,8 рази), що отримало об'єктивне підтвердження за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS) та тесту Спілбергера-Ханіна.

Спосіб може бути використаний в лікувально-профілактичних установах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) у роботу психіатрів, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, терапевтів, кардіологів, у кардіологічних центрах, ВНЗ тощо.

Таким чином, комплексне лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця є актуальним та необхідним для прогнозування перебігу хвороби, попередження розвитку ускладнень.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця, який включає медикаментозне лікування, який **відрізняється** тим, що призначають селективний

інгібітор зворотного захоплення серотоніну сертраліну гідрохлориду по 50 мг вранці впродовж шести місяців та небензодіазепіновий анксиолітик афобазол - по 10 мг 3 рази на добу протягом одного місяця, і паралельно застосовують міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування.

5

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601