

УДК 616-089.163:615.859:615.214-092.6

DOI: 10.22141/2224-0586.4.83.2017.107423

Куновський В.В., Барвінська А.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

## Фармакотерапія психоемоційної сфери у стаціонарних хворих у ранньому періопераційному періоді

**Резюме.** Вивчено ефективність розробленого нами способу нівелювання стану тривожності, заснованого на застосуванні ноотропного препарату Ноофен® 500, у хірургічних і травматологічних хворих у передопераційному періоді. У групі пацієнтів, у якій використовувалась запропонована методика (30 осіб), спостерігалась закономірна тенденція до нівелювання тривожного синдрому в 76,47 % хворих хірургічного та 69,2 % — травматологічного профілю, на той час як у пацієнтів, у яких даний середник не використовувався (20 осіб), ознаки особистісної та реактивної тривожності залишались на достатньо високих рівнях. Зроблено висновок, що запропонований спосіб корекції психоемоційного статусу виявив достатньо виражений клінічний ефект, його застосування дозволяє нівелювати основну вегетативно-соматичну складову тривоги і є доцільним у клінічній практиці.

**Ключові слова:** психоемоційний статус; тривога; операція; гострий панкреатит; Ноофен® 500; передопераційна підготовка

### Вступ

До стресу схильна будь-яка людина незалежно від займаної нею посади, становища в суспільстві та матеріального достатку. За статистикою, у США (країні, що першою усвідомила проблему стресу) 90 % населення постійно перебуває в стані сильного стресу. З них 60 % відчуває стрес 1–2 рази на тиждень, 30 % — майже кожен день [1].

Певний рівень тривожності — природна особливість, що супроводжує активну діяльність та існування особистості в соціумі. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності, це так звана корисна тривожність, що визначається ступенем особистісної адаптації та активністю соціального життя кожного індивідуума. Оцінка людиною свого стану щодо цього є для неї істотним компонентом самоконтролю й самовиховання. Особливо важливу роль тут відіграє здатність людини до адекватної ситуаційної адаптації або, відповідно до концепції загального адаптаційного синдрому Н. Selye [2], за наявності безперервного стресогенного фактора, ступінь вираженості «адаптаційної енергії».

На фоні соматичного захворювання, з набором його клінічних симптомів, у пацієнтів виникає

відчуття внутрішнього дискомфорту, безпосередньо пов'язане із суб'єктивно пережитими емоціями — напруженням, нервозністю, страхом, тривогою. Вираженість цього стану різна й обумовлена як ступенем емоційної реакції на стресову ситуацію, так і здатністю до сприйняття й реагування на зовнішні подразники, що в сукупності й визначає ступінь особистісного стану ситуативної тривожності (ССТ).

Загалом стан вираженого стресу безпосередньо пов'язаний із фінансовим становищем пацієнта і безпосереднім економічним рівнем розвитку країни.

Американське агентство фінансово-економічної інформації агентства Bloomberg подало рейтинг країн світу (рис. 1), жителі яких найбільше страждають від стресу й депресії (The Most Stressed Out Countries 2013).

Дослідження охоплювало 74 держави, населення яких перевищує мільйон осіб і щодо яких є вірогідні статистичні дані [3]. Подібні дослідження в нашій країні не проводились, тому вірогідних даних по Україні за останні 5 років немає.

Серед широкого кола компонентів комплексного лікування стаціонарних хворих терапія, спрямована на нівелювання або повне купірування

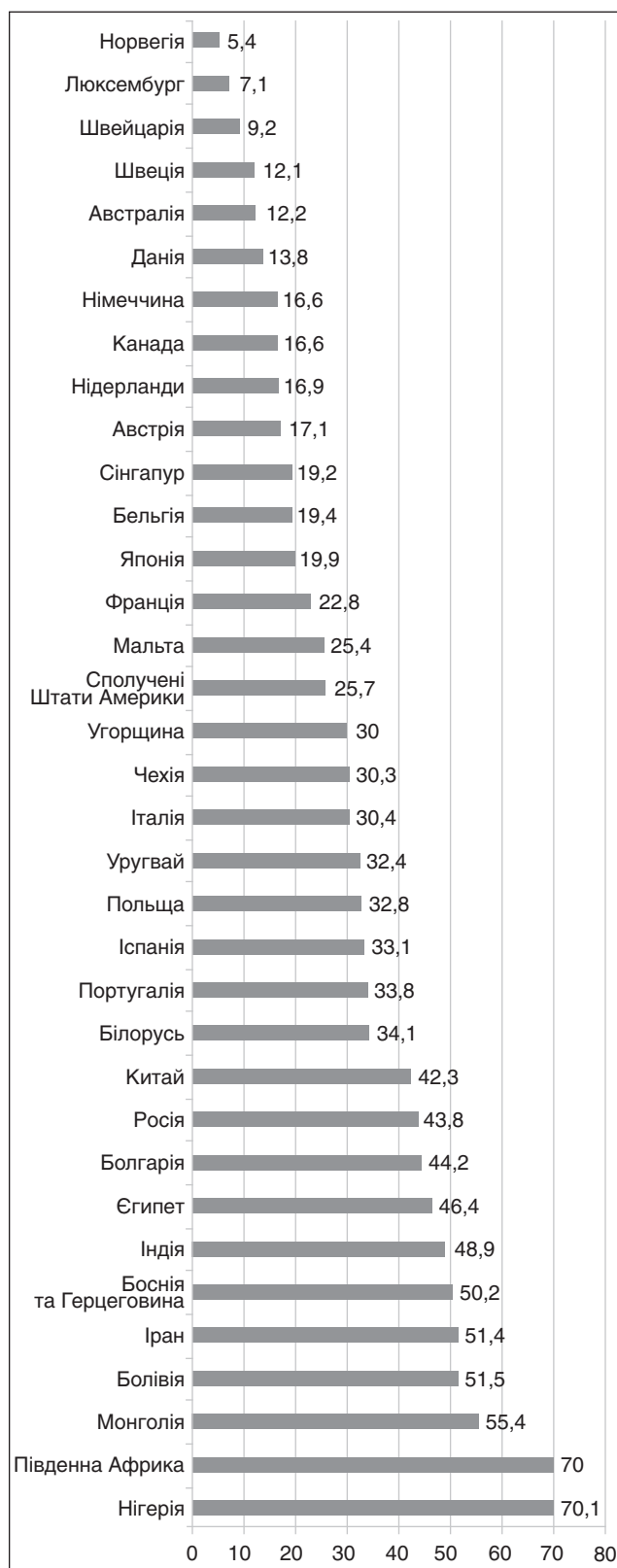


Рисунок 1. Рейтинг країн світу за рівнем стресу й депресії (2013 р.)

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів, включених у дослідження, за гендерними ознаками та віком (роки,  $M \pm m$ )

Групи пацієнтів	Чоловіки	Жінки	Загалом
Основна (n = 30)	40,18 ± 9,32 (n = 17)	47,31 ± 12,03 (n = 13)	45,83 ± 11,51 (n = 30)
Порівняння (n = 20)	48,60 ± 11,24 (n = 10)	47,70 ± 7,27 (n = 10)	47,40 ± 10,22 (n = 20)

психоемоційного напруження, тривожності, дратівливості, емоційної лабільності, відчуття страху та поліпшення сну в ранній передопераційний період, набуває особливого значення [1, 2, 4]. Це зумовлено тим, що інтенсивний емоційний стрес, притаманний більшості пацієнтів, які надходять на стаціонарне лікування, не тільки негативно впливає на психоемоційний стан пацієнта, але й становить важливу ланку патогенетичного ланцюга розвитку та прогресування основного соматичного захворювання. Причому порівняно з іншими проявами та скаргами пацієнтів при хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини та хворих із травматологічною патологією тривожний синдром відрізняється особливим впливом на психоемоційний статус пацієнта й недостатньою ефективністю купірування його проявів у даного контингенту хворих [2, 4]. Синдром особистісної та ситуативної тривожності формується внаслідок поєднання різних чинників, зокрема таких, як виражений больовий синдром, відчуття тривоги й страху перед операційним втручанням, емоційна лабільність. У зв'язку з цим опрацювання оптимальних схем фармакотерапії психоемоційної сфери набуває особливо актуального значення.

**Мета дослідження:** вивчити ефективність фармакотерапії стресового чинника в стаціонарних хворих за принципом нівелювання тривожно-невротичних станів, тривоги, страху та неспокою з використанням сучасних лікарських засобів, що впливають на психоемоційну сферу пацієнтів.

### Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування вибіркової групи пацієнтів, що складалася з 50 осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні в умовах хірургічного та травматологічного відділень Комунальної міської клінічної лікарні швидкої допомоги м. Львова у 2017 році. Вік пацієнтів коливався від 22 до 62 років. Чоловіків було 27 (54 %), жінок — 23 (46 %) особи. Тривалість перебування на стаціонарному лікуванні з моменту госпіталізації становила від 1 до 4 діб. Розподіл пацієнтів за гендерними характеристиками відображено в табл. 1.

До спостереження залучались пацієнти, яким з метою профілактики стресових станів і/або нівелювання станів тривожності, страху, неспокою, а в людей літнього віку — безсоння перед плановими операціями чи болючими діагностичними дослідженнями проводилась корекція загального стану шляхом додавання до медикаментозної терапії за день до операції лікарського засобу з групи психостимуляторів і ноотропів — Ноофену®.

Увесь контингент хворих за принципом «сліпого конверта» було поділено на дві групи. Одна з них — основна група (група А), до якої було віднесено 30 хворих, поділених на дві підгрупи (А1 — хірургічні пацієнти — 17 осіб; А2 — травматологічні хворі — 13 спостережень), для нівелювання тривожно-невротичного стану яких застосовувався принцип запобіжної терапії. Друга — група порівняння (група В), що включала 20 пацієнтів (хірургічного (12 випадків) та травматологічного (8 спостережень) профілю), у яких у періопераційному періоді (за 12 годин до операційного втручання) медикаментозна корекція тривоги не проводилась.

Зміст цього підходу до фармакотерапії ситуативної та особистісної тривожності й неспокою полягає в тому, що безпосередньо за 12 годин перед проведенням операції чи болючих діагностичних досліджень у пацієнтів з групи спостереження призначався лікарський засіб Ноофен® у дозі 500 мг одноразово.

Опрацьована методика профілактики формування в пацієнтів тривожного синдрому й ситуативної тривожності, розроблена на етіопатогенетичних засадах формування стресу, ґрунтувалась на антигіпоксичній та антиамнестичній дії Ноофену® 500 мг ( $\gamma$ -аміно- $\beta$ -фенілмасляної кислоти гідрохлорид) та його здатності ліквідувати прояви напруження, тривожності, страху, покращувати сон. Позитивний ефект препарату обумовлений його системною біодоступністю, завдяки якій препарат швидко всмоктується після перорального прийому, проникає в усі тканини організму, добре проходить крізь гематоенцефалічний бар'єр, що й забезпечує виражений ноотропний ефект.

Препарат Ноофен® є похідним ГАМК і фенілетиламіну з домінуючою антигіпоксичною та антиамнестичною дією. Ноофен, як ноотропний засіб, стимулює пам'ять і навчання, підвищує фізичну працездатність. Проникаючи через гематоенцефалічний бар'єр, препарат стимулює півліній гальміні рецептори нейронів, переважно кори головного мозку, гіпоталамуса й лімбіко-ретикулярного комплексу, посилюючи процеси гальмування [5, 6].

Численні експериментальні дослідження показали, що транквілізуюча дія препарату Ноофен пов'язана з його здатністю посилювати контролюючу функцію кортикальних структур над субкортикальними, у тому числі лімбічними [7, 8], що забезпечує усунення симптомів психоемоційного напруження, тривожності, страху; покращує сон, потенціює дію снодійних, наркотичних, нейролептичних і протисудомних препаратів. На відміну від транквілізаторів прийом препарату Ноофен® не викликає седативного ефекту, зниження працездатності та сонливості.

Бета-феніламін, що входить до складу препарату Ноофен®, сприяє вивільненню й гальмуванню зворотного захвату дофаміну, що визначає його антиастенічну дію [9]. Окрім помітного зменшення проявів астенії, Ноофен® чинить також вегетоста-

білізуючу дію, зменшуючи вазовегетативні симптоми, включаючи головний біль, відчуття тяжкості в голові, порушення сну, дратівливість, емоційну лабільність, підвищує розумову працездатність [9]. На відміну від транквілізаторів, під впливом препарату Ноофен покращуються психологічні показники (увага, пам'ять, швидкість і точність сенсомоторних реакцій). У хворих на астенію й емоційно лабільних пацієнтів уже з перших днів терапії покращується самопочуття, підвищуються інтерес та ініціатива, мотивація до активної діяльності без седативного ефекту чи збудження. Встановлено, що при гіпоксично-ішемічних ураженнях головного мозку Ноофен® спричиняє перебудову нервової регуляції церебрального кровообігу та обмінних процесів у мітохондріях клітин мозку [10] та покращує оксигенацію головного мозку. Усе це сприяє покращенню функціонального стану центральної нервової системи та її регулюючого впливу на коронарний кровообіг і функцію органів кровообігу та дихання.

Аналіз ефективності фармакотерапії проводився на основі анкетування хворих із визначенням оцінки стану психоемоційної сфери пацієнта, вимірювання ЧСС та АТ, лабораторних аналізів увечері (за 12 годин до операційного втручання) перед однократним прийомом 1 пакетика швидкорозчинного порошку Ноофен® 500, а також наступного дня зранку, перед операцією.

Для оцінки ступеня вираженості ССТ були використані дві базові анкети (які заповнювали шляхом клінічного інтерв'ю): шкала тривожності Спілбергера — Ханіна (STAI — State Trait Anxiety Inventory), що включає шкали ситуативної та особистісної тривожності з триступеневою градацією вираженості симптомів (до 30 балів — низька; 31–44 бали — помірна; 45 і більше — висока); шкала Гамільтона для визначення ступеня вираженості симптомів тривожності (HARS) з такою інтерпретацією результатів: вираженість кожного з параметрів шкали оцінювалася у балах від 0 до 4, загальний показник кожного з пацієнтів стратифікувався таким чином: понад 20 балів — показник високого рівня тривожності, тривожний стан; від 8 до 20 балів — у пацієнта наявні симптоми тривожності; менше від 8 балів — відсутність тривожного стану. Для визначення ступеня астеничного синдрому проводилось опитування за тестом самооцінки функціонального стану (САН). За допомогою тесту визначають рівень самопочуття, активності й настрою. Також проводилась суб'єктивна оцінка якості нічного сну (СОН) та визначалась динаміка ЧСС і АТ. Як об'єктивний показник стресової реакції пацієнта обрано рівень стресового гормону кортизолу, визначення якого проводили в сертифікованій лабораторії Unilab: нормативні значення в ранковий час (07:00–10:00) — 171–536 ммоль/л, у вечірній час (16:00–20:00) — 64–327 ммоль/л.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою пакета програм MS Excel 2010. Дані наведені у вигляді  $M \pm m$ . Статистично вірогідним вважали значення  $p < 0,05$ .

## Результати та обговорення

У результаті проведеного дослідження при аналізі оцінки стану тривожності в усіх обстежених хворих було констатовано, що домінуючими проявами ситуативного стану тривожності (у першу добу від моменту госпіталізації) були: відчуття небезпеки — 46 спостережень (92 %), відчуття напруження — 36 (72 %), боязнь — 35 (70 %), надмірні переживання й хвилювання — 43 (86 %), порушення здатності до концентрації уваги — 42 (84 %), дратівливість — 21 (42 %), відчуття внутрішнього тремтіння — 39 (78 %), неможливість розслабитися — 45 (90 %), загальна втома — 39 (78 %), труднощі із засинанням — 41 (82 %). Рідше зустрічалися такі соматичні ознаки тривоги, як: гострий біль у ділянці серця, за грудинний біль та/або серцебиття — 25 (50 %), гіпервентиляція або задишка — 18 (36 %), головний біль — 22 (44 %), ускладнене ковтання — 11 (22 %), свербіж шкіри — 8 (16 %), шум у вухах — 26 (52 %).

Сумарно в результаті проведених спостережень у всіх пацієнтів спостерігався високий рівень соматичної й психічної невмотивованої тривожності.

У хворих групи А1 тривожний варіант поведінки (на 1-шу — 3-тю добу від моменту надходження) констатований у 76,47 % опитаних (13 спостережень), у групі А2 — у 69,2 % пацієнтів (9 спостережень). Ознаки ССТ з астеноподібним варіантом перебігу (домінують млявість і слабкість) відзначені в 17,6 % хворих (3 спостереження) з групи А1, у 30,76 % із групи А2 (4 випадки). Дисфоричний варіант (прояви ССТ з ознаками постійного переживання, відчуттям внутрішнього невдоволення й роздратування) був більш виражений у групі А1 — 10 пацієнтів (58,5 %) і менш виражений — у групі А2 — 5 хворих (38,5 %). Отже, для пацієнтів хірургічного відділення (А1) найбільш вираженими проявами ССТ були відчуття напруження, переживання та хвилювання, що спостерігалися в більшості пацієнтів (15; 88,24 %). У третині спостережень — 4 пацієнти (30,76 %) травматологічного відділення (група А2) — з огляду на тривалий перебіг захворювання й старший вік скарги ситуативного стану тривожності проявлялися астеноподібним варіантом перебігу з ознаками загальної втоми, порушення здатності до концентрації уваги й відчуттям внутрішнього тремтіння. Загалом серед 10 хворих хірургічного відділення (58,5 %) на тлі відчуття напруження й тривожності практично в кожного другого пацієнта спостерігалися ознаки дисфоричного варіанта прояву ССТ з відчуттям

внутрішнього невдоволення, роздратованості в поєднанні із соматичними ознаками тривоги (загрудинний біль, задишка, шум у вухах).

У результаті проведеного опитування (відповідно до шкали тривожності Спілберґера — Ханіна) було констатовано, що орієнтовна оцінка тривожності значною мірою пов'язана з віком пацієнтів. Так, у жінок віком від 57 до 61 року ССТ була на рівні  $45 \pm 3$  бали, що вище, ніж у пацієток віком 48–55 років, у яких рівень тривожності становив  $37 \pm 5$  балів. У чоловіків ССТ меншою мірою залежала від віку пацієнта й становила  $36 \pm 4$  бали (що відповідає середньому ступеню вираженості ознак ситуативної тривожності). Слід також зазначити, що в пацієнтів хірургічного відділення рівень тривожності на момент надходження становив  $45 \pm 2$  бали, що можна трактувати як високий. Отримані результати, ймовірно, пов'язані з більш молодим віком хворих ( $37 \pm 5$  років) і яскравіше вираженою в них здатністю до адаптації. У пацієнтів травматологічного відділення ( $45 \pm 11$  років) протягом усього періоду лікування рівень тривожності знаходився в межах  $41 \pm 4$  бали (середній рівень тривожності за тестом на тривожність Спілберґера — Ханіна).

Відповідно до результатів, наведених у табл. 2, увечері, за 12 годин до операції, у пацієнтів обох груп (за результатами тесту Спілберґера — Ханіна) показники реактивної та особистісної тривожності були підвищені без статистично вірогідних ( $p > 0,05$ ) відмінностей між групами. За результатами тесту, проведеного вранці, перед операцією, констатовано, що в пацієнтів основної групи показники тривожності вірогідно знизилися ( $p < 0,01$ ), у той час як у хворих групи порівняння статистично вірогідного зниження показників не було ( $p > 0,05$ ).

Ранкові показники рівнів тривожності (тест Спілберґера — Ханіна) у пацієнтів групи порівняння були вірогідно ( $p < 0,05$ ) вищі, ніж у хворих основної групи.

При проведенні статистичного ( $\chi^2$ ) опрацювання даних спостережень (тест Спілберґера — Ханіна) констатовано, що реактивна та особистісна тривожність в обох групах за 12 годин до операції не відрізнялась ( $\chi^2 = 0,0056$ ;  $p > 0,05$ ). У пацієнтів основної групи перед операцією суттєво знижувалася особистісна ( $\chi^2 = 9,64$ ;  $p = 0,0019$ ) та реактивна ( $\chi^2 = 8,40$ ;  $p = 0,0037$ ) тривожність. Водночас у пацієнтів групи порівняння показники тривожності залишалися високими ( $\chi^2 = 0,5016$ ;  $p > 0,05$ ).

**Таблиця 2. Результати тесту Спілберґера — Ханіна у динаміці лікування в основній групі й групі порівняння (бали)**

Тривожність	Основна група (А)		Група порівняння (В)	
	Увечері, за 12 годин до операції	Зранку, перед операцією	Увечері, за 12 годин до операції	Зранку, перед операцією
Реактивна	$43,61 \pm 3,71^*$	$33,57 \pm 2,62^{**}$	$44,25 \pm 3,60^*$	$40,25 \pm 4,07^{***}$
Особистісна	$42,24 \pm 4,23^*$	$31,59 \pm 3,16^{**}$	$43,15 \pm 3,43^*$	$39,78 \pm 2,66^{***}$

Примітки: \* —  $p > 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p > 0,05$ .

Загалом за результатами шкали HARS (ступінь вираженості симптомів тривожності) у пацієнтів обох груп напередодні ввечері констатовано тривожний стан. Включення препарату Ноофен у комплекс медикаментозної терапії дозволило знизити ступінь вираженості симптомів тривожності (відповідно до шкали Гамільтона) у більшості пацієнтів хірургічного (13; 76,47 %) та травматологічного (11; 84,6 %) відділень з високого рівня ( $41 \pm 6$  балів) напередодні операційного втручання до помірного ( $28 \pm 4$  бали) у день операції. Динаміка основних симптомів тривожності в процесі лікування пацієнтів основної групи та групи порівняння відображена на рис. 2.

У пацієнтів хірургічного відділення також відзначалося зниження ступеня тривожності, проте воно було менш вираженим ( $45 \pm 2$  бали vs  $34 \pm 2$  бали), ніж у пацієнтів травматологічного профілю. Помірне зниження рівня тривожності в даній категорії хворих пов'язане з органічною складовою основного захворювання й безпосередньо з оперативним лікуванням і самою операцією як додатковим фактором стресу й тривожності.

З метою більшої наочності динаміки ключових показників тривожності в обох групах у табл. 3 наведено їх середні величини (оцінка від 1 до 4 балів).

На підставі даних, наведених у табл. 3, можна стверджувати, що відбувалося вірогідне зниження симптомів тривожності (кардіоваскулярні та нейровегетативні симптоми; безсоння, страх) зранку, перед операцією, в пацієнтів основної групи на відміну від пацієнтів групи порівняння.

Як біохімічний критерій купірування стану ситуативної тривожності визначався рівень гормона кортизолу (стресового гормону) в крові електрореміюлюмінесцентним методом у сертифікованій лабораторії Unilab за 12 годин до операційного втручання (перед сном) та зранку, безпосередньо перед операцією (відповідно до схеми прийому препарату та дизайну дослідження), оскільки вміст кортизолу в крові коливається впродовж доби. Нормальні показники гормону в крові у ранковий час становлять 171,0–536,0 нмоль/л, у вечірній — 64,0–327,0 нмоль/л.

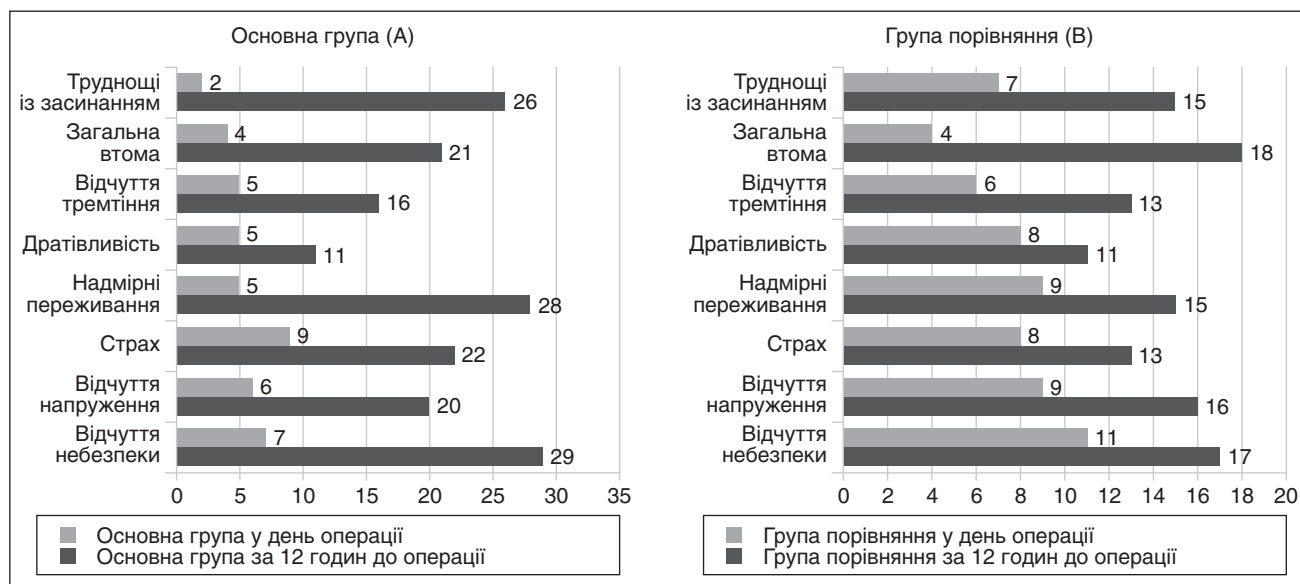


Рисунок 2. Динаміка симптомів тривожності у хворих основної групи та групи порівняння (кількість пацієнтів)

Таблиця 3. Ключові параметри шкали Гамільтона (у балах)

Тривожність (ключові параметри)	Основна група (А)		Група порівняння (В)	
	За 12 годин до операційного втручання	Зранку, перед операцією	За 12 годин до операційного втручання	Зранку, перед операцією
Кардіоваскулярні симптоми	$3,17 \pm 0,23$	$1,90 \pm 0,82^*$	$3,19 \pm 0,26$	$2,92 \pm 0,72^*$
Безсоння	$2,86 \pm 0,11$	$0,68 \pm 0,10^*$	$2,54 \pm 0,36$	$2,19 \pm 0,33^*$
Тривожний настрій	$3,18 \pm 0,25$	$1,81 \pm 0,43$	$3,22 \pm 0,64$	$3,01 \pm 0,28$
Напруження	$2,34 \pm 0,47$	$1,47 \pm 0,24$	$2,42 \pm 0,21$	$2,33 \pm 0,28$
Страх	$2,12 \pm 0,28$	$0,78 \pm 0,41^*$	$1,96 \pm 0,37$	$1,88 \pm 0,49^*$
Гастроінтестинальні симптоми	$1,92 \pm 0,34$	$1,18 \pm 0,20$	$1,89 \pm 0,49$	$1,69 \pm 0,42$
Нейровегетативні симптоми	$2,87 \pm 0,42$	$1,32 \pm 0,24^*$	$2,93 \pm 0,54$	$2,78 \pm 0,38^*$

Примітка: \* —  $p < 0,05$ .

Таблиця 4. Динаміка рівня кортизолу (нмоль/л) залежно від статі

Час дослідження	Жінки	Чоловіки
За 12 годин до операційного втручання	446,09 ± 176,23	471,31 ± 194,40
Зранку, перед операцією	543,12 ± 154,00*	347,07 ± 247,71*

Примітки: \* —  $p < 0,05$ .

Оцінка динаміки рівня кортизолу крові (табл. 4) показала, що в обох групах пацієнтів спостерігались підвищені вихідні показники рівнів стресового гормону кортизолу. Зростання цих показників є вірогідним маркером наявності вираженої стресової реакції напередодні операційного втручання.

З огляду на дані, наведені в табл. 4, також можна констатувати, що напередодні операційного втручання (жінки vs чоловіки) стресова реакція була виражена незалежно від статі пацієнтів ( $p > 0,05$ ).

Слід також відзначити, що безпосередньо перед операцією в жінок рівень стресу за показником кортизолу є вищим, ніж у чоловіків ( $p < 0,05$ ), що пов'язано з психоемоційною організацією жінок та

схильністю до більш вираженої реакції на ситуативну тривожність. При порівнянні внутрішньогендерної (жінки vs жінки та чоловіки vs чоловіки) реакції на стрес за 12 годин до операції та безпосередньо в день операції статистично значимих відмінностей не виявлено ( $p > 0,05$ ).

За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що на момент обстеження напередодні операційного втручання рівні стресового гормону кортизолу були підвищені в більшості пацієнтів обох груп. Статистично вірогідної різниці в показниках кортизолу в групі А та групі В не було.

За результатами, наведеними на рис. 3, можна констатувати, що додавання в комплекс передопераційної підготовки пацієнта лікарського засобу Ноофен® сприяло вірогідному зниженню рівнів стресового гормону кортизолу в більшості пацієнтів основної групи ( $p = 0,0029$ ) вранці, перед операційним втручанням.

Водночас у пацієнтів групи порівняння (група В) за результатами проведених досліджень рівні кортизолу вірогідно не знижувались ( $p > 0,005$ ), що підтверджувало підвищений рівень суб'єктивних переживань пацієнтів, обумовлених стресовими емоціями ситуативної тривожності — напруженням, нервозністю, страхом, тривогою.

При порівнянні ранкових показників кортизолу в обох групах (рис. 3) відмічено статистично значиме зниження рівнів кортизолу в групі А ( $p < 0,0007$ ).

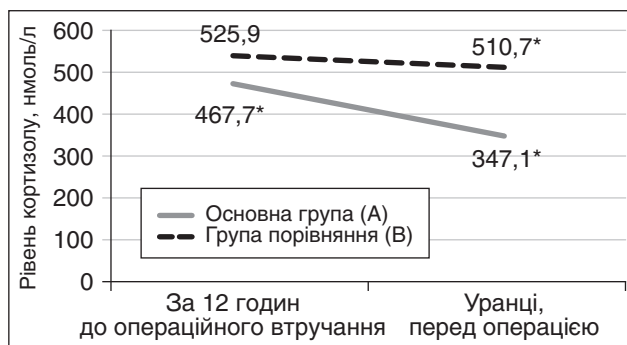


Рисунок 3. Динаміка рівнів кортизолу

Примітка: \* —  $p < 0,05$ .

Таблиця 5. Оцінка функціонального стану та якості нічного сну в обстежених хворих (за 10-бальною шкалою)

Показник	Основна група (А)		Група порівняння (В)	
	Увечері, за 12 годин до операції	Зранку, перед операцією	Увечері, за 12 годин до операції	Зранку, перед операцією
Самопочуття	4,71 ± 1,95	6,40 ± 1,47*	4,17 ± 2,25	3,48 ± 2,37*
Активність	4,28 ± 2,48	4,81 ± 1,35	4,84 ± 2,19	4,46 ± 2,84
Настрій	3,38 ± 3,10	5,68 ± 1,96	3,45 ± 2,23	3,93 ± 2,45
Сон	3,86 ± 0,52	6,31 ± 0,42*	4,15 ± 0,33	3,11 ± 1,75*

Примітка: \* —  $p < 0,05$ .

Таблиця 6. Показники АТ, ЧСС, ЧД у динаміці лікування

Показник	Основна група		Група порівняння	
	Увечері, за 12 годин до операції	Зранку, перед операцією	Увечері, за 12 годин до операції	Зранку, перед операцією
САТ, мм рт.ст.	146,5 ± 8,52	132,1 ± 9,49**	150,5 ± 8,32*	144,5 ± 6,43
ДАТ, мм рт.ст.	82,4 ± 5,36	71,50 ± 5,80**	85,11 ± 6,67*	84,5 ± 5,52
ЧСС, за 1 хв	82,40 ± 5,95	76,40 ± 3,98**	83,20 ± 7,32*	84,40 ± 5,56
ЧД, за 1 хв	19,20 ± 1,14	18,20 ± 1,03*	19,10 ± 1,10*	19,20 ± 1,15*

Примітки: \* —  $p > 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,05$ .

Отже, застосування в комплексі превентивної терапії тривожно-невротичних станів, тривожності, страху та неспокою в пацієнтів у передопераційному періоді сучасних психостимулювальних і ноотропних лікарських засобів, а саме препарату Ноофен<sup>®</sup>, дозволило нівелювати основну вегетативно-соматичну складову стану тривожності, прискорило адаптацію пацієнтів до умов стаціонарного лікування і, як результат (за даними анкетування), сприяло нормалізації сну в більшості (26; 86,7 %) пацієнтів основної групи на противагу групі порівняння, у якій міцний сон напередодні операційного втручання відзначили лише 55 % від загальної кількості опитаних хворих.

У табл. 5 відображено результати самооцінки загального стану хворих за 10-бальною шкалою. Стратифікація результатів проводилась по висхідній: чим краще самопочуття хворого, тим кількість балів є вищою.

Отримані дані анкетування корелювали з результатами лабораторних досліджень з визначення рівнів стресового гормону кортизолу.

Динамічний аналіз загальносоматичного стану пацієнтів підтвердив вірогідну різницю у стані хворих основної групи та групи порівняння за критеріями систолічний артеріальний тиск (САТ); діастолічний артеріальний тиск (ДАТ); ЧСС; частота дихання (ЧД).

Увечері, за 12 годин до операції, об'єктивні показники загальносоматичного стану в обох групах не відрізнялися. Зранку, перед операцією, в пацієнтів основної групи відзначено нормалізацію даних показників порівняно з вечірніми даними. За даними, наведеними в табл. 6, що містить об'єктивні показники стресової реакції (САТ, ДАТ, ЧСС, ЧД), також можна констатувати, що в пацієнтів основної групи зранку, перед операцією, показники САТ, ДАТ та ЧСС були вірогідно нижчі, ніж у хворих групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Поряд із цим за показником ЧД статистично значимих ( $p > 0,05$ ) відмінностей не виявлено.

Доцільно також відзначити, що переносимість одноразового вживання препарату Ноофен<sup>®</sup> 500 була задовільною, небажаних побічних явищ у жодного пацієнта основної групи не констатовано, і, відповідно, препарат можна рекомендувати до широкого застосування у практичній медицині.

## Висновки

1. У переважної (87 %) більшості пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні, проблема стресу й тривоги є важливою складовою ланкою у формуванні загального стану хворого.

2. З метою ліквідації ситуативного стану тривожності та корекції психоемоційного статусу пацієнта напередодні операції до комплексу медикаментозної терапії доцільно додавати лікарські препарати, що дозволяють скорегувати та ліквідувати основну вегетативно-соматичну складову тривоги.

3. Лікарський засіб Ноофен<sup>®</sup> 500 сприяє адаптації пацієнтів до умов стаціонару й дозволяє значно знизити емоційну реакцію хворих на стресову ситуацію.

4. Ноофен<sup>®</sup> 500 у вигляді швидкорозчинного порошку в дозі 500 мг доцільно застосовувати у пацієнтів хірургічного та травматологічного профілю одноразово за 12 годин до операційного втручання (напередодні ввечері) при проведенні усіх планових операцій з метою нівелювання тривожно-невротичних станів, передопераційного страху та неспокою.

**Конфлікт інтересів.** Не заявлений.

## Список літератури

1. *Новости мира: Статистика стресса и депрессий. [Электронный ресурс]. — <http://loveinkaliningrad.ru/news/449.html>*
2. Селье Г. *Стресс без дистресса.* — М.: Прогресс, 2002. — 175 с.
3. Prozac World: These Are The Most Stressed Out Countries. [Электронный ресурс]. — <http://www.zerohedge.com/news/2013-07-17/prozac-world-these-are-most-stressed-out-countries>
4. Kehlet H. *Labat Lecture 2005. Surgical stress and post-operative outcome — from here to where? // Reg. Anesth. Pain Med.* — 2006. — 31. — 47-52.
5. Громов Л.А. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л.А. Громов, Е.Т. Дудко // *Вісник фармакології та фармації.* — 2003. — № 10. — С. 11-17.
6. Щекіна Е.Г. *Особенности ноотропной терапии / Е.Г. Щекіна // Провизор.* — 2008. — № 2. — С. 6-9.
7. Смулевич А.Б. *Клинические эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов в психиатрии и общей медицине / А.Б. Смулевич, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов.* — М.: Медицина-Сфера, 2005. — 348 с.
8. Смулевич А.Б. *Психокардиология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин.* — М.: МИА, 2005. — 779 с.
9. Бурчинський С.Г. *Сучасні підходи до фармакотерапії нейроциркуляторної дистонії / С.Г. Бурчинський // Ліки.* — 2005. — № 1-2. — С. 1-4.
10. Теуцук В.Й. *Досвід застосування ноофену у відновному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу в умовах ВМКЦ / В.Й. Теуцук, В.В. Теуцук // Актуальні проблеми транспортної медицини.* — 2014. — № 1(35). — С. 111-115.
11. Нагорная Н.В. *Психовегетативный синдром у детей и возможные пути его коррекции / Н.В. Нагорная, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова // Таврический медико-биологический вестник.* — 2013. — Т. 16, № 3. — С. 110-115.
12. Нагорная Н.В. *Эффективность ноофена в коррекции нарушений психоэмоционального статуса у детей с вегетососудистой дисфункцией / Н.В. Нагорная, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова [и др.] // Современная педиатрия.* — 2012. — № 7(47). — С. 47-51.
13. Возняк А.В. *Ефективність препарату «Ноофен<sup>®</sup>» у комплексному лікуванні вегетативної дисфункції в дітей / А.В. Возняк // Современная педиатрия.* — 2013. — № 6(54). — С. 81-87.
14. Бабюк И.А. *Коррекция расстройств пограничного уровня в общетерапевтической практике / И.А. Бабюк, О.Е. Шульц, Л.А. Васякина [и др.] // Медична психологія.* — 2011. — № 4. — С. 28-31.

Отримано 30.03.2017 ■

Куновский В.В., Барвинская А.С.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

### Фармакотерапия психоэмоциональной сферы у стационарных больных в раннем периоперационном периоде

**Резюме.** Изучена эффективность разработанного нами способа нивелирования состояния тревожности, основанного на применении ноотропного препарата Ноофен® 500 у хирургических и травматологических больных в предоперационном периоде. В группе пациентов, в которой использовалась предложенная методика (30 человек), наблюдалась закономерная тенденция к нивелированию тревожного синдрома у 76,47 % больных хирургического и 69,2 % — травматологического профиля, в то время как у пациентов, у которых данный препарат не использовался

(20 человек), признаки личностной и реактивной тревожности оставались на достаточно высоких уровнях. Сделан вывод, что предложенный способ коррекции психоэмоционального статуса обнаружил достаточно выраженный клинический эффект, его применение позволяет нивелировать основную вегетативно-соматическую составляющую тревоги и целесообразно в клинической практике.

**Ключевые слова:** психоэмоциональный статус; тревога; операция; острый панкреатит; Ноофен 500®; предоперационная подготовка

---

V.V. Kunovskyi, A.S. Barvinska

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

### Pharmacotherapy of the psychoemotional sphere in hospitalized patients in the early perioperative period

**Abstract.** The effectiveness of our method of leveling the state of anxiety based on the use of the nootropic preparation Noophen® 500 in surgical and trauma patients in the preoperative period was studied. In the group of patients using the proposed method (30 people), there was a regular tendency to level the anxiety syndrome in 76.47 % of surgical patients and 69.2 % of trauma patients, while in persons, who did not use this technique (20 people), the signs of per-

sonal and reactive anxiety remained at fairly high levels. It is concluded that the proposed method for the correction of psychoemotional status has revealed a rather significant clinical effect, its use allows to level the main vegetative and somatic component of anxiety and is expedient in clinical practice.

**Keywords:** psychoemotional status; anxiety; surgery; acute pancreatitis; Noophen® 500; preoperative preparation