

*Н. А. Малихіна*

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ,  
ОБТЯЖЕНИХ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ**

*Н. А. Малихіна*

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ,  
ОТЯЖОЩЕННЫХ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ**

*N. A. Malykhina*

**COMPLEX TREATMENT OF THE DEPRESSIVE DISORDERS BURDENED BY SUICIDE BEHAVIOR,  
WITH APPLICATION OF LASER THERAPY**

Мета дослідження — підвищення ефективності лікування хворих з ендогенними депресивними розладами, обтяженими суїцидальною поведінкою, шляхом комплексного застосування медикаментозного лікування й лазеротерапії з локальною гіпотермією шкіри в точках впливу лазерного випромінювання. Обстежено 110 хворих (жінки) з суїцидальною поведінкою (у формі спроб самоотруєння), з яких 55 осіб страждали на рекурентний депресивний розлад, а решта 55 осіб — на депресивний епізод. Хворі були пропорційно поділені на дві групи порівняння. В основній групі (80 осіб) проводилося комплексне лікування із застосуванням медикаментозного лікування, раціональної психотерапії й лазеротерапії (з локальною гіпотермією шкіри в точках впливу лазерного випромінювання), а в контрольній (30 осіб) — тільки медикаментозне лікування з раціональною психотерапією. Ефективність лікування оцінювали за динамікою депресивної симптоматики, а також показників шкал Гамільтон-21, реактивної тривоги й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, кольорового тесту Люшера (з обчисленням індексу тривоги й коефіцієнта Шипоша) та шкали оцінки виразності суїцидального ризику. Встановлено, що запропонований варіант комплексної терапії забезпечує статистично значуще підвищення ефективності лікування хворих на ендогенні депресивні розлади, обтяжені суїцидальною поведінкою.

**Ключові слова:** ендогенні депресивні розлади, суїцидальна поведінка, лазеротерапія, локальна гіпотермія

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных с эндогенными депрессивными расстройствами, отягощенными суицидальным поведением, путем комплексного применения медикаментозного лечения и лазеротерапии с локальной гипотермией кожи в точках воздействия лазерного излучения. Обследовано 110 больных (женщин) с суицидальным поведением (в форме попыток самоотравления), из которых 55 человек страдали рекуррентным депрессивным расстройством и еще 55 человек — с депрессивным эпизодом. Больные были пропорционально разделены на две группы сравнения. В основной группе (80 человек) проводилось комплексное лечение с применением медикаментозного лечения, рациональной психотерапии и лазеротерапии (с локальной гипотермией кожи в точках воздействия лазерного излучения), а в контрольной группе (30 человек) — только медикаментозное лечение с рациональной психотерапией. Эффективность лечения оценивали по динамике депрессивной симптоматики, а также показателей шкал Гамильтон-21, реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, цветового теста Люшера (с вычислением индекса тревоги и коэффициента Шипоша) и шкалы оценки выраженности суицидального риска. Установлено, что предложенный вариант комплексной терапии обеспечивает статистически значимый рост эффективности лечения больных с эндогенными депрессивными расстройствами, отягощенными суицидальным поведением.

**Ключевые слова:** эндогенные депрессивные расстройства, суицидальное поведение, лазеротерапия, локальная гипотермия

Research objective is increase efficiency of treatment of patients with endogenous depressive disorders burdened by suicide behavior with complex application of medicamentous treatment and laser therapy (with local hypothermia of skin in points of laser radiation's influence). 110 patients with suicide behavior in form of self-poisoning attempts (55 women with recurrent depressive disorder and 55 women with depressive episode,) are surveyed. All patients have been proportionally divided in two groups of comparison. In the basic group (80 persons) complex treatment with application of medicamentous treatment, rational psychotherapy and laser therapy (with local hypothermia of skin in points of influence of laser radiation) was used. In control group (30 persons) only medicamentous treatment with rational psychotherapy was used. The efficiency of treatment was estimated on dynamics of depressive symptomatology and results of investigation with application of Hamilton-21 depression scale, Spilberger-Khanin scales of reactive and personal anxiety and Lusher color test (with calculation of anxiety index and Shiposh factor). It is established, that the offered variant of complex therapy provides statistically significant increment of treatment's efficiency in patients with endogenous depressive disorders burdened by suicide behavior.

**Key words:** endogenous depressive disorders, suicide behavior, laser therapy, local hypothermia.

Афективні розлади належать до найпоширеніших видів психопатології. За даними Мінздраву України, на далеко не повному обліку в психоневрологічних диспансерах нашої країни на 01.01.2013 р. перебувало 51 968 пацієнтів (114,3 випадів на 100 тис. населення) з афективними розладами [16], серед яких традиційно домінують хворі з різними варіантами депресії.

Депресії істотно погіршують якість життя, як самого хворого, так і його найближчого оточення. Вони під-

ривають благополуччя країни у цілому, оскільки їхніми жертвами нерідко стають люди працездатного віку [8]. Нарешті, саме депресії й, особливо, депресії ендогенні, частіше інших психічних розладів стають причиною смерті. Це трапляється тоді, коли їхній перебіг ускладнюється суїцидальною активністю хворих [9, 26].

Особливо уразливими, в плані розвитку депресій, є жінки. Ризик формування цих психічних розладів протягом життя у жінок становить 10—25 %, у той час як у чоловіків — лише 5—12 % [22].

Лікування пацієнтів з ендogenous депресивними розладами, що супроводжуються суїцидальною поведінкою — надзвичайно складне завдання [21]. Основним методом лікування цієї психопатології залишається тривале застосування антидепресантів, що створюють серйозне фармакологічне навантаження на організм пацієнта з неминучими у таких випадках небажаними проявами [8, 16]. При цьому єдиним визнаним методом немедикаментозного лікування депресій залишається електроконвульсивна терапія [14, 15]. От чому в усьому світі тривають пошуки нових немедикаментозних методів лікування.

Останнім часом з'явилися обнадійливі дані про антидепресивний ефект лазеротерапії. Так, у ході рандомізованих, подвійних «сліпих», плацебоконтрольованих досліджень було показано, що лазерна акупунктура забезпечує статистично достовірну редукцію симптомів депресії [23, 24]. Ці та інші подібні повідомлення дозволили включити депресію до переліку показань для застосування лазеротерапії [2, 16]. Результати патентно-інформаційних досліджень, а також власні попередні дані [1, 10, 13, 25] дозволили висунути гіпотезу про те, що додаткове підвищення ефективності лазерної акупунктури можна досягти у разі її поєднання з локальною гіпотермією шкіри в точках впливу лазерного випромінювання.

От чому метою цього дослідження стало підвищення ефективності лікування ендogenous депресивних розладів у жінок із суїцидальною поведінкою шляхом комплексного застосування медикаментозного лікування та лазеротерапії з локальною гіпотермією шкіри в точках впливу лазерного випромінювання.

Робота виконувалася на базі жіночого психіатричного відділення № 7 Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Усього було обстежено 110 хворих (всі — жінки) з суїцидальною поведінкою (у формі спроб самоотруєння), з яких 55 осіб страж-

дали на рекурентний депресивний розлад (РДР), а решта 55 осіб — на депресивний епізод (ДЕ). Діагноз встановлювали за сукупністю даних анамнезу, клініко-психопатологічного дослідження, відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10).

Хворі із зазначеними розладами були пропорційно поділені на дві групи порівняння. В основній групі (80 осіб: 40 хворих із РДР і ще 40 хворих з ДЕ) проводилося комплексне лікування із застосуванням медикаментозного лікування, раціональної психотерапії й лазеротерапії, а в контрольній (30 осіб: 15 хворих із РДР і ще 15 хворих з ДЕ) — тільки медикаментозне лікування з раціональною психотерапією (ці пацієнти відмовилися від запропонованого їм комплексного лікування із застосуванням лазеротерапії). З метою одержання порівнянних результатів контрольну групу формували таким чином, щоб забезпечити відсутність достовірних вихідних відмінностей із основною групою за такими показниками як: характер початку й перебігу захворювання, його тривалість, середній вік обстежених, рівень їхньої освіти, спадкова обтяженість, умови життя й характер трудової діяльності (див. нижче).

Фонове медикаментозне лікування передбачало застосування антидепресантів, нейролептиків і бензодіазепінів. Через індивідуальні особливості хворих (відмінності за синдромальною приналежністю, за толерантністю до лікарських засобів, за відгуком на психофармакотерапію в анамнезі й т. п.), у різних пацієнток використовували різні антидепресанти, а саме циталопрам, іміпрамін, флуоксетин та сертралін. Тому для виявлення терапевтичного ефекту лазеротерапії, контрольну групу формували таким чином, щоб частота застосування різних антидепресантів, а також їхні середні дози не мали достовірних відмінностей від аналогічних показників в основній групі (табл. 1).

Таблиця 1

Частота застосування й середні добові дози антидепресантів у групах порівняння

Препарат	Частота застосування препарату						Середня добова доза, мг		
	Основна група (n = 80)				Контрольна група (n = 30)		Основна група (n = 80)		Контрольна група (n = 30)
	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)				ДЕ (n = 40)	РДР (n = 40)	
	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %	абс., осіб	відносна, %			
Циталопрам	11	27,50	10	25,00	7	23,33	42,75 ± 2,09	44,10 ± 2,33	43,20 ± 3,46
Іміпрамін	10	25,00	9	22,50	8	26,67	192,00 ± 9,50	198,00 ± 10,56	196,00 ± 16,01
Флуоксетин	9	22,50	10	25,00	7	23,33	38,80 ± 1,94	40,00 ± 2,16	39,60 ± 3,27
Сертралін	10	25,00	11	27,50	8	26,67	49,00 ± 2,47	50,50 ± 2,75	50,00 ± 4,17

Примітка: достовірних відмінностей між групами порівняння немає

З метою корекції поведінки призначали нейролептики (рисперидон у середніх дозах: 2,97 ± 0,15 мг; 3,06 ± 0,17 мг й 3,03 ± 0,26 мг в основній групі хворих з ДЕ та РДР, а також у контрольній групі хворих, відповідно). Для зниження рівня тривоги застосовували бензодіазепіни (гідазепам у середніх дозах: 50,00 ± 2,40 мг; 48,00 ± 2,67 мг та 51,00 ± 4,34 мг в основній групі хворих з ДЕ й РДР, а також у контрольній групі хворих, відповідно). Крім того, в усіх групах порівняння застосовували вітамінотерапію.

Фонову фармакотерапію доповнювали раціональною психотерапією, спрямованою на встановлення терапевтичного співробітництва з пацієнтками, на мобілізацію механізмів особистісного захисту та на формування конструктивних паттернів реагування на кризові ситуації [4].

Лазеротерапію проводили за оригінальною, захищеною патентом методикою [12]. Вона передбачала підвищення ефективності впливу лазерного випромінювання за рахунок модифікації метаболічних

процесів у зоні опромінення. Ця модифікація досяглася попередньою локальною гіпотермією. Гіпотермія й наступне опромінення здійснювали в ділянці тильної поверхні радіокарпального суглобу та нижньої третини передпліччя. У цій ділянці зосереджені точки акупунктури, вплив на які показаний при депресіях, а саме: точки меридіана «тонкої кишки» — IG5 (ян-гу), IG6 (ян-лао), IG7 (чжи-чжэн); точка меридіана «трьох обігрівачів» — TR5 (вай-гуань) і позамеридіанальна точка РС118 (чжун-цюань) [3, 20]. На зазначену ділянку накладали гелієвий пакет (охолоджений до температури 3—5° С) та температурний датчик (для моніторингу локальної гіпотермії шкірних покривів — швидкість зниження температури підтримували на рівні 2 градуса на хвилину). Додатковий контроль забезпечували повторні запитання до пацієнтки щодо відчуттів на шкірі в місці накладення гелевого пакету. Про досягнення достатнього ступеня гіпотермії свідчили повідомлення пацієнток про відчуття «печії», «поколювання» у місці накладення гелевого пакету (без відчуття болю (!)). Такі відчуття виникали при локальному охолодженні шкірного покриву до +5 — +20° С (залежно від індивідуальних особливостей температурної чутливості). Відразу після цього гелевий пакет знімали й після виникнення компенсаторної гіперемії попередньо охолодженої ділянки шкіри починали власне лазерне опромінення. Лазеротерапію здійснювали за допомогою сертифікованої для медичного застосування фотонної матриці Коробова «Барва-Флекс/З» приєднаної до базового блоку керування «Барва-МПБ 2С/80» виробництва Науково-виробничої медико-біологічної корпорації «Лазер і Здоров'я» (м. Харків). Роботу із приладом здійснювали відповідно до «Санітарних норм і правил пристрою й експлуатації лазерів» (№ 5804-91). Використовували матриці, оснащені лазерними діодами, із синім кольором випромінювання (довжина

хвилі — 470 нм), які, відповідно до посібника із застосування фотонних матриць Коробова «Барва-Флекс/З», є особливо ефективними при емоційній лабільності, імпульсивності та схильності до пригніченого настрою й рекомендовані для застосування під час лікування хворих на психічні та поведінкові розлади, що супроводжуються цими симптомами.

Для дотримання санітарно-гігієнічних вимог перед процедурою фотонну матрицю Коробова «Барва-Флекс» поміщали в прозорий поліетиленовий пакет, оброблений розчином «Дезоксон» або 70 % розчином етилового спирту, і фіксували на тильному боці радіокарпального суглобу за допомогою еластичної стрічки. Кожна процедура лазерного опромінення тривала 10 хвилин (режим випромінювання — безперервний). Повний курс лікування складався з 10 процедур, які проводили через день протягом перших трьох тижнів антидепресивної терапії [6].

Ефективність проведеної терапії оцінювали шляхом відстеження змін частоти основних психопатологічних симптомів депресивного кола протягом лікування, а також за допомогою дворазового (в день госпіталізації та на 21-шу добу) застосування шкали депресії Гамільтон-21, шкали реактивної тривоги й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна та кольорового тесту Люшера (з розрахунком індексу тривоги та коефіцієнта Шипоша), а також шкали оцінки виразності суїцидального ризику [5, 9, 11, 17, 19]. Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS й «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [7].

В процесі динамічного клініко-психопатологічного дослідження було встановлено, що в усіх групах порівняння під впливом проведеної терапії спостерігалось достовірне зниження частоти симптомів депресивного кола (табл.2).

Таблиця 2

Динаміка частоти психопатологічних симптомів у хворих на ендогенні депресії під впливом комплексного лікування

Симптоми	Частота симптомів																	
	До лікування						Після лікування						Редукція («до» мінус «після»)					
	Основна група (n = 80)				Контрольна група (n = 30)		Основна група (n = 80)				Контрольна група (n = 30)		Основна група (n = 80)				Контрольна група (n = 30)	
	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)		абс. осіб	відн., %	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)		абс. осіб	відн., %	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)		абс. осіб	відн., %
Загальна слабкість	40	100,00	40	100,00			30	100,00	15	37,50 <sup>1)</sup>			14	35,00 <sup>1)</sup>	17	56,67 <sup>1)</sup>		
Стомлюваність	40	100,00	40	100,00	30	100,00	16	40,00 <sup>1)</sup>	15	37,50 <sup>1)</sup>	16	53,33 <sup>1)</sup>	24	60,00	25	62,50	14	46,67
Зниження активності	40	100,00	40	100,00	30	100,00	15	37,50 <sup>1)</sup>	13	32,50 <sup>1)</sup>	18	60,00 <sup>1)</sup>	25	62,50	27	67,50	12	40,00 <sup>2)3)</sup>
Емоційна лабільність	40	100,00	40	100,00	30	100,00	11	27,50 <sup>1)</sup>	11	27,50 <sup>1)</sup>	13	43,33 <sup>1)</sup>	29	72,50	29	72,50	17	56,67
Роздратованість	37	92,50	38	95,00	28	93,33	4	10,00 <sup>1)</sup>	5	12,50 <sup>1)</sup>	5	16,67 <sup>1)</sup>	33	82,50	33	82,50	23	76,66
Зниження уваги	27	67,50	28	70,00	22	73,33	5	12,50 <sup>1)</sup>	7	17,50 <sup>1)</sup>	9	30,00 <sup>1)</sup>	22	55,00	21	52,50	13	43,33
Порушення пам'яті	33	82,50	33	82,50	25	83,33	13	32,50 <sup>1)</sup>	13	32,50 <sup>1)</sup>	11	36,67 <sup>1)</sup>	20	50,00	20	50,00	14	46,66
Порушення сну	40	100,00	40	100,00	30	100,00	10	25,00 <sup>1)</sup>	7	17,50 <sup>1)</sup>	19	63,33 <sup>1)</sup>	30	75,00	33	82,50	11	36,67 <sup>2)3)</sup>
Порушення апетиту	32	80,00	33	82,50	25	83,33	2	5,00 <sup>1)</sup>	3	7,50 <sup>1)</sup>	10	33,33 <sup>1)</sup>	30	75,00	30	75,00	15	50,00 <sup>2)3)</sup>
Зниження настрою	40	100,00	40	100,00	30	100,00	3	7,50 <sup>1)</sup>	2	5,00 <sup>1)</sup>	5	16,67 <sup>1)</sup>	37	92,50	38	95,00	25	83,33
Звуження круга інтересів	40	100,00	40	100,00	30	100,00	14	35,00 <sup>1)</sup>	15	37,50 <sup>1)</sup>	13	43,33 <sup>1)</sup>	26	65,00	25	62,50	17	56,67
Песимістичне бачення майбутнього	34	85,00	33	82,50	26	86,67	4	10,00 <sup>1)</sup>	5	12,50 <sup>1)</sup>	7	23,33 <sup>1)</sup>	30	75,00	28	70,00	19	63,34
Ідеї малоцінності	23	57,50	23	57,50	18	60,00	2	5,00 <sup>1)</sup>	2	5,00 <sup>1)</sup>	5	16,67 <sup>1)</sup>	21	52,50	21	52,50	13	43,33

Симптоми	Частота симптомів																	
	До лікування						Після лікування						Редукція («до» мінус «після»)					
	Основна група (n = 80)				Контрольна група (n = 30)		Основна група (n = 80)				Контрольна група (n = 30)		Основна група (n = 80)		Контрольна група (n = 30)			
	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)		абс. осіб	відн., %	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)		абс. осіб	відн., %	ДЕ (n = 40)		РДР (n = 40)		абс. осіб	відн., %
Ангедонія	23	57,50	24	60,00			18	60,00	3	7,50 <sup>1)</sup>			3	7,50 <sup>1)</sup>	4	13,33 <sup>1)</sup>		
Ідеомоторна загальмованість	35	87,50	37	92,50	28	93,33	1	2,50 <sup>1)</sup>	2	5,00 <sup>1)</sup>	2	6,67 <sup>1)</sup>	34	85,00	35	87,50	26	86,66
Відчуття провини	28	70,00	29	72,50	22	73,33	2	5,00 <sup>1)</sup>	2	5,00 <sup>1)</sup>	1	3,33 <sup>1)</sup>	26	65,00	27	67,50	21	70,00
Думки про смерть або самогубство	38	95,00	38	95,00	28	93,33	2	5,00 <sup>1)</sup>	3	7,50 <sup>1)</sup>	2	6,67 <sup>1)</sup>	36	90,00	35	87,50	26	86,66
Тривога	27	67,50	26	65,00	20	66,67	3	7,50 <sup>1)</sup>	3	7,50 <sup>1)</sup>	4	13,33 <sup>1)</sup>	24	60,00	23	57,50	16	53,34
Відчуття страху	28	70,00	28	70,00	22	73,33	2	5,00 <sup>1)</sup>	4	10,00 <sup>1)</sup>	4	13,33 <sup>1)</sup>	26	65,00	24	60,00	18	60,00
Помисливість	33	82,50	32	80,00	24	80,00	4	10,00 <sup>1)</sup>	5	12,50 <sup>1)</sup>	5	16,67 <sup>1)</sup>	29	72,50	27	67,50	19	63,33
Невпевненість у собі	11	27,50	11	27,50	9	30,00	1	2,50 <sup>1)</sup>	0	0,00 <sup>1)</sup>	2	6,67 <sup>1)</sup>	10	25,00	11	27,50	7	23,33
Деперсоналізація і дереалізація	31	77,50	33	82,50	25	83,33	0	0,00 <sup>1)</sup>	0	0,00 <sup>1)</sup>	1	3,33 <sup>1)</sup>	31	77,50	33	82,50	24	80,00
Нав'язливі думки	6	15,00	5	12,50	4	13,33	4	10,00	6	15,00	5	16,67	2	5,00	-1	-2,50	-1	-3,34
Підвищена підозрілість	40	100,00	40	100,00	30	100,00	13	32,50 <sup>1)</sup>	15	37,50 <sup>1)</sup>	16	53,33 <sup>1)</sup>	27	67,50	25	62,50	14	46,67 <sup>2)</sup>

Примітки: <sup>1)</sup> — відмінності з показниками кожної з груп до терапії достовірні ( $p < 0,05$ ). <sup>2)</sup> — відмінності за ступенем редукції з основною групою (ДЕ) достовірні  $p < 0,05$ . <sup>3)</sup> — відмінності за ступенем редукції з основною групою (РДР) достовірні  $p < 0,05$

Рідкісним винятком із цього правила стали іпохондричні думки, частота яких у хворих основної групи із РДР та у контрольній групі навіть трохи збільшилася (з 12,50 % й 13,33 % при першому обстеженні до 15,00 % й 16,67 % при другому обстеженні відповідно). Втім, це зростання не було статистично достовірним ( $p > 0,05$ ).

Поряд з описаними загальними рисами позитивної динаміки психічного статусу обстежених пацієнтів у групах порівняння мали місце й цілком достовірні відмінності, обумовлені різними варіантами застосованої терапії. Так, в основній групі спостерігалася вірогідно ( $p < 0,05$ ) більш глибока редукція частоти психопатологічної симптоматики, ніж у контрольній групі, а саме (для хворих з ДЕ й РДР відповідно): порушень сну — в 2,05 й 2,25 рази; зниження активності — в 1,56 й 1,69 рази; порушень апетиту — в 1,50 й 1,50 рази; загальної слабкості — в 1,44 й 1,50 рази й сексуальних порушень — в 1,45 й 1,34 рази (див. табл. 2).

У результаті вивчення динаміки кольорових уподобань (за даними тесту Люшера) було встановлено, що пацієнтки, що одержували запропонований варіант комплексного лікування (у порівнянні з пацієнтками, що одержували тільки фонову терапію) на 21-шу добу госпіталізації мали достовірно ( $p < 0,05$ ) більш низькі значення індексу тривоги ( $1,40 \pm 0,13$  бали й  $1,42 \pm 0,11$  бали у хворих основної групи з ДЕ й РДР відповідно проти  $2,00 \pm 0,18$  бали у членів контрольної групи) та коефіцієнта загального вегетативного енергобалансу або, іншими словами, коефіцієнта Шипоша ( $0,50 \pm 0,04$  бали й  $0,49 \pm 0,05$  бали у хворих основної групи з ДЕ й РДР відповідно проти  $1,36 \pm 0,11$  бали у членів контрольної групи) (табл. 3).

Однак, через велику дисперсію отриманих даних, під час обчислення ступеня редукції зазначених показників достовірні відмінності між групами порів-

няння спостерігалися лише за коефіцієнтом Шипоша ( $1,86 \pm 0,19$  бали й  $1,85 \pm 0,20$  бали у хворих основної групи з ДЕ й РДР відповідно проти  $0,99 \pm 0,22$  бали у членів контрольної групи) (див. табл. 3).

В результаті застосування опитувальника Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна було встановлено, що запропоноване комплексне лікування забезпечило достовірно ( $p < 0,05$ ) більш глибоку редукцію реактивної тривоги (на  $11,98 \pm 2,17$  й  $13,70 \pm 2,24$  бали у групі ДЕ й РДР відповідно), ніж фонові терапія (на  $5,99 \pm 1,80$  бали у групі контролю), у той час як рівень особистісної тривожності практично не зазнав змін в жодній із груп порівняння (див. табл. 3).

Нарешті, в результаті вивчення динаміки рівня депресії із застосуванням шкали Гамільтон-21 було встановлено, що запропоноване комплексне лікування з використанням лазеротерапії забезпечило достовірно ( $p < 0,05$ ) більш глибоку редукцію цього показника ( $25,45 \pm 0,65$  бали й  $26,22 \pm 0,69$  бали у хворих основної групи з ДЕ й РДР відповідно), ніж фонові терапія ( $19,98 \pm 1,12$  бали в контрольній групі) (див. табл. 3).

За загальним клінічним враженням, запропонований метод комплексної терапії забезпечив: практично повне видужання — у 47 пацієнток (58,75 %); значне поліпшення — у 19 пацієнток (23,75 %); помірне поліпшення — у 6 пацієнток (7,50 %) і, нарешті, відсутність динаміки — у 8 пацієнток (10,00 %). Слід зазначити, що погіршення стану не спостерігалася у жодній з пацієнток основної групи.

При цьому, у контрольній групі практичне видужання спостерігалася у 10 пацієнток (33,33 %); значне поліпшення — у 7 пацієнток (23,33 %); помірне поліпшення — у 5 пацієнток (16,67 %); відсутність динаміки — у 6 пацієнток (20,00 %) і, нарешті, погіршення стану — у 2 пацієнток (6,67 %).



Динаміка середніх значень показників, отриманих у результаті досліджень за допомогою тесту Люшера, опитувальника Спілбергера — Ханіна та шкали Гамільтон-21

Показники		Середні значення показника ( $M \pm m$ ), бали		
		Основна група ( $n = 80$ )		Контрольна група ( $n = 30$ )
		ДЕ ( $n = 40$ )	РДР ( $n = 40$ )	
Результати досліджень за допомогою тесту Люшера				
Індекс тривоги	До лікування	5,00 ± 0,45	5,20 ± 0,47	5,10 ± 0,46
	Після лікування	1,40 ± 0,13 <sup>1)</sup>	1,42 ± 0,11 <sup>1)</sup>	2,00 ± 0,18
	Редукція («до» мінус «після»)	3,60 ± 0,47	3,78 ± 0,48	3,10 ± 0,49
Коефіцієнт Шипоша	До лікування	2,36 ± 0,19	2,34 ± 0,19	2,35 ± 0,19
	Після лікування	0,50 ± 0,04 <sup>1)</sup>	0,49 ± 0,05 <sup>1)</sup>	1,36 ± 0,11
	Редукція («до» мінус «після»)	1,86 ± 0,19 <sup>2)</sup>	1,85 ± 0,20 <sup>2)</sup>	0,99 ± 0,22
Результати досліджень за допомогою опитувальника Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна				
Реактивна тривога	До лікування	55,16 ± 1,39	58,26 ± 1,16	57,08 ± 1,26
	Після лікування	43,18 ± 1,67 <sup>1)</sup>	44,56 ± 1,91 <sup>1)</sup>	51,09 ± 1,28 <sup>1)</sup>
	Редукція («до» мінус «після»)	11,98 ± 2,17 <sup>2)</sup>	13,70 ± 2,24 <sup>2)</sup>	5,99 ± 1,80
Особистісна тривожність	До лікування	49,10 ± 1,39	50,00 ± 1,16	51,30 ± 1,26
	Після лікування	45,12 ± 1,67	46,27 ± 1,91	48,61 ± 1,28
	Редукція («до» мінус «після»)	3,98 ± 2,17	3,73 ± 2,24	2,69 ± 1,80
Результати досліджень за допомогою шкали Гамільтон-21				
Рівень депресії	До лікування	36,19 ± 1,33	37,16 ± 1,52	37,00 ± 1,50
	Після лікування	10,74 ± 0,64 <sup>1)</sup>	10,94 ± 0,66 <sup>1)</sup>	17,02 ± 1,02 <sup>1)</sup>
	Редукція («до» мінус «після»)	25,45 ± 0,65 <sup>2)</sup>	26,22 ± 0,69 <sup>2)</sup>	19,98 ± 1,12

Примітки: <sup>1)</sup> — відмінності до лікування достовірні ( $p < 0,05$ ; <sup>2)</sup> — відмінності з контрольною групою достовірні ( $p < 0,05$ )

Зазначені відмінності між групами хворих за результатами лікування є достовірними ( $p < 0,05$ ), що також свідчить на користь запропонованого варіанта комплексного лікування хворих з депресією.

Використання запропонованого варіанта комплексної антидепресивної терапії забезпечує статистично значуще підвищення ефективності лікування хворих з ендogenous депресивними розладами, обтяженими суїцидальною поведінкою, що дозволяє рекомендувати його до впровадження в психіатричну практику.

Планується досліджувати можливість застосування запропонованого методу комплексної терапії для лікування хворих з іншими видами афективної патології, а також продовжити пошук оптимальних режимів локальної гіпотермії й режиму лазерного опромінення з метою подальшого підвищення ефективності терапії.

**Список літератури**

1. Бачериков, А. М. Лазеротерапія в комплексном лечени депрессивных расстройств / А. М. Бачериков, Н. А. Малыгина // Медицинская психология. — 2008. — № 3. — С. 44—46.
2. Буйлин, В. А. Свето-лазерная терапия (руководство для врачей) / В. А. Буйлин, А. И. Лаврушин, М. В. Никитина. — М., 2004. — 260 с.
3. Гаваа Лувсан Очерки методов восточной рефлексотерапии / Лувсан Гаваа. — Киев : «Здоров'я», 1986. — 232 с.
4. Денисенко, М. М. Суїцидальна поведінка у хворих на екзогенні та ендogenous депресії (клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, принципи профілактики) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психіатрія» / М. М. Денисенко — Х., 2011. — 20 с.

5. Кабанов, М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. — Л.: Медицина, 1983. — 310 с.
6. Коробов, А. М. Фототерапевтические аппараты Коробова серии «Барва» / А. М. Коробов, В. А. Коробов, Т. А. Лесная. — Харьков : ИПП Контраст, 2008. — 176 с.
7. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев : Моріон, 2000. — 320 с.
8. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]; под ред. Н. А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.
9. Мішиєв, В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів: Вид-во М., 2004. — 208 с.
10. Малихіна, Н. А. Механізми впливу лазеротерапії у хворих з депресивним розладом (Огляд) / Н. А. Малихіна // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 4 (61). — С. 22—26.
11. Пат. 40454 Україна, МПК А61В10/00 (13.02.2001). Спосіб визначення суїцидального ризику / В. Л. Гавенко, В. О. Мангубі, В. М. Сінайко, І. М. Соколова // Опубл. 16.07.2001, Бюл. № 6. — 4 с.
12. Пат. 38117 Україна, МПК А61N 5/067 (2008.01). Спосіб лазеротерапії / П. В. Волошин, Н. О. Марута, А. М. Бачериков та ін. // Опубл. 25.12.2008, Бюл. № 24. — 5 с.
13. Перстнев, С. В. Применение лазерного облучения крови в терапии фармакорезистентных аффективных состояний у больных эндогенными психозами : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» / С. В. Перстнев. — М., 1995. — 148 с.
14. Підкоритов, В. С. Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2(63). — С. 55—57.
15. Психиатрия: Национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 992 с.
16. Показники захворюваності на психічні та поведінкові розлади і діяльності психіатричних закладів в Україні в 2012 р. Статистичний довідник МОЗ України. — К., 2013. — С. 46.

17. Собчик Л. Н. Модифицированный восьмцветовой тест Люшера : практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб.: Изд-во «Речь», 2001. — 112 с.

18. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии / под ред. С. Д. Энна и Дж. Т. Койла. — М.: Мединформагентство, 2007. — 800 с.

19. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина. — Л.: ЛНИИФК, 1976. — 17 с.

20. Шапкин, В. И. Рефлексотерапия : практическое руководство для врачей / В. И. Шапкин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — С. 584—609.

21. Чабан, О. С. Лечение депрессии: новые взгляды на старые проблемы / О. С. Чабан // Нейрон-ревью: журнал клинических нейронаук. — 2007. — № 2. — С. 4—26.

22. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. — Днепропетровск : Пороги, 2006. — С. 470.

23. Laser acupuncture for depression: A randomised double blind controlled trial using low intensity laser intervention / [Quah-Smith J. I., Smith C., Crawford J. D., Russell J.] // J Affect Disord. — 2013 Jan 18. pii: [Epub ahead of print]

24. Quah-Smith J. I. Laser acupuncture for mild to moderate depression in a primary care setting—a randomised controlled trial / Quah-Smith J. I., Tang W. M., Russell J. // Acupunct Med. — 2005 Sep; 23(3): 103—11.

25. Wu D. H. Clinical research on traumatic cerebral infarction treated with mild-hypothermia and acupuncture / D. H. Wu, G. Y. Wang // Zhongguo Zhen Jiu. — 2012 Aug; 32(8): 697—700.

Надійшла до редакції 13.01.2014 р.

**МАЛИХІНА Наталія Анатоліївна**, молодший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: nmalychina@ukr.net

**MALYKHINA Nataliia Anatoliivna**, Junior Researcher of the Department of urgent Psychiatry and Narcology of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: nmalychina@ukr.net

УДК 615.21

**В. О. Радіонова, В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова, А. О. Казяйчева**  
**СУДОВА ФАРМАЦІЯ: ВИВЧЕННЯ СУЧАСНИХ ПРИЧИН ФОРМУВАННЯ**  
**АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЇЇ НАСЛІДКІВ У ЖІНОК**

**В. А. Радионова, В. В. Шаповалов, В. А. Шаповалова, А. А. Казяйчева**  
**СУДЕБНАЯ ФАРМАЦИЯ: ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ**  
**АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ У ЖЕНЩИН**

**V. A. Radionova, V. V. Shapovalov, V. O. Shapovalova, A. O. Kazyaycheva**  
**FORENSIC PHARMACY: STUDYING OF THE MODERN REASONS FOR THE FORMATION**  
**OF ALCOHOL DEPENDENCE AND ITS CONSEQUENCES FOR WOMEN**

У статті наведено порівняльні дані щодо формування алкогольної залежності у чоловіків та жінок. Визначено основні причини початку зловживання алкоголем серед жінок. Наведено приклади із наркологічної та судово-фармацевтичної практики стосовно алкогользалежних жінок.

**Ключові слова:** судова фармація, криміналістика, алкогольна залежність, жінки, лікування, правопорушення

В статье приведены сравнительные данные по формированию алкогольной зависимости у мужчин и женщин. Определены основные причины начала злоупотребления алкоголем среди женщин. Приведены примеры из наркологической и судебно-фармацевтической практики относительно алкогользависимых женщин.

**Ключевые слова:** судебная фармация, криминалистика, алкогольная зависимость, женщины, лечение, правонарушения

The paper presents comparative data on the formation of alcohol dependence among men and women. Defined the main causes of early alcohol abuse among women. The examples of drug and forensic pharmacy practice regarding alcohol-dependent women.

**Key words:** forensic pharmacy, criminalistics, alcohol dependence, women, treatment, legal offenses

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від шкідливого вживання алкоголю в світі щорічно помирає 2,5 млн осіб, значну частку з яких становить молодь (320 тис. осіб). Крім того, неконтрольоване вживання алкоголю спричиняє зростання наркотизації суспільства, нелегального обігу психоактивних речовин (ПАР), організованої наркозлочинної діяльності (наркобізнесу), поширення психоневрологічних розладів здоров'я, інфекційних захворювань (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити та інфекції, що передаються статевим шляхом) [3, 4].

Слід відзначити, що згідно з даними судово-фармацевтичних досліджень, за останні 15—20 років кількість жінок, які зловживають спиртними напоями, збільшилася з 8 % до 17 %, а співвідношення з чоловічим алкоголізмом було 1 : 10, а зараз — 1 : 5, тобто кожна шоста алкогользалежна особа — жінка, котра є носієм генофонду

України [1]. Тому актуальним дослідженням є вивчення причин та умов формування жіночого алкоголізму, який тягне за собою погіршення душевного і фізичного стану жінки, генетично відображається на її нащадках та спричиняє зростання злочинності з участю жінок.

Метою роботи стало вивчення сучасних причин формування алкогольної залежності та її наслідків у жінок за допомогою огляду літературних джерел з позиції судової фармації.

Матеріалом дослідження були статистичні дані ВООЗ, інтернет-джерел та приклади із судово-фармацевтичної і криміналістичної практики щодо поширеності та наслідків алкогольної залежності серед населення, зокрема серед жінок в Україні за період 2004—2013 рр., а також матеріали кримінальних справ, що перебувають у провадженні слідчих ГУМВС України в Харківській області. Дослідження алкогользалежних жінок в наркологічній практиці відбувалося на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру (під керівництвом

© Радіонова В. О., Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Казяйчева А. О., 2014