

Напреєнко О.К.,
Бабич В.В.,
Ветров С.Д.,
Юнда Л.І.,
Поладко Г.О.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЙ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

Резюме. У статті викладено результати впровадження діагностично-лікувальних заходів для лікування хворих з депресіями при невротичних і соматоформних розладах. Показана ефективність вищевикладеного структурованого підходу в результаті застосування якого підвищилася прихильність до терапії та якість їх життя.

Ключові слова: депресія, невротичні розлади, соматоформні розлади, фармакотерапія, психотерапія.

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Актуальною проблемою в розвинених країнах є розробка й впровадження заходів з подолання зниження якості життя людей внаслідок дії негативних емоційних чинників. Саме вони сприяють появі у людини стану психічної перенапруги, яка виникає в ситуації незадоволення базових потреб, фрустрації, що супроводжується негативними емоційними переживаннями таких модальностей, як дискомфорт, невдоволеність, роздратованість, пригніченість, тривога, страх та, як наслідок, – депресія і її надзвичайно серйозні негативні медичні та соціальні ускладнення [1].

Розуміння катастрофічного впливу стресових факторів на життя людини примусило Всесвітню організацію охорони здоров'я визначити дану проблему як головну у двадцять першому столітті, яка призводить до суттєвого погіршення соціального функціонування, у тому числі працездатності населення в усьому світі [2]. Тому інформаційне забезпечення населення щодо небезпеки депресії і її наслідків; активне формування здорового способу життя; усунення або обмеження негативного впливу факторів ризику; наукові дослідження, спрямовані на вивчення механізмів виникнення невротичних та соматоформних депресій, запобігання розвитку їх ускладнень, поліпшення якості життя хворих з даною патологією, а також розробка комплексу діагностично-лікувальних та реабілітаційних заходів щодо депресій при невротичних та соматоформних розладах є необхідними елементами процесу формування здорового суспільства в його соціальному, національному й інших аспектах.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття.

Згідно МКХ-10, соматоформні розлади – це група психічних порушень, головною ознакою яких є повторюване виникнення симптомів соматичних захворювань, на які скаржаться хворі всупереч запевненням лікарів про відсутність об'єктивно підтвердженої фізичної основи цих симптомів.

Актуальним напрямом у формуванні прогресивних підходів щодо подолання проблем, пов'язаних з неефективністю лікування депресій при невротичних та соматоформних розладах (НР, СР), є застосування комплексних соматотропних і психотропних діагностично-лікувальних заходів, що вже стає стандартом у лікуванні цієї категорії хворих [3]. Світовий досвід наочно демонструє не тільки високу клінічну, а й економічну ефективність такого підходу. Так, низка зарубіжних досліджень показала, що надання допомоги пацієнтам за спеціальним алгоритмом сприяє покращенню якості їх життя та підвищенню прихильності до лікування [4–7].

З огляду на значну поширеність невротичних і соматоформних розладів, провідну роль депресій у клінічній картині даної патології та виникненні її серйозних медико-соціальних негативних наслідків, а також недостатню ефективність сучасних підходів до надання допомоги цим хворим, перспективними науковими дослідженнями нині є розробка системи діагностично-лікувальних заходів, яка спрямована на покращання стану здоров'я шляхом впровадження лікувально-профілактичного комплексу, в якому особливу увагу приділено

детальному підбору методів диференційованої психотерапії та застосуванню монотерапії препаратами природного походження, через кращу їх переносимість хворими, у співставленні навіть із селективними антидепресантами.

Враховуючи вищезазначене, метою даної роботи було науково обґрунтувати, розробити, впровадити алгоритм системи діагностично-лікувальних заходів для осіб з депресіями при невротичних та соматоформних розладах та оцінити його ефективність.

Матеріали та методи дослідження. Всі особи, що були заплановані для участі в дослідженні, дали інформовану згоду на участь у ньому. Формування груп втручання та контрольних груп проводилося за принципом гніздової вибірки. Згідно мети та завданням дослідження з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі 1 та 27 відділень Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 і відділення психосоматики Київської міської клінічної лікарні №8 протягом 2009 – 2010 рр. обстежено 90 пацієнтів з депресивними розладами. Психічні прояви в процесі структурованого психопатологічного інтерв'ю діагностувалися відповідно до критеріїв Розділу V "Психічні розлади" МКХ-10: (Модуль F3 і F4) [8]. Всіх обстежених було розподілено на дві групи – основну та групу порівняння. До основної групи (N=60, 60,7 %) увійшли пацієнти з депресіями при невротичних та соматоформних розладах. Для верифікації клінічних особливостей депресивних розладів, в якості групи порівняння досліджено 30 пацієнтів (N=30, 39,3 %), у яких діагностовано ендогенну депресію.

На етапі проведення діагностично-лікувальних заходів проведено рандомізований розподіл хворих основної групи на дві підгрупи: пацієнти, яким надавалася допомога з використанням розробленого нами комплексу діагностично-лікувальних заходів – основна група 1 (n=30), та обстежені, яким ці заходи з організаційних причин проводилися тільки за допомогою психотерапії – основна група 2 (контрольна; n=30). Дизайн дослідження представлений на рис. 1.1.

Групи хворих були співставні, достовірно не відрізнялися за статтю, віком, демографічними характеристиками та тривалістю захворювання, основними клінічними проявами, структурою супутньої патології.

Диференційована психотерапевтична тактика та її методи обиралися з урахуванням виявлених конституціонально-типологічних і набутих



Рис 1.1. Дизайн дослідження

особливостей особистості, а також внутрішньо-особистісних та міжособистісних конфліктів і внутрішньої картини хвороби пацієнта. Психотерапевтична терапія призначалася виходячи з виду основного депресивного синдрому. При цьому, через наявність у більшості цих хворих сомато-неврологічної патології і небажаної побічної дії навіть сучасних психотропних лікувальних препаратів, перевага надавалася монотерапії препаратами природного походження (наприклад хомвіо-нервіна), лікувальний ефект яких є кінцевим результатом при легкій і помірній психогенній депресії, в комплексі з психотерапією, наближається до такого при застосуванні селективних антидепресантів. У випадках їх недостатньої ефективності призначалися селективні антидепресанти.

Аналіз, обробка і підрахунок процентних характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювалися за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows.

Виклад основного матеріалу дослідження. Метою діагностично-лікувальних заходів була зміна активної життєвої стратегії та комплексний вплив на психосоціальні та біологічні фактори ризику [9]. Зміна активної життєвої стратегії (соціальна корекція) передбачала аналіз перебудову спрямованості особистості та способу життя хворого, засобів досягнення життєвих цілей системи відношень і світогляду пацієнта, а також відновлення повноцінності його соціального функціонування (суб'єктивного та об'єктивного). Біологічна корекція була спрямована на нормалізацію артеріального тиску, відмову від тютюнокуріння, зловживання алкоголем та інших шкідливих звичок, дотримання дієти, адекватну фізичну активність тощо.

Базисними принципами побудови діагностично-лікувальних заходів стали [10–12]:

- добровільність;

- усвідомленість;
- відповідність (адекватність);
- доцільність;
- допустимість;
- гуманність психотерапевтичного впливу;
- системність та багаторівневість впливу;
- етапність психотерапевтичних заходів;
- комплексність, використання декількох психотерапевтичних методів, з послідовною зміною їх ролі в залежності від завдань етапу діагностично-лікувальних заходів;
- максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу при переважно груповій формі роботи з хворими.

При побудові діагностично-лікувальної системи слід враховувати:

- особливості організації лікувального процесу в закладі;
- перебіг основного захворювання;
- суб'єкти психотерапевтичного процесу;
- "мішені" психотерапевтичного впливу.

Основний принцип діагностично-лікувальних заходів був спрямований на "мішені" розвитку депресії при невротичних та соматоформних психічних розладах та полягав в зміні активної життєвої стратегії пацієнтів і покращення якості їх життя та прихильності до терапії.

Наступний принцип полягав в послідовній зміні її спрямованості від нозоцентричної (орієнтація на хворобу) до антропоцентричної (орієнтація на людину) і далі до соціоцентричної (орієнтація на зв'язок особистості з навколишнім середовищем) установки. Ще один принцип пов'язаний зі встановленням глибини і тривалості наявних у пацієнта психопатологічних розладів. Запровадження зазначеної системи допомоги пацієнтам із депресіями при невротичних та соматоформних розладах здійснювалося в чотири етапи стаціонарного та одного – амбулаторного лікування:

- мотиваційно-адаптаційний (I етап – до 7 днів) – починався з моменту поступлення хворого до стаціонару, був спрямований на формування комплайенсу та профілактику ятрогенії і реалізувався короткостроковою психотерапевтичною інтервенцією за допомогою раціональної психотерапії, міліотерапії та елементів сімейної психотерапії;
- психодіагностичний (II етап – до 2 днів) – під час перебування пацієнта у відділенні (2 сеанси) – визначення "мішеней" психотерапевтичного (ПТ)

впливу за допомогою психодіагностичного інструментарію;

- терапевтично-коригуючий (III етап – до 12 днів) – активна ПТ інтервенція (7 сеансів), яка спрямована на створення умов по зміні активної життєвої стратегії. Усвідомлення змісту життя, наявності важливої стратегічної мети дозволяє подолати багато життєвих труднощів. Характеризується:

- досягненням позитивної динаміки емоційного стану хворих;
- усвідомлення хворими зв'язку чинників і проявів патологічних станів із особливостями їх особистості та поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами;
- корекція масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості;
- перебудова особистості хворого, системи його відносин, реадaptaція в макро- та мікросоціальному середовищі за допомогою активної ПТ інтервенції, що спрямована на створення умов по зміні життєвої стратегії. Включає індивідуальну (4 сеанси) та групову (3 сеанси) психотерапію;
- профілактично-реабілітаційний (IV етап – до 2 днів) – включає 2 сеанси індивідуальної психотерапії, що спрямовані на супровід зміни життєвої стратегії. Характеризується:
- закріпленням досягнутого терапевтичного результату,
- формуванням навичок психічної саморегуляції,
- появою скоригованої системи життєвих цілей, цінностей, відношення до захворювання, свого "Я" та оточуючого середовища;
- підтримуючий (V етап – протягом року) – до 12 сеансів індивідуальної психокорекції, що спрямовані на покращення стану здоров'я та якості життя пацієнтів при зміні життєвої стратегії, використовувався той же ПТ інструментарій.

Алгоритм системи діагностично-лікувальних заходів представлений на рис.1.

Результати та їх обговорення. Вищезазначена система психотерапії має провідне значення, як етіологічний метод лікування. Однак у більшості випадків невротичних і соматоформних розладів його слід доповнювати патогенетично обґрунтованою психотропною фармакотерапією.

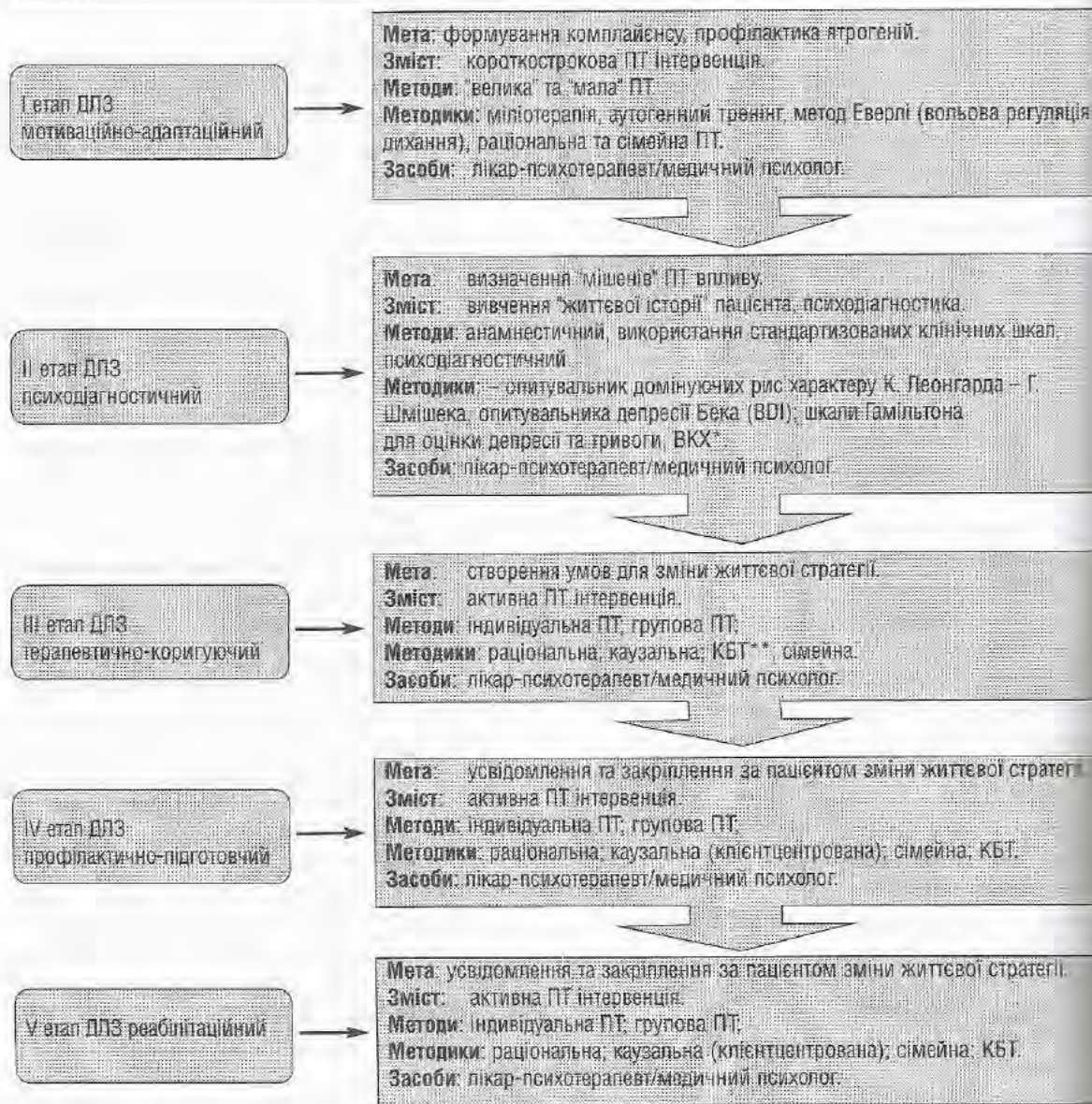


Рис. 1.2. Алгоритм проведення діагностично-лікувальних заходів

Примітка: * – Внутрішня картина хвороби;
 ** – Когнітивно-біхевіоральна терапія.

До лікарських засобів при цій патології слід висувати наступні вимоги [13]:

- широкий спектр психотропної активності (ефективний вплив на тривожно-депресивні, іпохондричні і інші симптоми);
- мінімальна несприятлива (побічна) дія на вегето-вісцеральні функції;
- позитивний соматотропний ефект (лікувальна дія на сомато-неврологічну сферу);
- мінімальна поведінкова токсичність (мала вираженість або відсутність впливу на сенсомоторні реакції, увагу та ін.).

Нами зроблено припущення, що цим вимо-

гам в достатній мірі відповідає хомвіо-нервін, який компанія виробник позиціонує як комплексний гомеопатичний засіб – природний транквілізатор із антидепресивним, протитривожним, снодійним та іншими психотропними ефектами без побічних дій і звикання. Нижче перераховані діючі речовини цього препарату, а також їх кількісний вміст і терапевтичні ефекти, описані Р. Келер, Же. Шарль, Э. Фарінгтон, Н.В. Вавіловою [14–17].

Одна таблетка хомвіо-нервину містить:

1. Sepia D4 – Чорнило каракатиці (10 міліграми) купірує невротичні розлади.

що супроводжуються тривогою, пригніченим настроєм, підвищеною дратівливістю, плаксивістю, фобіями, істеричними симптомами, піглівістю, приливами жару до тулуба і голови, відчуттям жару або похолодання в кінцівках, а також застоєм крові в системі воротної вени;

2. *Ambra grisea* Д2 – Китовий віск (64 міліграми) – сприяє усуненню безсоння, що виникає при розумовій перевтомі і хвилюванні, розладів пам'яті, у тому числі в осіб літнього віку, судорожної симптоматики, запаморочення, хиткої ходи, парестезій в кінцівках, а також коклюшоподібного кашлю, астматичних проявів, диспепсії, гіпертонусу мускулатури матки, надмірних місячних, носових кровотеч і варикозного розширення вен нижніх кінцівок;
3. *Nuosciatus niger* Д3 – Блекота чорна (32 міліграми) – застосовується в гомеопатичній практиці при депресії, інсомнії, істеричних симптомах, післяродових і клімактеричних психозах, алкоголізмі (у тому числі з металкогольними психозами), епілепсії, паркінсонізмі, заїканні, а також спастичній гикавці, коліті і кашлі, функціональних затримках сечовивідання і енурезі, сатириазі і німфоманії;
4. *Ignatia amara* Д3 – Ігнація гірка (32 міліграми) – показана при невротичних порушеннях сну, церебралгіях, треморі, гіпергідрозі, неспинному позіханні, булімії, хореї, парастезіях і порізах кінцівок, проявах "кардіоневрозу", а також функціональних спазмах верхніх дихальних шляхів, судомних болях в м'язах гомілок (що симулюють облітеруючий ендартерійт), спазмах в шлунку і ілеоцекальній області ("помилковий апендицит"), психогенній діарей, аменорей, свербінні статевих органів, алібідемії, надмірно частих спонтанних ерекцій.

Такий незвичний для класичної медицини, проте прийнятий в гомеопатичній теорії і практиці, так само як і в психосоматичній медицині, опис свідчень про широкий спектр його лікувальної дії при невротичних і соматоформних розладах, а також при невротичних порушеннях із коморбідною сомато-неврологічною патологією.

Рекомендації по дозуванню хомвіо-нервіна: при безсонні – 4 таблетки перед сном; перед

екзаменами, виступами, презентаціями, співбесідами і іншими стресогенними ситуаціями – 2–3 таблетки вранці; при курсовому лікуванні невротичних розладів – по 1–2 таблетки 3 рази на добу.

Лікування даним препаратом проводилося у вигляді монотерапії, при якій пацієнтам основної групи в комплексі з немедикаментозною терапією призначали хомвіо-нервін по 1–2 таблетки (залежно від вираженості симптоматики) 3 рази на день під язик до повного розсмоктування незалежно від часу прийому їжі. Якщо протягом перших 7 днів ця доза була недостатньо ефективною, її збільшували до 3–4 таблеток на добу. Препарат добре переносився хворими і показав значний самостійний терапевтичний ефект, а також потенціював дію психотерапії при розглянутих розладах. Початок зворотного розвитку симптомів депресії відмічався вже з 2 тижня лікування, а стійке значне поліпшення – з 4 тижня терапії.

Ефект комплексної терапії із застосуванням хомвіо-нервіну порівнювали з результативністю терапії з використанням селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС – ципралекс), а також психотерапії без медикаментозної підтримки. СІЗЗС призначали згідно існуючих рекомендацій [18, 19] тільки у тих випадках, коли терапевтичний ефект (щодо редукції симптомів депресії) був недостатній. Аналіз отриманих результатів показав, що у більшості випадків 21 (70 % хворих основної групи-1) для отримання бажаного лікувального ефекту достатнім було використання хомвіо-нервіну і тільки 8 (26,7 %) пацієнтам довелося призначити селективні антидепресивні препарати. При цьому побічні ефекти терапії спостерігалися лише в пацієнтів, які приймали антидепресанти групи СІЗЗС (у 25% з них) і в жодного з тих, хто використовував хомвіо-нервін, що ми пояснюємо кращою переносимістю хворими, особливо із сомато-неврологічною патологією, саме препаратів природного походження.

Терапевтичний ефект оцінювали за спеціально розробленими клінічними критеріями (таблиця 1.1), а також за динамікою патофизиологічних шкал депресії і тривоги Гамільтона.

Результати вивчення ефективності лікування в основній групі 1 і основній групі 2 (контрольній) представлені в таблиці 1.2.

Отримані в ході дослідження результати свідчать, що в основній групі після проведення

го комплексного лікування за розробленою схемою видужання було зареєстровано у 47 (78,3 %) хворих, значне покращення – у 9 (15,0 %), покращення – у 4 (6,7 %) пацієнтів ($p < 0,01$). Відсутності позитивної динаміки та погіршення стану не відзначено. Результати ефективності лікування, що обмежилося психотерапією розподілилося наступним чином: видужання – у 29 (48,3 %) пацієнтів, значне покращення – у 12 (20,0 %), покращення – у 3 (5,0 %) пацієнтів. Погіршення стану не відзначено. Отже, загальна ефективність лікування пацієнтів основної групи перевищує таку в групі порівняння на 20,1 % (відповідно 86,7 % та 66,6 %, $p < 0,05$). Таким чином, використання психотропних засобів природного походження, а в деяких випадках і селективних антидепресантів суттєво підвищує результативність медичної допомоги вказаній категорії хворих у порівнянні з суто психотерапією.

За даними повторного обстеження пацієнтів з використанням клінічних шкал депресії (рис. 1.3) та тривоги (рис. 1.4) Гамільтона середній бал був нижчим за початковий діагностично-клінічний рівень.

Висновки. Таким чином, впровадження запропонованих лікувально-діагностичних заходів суттєво позитивно впливає на перебіг

хвороби, формування в пацієнта адекватного ставлення до хвороби, підвищує ефективність лікування, рівень реадaptaції в суспільстві та якість життя зазначеної категорії хворих. Інтенсифікована психотерапевтична тактика її методи обираються з урахуванням виявлених конституціонально-типологічних і набутих особливостей особистості, а також внутрішньо-особистісних та міжособистісних конфліктів внутрішньої картини хвороби пацієнта. Психотерапевтична терапія призначається виходячи з виду основного депресивного синдрому. Крім того, через наявність у більшості цих хворих сомато-неврологічної патології і небажаних побічних дій навіть сучасних психотропних лікувальних засобів, перевага надається монотерапії препаратами природного походження (наприкладі хомвіо-нервіна), лікувальний ефект яких за кінцевим результатом при легкій і помірній психогенній депресії, в комплексі з психотерапією, наближається до такого при застосуванні селективних антидепресантів. У випадках їх недостатньої ефективності слід призначати селективні антидепресанти.

Широке впровадження даної системи надасть можливість подолати або знизити негативний вплив клініко-психопатологічних, психологічних, соціальних факторів та підвищити якість життя хворих та прихильність до терапії.

ТАБЛИЦЯ 1.1

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3 бали	Значне поліпшення	Значна редукція суб'єктивних скарг хворого, поліпшення показників клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних і лабораторних тестів
2 бали	Помітне поліпшення	Позитивна динаміка суб'єктивних скарг і показників, що вивчаються
1 бал	Незначне поліпшення	Незначна позитивна динаміка суб'єктивних скарг і показників, що вивчаються
0 балів	Без динаміки або погіршення	Відсутність позитивної динаміки або погіршення стану хворого

ТАБЛИЦЯ 1.2.

ЗАГАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Результат лікування	Основна група 1 (n=30)			Основна група 2 (контроль) (n=30)		
	Абс.число	%	бали	Абс.число	%	бали
Значне поліпшення	12	40	36	5	16,7	15
Помітне поліпшення	10	33,4	20	7	23,3	14
Незначне поліпшення	4	13,3	1	8	26,7	8
Без динаміки або погіршення	4	13,3	0	10	33,4	0

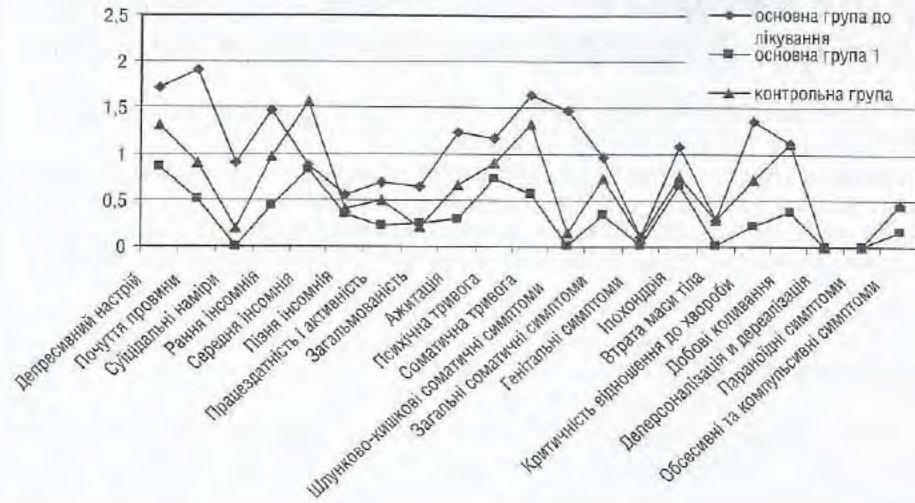


Рис. 1.3. Динаміка показників депресії за шкалою Гамільтона до та після психотерапії в досліджених групах

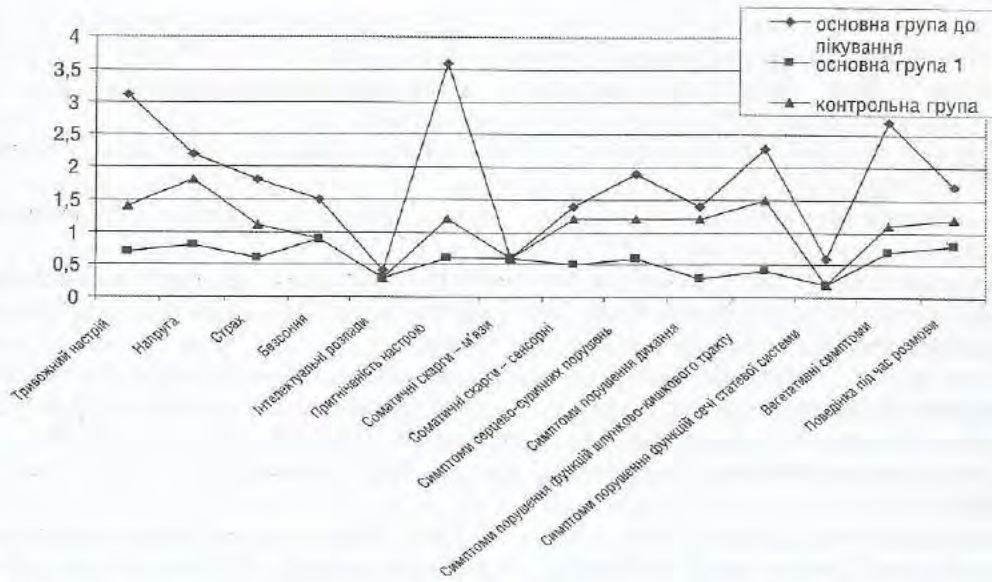


Рис. 2.4. Динаміка показників тривоги за шкалою Гамільтона до та після психотерапії в досліджених групах

КОМПЛЕКСНИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

А.К. Напрєєнко, В.В. Бабич, С.Д. Вєтров, Л.И. Юнда, А.А. Поладко

Резюме: В статті изложено результати впровадження діагностико-лікарського комплексу для хворих з депресіями при невротических і соматоформних розладах. Показано ефективність вищеизложеного структурованого підходу в результаті якого збільшилась приверженість к терапії пацієнтів і покращилось якість їх життя.

Ключевые слова: депресія, невротическіє розлади, соматоформніє розлади, фармакотерапія, психотерапія.

INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS

O.K. Napryeyenko, V.V. Babich, S.D. Vetrov, L.I. Yunda, A.A. Poladko

Summary: *The article presents the results of the introduction of diagnostic and therapeutic complex for patients with depression in the structure of neurotic and somatoform disorders. The efficiency of the above structured approach which resulted in increased compliance to therapy and improved patient's quality of life.*

Key words: *depression, neurotic disorders, somatoform disorders, pharmacotherapy, psychotherapy.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гайдаев Ю.О. Державна політика в галузі охорони здоров'я // Український медичний часопис. - 2007. - №4 ? 60 (VII-VIII). - С. 4-8.
2. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні. Аналітично-статистичний посібник / Під ред. В.М. Коваленка - Київ, 2005. - 140 с.
3. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Чугунов В. В. Актуальные проблемы нейронаук в Украине // Вісник психічного здоров'я. - 1999. - № 4. - С. 5-6.
4. Волошин П.В., Марута Н.О., Явдак І.О. та ін. Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектру // Архів психіатрії. - 2004. - Т.10, № 1 (36). - С. 80-84.
5. Abbass A., Kisely S., Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders // Psychother. Psychosom. - 2009. - Vol. 78. - P. 265-274.
6. Fava G.A., Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later // Psychother. Psychosom. - 2008. - Vol. 77. - P. 1-2.
7. Подкоритов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии: Современная терапия. (Руководство для врачей). - Харьков: Торнадо, 2003. - 350 с.
8. Критерії діагностики і лікування психічних розладів і розладів поведінки у дорослих. Клінічний посібник / За ред. проф. П.В. Волошина, В.М. Пономаренка, О.К. Напреенко, Н.О. Марути та ін. - Харків: АРСІС, 2000. - 303 с.
9. Сердюк А.И., Михайлов Б.В. Формирование терапевтической тактики относительно непсихотических психических нарушений психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями // Архів психіатрії. - 2004. - № 1 (36). - С.151-153.
10. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб.: Питер Ком, 1998. - 752 с.
11. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / Под общей редакцией Б.В.Михайлова. - Харьков: "Прапор", 2002. - 108 с. - Бібліогр.: с. 17-74.
12. Бабич В.В. Психотерапія в комплексному лікуванні розладів адаптації у хворих з гострим інфарктом міокарду: Дис. ... кандидата мед. наук. - К., 2008. - 171 с. - Бібліогр.: с. 90-119.
13. Напреенко А.К., Юнда Л.И., Герасименко А.И. Хомвио-нервин в лечении непсихотических психических расстройств // Укр. вісник психоневрології. - Т.13, вип. 1(42), 2005 - С. 71-74.
14. Вавилова Н.В. Гомеопатическая фармакодинамика. - 4.1 и 4.2. - М.: Эверест, 1994.
15. Келер Г. Гомеопатия. - Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997.
16. Фарингтон Э. Гомеопатическая клиническая фармакология. - К.: Колос ИТЭМ, 1992.
17. Шарет Ж. Практическое лекарствоведение К.: Украинская советская энциклопедия, 1990.
18. Напреенко О.К. Сучасна фармакотерапія депресій / Вісник фармакології та фармацевції. - Т.10, 2004. - С. 21-28.
19. Напреенко О.К. Депресії (легкий та помірний епізоди без соматичного синдрому та з соматичним синдромом) / Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню. - К.:NICARE, 2006. - С. 27-37.