

збільшення загального часу сну з 4,9 год до 5,8 год, що свідчить про нормалізацію загальної архітектури сну.

Досліджуваний курс комплексної терапії добре переносився хворими і не чинив негативного впливу на біохімічні показники крові.

Укладачі:

Фещенко Ю. І., акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.; Яшина Л. О., д-р мед. наук, проф.; Ігнатєва В. І., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Полянська М. О. канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Зволь І. В., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Поточняк О. В., мол. наук. співроб.; Опімах С. Г., канд. мед. наук, мол. наук. співроб.; Москаленко С. М., канд. мед. наук, наук. співроб.; Крамарська Н. В., канд. мед. наук, наук. співроб.; Чумак І. В.; Галай Л. А.; Дяченко Н. А. (НІФП НАМН).

Рецензенти:

Ячник А. І., головний науковий співробітник клініко-функціонального відділення НІФП НАМН, д-р мед. наук, проф.;
Зайков С. В., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:
акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф. Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

Відповідальний за випуск:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”,
03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМН)

УДК 616.24-007.272-036.12:616.895.4

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 1
від 27.01.2015 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОСІДНАННІ З
ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ**
(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного та терапевтичного профілю спосіб лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з депресивним епізодом, який розроблений та апробований у відділенні діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень НІФП НАМН, суть якого полягає у призначенні базисної медикаментозної терапії відповідно до клінічної групи хворого та антидепресанта агомелатину у фармакопейно припустимій дозі та режимі.

Незважаючи на впровадження в практику сучасних принципів діагностики та лікування ХОЗЛ, досягти повного контролю над цією хворобою не вдається. В більшості випадків це пов'язано з наявністю супутньої патології при ХОЗЛ, яка не завжди буває своєчасно діагностована, в результаті чого пацієнти не отримують адекватної медичної допомоги. Недостатньо уваги приділяється психосоматичним порушенням, особливо депресивному синдрому. Маловивченими залишаються параметри якості життя хворих на ХОЗЛ з урахуванням емоційно-психічного стану пацієнтів, у зв'язку з чим методи їх корекції не розробляються належним чином.

За епідеміологічними даними депресія у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) діагностується у 37,0 – 71,0 % хворих, що значно вище, ніж у загальній популяції, і найбільш часто проявляється як депресивний епізод (ДЕ). ДЕ – афективний розлад, що характеризується емоційними, когнітивними і соматичними порушеннями (зниженням настрою, втратою інтересів і задоволення, зниженням енергійності та підвищенням стомлюваності).

ДЕ негативно впливає на якість сну, погіршує перебіг основного захворювання, знижує ефективність реабілітаційних програм та якість життя хворих. Тому своєчасне виявлення та лікування супутньої депресії у хворих на ХОЗЛ є актуальним. Проте на сьогодні відсутні стандартні схеми ефективного лікування хворих з цією поєднаною патологією.

Відомі трициклічні антидепресанти (ТЦА), селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) та норадреналіну (СІЗЗСін) для досягнення клінічного ефекту потребують тривалого їх застосування, викликають психомоторне

збудження, кардіотоксичний та бронхоспастичний ефекти, що не дозволяє широко застосовувати їх у хворих на ХОЗЛ з ДЕ.

Дослідження останніх років довели, що агомелатин – антидепресант нового покоління, який є агоністом мелатонінових МТ1 і МТ2 рецепторів, 5-НТ2с-антагоністом серотонінових рецепторів, завдяки чому він забезпечує антидепресивний ефект, але без підвищення рівня амінів в плазмі крові, яке веде до добре відомих серотонінергічних чи норадреналінергічних побічних явищ, які пов'язані зі вживанням СІЗЗС або СІЗЗСін.

Суть способу лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з депресивним епізодом, який пропонується до впровадження, полягає у призначенні антидепресанта агомелатину у фармакопейно припустимій дозі та режимі на тлі базисної медикаментозної терапії відповідно до клінічної групи хворого, в результаті чого досягається: клініко-функціональна ефективність – 86,7 %; зменшення значення шкали mMRC з 2,4 балів до 1,9 балів, САТ тесту з 20,8 балів до 11,9 балів, що свідчить про стабілізацію клінічних симптомів хронічного обструктивного захворювання легень; покращення якості життя за результатами опитувальника госпіталю святого Георгія; зниження рівня депресії за даними опитувальника PHQ-9 з 16,8 балів до 5,9 балів, шкали MADRS з 25,5 балів до 10,3 балів, рівня особистісної тривожності за шкалою Спілбергера з 38,0 балів до 32,4 балів, підвищення суб'єктивної якості сну за даними шкали ШДУС-16 з 82,0 балів до 58,2 балів, покращення сну та зменшення втоми за оцінкою динаміки результатів шкали інсомнії Бергена з 70,8 балів до 53,3 балів, що свідчить про стабілізацію клінічних симптомів депресії; підвищення форсованої життєвої ємності легень – з 75,8 % до 83,6 % через 3 місяці комплексного лікування; збільшення сили дихальних м'язів на вдиху з 46,7 %, до 56,6 %; збільшення FEV₁ з 53,1 % до 59,6 % та FEV₁/FVC з 57,1 % до 68,2 %, що свідчить про значне зменшення бронхообструкції; збільшення кількості пройдених метрів 6MWT з 277,0 м до 302,0 м, що свідчить про підвищення толерантності до фізичного навантаження; підвищення ефективності сну за даними полісомнографії з 67,9 % до 77,3 %; нормалізація NREM фази сну, за рахунок подовження 3 і 4 стадій сну, скорочення REM фази сну,