

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ
І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ім. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»**

ДОВГАНЬ АЛІНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК: 616.24:159.9:616.89-008.454-07-08

**СОМАТОПСИХІЧНИЙ ФЕНОТИП ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ:
ДІАГНОСТИКА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ**

14.01.27 – пульмонологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Київ - 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова МОЗ України

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор

Константинович Тетяна Володимирівна,

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Дзюблик Олександр Ярославович,**
Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», завідувач відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень

доктор медичних наук, професор **Конопкіна Людмила Іванівна,**
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», завідувач кафедри внутрішньої медицини 1

Захист відбудеться «24» вересня 2018 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

Автореферат розісланий «22» серпня 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. О. Речкіна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) входить до групи найбільш значущих патологій сучасності, актуальність якого зумовлена високими показниками розповсюдженості, інвалідизації, смертності та постійно зростаючими економічними збитками (Фещенко Ю.І., Яшина Л.О. та ін., 2016; Barnes P.J., 2016). Впровадження в практичну охорону здоров'я державного узгоджувального документу – Наказу МОЗ України № 555 (2013 р.) – позитивно вплинуло на раннє виявлення та комплексний підхід до лікування ХОЗЛ. Однак, стримати прогресування, поліпшити контроль над перебігом захворюванням та покращити якість життя (ЯЖ) хворих поки що не вдається (Фещенко Ю.І., 2015).

Перебіг ХОЗЛ має прогресуючий характер, особливо за наявності впливу факторів, модифікуючих його (Сушко В.О. та ін., 2014). Такими факторами можуть виступати системні ефекти ХОЗЛ та коморбідна патологія (Ячник А.І. та ін., 2014). За їх впливу потенціюється системне запалення, збільшується частота і тяжкість загострень, знижується відповідь на лікування та виживання пацієнтів, погіршується комплаєнс між лікарем і пацієнтом (Дзюблик О.Я., Дзюблик Я.О., 2015). Супутня патологія істотно впливає на виразність симптомів захворювання, функціональний стан зовнішнього дихання, фізичну активність, загальний статус здоров'я і ЯЖ хворих (Black-Shinn J.L., 2014). А припинення або зниження такого впливу, навіть при значному обмеженні прохідності дихальних шляхів, може в деякій мірі покращити функцію легень та уповільнити прогресування ХОЗЛ (Асанов Е.О., Свінціцький А.С. та ін., 2017). Якість діагностики функціональних порушень і можливість застосування цілеспрямованої персоніфікованої терапії істотно знижується за відсутності урахування фенотипів хвороби (Фещенко Ю.І., 2016). У зв'язку з цим актуальним постає питання виявлення відповідних фенотипів перебігу захворювання з урахуванням даних факторів та корекції їх в рамках комплексної терапії хворих на ХОЗЛ.

Сучасні погляди на ХОЗЛ розглядають його як системне захворювання з множинними позалегеновими ефектами, одним із яких є враження психоемоційної сфери пацієнтів (Agusti A., 2010). Порушення психологічного статусу при ХОЗЛ негативно впливають на клініку і прогноз захворювання (Hanania N.A. et al., 2011). Більшість сучасних досліджень присвячені виявленню окремих синдромів психоемоційних розладів, таких як депресії і тривожності, та встановленню їх динаміки залежно від прогресування ХОЗЛ (Фещенко Ю.І. та ін., 2015; Перцева Т.О., Конопкіна Л.І. та ін., 2015; Поясник І.М., 2014; Yohannes A.M. et al., 2014). Однак, як і більшість захворювань, в тому числі і бронхообструктивних, що здатні провокувати розвиток соматогенних станів, ХОЗЛ часто супроводжується не окремими психічними синдромами, а їх сукупністю (Мостовой Ю.М., Константинович Т.В., 2014).

За наявності ряду наукових досліджень, що стосуються даної проблеми, відомості про поширення та виразність соматопсихічної дисфункції в структурі ХОЗЛ, взаємовплив їх у процесі розвитку захворювання, аналіз показників ЯЖ залежно від стану психоемоційної сфери у хворих на ХОЗЛ висвітлені недостатньо.

Фрагментарно представлена інформація щодо доцільності застосування препаратів психокоригуючої дії з метою поліпшення впливу на перебіг ХОЗЛ та складові ЯЖ у даної категорії хворих. Все вищезазначене обумовило актуальність дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова «Особливості діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів у разі їх поєднання: фармакоепідеміологічні, фармакоекономічні аспекти, показники якості життя» (№ державної реєстрації 0115U006745).

Мета дослідження: вивчити частоту соматопсихічного фенотипу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, удосконалити діагностику та лікування.

Завдання дослідження:

1. Встановити поширеність та структуру супутніх соматопсихічних станів, визначити ступінь їх вираженості залежно від віку, статі, важкості перебігу та тривалості захворювання.

2. Визначити особливості перебігу ХОЗЛ за соматопсихічного фенотипу.

3. Дослідити функціональний стан параметрів зовнішнього дихання залежно від фенотипу, визначити їх особливості залежно від віку, статі, важкості перебігу та тривалості захворювання.

4. Визначити параметри ЯЖ хворих на ХОЗЛ за соматопсихічного фенотипу.

5. Розробити програму медикаментозного лікування хворих на ХОЗЛ за соматопсихічного фенотипу, оцінити її клініко-функціональну ефективність та впровадити в практичну охорону здоров'я.

Об'єкт дослідження: хронічне обструктивне захворювання легень.

Предмет дослідження: клінічні та функціональні характеристики перебігу ХОЗЛ, показники ЯЖ з урахуванням соматопсихічних характеристик та їх динаміка під впливом терапії із включенням препарату психотропної дії.

Методи дослідження: загальноклінічні (опитування, огляд хворих, збір анамнезу, загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові та коагулограма) та інструментальні (рентгенографія, комп'ютерна спірометрія) методи обстеження хворих ХОЗЛ у рамках Наказу МОЗ України № 555 (2013 р.); анкетні методи психологічного тестування; оцінка параметрів ЯЖ за українською версією міжнародного опитувальника MOS SF-36 (Фещенко Ю.І., Мостовой Ю.М., Бабійчук Ю.В., 2002); статистичні методи аналізу.

Наукова новизна одержаних результатів. Отримані нові наукові дані щодо поширеності у хворих на ХОЗЛ синдромів реактивної тривожності (41,2%), особистісної тривожності (55,6%) та депресивних станів (15,7%). Визначена їх типологія залежно від статево-вікових характеристик пацієнтів, перебігу захворювання. Встановлено, що у 22,2% хворих на ХОЗЛ формується соматопсихічна дисфункція. Вперше запропоновано виділяти соматопсихічний фенотип перебігу ХОЗЛ за наявності високих рівнів соматопсихічних синдромів одночасно.

Вперше встановлені особливості клінічного перебігу ХОЗЛ за соматопсихічного фенотипу, що характеризувалися посиленням виразності клінічної симптоматики за шкалами mMRC та CAT ($p < 0,001$), зростанням річної кількості загострень ($p < 0,001$) та посиленням бронхообструкції, що виявлялося у зниженні $ОФВ_1$ ($p = 0,031$).

Доповнено наукові дані щодо показників ЯЖ хворих на ХОЗЛ та їх особливостей при соматопсихічному фенотипі перебігу захворювання. Встановлено, що ЯЖ хворих з соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ вірогідно нижча за всіма її компонентами порівняно з хворими на ХОЗЛ тієї ж групи без розладів психоемоційної сфери ($p < 0,001$).

Розроблений та апробований алгоритм діагностики та лікування хворих з соматопсихічним фенотипом перебігу ХОЗЛ, оцінено його клініко-функціональну ефективність. Науково доведено, що включення до базисної терапії ХОЗЛ препарату психокоригуючої дії фенібуту, крім стабілізації стану психоемоційної сфери пацієнтів, підвищення їх стресостійкості та соціальної адаптації, призводить до достовірного зниження виразності клінічної симптоматики ХОЗЛ, поліпшення показників бронхіальної прохідності та зростання показників фізичної, психічної та загальної компонент ЯЖ пацієнтів в цілому.

Практичне значення отриманих результатів. Запропоновано комплекс інформативних методик, що дають змогу з високим ступенем вірогідності визначити супутні соматопсихічні синдроми (СПС), оцінити їх важкість та вплив на перебіг ХОЗЛ, своєчасно встановити контингент хворих з соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ, що потребує проведення індивідуалізованої терапії з використанням засобу психотропної дії.

Оптимізовано підхід до діагностики та лікування хворих на ХОЗЛ із соматопсихічним фенотипом. Доведено, що призначення психотропного засобу фенібуту на фоні базисної терапії за соматопсихічного фенотипу ХОЗЛ має вірогідно ефективніший вплив на перебіг захворювання, що виявляється у зростанні сумарних показників ЯЖ пацієнтів: фізичного статусу (на 73,2 % від вихідного рівня), психічного (на 55,5 %) та загального статусу (на 59,7 %); зменшенні виразності симптомів ХОЗЛ (на 10,3 % за шкалою mMRC та на 30,0 % за шкалою CAT від початкових значень) та поліпшення ФЗД хворих (на 5,3 % від початкового середнього значення $ОФВ_1$, $p < 0,05$).

За отриманими даними виданий інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 104-2017, вип. 1 з проблеми «Ппульмонологія та фтизіатрія» «Поширення синдромів соматопсихічної дисфункції у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень», м. Київ, 2017 р.

Впровадження результатів дослідження. Матеріали дисертації впроваджені в практичну діяльність пульмонологічного та терапевтичного відділень МКЛ № 1 м. Вінниці, терапевтичного відділення МКЛ № 2 м. Вінниці, обласного лікувально-діагностичного пульмонологічного центру Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Результати використовуються в науково-педагогічному процесі кафедр пропедевтики внутрішньої медицини, внутрішньої медицини № 1, № 3 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Особистий внесок здобувача. Дисертанткою особисто проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз даних літератури, встановлено актуальність та доцільність проведення дослідження, а також розроблено план та дизайн дослідження, визначені його мета та завдання. Авторкою опановано та впроваджено методики обстеження хворих на ХОЗЛ згідно діючого наказу МОЗ України № 555 (2013 р.), специфіка психологічного тестування та дослідження показників ЯЖ. Самостійно виконаний відбір, обстеження хворих, осіб контрольних груп, аналіз та узагальнення результатів, статистична обробка матеріалу, оформлення дисертаційної роботи та автореферату, оглядових та оригінальних статей, інформаційного листа і забезпечено впровадження результатів дослідження в практичну охорону здоров'я і навчальний процес ВНМУ імені М.І. Пирогова. Здобувачем не використовувались розробки та ідеї співавторів публікацій. Разом з науковим керівником сформульовані висновки та практичні рекомендації.

Апробація матеріалів дисертації. Матеріали дисертаційної роботи були висвітлені в доповідях та обговорювались на «IV Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених» (м. Вінниця, 2013 р.), X Міжнародній студентській конференції «Перший крок в науку – 2013» (м. Вінниця, 2013 р.), VI національному конгресі «Людина та ліки – 2013» (м. Київ, 2013 р.), 82-ій науково-практичній конференції студентів і молодих вчених з міжнародною участю «Інновації в медицині» (м. Івано-Франківськ, 2013 р.), 8th International Medical Students' Congress in Novi Sad 2013 (Novi Sad, Republic of Serbia, 2013 р.), Науково-практичній конференції «Коморбідність у клініці внутрішньої медицини: фактори ризику, механізми розвитку та взаємообтяження, особливості фармакотерапії» (м. Чернівці, 2013 р.), Конгресі «Человек и лекарство» (г. Москва, 2014 р.), Конгресі «Людина і ліки – Україна» (м. Київ, 2014 р.), конференції для практикуючих лікарів «Терапевтичні читання – 2014: здобутки та напрямки розвитку» (м. Вінниця, 2014 р.), V Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених» (м. Вінниця, 2014 р.), конференції для практикуючих лікарів «Досягнення сучасної кардіології – лікарю загальної практики та сімейної медицини» (м. Вінниця, 2014 р.), 24th International Congress of the European Respiratory Society (Munich, Germany, 2014 р.), Науково-практичній конференції «Стандарти діагностики та лікування в клініці внутрішніх хвороб» (м. Вінниця, 2014 р.), конференції молодих вчених кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, присвяченої 80-річчю створення кафедри (м. Вінниця, 2015 р.), терапевтичної конференції молодих вчених ВНМУ імені М.І. Пирогова клініки МКЛ №1 м. Вінниці (м. Вінниця, 2017 р.), Науково-практичній конференції «Терапевтичні читання – 2017: досягнення та перспективи» (м. Вінниця, 2017 р.), 27th International Congress of the European Respiratory Society (Milan, Italy, 2017 р.).

Публікації. За результатами дисертації опубліковано 28 наукових праць, серед яких 7 статей у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України для публікації результатів дисертаційних досліджень (з них 6 входять до міжнародних наукометричних баз), та 21 теза доповідей у збірниках матеріалів конгресів та науково-практичних конференцій (з них 4 – англomовні на міжнародному рівні за кордоном).

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена українською мовою на 208 сторінках друкованого тексту і складається з переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, розділу матеріалів і методів дослідження, чотирьох розділів з результатами власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій. Робота проілюстрована 9 рисунками, 69 таблицями та 18 додатками. Список використаних джерел складається з 265 джерел (60 – вітчизняних, 205 – іноземних.).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. У дослідження було включено 306 хворих на ХОЗЛ, які були розподілені на дві групи. До першої групи увійшли 206 хворих на ХОЗЛ без супутньої клінічно значимої патології (158 (76,7 %) чоловіків та 48 (23,3 %) жінок), а до другої – 100 хворих на ХОЗЛ із супутньою ГХ та іншими супутніми захворюваннями, що зустрічалися рідко та не мали суттєвого впливу на перебіг ХОЗЛ (66 (66 %) чоловіків і 34 (34 %) жінок), які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному, кардіологічному №1 та терапевтичному відділеннях міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці протягом 2013–2015 рр. Середній вік у групі хворих на ХОЗЛ становив ($64,4 \pm 11,6$) роки, а в групі хворих ХОЗЛ із супутньою ГХ – ($67,1 \pm 9,3$) роки. Середня тривалість ХОЗЛ у першій групі хворих становила ($8,8 \pm 5,5$) роки, а в групі із коморбідною патологією – ($8,6 \pm 4,4$) роки. Так як ГХ є одним із найбільш частих при ХОЗЛ коморбідних станів (Мостовой Ю.М., Распутіна Л.В., 2010), для визначення виразності впливу її на показники фізичного та психоемоційного здоров'я хворих до групи контролю було включено 60 пацієнтів (34 (56,7 %) чоловіків та 26 (43,3 %) жінок), що лікувалися стаціонарно в кардіологічному відділенні № 1 з приводу ГХ II стадії контрольованого перебігу, обстежені згідно наказу МОЗ України № 384 (2012 р.) та не мали супутньої хронічної патології органів дихання. Другу контрольну групу склали 100 практично здорових осіб (56 (56 %) чоловіків і 44 (44 %) жінок) без клінічного діагнозу ХОЗЛ та ГХ. В контрольній групі хворих на ГХ середній вік становив ($60,9 \pm 10,5$) роки, а тривалість ГХ складала ($7,6 \pm 2,6$) роки. Середній вік у групі практично здорових осіб складав ($61,5 \pm 13,1$) роки.

Критеріями включення до дослідження були: інформована згода пацієнтів, верифікований діагноз ХОЗЛ, стабільна фаза захворювання, наявність стабільної дози препаратів базисного ряду згідно важкості ХОЗЛ протягом останніх трьох місяців, спроможність пацієнтом виконувати запропоновані лікувальні та діагностичні процедури.

Обстеження хворих на ХОЗЛ проводилося згідно діючого наказу МОЗ України № 555 (2013 р.). На момент обстеження хворі були виписані зі стаціонару та мали стабільну фазу захворювання з досягненням контрольованого перебігу. Оцінка функціонального стану респіраторної системи проводилась відповідно до загальноприйнятої методики комп'ютерної спірографії згідно Європейських рекомендацій (Miller M.R., Hunkinson J., Brusasco V. et al., 2005) на комп'ютерному спірографі «MasterScopePC» (Erich Jaeger, Німеччина). Для оцінки ступеня тяжкості

бронхіальної обструкції враховувалися значення $ОФВ_1$ через 15 хвилин після прийому бронхолітика короткої дії (сальбутамол 400 мг).

На I етапі дослідження всім респондентам була проведена діагностика СПС зі встановленням їх типу та важкості. Рівень невротизації (РН) визначали у відсотках (%) за Л.І. Вассерманом (2002); рівень реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривоги – в балах за Ч.Д. Спілбергером – Ю.Л. Ханіним (2002); діагностику депресивних станів (ДС) здійснювали в балах за Зунге (1971) в адаптації Т.І. Балашової (2002).

Параметри ЯЖ в групах порівняння досліджували за Українською версією Міжнародного опитувальника з ЯЖ Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36) (Фещенко Ю.І., Мостовой Ю.М., Бабійчук Ю.В., 2002), що забезпечує кількісне визначення ступеня суб'єктивного задоволення респондентами своєю ЯЖ (у межах від 0 до 100 балів) за шкалами фізичного та психічного статусів, загального здоров'я, життєздатності та дає змогу порівняти показники ЯЖ з попереднім роком.

В подальшому проводили оцінку особливостей перебігу ХОЗЛ та параметрів ЯЖ хворих в залежності від клініко-психологічного фенотипу захворювання.

На II етапі дослідження сформували вибірку із 69 амбулаторних хворих для визначення клініко-функціональної ефективності використання препарату психотропної дії в комплексному лікуванні ХОЗЛ та впливу його на показники ЯЖ. Пацієнти були розподілені методом конвертів на основну групу та групу порівняння з урахуванням стратифікації, характеристика яких за клінічними групами наведена в табл. 1.

Таблиця 1

Характеристика груп хворих на ХОЗЛ за його клінічним перебігом

Розподіл хворих за клінічними групами	Основна група (ОГ) (n=37)	Група порівняння (ГП) (n=32)
Клінічна група В	14 (37,8 %)	20 (62,5 %)
Клінічна група С	2 (5,4 %)	3 (9,4 %)
Клінічна група D	21 (56,8 %)	9 (28,1 %)

При обранні психотропних ліків керувались критеріями їх відповідності специфіці хворих ХОЗЛ, власне: можливістю здійснення лікування без потреби контролю з боку психіатрів; використання психотропного засобу в монотерапії; перевага надавалась лікам із багатопрофільністю ефектів фармакологічного впливу, їх задовільної інтеракції з базисними препаратами, мінімальної поведінкової токсичності та потреби у титруванні за відсутності ефектів бронхоконстрикції, гальмування дихального центру та процесів фізіологічного дренажу бронхіального дерева, економічної доступності.

Пацієнти обох груп дослідження приймали препарати базисного ряду згідно з діючим Наказом МОЗ України № 555 (2013 р.) – комбінований інгаляційний препарат сальметеролу/флютиказону пропіонату в дозі відповідно до важкості перебігу захворювання по 1 інгаляції 2 рази на добу впродовж 30 днів. Респонденти ОГ окрім базисної терапії застосовували амбулаторно фенібут у дозі 250 мг двічі на добу до їжі протягом 30 днів.

Усі хворі підлягали комплексному клінічному обстеженню з поглибленим вивченням скарг, анамнезу, визначенням об'єктивного статусу та врахуванням

даних додаткових методів дослідження, що проводилося в динаміці: перед початком лікування та через (30 ± 2) днів (після закінчення курсу терапії). Контроль стану пацієнтів проводили в телефонному режимі для з'ясування переносимості препаратів та розвитку побічних реакцій. По закінченню курсу терапії хворим пропонувалося оцінити стан свого здоров'я на фоні проведеного лікування як «відмінне», «добре», «задовільне» або «незадовільне». Переносимість режиму терапії оцінювали як «задовільну», якщо побічні реакції не виникали протягом усього терміну лікування, «посередню» – якщо виникали поодинокі побічні ефекти, які не потребували відміни препарату, та «незадовільну» – коли розвиток побічних реакцій вимагав відміни препарату.

Статистичну обробку отриманих результатів виконали на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows (Ліцензійна версія «Grand Pack», Serial Number 9593869, що належить ВНМУ ім. М.І. Пирогова). Вірогідними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

І. Структура та поширеність соматопсихічних станів у хворих на ХОЗЛ.

Встановлено, що психічний стан хворих на ХОЗЛ відрізнявся вірогідними зсувами в гірший бік порівняно з групою здорових як за поширеністю, так і за важкістю, що свідчить про вторинність супутніх СПС та їх соматогенну обумовленість.

На основі комплексного обстеження хворих на ХОЗЛ, систематизації СПС, їх сукупності встановлена поширеність супутніх СПС високих рівнів.

Визначено, що хворі на ХОЗЛ мають достовірно вищий рівень поширеності СПС порівняно з практично здоровими особами. Так, високий РН діагностувався у 54 (26,2 %) хворих проти 10 (10 %) в групі здорових ($p < 0,001$), високий рівень РТ – у 78 (37,9 %) хворих проти 4 (4,0 %) у групі контролю ($p < 0,001$), високий рівень ОТ – у 102 (49,5 %) пацієнтів з ХОЗЛ проти 8 (8,0 %) осіб з групи здорових ($p < 0,001$). Клінічно значимі депресивні стани було діагностовано у 34 (16,6 %) хворих на ХОЗЛ, з яких 24 (11,7 %) випадки легкої депресії та 10 (4,9 %) випадків маскованої депресії, в той час як серед практично здорових осіб визначалося лише 2 (2,0 %) випадки легкої депресії. Поєднання високих рівнів синдромів невротизації (>60 %), тривожності (>45 балів) та депресії (≥ 50 балів) вважали клінічно значимою соматопсихічною дисфункцією (рис. 1).

Частка хворих, у яких спостерігався такий розлад, складала 42 пацієнти (20,4 %) серед хворих на ХОЗЛ без супутньої соматичної патології та 26 пацієнтів (26,0 %) хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ, що в середньому у всій когорті хворих на ХОЗЛ склало 68 пацієнтів (22,2 %). Наявність у хворих на ХОЗЛ відповідного розладу в подальшому умовно прийняли за соматопсихічний фенотип перебігу захворювання. Решта 238 пацієнтів, що склало 77,8 % від загальної кількості хворих із ХОЗЛ, мали мінімальні або помірні прояви соматопсихічної дисфункції та розцінювались як фенотип ХОЗЛ без змін психологічного статусу.

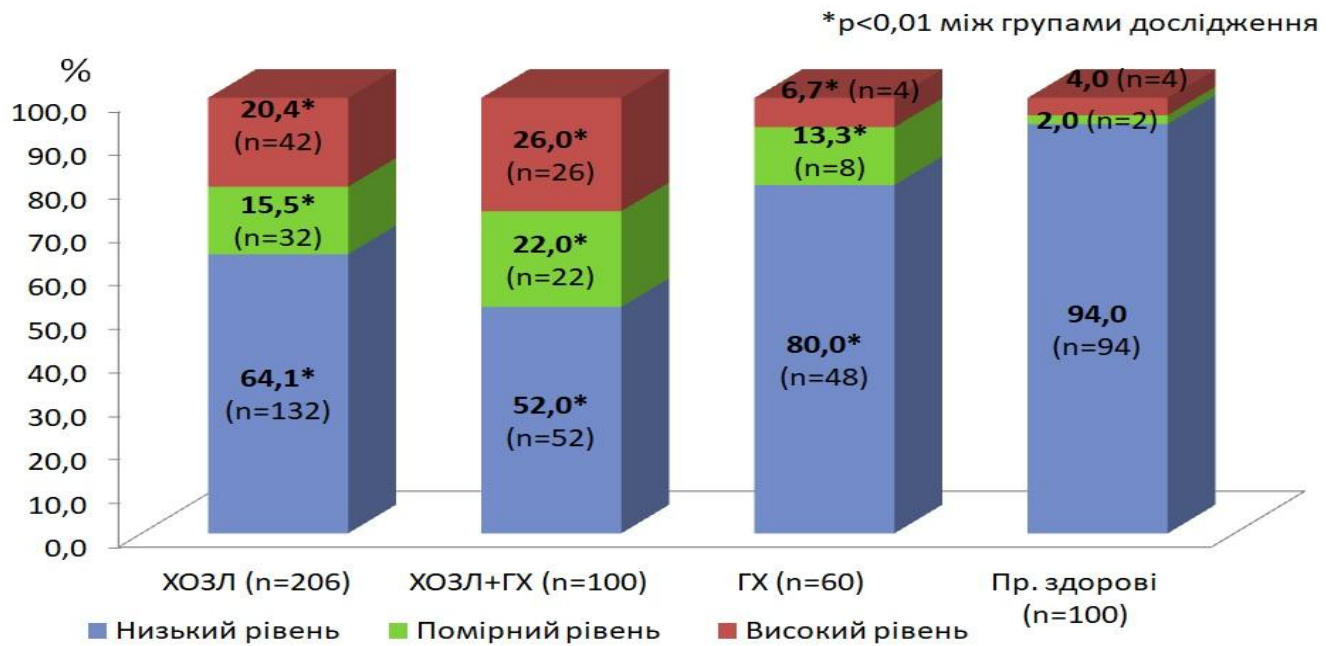


Рис. 1. Поширеність різних рівнів виразності синдрому соматопсихічної дисфункції в структурі груп дослідження

Встановлені статево-вікові особливості розвитку супутніх СПС у хворих на ХОЗЛ (рис. 2).

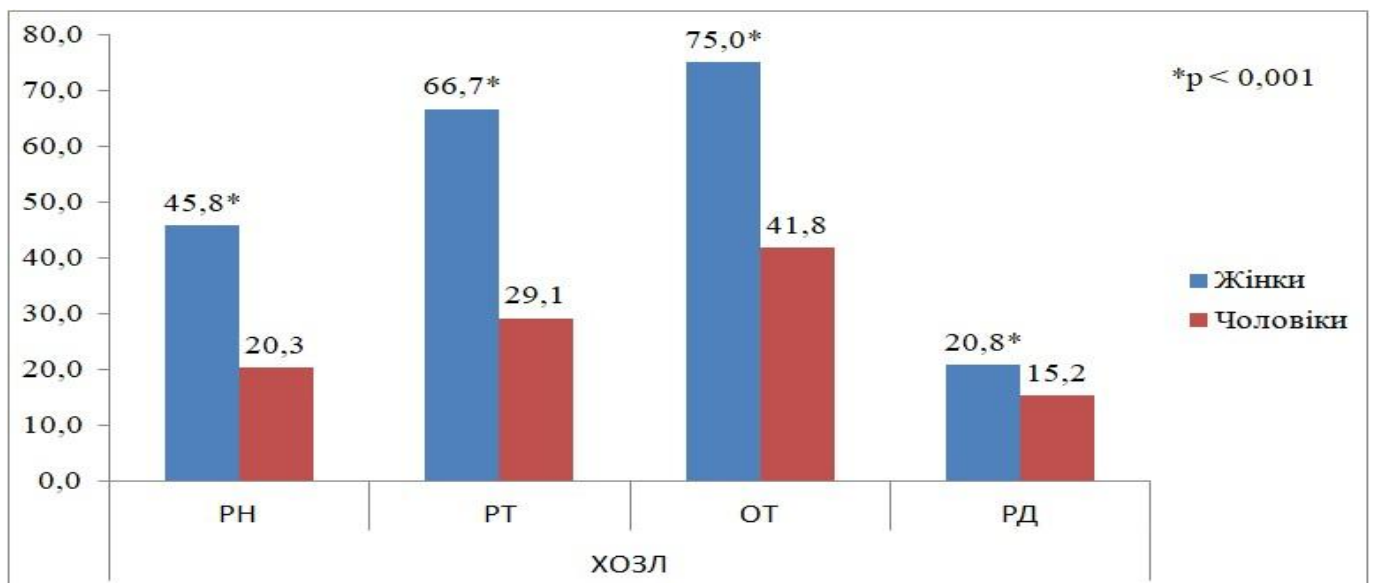


Рис. 2. Поширеність високих рівнів СПС у хворих із ХОЗЛ залежно від статі пацієнтів

Так, хворі на ХОЗЛ жіночої статі вирізнялися статистично вірогідно вищими середніми значеннями за усіма шкалами психологічного тестування від групи хворих чоловіків: у жінок виявлено високий РН у 22 (45,8 %) випадках, високий рівень РТ у 32 (66,7 %) хворих, ОТ – у 36 (75,0 %) осіб та депресивні стани у 10 (20,8 %) осіб, що були представлені 6 (12,5 %) випадками легкої депресії та 4 (8,3 %) випадками субдепресивних станів, тоді як у чоловіків високий РН спостерігався у 32 (20,3 %) осіб, ($\chi^2=12,455$, $p<0,001$); високий рівень РТ

у 46 (29,1 %) осіб, ($\chi^2=23,441$, $p<0,001$); ОТ – у 66 (41,8 %) хворих, ($\chi^2=16,704$, $p<0,001$); депресивні стани – у 24 (15,2 %) осіб, що включали в себе 18 (11,4 %) випадків легкої депресії та 6 (3,8 %) – субдепресивних станів, ($\chi^2=11,740$, $p<0,001$). У групі здорових осіб не було виявлено статистично значимої відмінності ступеню виразності СПС (крім ОТ) від статі (p коливався від 0,088 до 0,272).

Встановлено, що в групах хворих на ХОЗЛ розподілення середніх показників поширеності СПС залежно від віку було не однотипним, мало хвилеподібний характер, визначалась тенденція до збільшення показника поширеності зі зростанням віку пацієнтів.

Встановлена статистично значуща залежність усіх клінічно значимих СПС від групи захворювання ХОЗЛ. Серед хворих, що мали багатосимптомний перебіг ХОЗЛ (групи В і D), спостерігалася більша поширеність високих рівнів СПР, ніж у хворих із малосимптомним перебігом (групи А та С) (рис. 3).

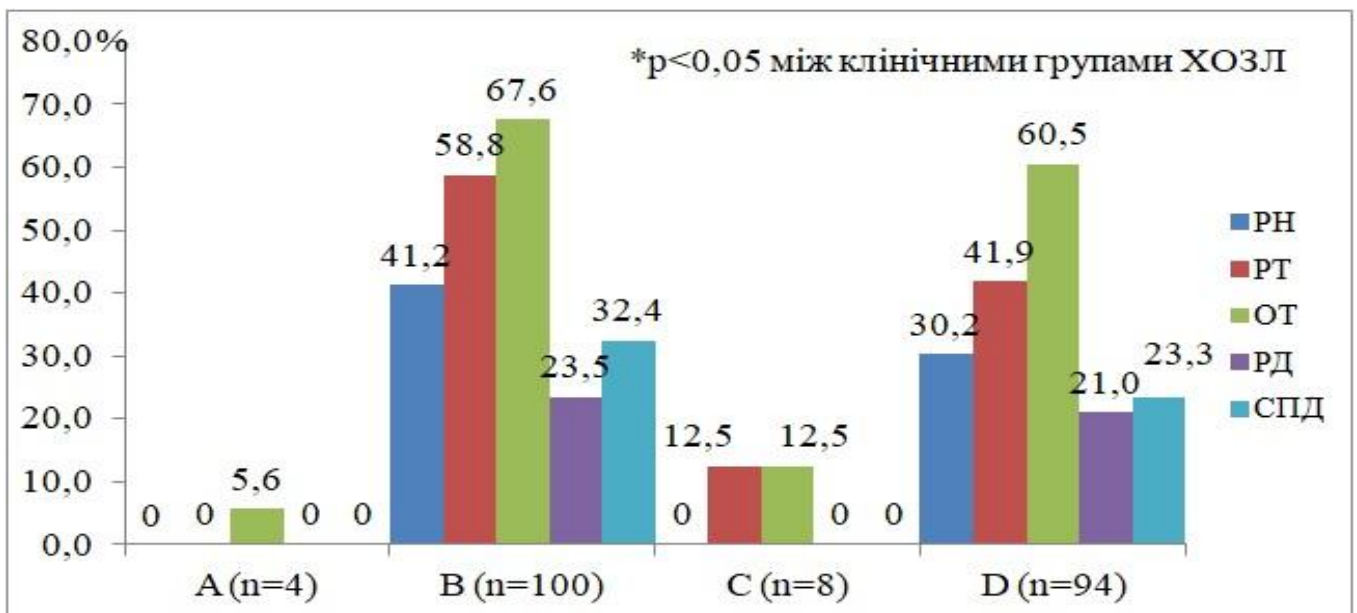


Рис. 3. Поширеність високих рівнів СПС у хворих із ХОЗЛ залежно від клінічної групи захворювання

У хворих на ХОЗЛ визначались вищі значення середніх показників виразності СПС порівняно з практично здоровими особами, що набували особливо високих значень за поєднання ХОЗЛ із ГХ ($p<0,05$). Крім того, жінки характеризувалися вищими показниками за усіма шкалами психологічного тестування порівняно з чоловіками (p від 0,001 до 0,011).

Встановлено, що в групах хворих на ХОЗЛ середні показники виразності СПС вірогідного збільшувались зі зростанням віку пацієнтів, які набували максимальних значень у віці 75 років і старших ($p<0,05$). Подальше порівняння особливостей клінічного перебігу ХОЗЛ здійснювали в залежності від розподілення хворих за фенотипами.

II. Особливості клінічного перебігу ХОЗЛ у хворих з урахуванням клініко-психологічного фенотипу. Було проведено аналіз показників перебігу ХОЗЛ, параметрів ЯЖ у групах пацієнтів відповідно до клінічного варіанту перебігу

захворювання, з одного боку, та залежно від рівня супутніх СПС, з іншого. При цьому виділили осіб із високими клінічно значущими рівнями СПС (соматопсихічний фенотип) та пацієнтів із низькими рівнями СПС, що класифікували як клінічно незначущі зміни в психоемоційній сфері.

За нашими даними серед хворих із соматопсихічним фенотипом статистично вірогідно переважали ті, які мали 2 та більше загострень на рік (46 або 67,6 % хворих) ($p < 0,001$).

Група хворих із соматопсихічним фенотипом перебігу ХОЗЛ вирізнялася достовірно вищими середніми балами задишки за шкалою mMRC ($(3,25 \pm 0,10)$ проти $(2,44 \pm 0,07)$ бали, $p < 0,001$) і за тестом для оцінки симптомів ХОЗЛ SAT ($(23,53 \pm 0,95)$ проти $(18,23 \pm 0,57)$ бали, $p < 0,001$) порівняно з хворими, що не мали порушень психоемоційного статусу. Середні значення обох тестів відповідали важкому перебігу захворювання (клінічним групам В і D) і характеризувались високою виразністю клінічної симптоматики у хворих з соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ.

Аналіз параметрів ФЗД показав залежність їх від фенотипу ХОЗЛ. Так, середнє значення ОФВ₁, як показника ступеню обмеження бронхіальної прохідності, у групі хворих із соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ було вірогідно нижчим ($(49,7 \pm 1,8)$ %) порівняно з таким у групі хворих, що не мали змін психологічного статусу ($(66,2 \pm 3,1)$ %) та порівняно із середнім значенням ОФВ₁ в цілому по групі ($p = 0,031$).

III. Характеристика якості життя хворих на ХОЗЛ з урахуванням клініко-психологічного фенотипу. Згідно задач дослідження проводили порівняння середніх значень показників ЯЖ у пацієнтів із ХОЗЛ та в групах контролю. В групі хворих на ХОЗЛ середні значення усіх параметрів ЯЖ були вірогідно нижчими, аніж у практично здорових осіб (рис. 4).

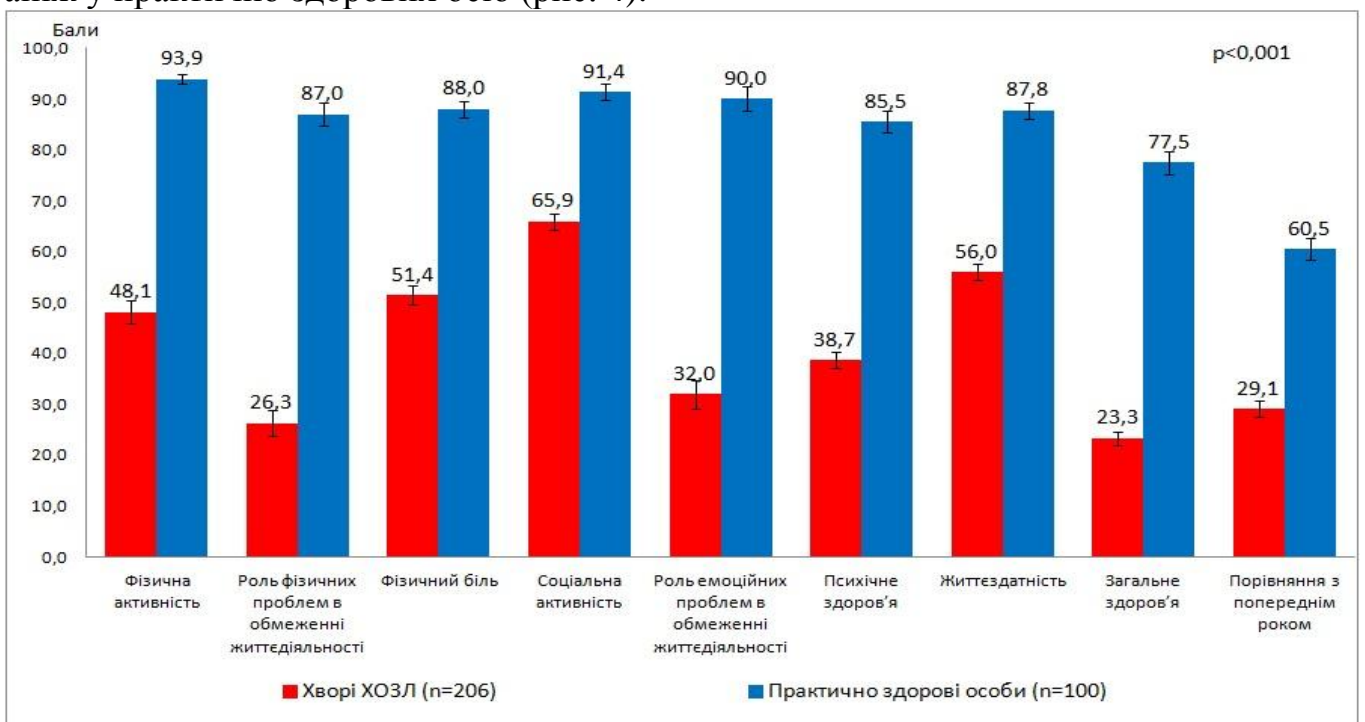


Рис. 4. Середні значення показників ЯЖ у групі хворих на ХОЗЛ та практично здорових осіб

Найбільш сильного впливу у хворих на ХОЗЛ зазнавали показники загального здоров'я (ЗЗ) ($23,3 \pm 1,4$), ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) ($26,3 \pm 2,5$) бали, а також досить низькі значення мали показники психічного статусу: психічне здоров'я (ПЗ) ($38,7 \pm 1,6$) та роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) ($32,0 \pm 2,8$) бали. Окрім цього, середні значення усіх параметрів фізичного, психічного статусів та показника загального здоров'я у осіб у групі хворих на ХОЗЛ та за поєднання ХОЗЛ і ГХ були нижчими, ніж відповідні в групі хворих на ГХ, ($p < 0,001$), що свідчить про більш виражений негативний вплив ХОЗЛ на усі ланки адаптації пацієнтів до суспільних умов.

Показники ЯЖ у жінок у більшій мірі піддавалися негативному впливу захворювання, порівняно з такими у чоловіків. Причому найбільш виражений вплив у жінок ХОЗЛ чинив на показники психічної компоненти, а саме на РЕ ($p = 0,049$), ПЗ ($p < 0,01$) та життєздатність (ЖЗ) ($p = 0,001$), порівняно з такими у чоловіків цієї ж групи. Вік хворих на ХОЗЛ суттєво впливав на усі компоненти їх ЯЖ. Значних змін зазнавав фізичний статус пацієнтів за рахунок зниження показників фізичної активності (ФА) та РФ ($p < 0,05$), психічний статус за рахунок РЕ ($p = 0,005$) та загальний статус за рахунок ЗЗ ($p < 0,05$).

Встановлено, що хворі ХОЗЛ з багатосимптомним перебігом захворювання (клінічних груп В і D), які характеризувалися вірогідно вищими балами за шкалами mMRC і CAT та частими загостреннями, мали вірогідно нижчі показники ЯЖ за всіма компонентами порівняно з пацієнтами груп А і С, яким була притаманна менш виражена клінічна симптоматика та невелика річна частота загострень ($p < 0,05$).

Показано, що у хворих із соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ сумарний показник фізичного статусу був нижчий на 55,3 %, психічного статусу – на 40,6 % та загального статусу – на 36,8 % порівняно з таким у хворих без психологічних зрушень ($p < 0,001$).

IV. Клініко-функціональна ефективність комбінованого режиму терапії.

Був апробований режим, який передбачав проведення корекції патологічно змінених характеристик пацієнтів на фоні базисної терапії. Дослідження показало, що включення препарату психотропної дії до лікування хворих на ХОЗЛ характеризувалось покращенням перебігу захворювання за рахунок зниження виразності клінічної симптоматики та поліпшенням показників бронхіальної прохідності, мало мінімальні побічні дії та добре переносилось. Режим терапії з використанням фенібуту на фоні базисного лікування характеризувався кращою клініко-функціональною ефективністю, що виявлялося у вірогідно більшій регресії симптомів за анкетами mMRC (з $2,9 \pm 0,2$ до $2,6 \pm 0,1$) бали, що на 10,3 % нижче від початкового рівня, $p = 0,001$) та CAT (з $24,0 \pm 1,5$ до $16,8 \pm 1,1$) бали, що на 30,0 % нижче від початкового, $p < 0,001$). А також у вірогідно більшому, порівняно з хворими, що приймали лише препарати базисного ряду, прирості середнього значення ОФВ₁ у пацієнтів з клінічною групою В (з $63,7 \pm 1,9$ % до $67,0 \pm 1,8$ % , що на 5,2 % від початкового значення) та клінічною групою D (з $33,6 \pm 2,2$ % до $35,7 \pm 2,3$ % , що на 6,3 % від початкового), $p < 0,001$.

Застосування фенібуту в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ призвело до поліпшення стану психоемоційної сфери пацієнтів, підвищення їх стресостійкості та

соціальної адаптації, що виявилось у вірогідно кращій динаміці середніх показників за всіма шкалами психологічного тестування (рис. 5).

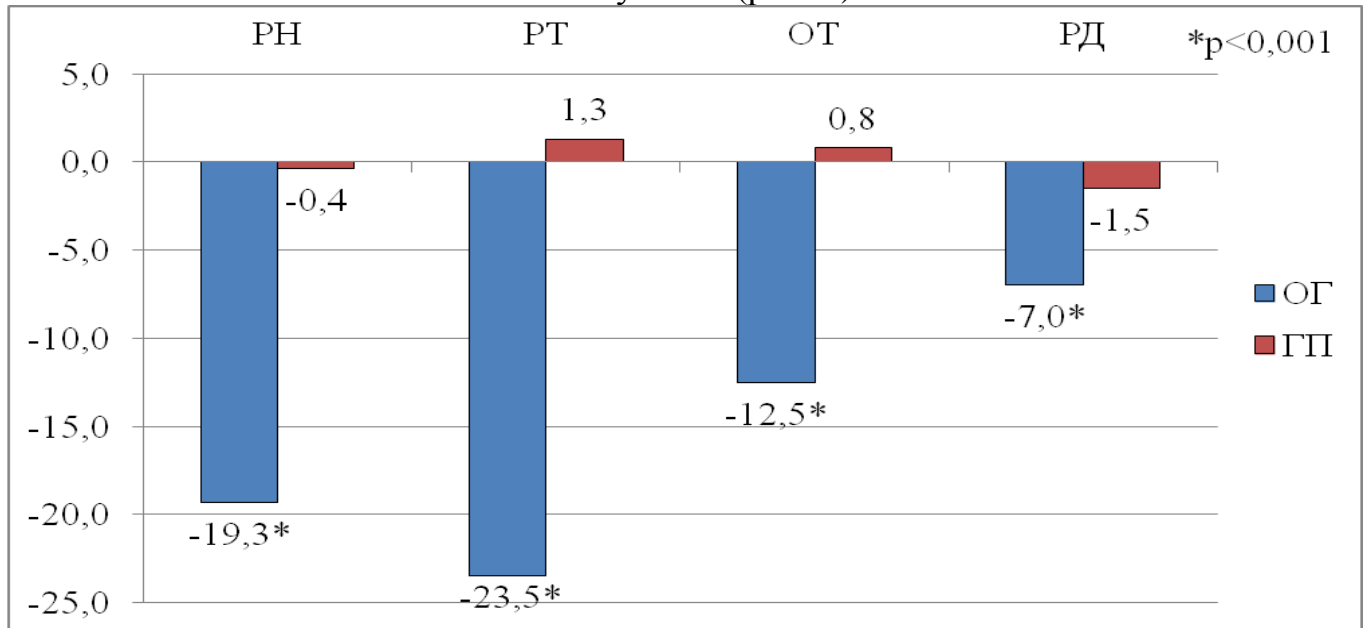


Рис. 5. Динаміка показників психоемоційного статусу у хворих на ХОЗЛ за різних режимів терапії

Комплексний режим лікування хворих на ХОЗЛ за використання фенібуту мало ефективніший вплив на зростання показників фізичної, психічної та загальної компоненти ЯЖ пацієнтів порівняно з динамікою середніх значень показників ЯЖ у хворих, які отримували лише препарати базисного ряду (рис. 6).

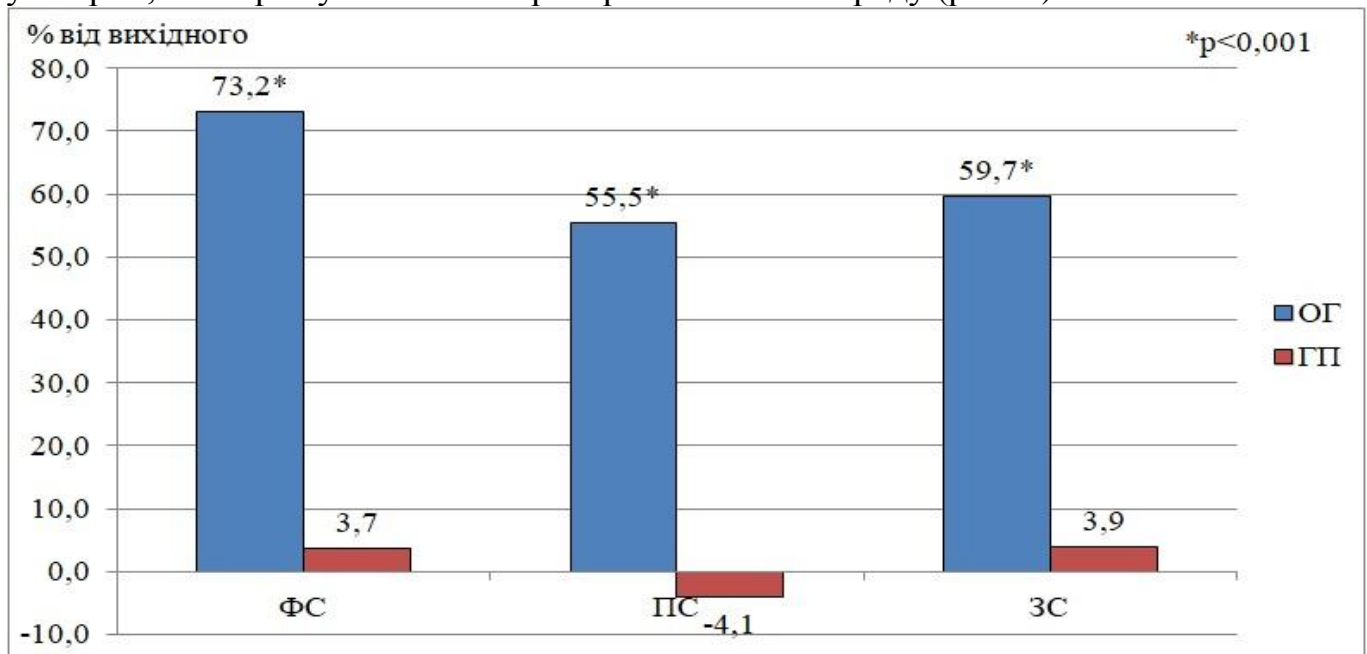


Рис. 6. Динаміка показників ЯЖ хворих на ХОЗЛ за різних режимів терапії

Отже, у дисертаційній роботі розкрито клініко-функціональні особливості перебігу соматопсихічного фенотипу ХОЗЛ, обґрунтовано можливість підвищення ефективності лікування та покращення контролю над захворюванням шляхом корекції патологічно змінених соматопсихічних характеристик пацієнтів.

ВИСНОВКИ

В дисертації на підставі комплексного клінічного, лабораторно-інструментального обстеження хворих на ХОЗЛ представлено вирішення актуального завдання сучасної пульмонології – вивчена частота, удосконалена діагностика та підвищена ефективність лікування пацієнтів із соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ з урахуванням показників якості життя.

1. У 22,2 % хворих на ХОЗЛ формується клінічно значима соматопсихічна дисфункція, яка визначає соматопсихічний фенотип перебігу ХОЗЛ. Він представлений синдромами невротизації – 29,4 %, реактивної тривожності – 41,2 %, особистісної тривожності – 55,6 % та депресивними станами – 15,7 %. Соматопсихічна дисфункція асоціюється з важкістю ХОЗЛ та жіночою статтю ($p < 0,001$). Зі збільшенням віку пацієнтів зростає виразність синдромів реактивної ($p = 0,024$), особистісної ($p = 0,001$) тривожності та депресивних станів ($p < 0,001$).

2. Між багатосимптомним перебігом ХОЗЛ та зростанням виразності соматопсихічних синдромів існує позитивний кореляційний зв'язок ($r = 0,342$, $p = 0,01$): пацієнти з ХОЗЛ, що відносяться до клінічних груп В і D, вірогідно більше схильні до розвитку соматопсихічної дисфункції, а її наявність веде до зростання виразності клінічних симптомів ХОЗЛ.

3. Соматопсихічний фенотип ХОЗЛ характеризується полісимптомністю, що проявляється вірогідно вищими порівняно з хворими без супутньої психологічної дисфункції середніми балами за шкалою задишки mMRC ($(3,25 \pm 0,10)$ проти $(2,44 \pm 0,07)$ бали, $p < 0,001$), за опитувальником САГ ($(23,53 \pm 0,95)$ проти $(18,23 \pm 0,57)$ бали, $p < 0,001$) та більшою частотою загострень (≥ 2) протягом року у 46 (67,6 %) проти 94 (39,5 %) хворих зі стійким психологічним статусом, ($p < 0,001$).

4. У хворих на ХОЗЛ зниження середніх значень ОФВ₁ асоціюється з чоловічою статтю ($p < 0,001$), зростанням віку хворих та стажу захворювання ($p < 0,001$), а також зі збільшенням кількості загострень на рік ($p < 0,001$). Поєднання ХОЗЛ із синдромами соматопсихічної дисфункції характеризується нижчими значеннями ОФВ₁, що особливо виражено в осіб за високих рівнів особистісної тривожності ($(52,8 \pm 1,4)$ % проти $(70,0 \pm 3,4)$ %, $p = 0,002$) та депресивних станів ($(49,3 \pm 1,6)$ % проти $(64,6 \pm 2,4)$ %, $p = 0,047$) порівняно з хворими, що мають низькі рівні відповідних розладів. Пацієнти з соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ характеризуються вірогідно нижчим середнім значенням за показником ОФВ₁ ($49,7 \pm 1,8$) % проти $(66,2 \pm 3,1)$ % у хворих без змін психологічного статусу ($p = 0,031$).

5. Хворі на ХОЗЛ характеризуються вірогідно гіршими показниками ЯЖ порівняно з пацієнтами контрольної групи ($p < 0,001$), які негативно корелюють із жіночою статтю ($p < 0,05$), віком хворих ($p < 0,05$) та багатосимптомним перебігом захворювання. За соматопсихічного фенотипу визначається зниження середнього значення фізичної компоненти ЯЖ на 55,3 %, психічної – на 40,6 %, загальної – на 36,8 %. У хворих всі параметри ЯЖ негативно корелюють з патологічно зміненими характеристиками психічного статусу ($-0,573 < r < -0,105$; $0,001 < p < 0,034$).

6. Включення в комплексне лікування хворих на ХОЗЛ препарату психотропної дії фенібуту сприяє вірогідно швидшій регресії клінічної

симптоматики захворювання, поліпшує показники ФЗД та стан психоемоційної сфери пацієнтів, вірогідно ефективніше покращує показники ЯЖ пацієнтів, має мінімальні побічні дії та добре переноситься.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для діагностики соматопсихічних синдромів у хворих на ХОЗЛ рекомендується застосовувати комплексний підхід, що включає встановлення рівня невротизації за Л.І.Вассерманом (2002), рівня реактивної та особистісної тривожності за Ч.Д. Спілбергером – Ю.Л. Ханіним (2002) та рівня депресії за В. Зунге (1971) як інформативний і доступний засіб, який з високим ступенем вірогідності дає змогу встановити значимість синдромів лікарем загальної практики.

2. В курації хворих на ХОЗЛ рекомендується виділяти соматопсихічних фенотип захворювання, який встановлюється за наявності поєднання у хворого на ХОЗЛ високого рівня невротизації $\geq 60\%$ (за шкалою Л.І.Вассермана), рівня тривожності ≥ 46 балів (за шкалами Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна) та рівня депресії ≥ 50 балів (за шкалою В. Зунге). Даний фенотип характеризується важким у клінічному розумінні перебігом захворювання, що виявляється в частих (≥ 2) загостреннях захворювання, збереженні високих балів за анкетами задишки mMRC та виразності симптомів САТ, стійкому зниженні показника ОФВ₁ не зважаючи на відповідну важкості захворювання терапію згідно міжнародних та державних рекомендацій.

3. Хворим із соматопсихічним фенотипом перебігу ХОЗЛ слід призначати комплексну терапію, що включає поєднання препаратів базисного ряду згідно Наказу МОЗ України № 555 (2013 р.) з психотропним засобом фенібутутом у дозі 250 мг двічі на добу протягом 30 днів.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Довгань А. О. Поширеність та структура соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ / А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 4. – С. 16–20. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, лікування хворих, аналіз та статистична обробка отриманих даних, підготовка матеріалу до друку). Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index Copernicus TM.*

2. Проблема коморбідних станів у Національній угоді з діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень із позиції власного досвіду. Обговорення Наказу № 555 / Ю. М. Мостовой, Л. В. Распутіна, А. О. Довгань, М. В. Овчарук // Буковинський медичний вісник. – 2014. – № 3. – С. 221–226. *(Особистий внесок: участь в обстеженні хворих, лікування хворих, аналіз та статистична обробка отриманих даних, підготовка матеріалу до друку). Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Ulrichsweb TM Global Serials Directory.*

3. Довгань А. О. Особливості ураження психоемоційної сфери у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за різних клінічних фенотипів: аналіз

випадків клінічного перебігу за результатами власних досліджень / А. О. Довгань // Астма та алергія. – 2014. – № 2. – С. 48–53. *Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index Copernicus TM*

4. Довгань А. О. Особливості клініко-функціонального перебігу хронічного обструктивного захворювання легень за супутніх соматопсихічних станів / А. О. Довгань // Астма та алергія. – 2017. – № 1. – С. 34–38. *Журнал зареєстровано у міжнародних наукометричних системах Index Copernicus TM, Google Scholar.*

5. Довгань А. О. Оцінка якості життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за супутніх розладів психоемоційної сфери / А. О. Довгань, Т. В. Константинович // ScienceRise. Medical Science. – 2017. – № 5 (13). – С. 36–41. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, лікування хворих, аналіз та статистична обробка отриманих даних, підготовка матеріалу до друку).* *Журнал зареєстровано у міжнародних наукометричних системах Index Copernicus TM, РИНЦ.*

6. Вплив супутнього синдрому соматопсихічної дисфункції на якість життя хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень / А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой [та ін.] // Запорожский медицинский журнал. – 2017. – № 5. – С. 581–585. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, лікування хворих, аналіз та статистична обробка отриманих даних, підготовка матеріалу до друку).* *Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Web of Science, Index Copernicus TM, Google Scholar.*

7. Особливості лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з супутніми соматопсихічними змінами / А. О. Довгань, Т. В. Константинович, О. П. Мостова, О. В. Довгань // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2017. – № 28. – С. 135–140 *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, лікування хворих, аналіз та статистична обробка отриманих даних, підготовка до друку).*

8. Лікування психосоматичних розладів у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень / Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, А. О. Довгань [та ін.] // Матеріали VI національного конгресу : Людина та ліки – Україна, 21-22 березня 2013 р. : тези доп. – Київ, 2013. – С. 30. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

9. Довгань А. О. Поширеність психосоматичних синдромів в структурі хронічного обструктивного захворювання легень / А. О. Довгань, Н. В. Жебель // Матеріали X Міжнародної студентської конференції : Перший крок в науку – 2013, : тези доп. – Вінниця, 2013. – С. 162–163. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

10. Поширення психосоматичних станів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, вплив на перебіг / А. О. Довгань, Н. В. Жебель, К. Д. Чічірельо-Константинович, О. О. Вільцанюк // Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, 17-18 трав. 2013 р. : тези доп. – Вінниця, 2013. – С. 43–44. *(Здобувач: обстеження хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

11. Zhebel N. Prevalence of psychosomatic disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease / N. Zhebel, A. Dovgan // Abstract book 8th International Medical Students' Congress in Novi Sad, 2013 : abstract. – Novi Sad, Republic of Serbia,

2013. – Р. 123. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

12. Довгань А. О. Епідеміологічний аналіз коморбідних психосоматичних станів у структурі хронічного обструктивного захворювання легень / А. О. Довгань, Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович // Тези доповідей науково-практичної конференції : Коморбідність у клініці внутрішньої медицини: фактори ризику, механізми розвитку та взаємообтяження, особливості фармакотерапії, 10-11 жовтня 2013 р. : тези доп. – Чернівці, 2013. – С. 22–24. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

13. Коморбідність при хронічному обструктивному захворюванні легень – актуальна проблема пульмонології / Ю. М. Мостовой, Л. В. Распутіна, А. О. Довгань [та ін.] // Додаток до Українського пульмонологічного журналу : Матеріали V з'їзду фтизіатрів та пульмонологів України, 6-8 листопада 2013 р. : тези доп. – Київ, 2013. – № 3 (81). – С. 51 *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

14. Вплив соматопсихічних розладів на перебіг хронічного обструктивного захворювання легень / А. О. Довгань, Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, К. Д. Чічірельо-Константинович // Додаток до Українського пульмонологічного журналу : Матеріали V з'їзду фтизіатрів та пульмонологів України, 6-8 листопада 2013 р. : тези доп. – Київ, 2013. – № 3 (81). – С. 113–114. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

15. Довгань А. О. Поширеність психосоматичних синдромів в когорті хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень / А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Н. В. Жебель // Додаток до Українського пульмонологічного журналу : Матеріали V з'їзду фтизіатрів та пульмонологів України, 6-8 листопада 2013 р. : тези доп. – Київ, 2013. – № 3 (81). – С. 114. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

16. Довгань А. О. Дослідження соматопсихічних станів в структурі хронічного обструктивного захворювання легень / А. О. Довгань, Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович // Додаток до Українського пульмонологічного журналу : Матеріали V з'їзду фтизіатрів та пульмонологів України, 6-8 листопада 2013 р. : тези доп. – Київ, 2013. – № 3 (81). – С. 114-115. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

17. Гендерные особенности соматопсихических расстройств у больных ХОБЛ и их зависимость от тяжести заболевания / Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой, А. О. Довгань, А. В. Демчук // Материалы конгресса : Человек и лекарство, 7-11 апреля 2014 г. : тезисы док. – Москва, 2014. – С. 41–42. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

18. Константинович Т. В. Соматопсихические расстройства у больных ХОБЛ / Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой, А. О. Довгань // Материалы конгресса : Человек и лекарство, 7-11 апреля 2014 г. : тезисы док. – Москва, 2014. – С. 181–182. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

19. Оптимизация лечения психосоматических расстройств у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ / Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой, А. О. Довгань [и др.] // Материалы конгресса : Человек и лекарство, 7-11 апреля 2014 г. : тезисы док. – Москва, 2014. – С. 183–184. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка до друку).*

20. Статеві-вікові особливості соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ та їх залежність від тяжкості захворювання / А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Л. В. Блажевська [та ін.] // Матеріали національного конгресу : Людина і ліки – Україна, 1-3 квітня 2014 р. : тези доп. – Київ, 2014. – С. 13. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

21. Довгань А. О. ХОБЛ и депрессия: распространенность и взаимодействие / А. О. Довгань // Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених : тези доп. – Вінниця, 2014. – С. 47.

22. Довгань А. О. Місце соматопсихічних розладів в структурі хронічного обструктивного захворювання легень. / А. О. Довгань // Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених : тези доп. – Вінниця, 2014. – С. 47–48.

23. COPD and depression : Prevalence and interaction / A. Dovgan, Y. Mostovoy, T. Konstantynovych, H. Demchuk // European Respiratory Journal : ERS International Congress 2014 abstracts., 6-10 September 2014. : abstract – Munich, Germany, 2014. – Vol. 44. Suppl. 58. – P3599. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка до друку).*

24. Comorbidity at COPD – is actual problem of pulmonology. / Y. Mostovoy, T. Konstantynovych, A. Dovgan, L. Rasputina, M. Ovcharuk // European Respiratory Journal : ERS International Congress 2014 abstracts., 6-10 September 2014. : abstract – Munich, Germany, 2014. – Vol. 44. Suppl. 58. – P3622. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

25. Quality of life (QL) depending on psychological disorders (PD) of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A. Dovgan, Y. Mostovoy, T. Konstantynovych, K. Cicirello-Konstantynovych // European Respiratory Journal : ERS International Congress 2014 abstracts., 6-10 September 2014. : abstract – Munich, Germany, 2014. – Vol. 44. Suppl. 58. – P3600. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

26. The impact of concomitant somatopsychic disorders (SPD) on quality of life (QL) of chronCOPD patients. A. Dovgan, Y. Mostovoy, T. Konstantynovych // European Respiratory Journal : ERS International Congress 2017 abstracts., 9-13 September 2017 : abstract – Milan, Italy, 2017. – Vol. 50. Suppl. 61. – P4659. *(Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).*

27. Довгань А. О. Порівняльний аналіз клініко-функціональних показників перебігу хронічного обструктивного захворювання легень з та без супутніх соматопсихічних розладів / А. О. Довгань // Програма та тези терапевтичної конференції молодих вчених ВНМУ імені М. І. Пирогова клініки МКЛ № 1 м. Вінниці, 10 лютого 2017 р. : тези доп. – Вінниця, 2017. – С. 5–6.

28. Довгань А. О. Оцінка клініко-функціонального перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) залежно від психологічного

фенотипу / А. О. Довгань, Л. А. Тереховська, Ю. Д. Бальжик // Матеріали XIV Міжнародної студентської конференції : Перший крок в науку – 2017 р. : тези доп. – Вінниця, 2017. – С. 357. (Здобувач: участь в обстеженні хворих, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку)

АНОТАЦІЯ

Довгань А.О. Соматопсихічний фенотип хронічного обструктивного захворювання легень: діагностика та ефективність лікування. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія. – Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», Київ, 2018.

Робота присвячена встановленню частоти, удосконаленню діагностики та підвищенню ефективності лікування пацієнтів із соматопсихічним фенотипом ХОЗЛ. На підставі комплексного клініко-інструментального та психологічного обстеження 306 хворих на ХОЗЛ у 22,2 % з них виділений соматопсихічний фенотип, що визначається сукупністю високих рівнів синдромів невротизації, тривожності та депресивних станів. Встановлено, що перебіг соматопсихічного фенотипу ХОЗЛ характеризується полісимптомністю, що проявляється вірогідно вищими середніми балами за шкалами mMRC та CAT ($p < 0,001$), більшою частотою загострень (≥ 2 -х) протягом року ($p < 0,001$), нижчими середніми значеннями показника $ОФВ_1$ ($p = 0,031$). Соматопсихічний фенотип ХОЗЛ супроводжується зниженням усіх складових якості життя (ЯЖ) хворих: фізичного статусу на 55,3 %, психічного статусу – на 40,6 %, загального статусу – на 36,8 %. Доведено, що застосування препарату психотропної дії фенібут в комплексній терапії зазначеної категорії хворих на фоні базисного лікування сприяє вірогідно швидшій регресії клінічної симптоматики захворювання, поліпшує стан психоемоційної сфери хворих, вірогідно ефективніше покращує показники їх ЯЖ, має мінімальні побічні дії та добре переноситься.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, соматопсихічний фенотип, якість життя.

ANNOTATION

Dovgan, A.O. Somatopsychic phenotype of chronic obstructive pulmonary disease: diagnostics and treatment efficacy. – Manuscript.

Dissertation for earning the scientific degree of Candidate of Medical Sciences (PhD) in the specialty 14.01.27 - Pulmonology – State Organization «National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, 2018.

The dissertation is devoted to assessment of somatopsychic phenotype incidence, the improvement of diagnostics and treatment efficiency in patients with a somatopsychic phenotype of the chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

The comprehensive clinical-instrumental and psychological examination of 306 COPD patients revealed a somatopsychic phenotype in 22.2 % of the study population, distinguished by a combination of clinically significant levels of neuroticism, anxiety and depressive states. We established that the clinical course of COPD in patients with somatopsychic phenotype of the disease was characterized by polysymptomacity manifested by statistically significantly higher mMRC and CAT average scores ($p < 0.001$), greater annual frequency of exacerbations (≥ 2) ($p < 0.001$), and statistically significantly lower mean FEV₁ ($p = 0,031$). The somatopsychic COPD phenotype was associated with a decline of all QOL components in patients: the physical status - by 55.3 %, the mental status - by 40.6 %, and the general status - by 36.8 %. It was proved that administration of a psychotropic medicine (Phenibutum) as a component of the complex therapy for the above category of patients combined with the basic treatment contributed to apparently more rapid regression of expressiveness of clinical symptoms, better psycho-emotional condition of patients, apparently more efficient influence on the improvement of QOL components, and was characterized by minimal side effects and high tolerability.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, somatopsychic phenotype, quality of life.

АННОТАЦИЯ

Довгань А.А. Соматопсихический фенотип хронического обструктивного заболевания легких: диагностика и эффективность лечения. – Квалификационный научный труд на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.27 – пульмонология (222 – медицина). – Государственное учреждение «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Яновского Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2018.

Работа посвящена вопросам повышения диагностики и эффективности лечения больных ХОЗЛ с соматопсихическим фенотипом. На основании комплексного клинико-инструментального и психологического обследования 306 больных ХОЗЛ у 22,2 % из них выделен соматопсихический фенотип, который определялся при наличии совокупности высоких уровней синдромов невротизации, тревожности и депрессивных состояний. У больных ХОЗЛ распространенность клинически значимого синдрома невротизации составляет 29,4 %, реактивной тревоги – 41,2 %, личностной тревоги – 55,6 %, а депрессивных состояний – 15,7 %, что достоверно выше чем у практически здоровых ($p < 0,01$).

Среди больных ХОЗЛ соматопсихические расстройства чаще развиваются у лиц женского пола ($p < 0,001$). С увеличением возраста пациентов возрастает выраженность синдромов реактивной ($p = 0,024$), личностной ($p = 0,001$) тревожности и депрессивных состояний ($p < 0,001$).

Выявлено, что полисимптомное течение ХОЗЛ способствует развитию вторичных изменений в психоэмоциональной сфере пациентов в виде тревожных,

невротических и субдепрессивных состояний, то есть пациенты с ХОЗЛ клинических групп В и D более склонны к развитию соматопсихического фенотипа.

Течение ХОЗЛ при соматопсихическом фенотипе характеризуется усилением тяжести состояния пациентов вследствие увеличения количества и выраженности симптомов за анкетами mMRC и CAT ($p < 0,001$), увеличением количества обострений за год ($p < 0,001$) и достоверном снижении среднего значения ОФВ₁, ($p = 0,031$).

Больные ХОЗЛ имеют значимо более низкие показатели качества жизни (КЖ) по сравнению с практически здоровыми лицами, которые прогрессивно снижаются с возрастом пациентов и при полисимптомном течении ХОЗЛ ($p < 0,05$). Тяжелое течение ХОЗЛ (более 2 обострений в год и более 10 баллов по анкете САТ у больных клинических групп В и D) приводит к достоверному снижению практически всех параметров КЖ пациентов ($p < 0,05$). Соматопсихический фенотип ХОЗЛ сопровождается снижением всех составляющих КЖ больных: физического статуса на 55,3 %, психического статуса – на 40,6 %, а общего статуса – на 36,8 %. У больных с однотипным клиническим вариантом течения ХОЗЛ параметры КЖ отрицательно коррелируют с психическим статусом больных ($0,001 < p < 0,034$).

Режим комбинированной терапии с включением препарата психотропного действия фенибут способствует достоверно более быстрой регрессии клинической симптоматики, стабилизации состояния психоэмоциональной сферы пациентов, повышения их стрессоустойчивости и социальной адаптации, вероятно эффективнее влияет на рост показателей физической, психической и общей компоненты КЖ больных уже в течение тридцатидневного периода, имеет минимальные побочные действия и хорошо переносится.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, соматопсихический фенотип, качество жизни.