

А. А. Капустянська, Н. В. Моїсєєва, О. Г. Шумейко, М. А. Румянцева

ПРАКТИЧНЕ ВЕДЕННЯ СУПРОВІДНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

УДК 616.24-002-08

А. А. Капустянская, Н. В. Моисеева, А. Г. Шумейко, М. А. Румянцева
ПРАКТИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина

Лечение соматоформных расстройств у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является актуальным и должно проводиться в соответствии с международными рекомендациями. Выбор антидепрессанта должен быть безопасным и эффективным даже при комплексных паттернах коморбидности. Это позволит использовать патогенетический подход к обеспечению помощи данным больным. Пароксетин — наиболее эффективный и безопасный антидепрессант группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Целью работы было проведение комплексной оценки воздействия пароксетина на уровень соматоформных расстройств при обострении ХОБЛ тяжелой степени течения (группа D) у женщин. При синхронизации стандартной терапии соматоформных расстройств у пациенток с обострением ХОБЛ тяжелой степени отметили эффективное воздействие на каскад патологических поражений. Результаты проведенных исследований позволяют достичь консенсуса относительно менеджмента лечения и рекомендовать как дополнение к базисной терапии прием пароксетина для замедления прогрессирования соматоформных расстройств.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, хроническая обструктивная болезнь легких, лечение, пароксетин.

UDC 616.24-002-08

А. А. Kapustyanska, N. V. Moisyeyeva, O. G. Shumeiko, M. A. Rummyantseva
PRACTICAL MANAGEMENT OF RELATED SOMATOFORMAL DISORDERS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava, Ukraine

Treatment of somatoform disorders in patients with COPD, as well as treatment of COPD in patients with somatic disorders, is relevant and should be carried out in accordance with international recommendations. The choice of antidepressant should be safe and effective even with complex comorbidity patterns. This will allow using a pathogenetic approach to provide assistance to these patients. Paroxetine is the most effective and safe antidepressant group of selective serotonin reuptake inhibitors.

The aim of the work was to conduct a comprehensive assessment of the effects of paroxetine on the level of somatoform disorders during exacerbation of severe COPD (group D) in women. The study included 53 patients with severe COPD, which was confirmed by instrumental research methods. The patients were divided into 2 groups. Patients of the first group (n=21) — (52.5±0.8) years old were prescribed basic exacerbation therapy. Patients of the second group (n=22) — (57.9±0.4) years old, in addition to the basic therapy of exacerbation, was prescribed paroxetine for 14 days, 1 tablet (0.20 g) 1 time per day. During the analysis of the COPD exacerbations treatment results with the basic treatment and paroxetine showed that the clinical effect was obtained in both groups. But, the severity of the treatment of exacerbation was observed in patients who additionally received paroxetine. The initial values of the indicators in the comparison groups were identical, and upon completion of inpatient treatment, a more pronounced improvement was achieved in patients who were prescribed combination therapy. When synchronizing the standard therapy of somatoform disorders in patients with acute exacerbation of severe COPD, an effect on a cascade of pathological lesions was noted. The results of the conducted studies allow us to recommend paroxetine taking as an addition to basic therapy to slow the progression of the somatoform disorders.

Key words: somatoform disorders, chronic obstructive pulmonary disease, treatment, paroxetine.

Дослідження є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією УМСА «Фарма-

кологічне дослідження біологічно активних речовин та лікарських засобів для корекції порушень гомеостазу різної етіології», № державної реєстрації 0117u004681.

У сучасному світі соматоформні розлади є великим тягарем для системи охорони здоров'я у глобальному масштабі через свій руйнівний вплив.

Затяжні радикальні політичні та економічні зміни, бойові дії в різних регіонах, загроза



терористичних актів — очевидні причини зростання випадків соматоформних розладів у нашому суспільстві [1]. В останньому перегляді «Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики хронічної обструктивної хвороби легень (ХОЗЛ)», GOLD, перегляд 2017, проблемам коморбідності приділено значну увагу, підкреслюється вагомий внесок супровідної патології у загальну тяжкість основного захворювання. Соматоформні розлади — одна з найчастіших коморбідних патологій у хворих з хронічними захворюваннями легень [2; 7; 10].

Частота виникнення симптоматики соматоформних розладів, за даними різних джерел, становить від 25,0 до 90,0 %, а поширеність їх у пацієнтів з соматичними захворюваннями доходить до 24,2 % [3; 9; 11].

Згідно з джерелами літератури, поширеність психопатологічних розладів при ХОЗЛ дуже неоднорідна. Етіопатогенетично ХОЗЛ і соматоформні розлади мають спільні сприятливі фактори [4; 5].

Лікування соматоформних розладів у пацієнтів з ХОЗЛ, як і лікування ХОЗЛ у пацієнтів з соматизованими розладами, має проводитись у відповідності з уніфікованими міжнародними рекомендаціями. Вибір антидепресанту повинен бути безпечним і ефективним навіть при комплексних патернах коморбідності. З аналізу літератури випливає необхідність пошуку специфічної лікувальної тактики соматоформних розладів при ХОЗЛ [6]. Це дозволить використовувати патогенетичний підхід до забезпечення допомоги даним хворим. Переважна більшість як вітчизняних, так й іноземних дослідників сходяться на дум-

ці про високу ефективність і безпечність антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, відсутність побічних ефектів з боку респіраторної системи та небажаних взаємодій з препаратами для лікування основного захворювання [8; 10]. Серед сучасних антидепресантів великий інтерес становить пароксетин.

Мета роботи — проведення комплексної оцінки впливу пароксетину на рівень соматоформних розладів при загостренні ХОЗЛ тяжкого ступеня перебігу у жінок.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включено 53 пацієнтки з ХОЗЛ тяжкого ступеня перебігу (група D), що підтверджувалось інструментальними методами. При госпіталізації до стаціонару пацієнток поділили на дві групи. Пацієнткам 1-ї групи (n=21) віком (52,5±0,8) року проводилася базисна терапія загострення. Пацієнтки 2-ї групи (n=22) віком (57,9±0,4) року, крім базисної терапії загострення, отримували пароксетин протягом 14 днів по 1 таблетці (0,20 г) 1 раз на добу. Усі пацієнти перебували на обстеженні та стаціонарному лікуванні останні три роки у КП «Перша міська клінічна лікарня ПМР».

Усім хворим у перший день госпіталізації та на 12–14-й день лікування проводилася крокова проба відповідно до стандартного протоколу, кистьовим динамометром CAMRY EH101 вимірювали динамометрію м'язової сили і проводили розрахунок показників процентного відношення м'язової сили до маси тіла. Також вимірювали силу дихальних м'язів за максимальним експіраторним тиском на рівні ротової

порожнини з використанням приладу Micro RPM (Respiratory Pressure Meter), дані враховувалися в паскалях.

Для оцінки рівня соматоформних розладів використовували опитувальник HADS і самоопитувальник депресії CES-D. Тяжкість стану пацієнта оцінювали за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) [6]. У пацієнток визначали психологічний статус у день надходження і при виписуванні. Тривалість лікування зумовлена тим, що саме цього терміну було досить для купірування проявів загострення ХОЗЛ.

Статистичні розрахунки виконувалися з використанням пакета програм "STATISTICA for Windows 8.0". Дані представлені у вигляді медіани (Me) і квартильного розмаху [Q1 : Q2] (процентилья — 25 і 75); а також у вигляді середнього значення (M) і помилки середнього значення (m). Застосовані непараметричні методи статистичного аналізу. Для порівняння кількісних показників у незв'язаних групах використовувався критерій Манна — Уїтні, у залежних — критерій Вілкоксона.

Для порівняння частот бінарних ознак у двох незв'язаних групах застосовувався критерій Фішера; у випадках, коли частоти були менш 10, — критерій χ^2 з поправкою Йетса. Аналіз зв'язку двох ознак проводився методом Спірмена. Відмінності вважали достовірними при рівні статистичної достовірності менше 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка результатів лікування загострень ХОЗЛ із застосуванням базисного лікування і з включенням пароксетину показала, що клінічний ефект



був отриманий в обох групах хворих. Проте вираженість ефективності лікування загострення відзначалась у пацієнток, які додатково отримували пароксетин. Початкові значення показників у групах порівняння були ідентичними, а по завершенні стаціонарного лікування більш вираженого покращання було досягнуто у пацієнток, які перебували на комбінованій терапії.

Доповнення до базисної терапії лікування загострень ХОЗЛ пароксетину приводило до позитивного клінічного ефекту, що підтверджувало збільшення сили скелетної та дихальної мускулатури, зростання показників вентиляції легень, підвищення толерантності до фізичних навантажень, збільшення сатурації крові киснем, зниження темпу серцевих скорочень і частоти дихання. Так, показник «функціональна життєва ємність легень» (ФЖЄЛ) у пацієнток 1-ї групи становив 50,53 %, а після лікування достовірно знизився до 48,42 % ($p < 0,05$). Тим же часом у 2-й групі цей показник до лікування був 55,75 %, а після лікування — 58,23 % ($p < 0,05$). Показник ОФВ1 у 1-й групі після лікування становив 33,06 %, а у 2-й групі — 39,34 % ($p < 0,05$).

При проведенні 6-хвилинного крокового тесту одержано такі результати: відстань, пройдена хворими 1-ї групи до лікування, — 328 м, після лікування — 376 м ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 326 м, після лікування — 418 м ($p < 0,05$); ЧСС за 1 хв після тесту у хворих 1-ї групи до лікування 132 уд./хв, після лікування — 93 уд./хв ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 120 уд./хв, після лікування — 82 уд./хв ($p < 0,05$); ЧДР за 1 хв до проведення тесту у хворих 1-ї групи до лікування 24, після лікування — 20 ($p <$

$< 0,05$), 2-ї групи до лікування 26, після лікування — 16 ($p < 0,05$); ЧДР за 1 хв після тесту у хворих 1-ї групи до лікування 28, після лікування — 20 ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 29, після лікування — 21 ($p < 0,05$); показник SpO_2 до тесту у хворих 1-ї групи до лікування 96 %, після лікування — 98 % ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 96 %, після лікування — 99 % ($p < 0,05$); показник SpO_2 після проведення тесту у хворих 1-ї групи до лікування 94 %, після лікування — 98 % ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 94 %, після лікування — 99 % ($p < 0,05$); показник динамометрії правої кисті у хворих 1-ї групи до лікування 37 кг, після лікування — 38 кг ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 37 кг, після лікування — 45 кг ($p < 0,05$); показник динамометрії лівої кисті у хворих 1-ї групи до лікування 35 кг, після лікування — 37 кг ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 35 кг, після лікування — 40 кг ($p < 0,05$); показник станової динамометрії у хворих 1-ї групи до лікування 55 кг, після лікування — 70 кг ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 55 кг, після лікування — 92 кг ($p < 0,05$); показник експіраторного тиску на рівні ротової порожнини у хворих 1-ї групи до лікування 6,0 Па, після лікування — 6,9 Па ($p < 0,05$), 2-ї групи до лікування 6,15 Па, після лікування — 7,79 Па ($p < 0,05$).

У групі комбінованого лікування з призначенням пароксетину було зафіксовано позитивну зміну психологічного статусу хворих, що відмічалось в зниженні проявів соматоформних розладів за шкалами спеціалізованих опитувальників. До початку лікування порівнювані дані були ідентичними, що підтверджувалося відсутністю статистично достовірних відмінностей між ними ($p > 0,05$).

Аналіз показників психологічного статусу пацієнток показав зміни за шкалою HADS: тривога у 1-й групі до лікування ($7,0 \pm 0,9$) бала, після лікування — ($6,9 \pm 0,4$) бала ($p < 0,05$), у 2-й групі до лікування ($7,5 \pm 0,8$) бала, після лікування — ($5,8 \pm 0,5$) бала ($p < 0,05$), депресія у 1-й групі до лікування ($7,6 \pm 0,3$) бала, після лікування — ($6,0 \pm 0,8$) бала ($p < 0,05$), у 2-й групі до лікування ($7,7 \pm 0,4$) бала, після лікування — ($5,4 \pm 0,5$) бала ($p < 0,05$). Дані, отримані при вивченні депресії (опитувальник CES-D) такі: 1-ша група до лікування ($18,0 \pm 0,7$) бала, після лікування — ($16,5 \pm 0,2$) бала ($p < 0,05$); 2-га група до лікування ($19,9 \pm 0,9$) бала, після лікування — ($15,2 \pm 0,2$) бала ($p < 0,05$).

Позитивний вплив пароксетину при соматоформних розладах досягається шляхом поліпшення психічного статусу хворих завдяки підвищенню толерантності до психогенних ризиків виникнення соматичних ознак патології внутрішніх органів.

Позитивна динаміка показників зовнішнього дихання, зокрема, пов'язана з підвищенням фізичних даних діафрагмального дихання, яке у пацієнтів з ХОЗЛ є єдиним механізмом ефективного вдиху через виражену емфізему на фоні неможливості грудної клітки до збільшення об'єму. Посилення експіраторного тиску в ротовій порожнині свідчить про поліпшення функції дихання, яка пов'язана з дихальною мускулатурою.

Взаємозв'язок психосоматичного статусу, функції зовнішнього дихання з фізичним станом характеризує показники високого рівня кореляції між психометричними даними депресії та тривоги, отримані до лікування, з основними клініч-



ними проявами ХОЗЛ, а також з ОФВ1 ($r=-0,72$; $p<0,05$), з відстанню, яку хворий долає за 6-хвилинний кроковий тест ($r=-0,61$; $p<0,05$); із сатурацією кисню після 6-хвилинного крокового тесту ($r=-0,77$; $p<0,05$); з експіраторним тиском у ротовій порожнині ($r=-0,53$; $p<0,05$).

Таким чином, пароксетин є обґрунтованим вибором у комплексному лікуванні соматоформних розладів у пацієнток з ХОЗЛ. Згідно з даними доказової медицини, препарат демонструє високу ефективність і сприятливий профіль безпеки, є одним із найбільш перспективних засобів, що має ключове значення при лікуванні поєднаної патології.

Висновки

1. При загостренні ХОЗЛ тяжкого ступеня перебігу рівень соматоформних розладів у пацієнток корелює з тяжкістю основних критеріїв: ОФВ1, дистанцією, яку хвора долає за 6-хвилинний кроковий тест, сатурацією кисню після 6-хвилинного крокового тесту, експіраторним тиском у ротовій порожнині.

2. Результати проведених досліджень дозволяють досягти консенсусу щодо менеджменту лікування та рекомендувати як доповнення до базисної терапії прийом пароксетину для уповільнення прогресування соматоформних розладів.

Ключові слова: соматоформні розлади, хронічна обструктивна хвороба легень, лікування, пароксетин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Korrekciya trevogi i depressii u pacientov pri obostrenii hronicheskoy obstruktivnoj bolezni legkih / G. E. Chernogoryuk, A. Yu. Fisenko, E. P. Roslyakova et al. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014. № 6. P. 35–39. [in Russian]

2. Fisun Yu. O., Zhivotovs'ka L. V., Fisun S. Yu. Migren' i depresiya: komorbidnist' patologii, klinichnij perebig i likuvannya. *Zhurnal neurologii im. B. M. Man'kovs'kogo*. 2013. № 1 (2). P. 110–113. [in Ukraine]

3. Malyarov S. O. Depresiya u zagal'nosomatichnij praktici [Text]: rekomendacii z viyavlennya ta likuvannya (informaciya dlya profesijnoi diyal'nosti fahivciv ohoroni zdorov'ya). Centr psihosomatiki ta depresii universal'noi kliniki "Oberig". 201. 119 p. [in Ukraine]

4. Mironova N. V., Naryshkina S. V. Trevozno-depressivnye rasstrojstva u bol'nyh HOBL. *Byulleten' fiziologii i patologii dyhaniya*. 2015. № 55. P. 132–139. [in Ukraine]

5. Ovcharenko S. I. Tipologiya rasstrojstv lichnosti i reagirovaniya na zabojevaniya pri HOBL. *Pul'monologiya*. 2013. № 2. P. 74–80. [in Ukraine]

6. Asuka Iguchi. Relationship Between Depression in Patients With COPD and the Percent of Predicted FEV1, BODE Index and Health — Related Quality of Life. *Respir. Care*. 2013. Vol. 58 (2). P. 334–339.

7. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2017). — <http://www.goldcopd.org>

8. Hickie I. B., Rogers N. L. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet*. 2011. № 378. P. 621–663.

9. Tzung-Yi Tsai. Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2013; 13. Regime of access: <http://www.biomedcentral.com>

10. Zhdan V. M., Khaymenova G. S., Ivanitsky I. V. Estimation of the dynamics of clinical and laboratory indicators in the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with osteoarthritis / [and others] Current issues of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Dental Academy. 2017. Vol. 17, № 2 (58). P. 129–131.

11. Grin K. V., Skrypnikov A. M. Therapeutic Aspects of Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders and Adaptation Disorders. Kyiv, April 27–29, 2017. 2017. Vol. 23, № 1 (88). 79 p.

REFERENCES

1. Chernogoryuk G.E., Fisenko A.Yu., Roslyakova E.P., Mihajlova A.A., Rachkovskij M.I., Varvyanskaya N.V., Sanzharovskaya M.S., Antipov S.I., Shepeleva E.G. Anxiety and depression correction in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary

disease. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* 2014; 6: 35-39. [in Russian]

2. Fisun Yu.O., Zhivotovs'ka L.V., Fisun S.Yu. Migraine and depression: pathology comorbidity, clinical course and treatment. *Zhurnal neurologiyi im. B.M. Man'kovs'kogo* 2013; 1 (2): 110–113. [in Ukraine]

3. Malyarov S.O. Depresiya u zagal'nosomatichnij praktici [Text]: rekomendacii z viyavlennya ta likuvannya (informatsiya dlya profesijnoi diyal'nosti fahivciv okhorony zdorov'ya). Centr psihosomatiki ta depresii universal'noi kliniki "Oberig"; 201. 119 p. [in Ukraine]

4. Mironova N. V., Naryshkina S. V. Anxiety and depression disorders in patients with COPD. *Byulleten' fiziologii i patologii dyhaniya* 2015; 55: 132-139. [in Ukraine]

5. Ovcharenko S.I. Typology of identify disorders and reaction to diseases with COPD. *Pul'monologiya* 2013; 2: 74-80. [in Ukraine]

6. Asuka Iguchi. Relationship Between Depression in Patients With COPD and the Percent of Predicted FEV1, BODE Index and Health — Related Quality of Life. *Respir. Care*. 2013; 58 (2): 334-339.

7. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2017). — <http://www.goldcopd.org>

8. Hickie, I.B., Rogers N.L. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet* 2011; 378: 621-63.

9. Tzung-Yi Tsai. Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2013; 13. Regime of access: <http://www.biomedcentral.com>

10. Zhdan V.M., Khaymenova G.S., Ivanitsky I.V. Estimation of the dynamics of clinical and laboratory indicators in the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with osteoarthritis. Current issues of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Dental Academy. 2017; 17; 2 (58): 129-131.

11. Grin, K.V., Skrypnikov A.M. Therapeutic Aspects of Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders and Adaptation Disorders. Kyiv, April 27-29, 2017. 2017: 23; 1 (88): 79.

Надійшла до редакції 29.10.2019
Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. А. Мацегора,
дата рецензії 09.11.2019

