

ции, иммунно-аллергических и токсических нарушений у обследованной категории больных. Предложен комплексный метод лечения больных нейродермитом, предполагающий использование препаратов метаболического действия, физиотерапевтических методик и природных факторов Подолья.

**Ключевые слова:** нейродермит, эндотелиальная дисфункция, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система, токсические нарушения, иммунно - аллергические показатели, гидроперекиси липидов, малоновый диальдегид, супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза, восстановленный глутатион, Ig E, эозинофильный катионный белок, гомоцистеин, карбонильные группы белков.

**Nalzhitiy A.A., Bondar S.A., Pichkur O.M.**

#### METHOD OF TREATMENT FOR PATIENT WITH NEURODERMATITIS USING DRUGS WITH METABOLIC ACTIONS, PHYSIOTHERAPEUTIC METHODS AND HEALING FACTORS PODILLYA

**Summary.** In the article the pathogenetic mechanisms of development of inflammatory process at neurodermatitis are opened. The results of own researches of patients suffering from neurodermatitis are given. at the examined category of patients are observed the features of processes of a peroxidation, immune and allergic and toxic violations. The complex method of the treatment of the patients suffering from the neurodermatitis, intending the usage of preparations of metabolic action, physiotherapeutic techniques and natural factors of Podolia is offered.

**Key words:** neurodermatitis, endothelial dysfunction, lipid peroxidation, antioxidant system, toxic violation, immuno-allergic indicators, lipid hydroperoxides, malonic dialdehyd, superoxide dismutase, glutathione peroxidase, reduced glutathione, IgE, eosinophilic cationic protein homocysteine, carbonyl group of proteins.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2013 р.

Наліжитий Андрій Андрійович - аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; andrunn@mail.ru;

Бондар Сергій Анатолійович - доктор мед. наук, доц., завідувач кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (067) 2808636;

Пічкур Олег Миколайович - асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 352445.

© Константинович Т.В.

УДК: 616.89-008:616.248±616.24-002-08

**Константинович Т.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21029)

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

**Резюме.** З метою діагностики та медикаментозної корекції розладів емоційно-психічної сфери у хворих на БА та ХОЗЛ за допомогою препарату екстракту звіробою встановити клінічну, функціональну та психологічну ефективність обраного режиму терапії було обстежено 30 хворих на БА та ХОЗЛ, яким проведено повне клініко-інструментальне обстеження та психологічне тестування з використанням стандартних міжнародних опитувальників з визначенням рівня невротизації, тривоги та депресії. Вивчалась динаміка клінічних симптомів, показники функції зовнішнього дихання, психологічний статус на фоні проведення комплексного лікування, яке передбачало використання препаратів базисної терапії (флютиказону пропіонат/сальметерол) в поєднанні з препаратом сухого екстракту звіробою всередину в добовій дозі 900 мг протягом 40 днів. Для контролю було обстежено групу хворих на БА та ХОЗЛ, що була репрезентативна основній за віком, статтю, важкістю захворювання та отримувала лише базисну терапію. Показано, що включення екстракту звіробою до комплексного лікування хворих на БА та ХОЗЛ потенціює ефекти базисної терапії внаслідок достовірно швидшої динаміки соматичних, функціональних та емоційно-психічних характеристик хворих, посилює рівень контролю над БА та ХОЗЛ. У хворих на БА відбувалося зниження рівня реактивної тривоги на 19,4%, особистісної тривоги - на 12,6%, рівня невротизації - на 26,5%, рівня депресії на 16,1%, визначається вірогідно краща зворотня динаміка клінічних симптомів БА - зменшення кількості нападів у середньому на 64,1%, частоти користування інгаляторами за вимогою - на 63,1%, виразності кашлю - на 68,2% та задишки - на 25,7%; при цьому спостерігається поліпшення показників ФЖЕЛ - на 21,2%, ОФВ<sub>1</sub> - на 25,2%, середнього форсованого експіраторного потоку СОС<sub>25-75</sub> - на 33,8% порівняно з використанням базисних препаратів, що в цілому призводить до підвищення рівня контролю над захворюванням у середньому на 32,9%. У хворих на ХОЗЛ діагностовано зниження рівня реактивної тривоги на 23,7%, рівня особистісної тривоги - на 13,1%, рівня невротизації - на 37,9%, рівня депресії - на 26,1%, спостерігається вірогідно краща регресія клінічних симптомів захворювання - зменшення інтенсивності кашлю на 58,3% та задишки - на 30,8; сприяє поліпшенню показників ФЖЕЛ - на 8,1%, ОФВ<sub>1</sub> - на 9,3%, середнього форсованого експіраторного потоку СОС<sub>25-75</sub> - на 17,2%, порівняно з використанням базисних препаратів, що в цілому призводить до підвищення рівня контролю над захворюванням у середньому на 16,9%.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, ХОЗЛ, психосоматичні розлади, лікування.

## Вступ

Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є тими ураженнями органів дихання, що призводять до зростання тимчасової та стійкої втрати працездатності та значних економічних витрат у світі, в тому числі і в Україні [Фещенко, Марков, 2009; Яшина, 2010]. На сучасному етапі обструктивні захворювання легень розглядаються як гетерогенні захворювання, що викликаються комплексною взаємодією конституційних, генетичних та зовнішніх факторів середовища [Горовенко, 2009; Черкашина та ін., 2009]. Нейрогенні фактори є важливими компонентами патогенетичного комплексу, що визначає перебіг та прогноз при БА та ХОЗЛ [Белялов, 2007; Бройтигам и др., 1999, Janson et al., 1994, Boulet, 2009].

Протягом останнього часу, коли проблема психологічних та психічних розладів при БА та ХОЗЛ стала окресленою, неодноразово робились спроби використання терапевтичних засобів для лікування цих станів.

Існують протилежні точки зору на тактику лікування психоемоційних соматогенній у хворих на соматичну патологію. Ряд авторів на перший план ставлять призначення психотропних препаратів, мотивуючи це нестійким ефектом застосування не медикаментозної корекції [Дробіжев, 2005; Смулевич та ін., 2001]. Їх опоненти вважають, що більшість ПТП мають ряд побічних ефектів та мало впливають на стан ФЗД, віддаючи перевагу в лікуванні саме психотерапії [Кришталь, 2001; Пхиденко, 2003].

Призначення психотропних препаратів в лікуванні БА та ХОЗЛ до недавнього часу було досить обмежено внаслідок великої кількості побічних ефектів цієї групи засобів, що посилюється ще й низькою їх адаптацією до патофізіологічних механізмів захворювання. Однак поява сучасних засобів, що впливають на емоційно-психічний стан пацієнтів дозволяє використовувати цю групу препаратів [Мостовий, Константинович, 2010; Компендиум, 2012].

Поява нових ліків для надання допомоги пацієнтам за наявності супутніх розладів емоційно-психічної сфери є підставою для розширення сфери медикаментозного впливу на психічну складову будь-якого соматичного захворювання, в тому числі і для хворих на БА та ХОЗЛ, є актуальною та своєчасною, що і обумовило мету нашого дослідження.

Метою дослідження стали діагностика та медикаментозна корекція фіксованих розладів емоційно-психічної сфери у хворих на БА та ХОЗЛ за допомогою, встановлення клінічної, функціональної та психологічної ефективності обраного режиму терапії.

## Матеріали та методи

Було обстежено 30 хворих (15 - з діагнозом БА, 15 - з діагнозом ХОЗЛ), які склали основну групу дослідження та 39 пацієнтів (28 - з діагнозом БА, 11 - з діагнозом ХОЗЛ), які склали групу контролю. Вікова та статевая характеристика наведена в таблицях 1 та 2. Всім хво-

рим БА було проведене комплексне клінічне обстеження з використанням поглибленого вивчення скарг та анамнезу, визначення об'єктивного статусу та врахуванням даних додаткових методів.

Середній вік хворих досліджуваної групи склав для БА (54,9±3,6) роки і коливався від 28 до 76 років, для ХОЗЛ - (59,6±2,3) роки, коливався в межах 47-77 років, середній вік хворих групи контролю склав для БА - (53,9±2,6) роки і коливався в межах 22-74 роки та для ХОЗЛ - (65,8±2,7) роки і коливався в межах 48-79 років. Розподілення хворих на БА та ХОЗЛ в залежності від важкості перебігу захворювання наведено в таблицях 3 та 4.

У групі дослідження середня тривалість БА дорівнювала (19,3±3,3) роки та коливалась в межах від 4,0 до 45,0 років, ХОЗЛ - (12,9±2,3) роки і коливалась в межах від 3,0 до 23,0 років. В групі контролю середня тривалість БА дорівнювала (13,5±1,2) роки і коливалась в межах від 3,0 до 30,0 років, ХОЗЛ - (8,3±1,6) роки і коливалась в межах від 3,0 до 22,0 років.

Були рекомендовані два режими терапії. Перший режим терапії був проведений 30 пацієнтам (група I - досліджувана) і передбачав поєднання препаратів базисної терапії у добових дозуваннях згідно важкості перебігу захворювання з препаратом психоактивної дії. Другий режим терапії був проведений 39 пацієнтам з БА та ХОЗЛ (група II - контрольна) і включав препарати базисного лікування, що регламентується Наказом МОЗ України № 128 (2007) - фіксована комбінація у складі інгальційного ГКС флютиказону дипропіонату та ?2-агоністу тривалої дії сальметеролу у відповідній до важкості перебігу захворювання дозі та "швидкий" ?2-агоніст сальбутамол для надання невідкладної допомоги за вимогою.

Дослідження проводилось амбулаторно до та після проведеного курсу лікування, який склав (40±2) дні. Всім хворим на БА та ХОЗЛ було проведене комплексне клінічне обстеження з використанням поглибленого вивчення скарг та анамнезу, визначення об'єктивного статусу та результатів додаткових методів обстеження. Рівень контролю над БА визначали за допомогою АСТ-тесту (Asthma Control Test), над ХОЗЛ - за допомогою САТ-тесту.

Рівень легеневої недостатності верифікували за допомогою об'єктивного обстеження хворих шляхом підрахунку частоти дихання (ЧД) за хвилину, встановлення типу та виразності вентиляційної недостатності шляхом комп'ютерної спірографії на комп'ютерному спірографі "MasterScopePC" (Erich Jaeger, Німеччина) Всім респондентам була проведена діагностика психосоматичних розладів, базуючись на клініко-експериментальному підході, що включав: орієнтовну діагностичну співбесіду, верифікацію проводили за шкалами тривоги, невротизації та депресії. Рівень реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривоги визначали в балах за Ч.Д.Спілбергом - Ю.Л.Ханінім (2002), рівень невротизації (РН) - у відсотках (%) за Л.І.Вассерманом (2002),

**Таблиця 1.** Статеві характеристики хворих на БА та ХОЗЛ, що сформували групу дослідження.

Ознака, шр враховувалась	Хворі на БА (n=15)		Хворі на ХОЗЛ (n=15)	
	АЧ	%	АЧ	%
Чоловіки	9	60,0	12	80,0
Жінки	6	40,0	3	20,0
Усього	15	100,0	15	100,0

**Таблиця 2.** Статеві характеристики хворих на БА та ХОЗЛ, що сформували групу контролю.

Ознака, шр враховувалась	Хворі на БА (n=28)		Хворі на ХОЗЛ (n=11)	
	АЧ	%	АЧ	%
Чоловіки	12	42,9	9	81,8
Жінки	16	57,1	2	18,2
Усього	28	100,0	29	100,0

**Таблиця 3.** Розподілення хворих залежно від важкості перебігу БА.

Важкість перебігу	БА (дослідження) (n=15)		БА (контроль) (n=28)	
	Абс.	%	Абс.	%
I Інтермітуючий	-	-	-	-
II Легкий персистуючий	-	-	-	-
III Середньоважкий персистуючий	6	40,0	16	57,1
IV Важкий персистуючий	9	60,0	12	42,9

**Таблиця 4.** Розподілення хворих залежно від важкості перебігу ХОЗЛ.

Важкість перебігу	ХОЗЛ (дослідження) (n=15)		ХОЗЛ (контроль) (n=11)	
	Абс.	%	Абс.	%
I Легкий	-	-	-	-
II Середньоважкий	-	-	-	-
III Важкий	13	86,7	9	81,8
IV Вкрай важкий	2	13,3	2	18,2

діагностику депресивних станів здійснювали в балах за Зунгом (1971) в адаптації Т.І.Балашової (2002) [Райгородский, 1998].

Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows [Наследов, 2007].

При обранні психотропного засобу керувалися наступними критеріями: відповідність психотропного засобу особливостям хворого на обструктивну патологію легень з урахуванням патофізіологічних моментів розвитку та підтримання захворювання, можливість використання психотропного препарату в амбулаторних умовах без потреби обов'язкового контролю з боку фахівців психіатричного профілю, можливість проведення монотерапії психотропним засобом (багатопрофільність ефектів фармакологічної дії), задовільна інтеракція з препаратами базисної терапії БА та ХОЗЛ (інгаляційними ГКС,  $\beta_2$ -агоністами, теофілінами, муколітиками), мінімальна поведінкова токсичність, мінімальна потреба у титруванні, в ідеалі - посилення ефектів брон-

ходиляції та поліпшення мукоциліарного кліренсу, оптимально - відсутність ефектів бронхоконстрикції, гальмування дихального центру та процесів фізіологічного бронхіального лаважу, доступність в аптечній мережі, економічна вигідність.

Для цього був обраний препарат сухого екстракту звіробію, що призначався всередину хворим на БА (n=15) та ХОЗЛ (n=15) в дозі 900 мг (1 таблетка вкрита оболонкою) одноразово на добу після сніданку протягом 40 днів.

### Результати. Обговорення

Враховуючи мету роботи, ми визначали вихідні рівні психосоматичних розладів на початку лікування у хворих на БА та ХОЗЛ у всіх групах порівняння (табл. 5).

За своїми психосоматичними характеристиками всі групи порівняння були однорідні та не відрізнялися за середніми значеннями реактивної, особистісної тривожності, невротизації та депресії ( $p>0,05$ ).

Була отримана вірогідно позитивна динаміка редукції психосоматичних синдромів в групах хворих БА та ХОЗЛ, які отримували комбіновану терапію із використанням препарату ЛАЙФ-900 в якості антипсихотичного засобу. Так, для хворих на БА рівень реактивної тривожності знизився з  $(35,6\pm 2,5)$  до  $(28,7\pm 2,5)$  бали, рівень особистісної тривожності - з  $(52,5\pm 2,7)$  до  $(45,9\pm 2,1)$  бали, рівень невротизації - з  $(51,7\pm 4,3)$  до  $(38,0\pm 4,4)$  %, рівень депресії - з  $(48,5\pm 2,3)$ . Для хворих на ХОЗЛ отримана наступна динаміка - рівень реактивної тривожності знизився з  $(32,9\pm 2,6)$  до  $(25,1\pm 1,3)$  бали, рівень особистісної тривожності - з  $(53,3\pm 2,1)$  до  $(46,3\pm 1,8)$  бали, рівень невротизації - з  $(48,8\pm 4,7)$  до  $(30,3\pm 3,7)$  %, рівень депресії - з  $(49,8\pm 2,1)$  до  $(36,8\pm 1,7)$  бали.

Хворі на БА та ХОЗЛ до початку лікування в межах однієї нозології були ідентичними за рівнем виразності як окремих психосоматичних станів тривоги, невротизації та депресії, так і з урахуванням інтегративного показника психосоматичної дисфункції ( $p>0,05$ ). В цілому хворі на БА характеризувалися, за нашими даними, більш вираженою поширеністю клінічно значущих розладів психіки за поєднання високих рівнів РТ та ОТ, невротизації та клінічно значущих ДС (легкого ступеня та субдепресивного стану), що спостерігалось у 53,6% та 60,0% пацієнтів, хворих на БА відповідно в групі контролю та в групі дослідження. Показник поширеності клінічно значущих психосоматичних станів у хворих на ХОЗЛ був нижчим і склав, за нашими даними, в групі контролю - 27,3% та в групі дослідження - 20,0%.

По закінченні періоду лікування спостерігалася позитивна динаміка з точки зору зменшення поширеності окремих психосоматичних станів високого рівня за рахунок збільшення кількості хворих з помірними та низькими, тобто клінічно незначущими проявами тривоги, невротизації та депресії, що в першу чергу може бути пов'язано з використанням адекватної базисної терапії та її впливом на процеси запалення в бронхах та дис-

**Таблиця 5.** Середні значення психосоматичних станів у хворих БА та ХОЗЛ в групах порівняння за різних режимів лікування на початку терапії. (День 1)\*

Показник, щр враховувався	Хворі БА контрольної групи (n=28)	Хворі БА групи дослідження (n=15)	Хворі ХОЗЛ контрольної групи (n=11)	Хворі ХОЗЛ групи дослідження (n=15)
Середній рівень РТ, бали (M±m)	34,9±2,1	35,6±2,5	35,9±1,8	32,9±2,6
Середній рівень ОТ, бали (M±m)	53,5±2,0	52,5±2,7	46,9±1,1	53,3±2,1
Середній РН, % (M±m)	55,2±2,9	51,7±4,3	46,5±4,1	48,8±4,7
Середній РД, бали (M±m)	46,5±1,5	48,5±2,3	47,6±1,3	49,8±2,1

**Примітка.** \* - різниця невірогідна в групах порівняння.

**Таблиця 6.** Середні значення психосоматичних станів у хворих БА та ХОЗЛ в групах порівняння за різних режимів лікування по закінченні терапії. (День 40).

Показник, щр враховувався	Хворі БА контрольної групи (n=28)	Хворі БА групи дослідження (n=15)	Хворі ХОЗЛ контрольної групи (n=11)	Хворі ХОЗЛ групи дослідження (n=15)
Середній рівень РТ, бали (M±m)	35,5±1,8	28,7±2,5**	33,7±1,8	25,1±1,3**
Середній рівень ОТ, бали (M±m)	50,6±1,9	45,9±2,1	47,1±1,2	46,3±1,8
Середній РН, % (M±m)	50,6±2,5	38,0±4,4***	47,6±4,1	30,3±3,7***
Середній РД, бали (M±m)	44,4±1,5	40,7±2,6*	47,6±1,2	36,8±1,7**

**Примітки:** різниця вірогідна між групами порівняння за нозологіями при: \*\*\* - p<0,001, \*\* - p<0,01, \* - p<0,05.

**Таблиця 7.** Суб'єктивні та об'єктивні симптоми хворих на БА та ХОЗЛ за різних режимів лікування на етапі закінчення терапії. (День 40).

Ознака, щр враховувалась	Хворі на БА та ХОЗЛ в групі дослідження (n=30)		Хворі на БА та ХОЗЛ в групі контролю (n=39)	
	БА (n=15)	ХОЗЛ (n=15)	БА (n=28)	ХОЗЛ (n=11)
Середня добова частота нападів, (M±m)	1,9±0,7	-	4,3±0,9	-
Середня нічна частота нападів, (M±m)	0,7±0,2	-	1,6±0,4	-
Середня частота використання інгаляторів швидкої дії за добу, (M±m)	4,1±0,6	-	10,6±1,6	-
Кашель, середній бал, (M±m)	0,7±0,2	1,0±0,2	1,4±0,1	1,9±0,1
Задихка, середній бал, (M±m)	2,6±0,2	2,7±0,2	2,8±0,2	3,0±0,3
Середня частота дихання за 1 хв., (M±m)	20,2±0,5	22,0±0,5	21,4±0,4	24,8±0,4
Sat O <sub>2</sub> , % (M±m)	96,5±0,4	93,8±0,7	95,8±0,8	93,4±0,7

функцію м'язевого апарату за рахунок призначення інгалаційного глюкокортикостероїду флутиказону дипропіонату та пролонгованого бета-2-агоністу сальметеролу у фіксованій комбінації відповідно важкості захворювання. Встановлено, що за поєднаної терапії з включенням психотропного засобу динаміка щодо редукції психосоматичних станів була вірогідно кращою. В групі дослідження серед хворих на БА кількість пацієнтів із високими рівнями РТ зменшилась з 20,0 до 6,7% (p=0,009), кількість хворих з високим рівнем ОТ - відповідно з 73,3 до 53,3% (p=0,041), кількість хворих з високим РН - відповідно з 40,0 до 6,7% (p=0,046), кількість хворих з клінічно значущими ДС (легка депресія та субдепресивний стан) - відповідно з 60,0 до 20,0% (p=0,032), що в цілому призвело до зменшення загальної кількості хворих за поєднання трьох синдромів з їх максимальною виразністю з 80,0 до 13,3% (p=0,049). У той час як в контрольній групі, що отримували лише базисну терапію вірогідно краща динаміка була досягнута лише за показником РТ - коли кількість хворих з високим рівнем зменшилась з 21,4 до 10,7% (p=0,009) за іншими психосоматичними

станами зміни були невірогідними (p>0,05).

Аналогічні дані були отримані для пацієнтів, хворих на ХОЗЛ. Так, отримано вірогідне зменшення кількості пацієнтів, що отримували поєднану терапію з використанням препарату базисного ряду та антидепресивного засобу ЛАЙФ 900. Кількість хворих на ХОЗЛ в групі дослідження, які мали високий рівень РТ зменшилась на 6,7%, помірний рівень - з 33,3 до 20,0%, що призвело до збільшення частини хворих на ХОЗЛ з клінічно незначущим низьким рівнем РТ з 60,0 до 80,0% (p=0,009). Кількість хворих із високим рівнем ОТ зменшилась з 80,0 до 53,3% (p=0,041), із високим РН - відповідно з 20,0 до 0% (p=0,046), внаслідок чого всі 100,0 хворих на ХОЗЛ по закінченні курсу поєднаної терапії мали низький рівень невротичних симптомів. Кількість хворих на ХОЗЛ з ДС знизилась на фоні поєднаного лікування з 46,6 до 0% (p=0,032), тобто по закінченні курсу терапії у цієї групи хворих клінічно значущої депресії діагностовано не було, у той час як у групі порівняння загальна кількість хворих із верифікованим ДС не знизилась, однак виявлена тенденція до полегшення важкості депресивного розладу -

**Таблиця 8.** Показники ФЗД хворих на БА на етапі закінчення терапії. (День 40).

Показник, % від належної величини, (M±m)	Хворі БА		Хворі ХОЗЛ	
	Контроль (n=28)	Досліджувана (n=15)	Контроль (n=11)	Досліджувана (n=15)
FVC	69,9±3,5	67,9±4,5	69,0±3,9	67,1±3,6
p<0,001				
FEV <sub>1</sub>	61,2±2,9	59,2±5,1	51,3±4,0	55,4±5,9
p<0,001				
FEV <sub>1</sub> / FVC, %	73,8±2,4	70,4±3,3	63,2±2,9	64,3±4,3
p=0,003				
FEF <sub>25-75</sub>	42,5±4,1	47,9±5,9	32,8±2,9	56,6±8,7
p=0,249				

у 2 хворих (18,2%), у яких субдепресивний стан перейшов в легкий депресивний розлад, що свідчить про позитивний вплив базисної терапії на психоемоційний стан пацієнтів. Як результат, можна засвідчити, що поєднана терапія хворих на ХОЗЛ за використання сухого екстракту звіробою мала кращий вплив на емоційно-психічний стан хворих, що виразилося в статистично вірогідному зменшенні кількості хворих із комбінацією високих рівнів тривоги, невротизації та клінічно значущої депресії з 20,0% до 0% (p=0,049).

Враховуючи завдання роботи, ми провели оцінку динаміки клінічних, функціональних, соматопсихічних характеристик у хворих на БА та ХОЗЛ за різних режимів лікування. За клінічними суб'єктивними та об'єктивними симптомами хворі на БА та ХОЗЛ на початку лікування в групах порівняння були однорідні. Визначення параметрів ФЗД виявило їх різнобічність. Вентиляційні порушення в групі хворих на БА були гіршими порівняно з групою хворих на ХОЗЛ і трактувалися як змішані важкі вентиляційні порушення порівняно з середньоважким змішаним порушенням вентиляції у хворих на ХОЗЛ. На (40±2) добу провели повторне визначення клінічних та функціональних для оцінки ефективності терапії, визначили побічні ефекти.

Динаміка соматичних показників мала позитивні тенденції порівняно із статусом на початку в усіх групах спостереження (табл. 7). Це знайшло своє вираження в зменшенні напруги симптоматики БА та ХОЗЛ за кількістю нападів та еквівалентів, а, відповідно і частоти використання препаратів "швидкої" дії для невідкладної допомоги, регресії показників задишки, кашлю, аускультативних даних над легеньми. Вірогідно краща позитивна динаміка клінічних симптомів в групі хворих на БА визначалась у пацієнтів на фоні використання

психотропного засобу, в групі хворих на ХОЗЛ - визначалися аналогічні дані.

Аналіз динаміки середніх показників спірограми показав, що в усіх групах хворих БА та ХОЗЛ, що порівнювалися, спостерігались поліпшення функціональних параметрів зовнішнього дихання (табл. 8). Однак при проведенні порівняльного аналізу пар залежних показників до та після лікування з'ясувалось, що приріст всіх об'ємних та швидкісних показників спірограми у осіб, що приймали лише базисну терапію не мав статистичної вірогідності (p>0,05). В групах, що отримувала на фоні базисної терапії ЛАЙФ 900, визначилися значущі відмінності за показниками FVC (p<0,001), FEV<sub>1</sub> (p<0,001) та FEV<sub>1</sub>/FVC, % (p=0,003) порівняно з контролем. Це дало змогу зробити висновок про перевагу даного режиму терапії з точки зору поліпшення ФЗД над іншими.

Для уніфікації аналізу та визначення критерію порівняння ми застосували Тест по контролю над астмою (АСТ-тест) та тест по контролю над ХОЗЛ (САТ-тест). Ці тести повною мірою відображають перебіг захворювання та, відповідно, стан контролю над ним за останні 4 тижні. Перше заповнення цього тесту відбувалось на початку, друге - на етапі завершення терапії. В таблиці 9 наведена динаміка результатів АСТ- та САТ-тестів в групах хворих на БА та ХОЗЛ за різних режимів лікування.

На етапі початку лікування (День 1) середнє значення результату АСТ-тесту в групах хворих на БА, що порівнювалися, статистично не відрізнялося (p>0,05), однак аналізуючи результати на 40-й день по закінченні терапії, бачимо, що вірогідно (p<0,01) відбувалося збільшення середнього значення результатів АСТ-тесту з (10,3±0,6) до (13,2±0,7) бали в контрольній групі хворих БА, з (8,5±0,8) до (11,6±0,9) бали групі хворих БА на фоні лікування препаратом сухого екстракту звіробою.

В цілому рівень контролю над БА протягом 40-денного курсу лікування у хворих контрольної групи поліпшився на 28,2% від початкового рівня, у хворих в групі дослідження - на 32,9%. Це свідчить про позитивну відповідь на лікування, яка відбувалася протягом курсу лікування серед пацієнтів за різних режимів лікування, причому встановлено кращий вплив комбінованої терапії хворих БА за використання препарату звіробою на перебіг та контроль захворювання.

З огляду на критерії оцінки стану контролю БА за результатами АСТ-тесту, за середнім балом, який мали хворі на етапі завершення терапії, стану повного контролю над захворюванням досягнуто не було, що можна пояснити порівняно короткими строками терапії, які є недостатніми до досягнення контролю над захворюванням.

**Таблиця 9.** Динаміка результатів АСТ- та САТ-тестів в групах хворих на БА та ХОЗЛ за різних режимів лікування.

Середнє значення результату АСТ- та САТ-тестів, (M±m)	Хворі БА контроль (n=28)	Хворі БА досліджувана (n=15)	Хворі ХОЗЛ контроль (n=11)	Хворі ХОЗЛ досліджувана (n=15)
На етапі початку лікування (День 1)	10,3±0,6	8,5±0,8	21,5±0,4	22,5±0,7
На етапі завершення лікування (День 40)	13,2±0,7**	11,3±0,9**	19,1±0,9	18,7±0,4*

**Примітка.** \*\* - різниця вірогідна в межах груп з однією нозологією.

На етапі початку лікування (День 1) середнє значення результату САТ-тесту в групах хворих на ХОЗЛ, що порівнювалися, теж статистично не відрізнялося ( $p > 0,05$ ). При аналізі результатів тесту по завершенні терапії, встановлено, що відбувалося зменшення середнього значення результатів САТ-тесту з ( $21,5 \pm 0,4$ ) до ( $19,1 \pm 0,9$ ) бали в контрольній групі хворих ХОЗЛ та вірогідно з ( $22,5 \pm 0,7$ ) до ( $18,7 \pm 0,4$ ) бали групі хворих ХОЗЛ на фоні лікування препаратом ЛАЙФ 900 ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, рівень контролю над ХОЗЛ згідно аналізу анкети САТ протягом 40-денного курсу лікування у хворих контрольної групи поліпшився на 12,6% від початкового рівня, у той час як у хворих в групі дослідження - на 16,9%. Це також може свідчити про кращу позитивну відповідь на проведення поєднаної терапії хворих БА за використання препарату ЛАЙФ 900 порівняно з традиційною схемою лікування.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Препарат сухого екстракту звіробою є високоякісним натуральним (рослинним) психоактивним засобом, що поряд з традиційною антидепресивною дією проявляє антитривожну та антиастенічну активність у хворих на обструктивну патологію органів дихання.

2. Включення сухого екстракту звіробою до лікування хворих на БА та ХОЗЛ потенціює ефекти базисної терапії внаслідок вірогідно швидшої динаміки соматичних, функціональних та емоційно-психічних характеристик хворих, посилює рівень контролю над БА та ХОЗЛ протягом 40-денного терміну лікування.

3. Комплексна терапія хворих на БА з включенням сухого екстракту звіробою протягом 40 днів лікування призводить до зниження рівня реактивної тривоги на 19,4% ( $p < 0,01$  порівняно з контрольною групою), особистісної тривоги - на 12,6%, рівня невротизації - на 26,5% ( $p < 0,001$ ), рівня депресії - на 16,1% ( $p < 0,05$ ).

4. Включення сухого екстракту звіробою протягом

40 днів в комплексне лікування хворих на ХОЗЛ призводить до достовірного, порівняно з контрольною групою, зниження рівня реактивної тривоги на 23,7% ( $p < 0,05$ ), рівня особистісної тривоги - на 13,1%, рівня невротизації - на 37,9% ( $p < 0,001$ ), рівня депресії - на 26,1% ( $p < 0,01$ ).

5. Призначення препарату сухого екстракту звіробою в дозі 900 мг одноразово на добу протягом 40 днів хворим на БА середнього та важкого персистуючого перебігу веде до достовірно кращої регресії клінічних симптомів захворювання - кількості нападів у середньому на 64,1%, частоти користування інгаляторами за вимогою - на 63,1%, виразності кашлю - на 68,2% та задишки - на 25,7%; при цьому спостерігається поліпшення показників ФЗД - ФЖЕЛ - на 21,2%, ОФВ<sub>1</sub> - на 25,2%, середнього форсованого експіраторного потоку - на 33,8% порівняно з використанням базисних препаратів, що в цілому призводить до підвищення рівня контролю над захворюванням у середньому на 32,9%.

6. Призначення сухого екстракту звіробою в дозі 900 мг одноразово на добу протягом 40 днів хворим на ХОЗЛ важкого та вкрай важкого перебігу призводить до вірогідної кращої регресії клінічних симптомів захворювання - зменшення інтенсивності кашлю на 58,3% та задишки - на 30,8; сприяє поліпшенню показників ФЗД - ФЖЕЛ - на 8,1%, ОФВ<sub>1</sub> - на 9,3%, середнього форсованого експіраторного потоку СОС<sub>25-75</sub> - на 17,2%, порівняно з використанням базисних препаратів, що в цілому призводить до підвищення рівня контролю над захворюванням у середньому на 16,9%.

Перспективним є подальше дослідження клінічної ефективності комбінованих режимів терапії з включенням препаратів психофармакологічної корекції та проведення індивідуальної і групової психотерапії для підвищення ефективності реабілітації хворих на БА та ХОЗЛ, що ведуть активний спосіб життя в умовах хронічного стресу та агресивного оточуючого середовища.

### Список літератури

- Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов. Часть I [Текст] /Ф.И.Белялов // Клинич. медицина. - 2007. - №3. - С. 21-24.
- Горovenko Н.Г. Молекулярные механизмы действия кортикостероидов и причины возникновения стероид-резистентной бронхиальной астмы [Текст] /Н. Г.Горovenko //Астма та алергія. - 2009. - №1-2. - С. 71-73.
- Бройтигам В. Психосоматическая медицина: [кратк. учебн.] [Текст] / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.; [пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предислов. В. Г. Остроглазова]. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 [161 - 179] с.
- Діагностика, клінічна класифікація та лікування бронхіальної астми [Текст] / Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. - Київ, 2007. - 146 [31-62] с.
- Дробижев М.Ю. Психофармакотерапия в общесоматической сети (соматотропные эффекты, совместимые с соматотропными препаратами) [Электронный ресурс] /М.Ю.Дробижев // Consilium Medicum. - 2005. - №2. - Режим доступа до журн. : www.consilium-medicum.com.
- Клинико-генетический анализ больных бронхиальной астмой [Текст] / И.И.Черкашина, С.Ю.Никулина, Н.И.Логвиненко [и др.] //Пульмонология. - 2009. - №2. - С. 77-81.
- Кришталь В.В. Психосоматическая патология : генез и подходы к коррекции [Текст] /В.В.Кришталь //Международный медицинский журнал. - 2001. - №1. - С. 37-40.
- Компендиум 2012 - лекарственные препараты [Электронный ресурс]. - 80 Min /700 MB. - МОРИОН, 2012. - электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. - Систем. вимоги: Windows 98, 2000, XP, Windows Server 2005. - Название с контейнера.
- Мостовий Ю.М. Соматопсихічні розлади в клініці внутрішніх хвороб: етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування. Бронхіальна астма як модель соматопсихіатрії: методичні рекомендації [Текст] /Ю.М.Мостовий, Т.В.Константинович. - Вінниця: ДП "Державна картографічна фабрика", 2009. - 104 с.
- Наследов А.Д. SPSS. Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках [Текст] /А.Д.Наследов. - [2-е изд.]. - СПб.: Питер, 2007. - 416 с. : ил.

- Огородова Л.М. АСТ - новый инструмент для оценки контроля над бронхиальной астмой [Текст] /Л.М.Огородова, О.С.Кобякова //Аллергология. - 2005. - №2. - С. 56-59.
- Пхиденко С.В. Опыт коррекции внутренней картины болезни в психосоматической практике [Текст] /С.В.Пхиденко //Лікарська справа. - 1993. - №5-6. - С. 135-137.
- Психофармакотерапия и проблема организации психиатрической помощи в соматической сети [Текст] /А.Б.С-мулевич, А.Л.Сыркин, В.Н.Козырев [и др.] //Клиническая медицина. - 2000. - № 10. - С. 22-27.
- Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: [учеб. пособие] [Текст] /Д.Я.Райгородский. - Самара: Издательский Дом "БАХРАХ", 1998. - С. 14-386.
- Фещенко Ю.И. Всемирный день астмы в Украине [Текст] /Ю.И.Фещенко, А.С.Марков //Новости медицины и фармации. - 2009. - №10 (284). - С. 3-3.
- Яшина Л.А. Особенности бронхиальной астмы с тяжелым течением [Текст] /Л.А.Яшина //Здоров'я України. - 2010, лютий. - №1. - С. 6-8.
- Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma [Text] /C.Janson, E.Bjornsson, J.Hetta [et al.] //Am. Journ. Respir. Crit. Care Med. - 1994. - Vol.149(4 Pt. 1). - P. 930-934.
- Boulet P. Influence of comorbid conditions on asthma [Text] /P.Boulet //ERJ. - 2009. - Vol.33. - P. 897-906.

**Константинович Т.В.**

#### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОЗЛ

**Резюме.** С целью диагностики и медикаментозной коррекции расстройств эмоционально-психической сферы у больных БА и ХОЗЛ при помощи препарата экстракта зверобоя установлен клиническую, функциональную и психологическую эффективность выбранного режима терапии было обследовано 30 больных БА и ХОЗЛ, которым проведено полное клинико-инструментальное обследование и психологическое тестирование с использованием стандартных международных опросников с определением уровня невротизации, тревоги и депрессии. Изучалась динамика клинических симптомов, показатели функции внешнего дыхания, психологический статус на фоне проведения комплексного лечения, которое предусматривало использование препаратов базисной терапии (флутиказона пропионат/сальметерол) в сочетании с препаратом сухого экстракта зверобоя внутрь в суточной дозе 900 мг в течение 40 дней. Для контроля обследована группа из 39 больных БА и ХОЗЛ, репрезентативная основной по возрасту, полу, тяжести заболевания и получала только базисную терапию. Показано, что включение экстракта зверобоя в комплексное лечение больных БА и ХОЗЛ потенцирует эффекты базисной терапии вследствие достоверно быстрой динамики соматических, функциональных и эмоционально-психических характеристик больных, усиливает уровень контроля БА и ХОЗЛ. У больных БА отмечено снижение уровня реактивной тревоги на 19,4%, личностной тревоги - на 12,6%, уровня невротизации - на 26,5%, уровня депрессии на 16,1%, определяется достоверно лучшая обратная динамика клинических симптомов БА - уменьшение количества приступов в среднем на 64,1%, частоты пользования ингаляторами по требованию - на 63,1%, интенсивности кашля - на 68,2%, одышки - на 25,7%, при этом наблюдается улучшение показателей ФЖЕЛ - на 21,2%, ОФВ<sub>1</sub> - на 25,2%, среднего форсированного экспираторного потока СОС<sub>25-75</sub> - на 33,8% по сравнению с использованием базисных препаратов, ведет к повышению уровня контроля над заболеванием на 32,9%. У больных ХОЗЛ диагностировано снижение уровня реактивной тревоги на 23,7%, уровня личностной тревоги - на 13,1%, уровня невротизации - на 37,9%, уровня депрессии - на 26,1%, наблюдается достоверно лучше регрессия клинических симптомов заболевания - уменьшение интенсивности кашля на 58,3% и одышки - на 30,8%, способствует улучшению показателей ФЖЕЛ - на 8,1%, ОФВ<sub>1</sub> - на 9,3%, среднего форсированного экспираторного потока СОС<sub>25-75</sub> - на 17,2%, по сравнению с использованием базисных препаратов, в целом приводит к повышению уровня контроля над заболеванием в среднем на 16,9%.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, ХОЗЛ, психосоматические расстройства, лечение.

**Konstantynovych T.V.**

#### EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND COPD

**Summary.** With the aim of diagnosis and correction of emotional-psychological disorders of the patients with BA and COPD by dry extract of hypericum to establish the clinical, functional and psychological effectiveness of the chosen mode of therapy 30 patients with asthma and COPD were examined with the complex clinical and instrumental examinations and psychological testing using the international standard questionnaires for assessment of levels of neuroticism, anxiety and depression. The dynamics of clinical symptoms, lung function, psychological status on the basic treatment (fluticasone propionate/salmeterol) in combination with the dry extract of hypericum 900 mg per day during 40 days was diagnosed. For the control 39 patients with asthma and COPD, were representative for age, sex, severity of disease and received only the standard treatment, were examined. It is shown that the inclusion of dry extract of hypericum in the complex treatment of patients with BA and COPD potentiates the effects of baseline therapy significantly due to fast dynamics of physical, functional, emotional and mental characteristics of the patients, increases the level of control of BA and COPD. In patients with asthma decreased levels of state anxiety by 19,4%, personal anxiety - by 12,6%, the level of neuroticism - by 26,5%, the level of depression of 16,1%, significantly better determined inverse dynamics of clinical symptoms of asthma - reduction the number of attacks by an average of 64,1%, the frequency of use of inhalers on demand - by 63,1%, the intensity of coughing - by 68,2%, shortness of breathing - by 25,7%, while the observed improvement in FVC - 21,2% FEV<sub>1</sub> - 25,2%, FEF<sub>25-75</sub> - 33,8% in comparison with the basic drug, increases the level of disease control at 32,9%. In patients with COPD diagnosed decline in state anxiety by 23,7%, the level of personal anxiety - by 13,1%, the level of neuroticism - by 37,9%, the level of depression - by 26,1%, there is a significantly better regression of clinical symptoms of the disease - decreasing in the cough intensity - 58,3% and shortness of breathing - 30,8%, improves FVC - by 8,1%, FEV<sub>1</sub> - by 9,3%, FEF<sub>25-75</sub> - by 17,2%, as Compared with the use of basic drugs, generally leads to higher levels of disease control on average 16,9%.

**Key words:** bronchial asthma, COPD, psycho-emotional disorders, treatment.

Стаття надійшла до редакції 15.05.2013 р.

Константинович Тетяна Володимирівна - доктор мед. наук, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 570704; (096) 3908764; tvkonstantinovich@yahoo.com.