

Л. М. Курик

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Етилметилгідроксипіридіна сукцинат у покращанні якості життя хворих на бронхіальну астму

Ключові слова: бронхіальна астма, якість життя, етилметилгідроксипіридіна сукцинат.

В медицині завжди існують захворювання, які найбільше знижують рівень загального здоров'я, працездатності і тривалості життя хворого. До таких захворювань в пульмонології відноситься і бронхіальна астма (БА). За останні роки інтерес до вивчення якості життя (ЯЖ) у хворих на БА у всьому світі значно зростає. У першу чергу це пояснюється тим, що захворювання супроводжуються дихальним дискомфортом, емоційна значущість якого перевищує навіть больовий синдром [1, 2]. Проведені дослідження з порівняльної оцінки ЯЖ хворих на БА та ішемічної хвороби серця показали, що постійний страх смерті відчували 98,0% хворих на БА проти 47% хворих на ішемічну хворобу серця. Бронхіальна астма представляє собою не тільки медичну, а й соціальну проблему. Дихальний дискомфорт та найвищий його прояв — задуха, що супроводжується страхом смерті, постійне очікування нападу, прив'язаність до певних ліків, з одного боку, і боязкість застосування лікарського засобу (страх від постійного застосування глюкокортикостероїдів) — з іншого — все це і багато іншого знижують рівень якості життя хворих із захворюваннями бронхолегеневої системи. Обструкція дихальних шляхів при БА призводить до зниження можливостей людини через обмеження всіх складових її нормального життя. За останні роки накопичені наукові факти, що свідчать ще про один, що заслуговує уваги в аспекті якості життя — його прогностичному значенні у хворих на БА [3, 4]. Узагальнюючи матеріали, слід зазначити, що астма призводить до обмеження всіх складових нормального життя людини. Ці обмеження нарастають паралельно тяжкості захворювання. Відомо, що параметри ЯЖ детерміновані виразністю клінічних ознак, функціональних показників, тяжкістю та тривалістю захворювання,

а також віком пацієнта. Разом з тим навіть у межах однієї стадії захворювання показники ЯЖ можуть істотно варіювати в залежності від контрольованості перебігу захворювання [5]. Це підтверджує гетерогенність БА не тільки за клініко-функціональними характеристиками, але і за показниками ЯЖ, що відображають суб'єктивне сприйняття захворювання, яке для хворої людини має не менш важливе значення, ніж об'єктивні функціональні показники [6]. Прогресуючі клініко-функціональні порушення супроводжуються не тільки обмеженням фізичної активності та повсякденної діяльності, а й зростаючими психосоціальними проблемами, яким лікарі приділяють, як правило, недостатню увагу. Виходить що якість життя — одне із важливих і самостійних параметрів, який в практиці ведення хворих на БА необхідно оцінювати поряд з функціональними показниками.

Сьогодні вже є беззаперечним той факт, що одним із патогенетичних механізмів контрольованості бронхіальної астми беззаперечно є оксидантний стрес. Оксидативний стрес може бути критичним фактором розвитку астми і може запускати каскади різних внутрішньоклітинних сигнальних шляхів, що призводить до порушення імунологічної толерантності і посилення алергічного запалення. Своєчасний контроль оксидативного стресу відповідними методами має вирішальне значення для ефективного управління астмою [7]. Тому дуже важливим є розробка та впровадження нових методів відновлення фізичної активності з метою покращання якості життя хворих на бронхіальну астму.

В проведеній роботі проводилось вивчення ефективності етилметилгідроксипіридин сукцинату на тлі базисної терапії періоду ремісії, для підвищення анаеробної витривалості, що дозволить покращити

контрольованість перебігу а отже і якість життя у даної категорії хворих.

Основною метою було дослідити ефективність етилметилгідроксипіридіна сукцинату у комплексній терапії хворих на бронхіальну астму.

Матеріали та методи

Дослідження проводились на базі відділення пульмонології при ДУ «Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». Для вирішення задач дослідження об'єктом вивчення були хворі на бронхіальну астму (БА). В дослідження включали хворих лише за умови їх добровільної згоди з метою та об'ємом запланованих обстежень. Відповідно до наведених критеріїв у дослідження було включено 60 хворих на БА у фазі ремісії, від 21 до 68 років, в середньому ($32,4 \pm 5,1$ років), з них 25 чоловіків та 35 жінок. Всі хворі були розподілені на групи: I група (30 хворих) отримала протягом 60 днів щодня препарат, до складу якого входить етилметилгідроксипіридіна сукцинат, по 125 мг 2 рази на добу та стандартну базисну терапію періоду ремісії, що включала застосування інгалаційного кортикостероїдного препарату та β_2 -агоністу тривалої та короткотривалої дії для купування симптомів астми. Друга група (30 хворих) отримувала лише базисну терапію періоду ремісії та пролонговані теофіліни протягом одного місяця. Усі ці хворі увійшли у проспективне контрольоване рандомізоване дослідження. При постановці діагнозу БА враховувався анамнез, клінічні симптоми, показники функції зовнішнього дихання, зворотність обструкції в пробі з бронхолітиком. Вибір хворих за ступенем тяжкості БА проводився відповідно критеріям Наказу № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» та наказу № 868 Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма» [8]. У якості контролю було обстежено 30 здорових добровольців, що не мали тяжкої клінічно значимої патології. Дослідження було розподілене на початковий візит до клініки, Візит II — одразу після отриманого лікування та Візит III через 1 рік.

Всім хворим проводилось спірометричне дослідження із визначенням основних параметрів функції зовнішнього дихання (ФЗД):

FEV_1 — об'єм форсованого видиху за 1 сек.,

FEV_1/FVC — індекс Генслера,

FVC — форсована життєва ємність легень,

PEF — пікова об'ємна швидкість видиху.

У якості опитувальника для визначення якості життя хворим було запропоновано заповнити загальний опитувальник SF-36. Опитування респондентів здійснювався методом самостійного заповнення ними опитувальника з метою оптимального визначення специфічності та чутливості до змін ЯЖ (якості життя) [9]. Статистичні: статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять

у пакет Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN NO LEVEL № 17016297 на персональному комп'ютері IBM Atlon у програмі Excel. Для перевірки нормальності розподілу даних використовували методіку Лапач С.Н. та ін. (2001) (функція NORMSAMP-1, яка вбудовується в середовище Excel) [10, 11]. Робота виконана державним коштом.

Отримані результати

На початку спостереження об'єм форсованого видиху за 1 секунду у хворих I-ї групи складав 64,8%, форсована життєва ємність легень становила 73,8%, пікова швидкість видиху 84,5%, відношення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень 82,3%. Після курсу лікування у хворих даної групи достовірних змін у спірографічних показниках не відбувалось. А саме об'єм форсованого видиху за 1 секунду складав 67,3%, форсована життєва ємність легень становила 81,5%, пікова швидкість видиху 83,8%, відношення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень 85,4%. Через рік спостереження об'єм форсованого видиху за 1 секунду у хворих I-ї групи залишався без змін і становив 69,5%, форсована життєва ємність легень становила 81,2%, пікова швидкість видиху 84,7%, відношення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень 88,3%.

У хворих другої групи на початку спостереження об'єм форсованого видиху за 1 секунду складав 71,3%, форсована життєва ємність легень становила 78,3%, пікова швидкість видиху 88,2%, відношення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень 84,3%. Протягом періоду спостереження суттєвих змін в оцінюваних показниках також не спостерігалось: на візиті II — об'єм форсованого видиху за 1 секунду складав 73,4%, форсована життєва ємність легень становила 84,3%, пікова швидкість видиху 87,1%, відношення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень 85,2%, на третьому візиті — об'єм форсованого видиху складав 79,2%, форсована життєва ємність легень 74,5%, пікова швидкість видиху 82,6%, відношення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень 81,4%.

У хворих I групи на початку спостереження спостерігалась достовірна відмінність у показнику фізичної активності ФА, який був знижений до ($61,5 \pm 1,6$) балів, показник ролі фізичних проблем РФ становив ($44,3 \pm 1,8$) балів. Був значно збільшеним показник емоційних проблем РЕ — ($84,6 \pm 1,6$) балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС — ($43,4 \pm 1,6$) балів і «психічне здоров'я» ПЗ — ($48,2 \pm 2,1$) балів. Достовірно зниженими були показники соціальної активності: СА до ($53,8 \pm 2,1$) балів. Також спостерігалось достовірне низьке суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ — ($33,2 \pm 1,3$) балів. Параметр ЯЖ «Біль» практично не відрізнявся від групи здорових ($33,1 \pm 1,5$) балів.

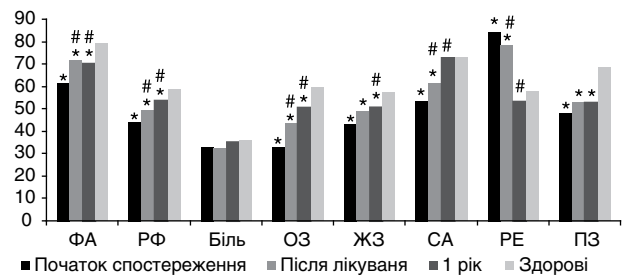
Одразу після проведеного лікування етилметилгідроксипіридин сукцинатом показники мали достовірно позитивну динаміку у порівнянні із початком

спостереження – фізична активність ФА становила ($71,9 \pm 1,3$) балів, показник ролі фізичних проблем РФ був ($49,3 \pm 1,8$) балів, показник емоційних проблем РЕ знижувався до ($78,3 \pm 1,8$) балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС ($48,7 \pm 1,5$) балів і «психічне здоров'я» ПЗ – ($53,2 \pm 2,3$) балів. Показники соціальної активності також зростали – СА до ($61,3 \pm 1,2$) балів, суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ було адекватне ($43,5 \pm 1,6$) балів. Параметр «Біль» залишався без змін і становив ($32,4 \pm 2,1$) балів. Позитивна динаміка зберігалась і через рік спостереження. Фізична активність ФА становила ($70,6 \pm 2,0$) балів, показник ролі фізичних проблем РФ був ($53,6 \pm 1,6$) балів, показник емоційних проблем РЕ ($53,2 \pm 1,8$) балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС ($50,8 \pm 1,5$) балів і «психічне здоров'я» ПЗ – ($50,8 \pm 1,5$) балів. Показники соціальної активності були високі – СА ($72,6 \pm 2,0$) балів, суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ було адекватне ($50,5 \pm 2,2$) балів. Параметр «Біль» становив ($35,6 \pm 1,6$) балів (рис. 1)

Аналіз показників якості життя хворих на БА II групи тяжкості показав достовірні зміни порівняно із групою здорових у параметрах якості життя, які залишались стабільними протягом динамічного спостереження, після проведеного комплексного лікування теофілінами.

А саме: на початку дослідження спостерігалась достовірна відмінність у показнику фізичної активності ФА, який був знижений до ($60,4 \pm 1,5$) балів, показник ролі фізичних проблем РФ становив ($43,5 \pm 1,6$) балів. Був значно збільшеним показник емоційних проблем РЕ – ($82,8 \pm 1,7$) балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС – ($44,3 \pm 1,5$) балів і «психічне здоров'я» ПЗ – ($45,3 \pm 1,8$) балів. Достовірно зниженими були показники соціальної активності: СА до ($53,6 \pm 1,6$) балів. Також спостерігалось достовірне низьке суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ – ($32,5 \pm 1,2$) балів. Параметр ЯЖ «Біль» практично не відрізнявся від групи здорових ($33,3 \pm 1,3$) балів (рис. 2).

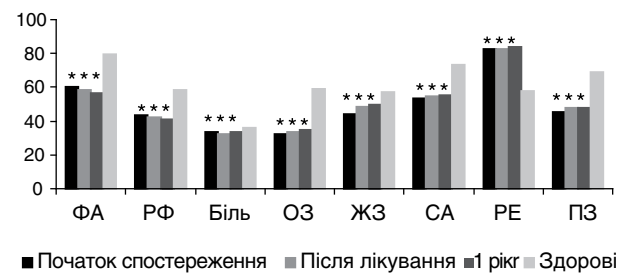
Оразу після проведеного лікування достовірних змін в оцінюваних показниках не відбувалось. А саме: показник фізичної активності ФА був знижений до ($58,3 \pm 2,2$) балів, показник ролі фізичних проблем РФ становив ($42,5 \pm 2,0$) балів. Зберігався значно збільшеним показник емоційних проблем РЕ – ($82,7 \pm 2,3$) балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС – ($48,7 \pm 1,8$) балів і «психічне здоров'я» ПЗ – ($47,6 \pm 1,8$) балів. Достовірно залишались зниженими показники соціальної активності: СА до ($54,5 \pm 1,6$) балів. Також спостерігалось достовірне низьке суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ – ($33,5 \pm 1,6$) балів. Параметр ЯЖ «Біль» практично не відрізнявся від групи здорових ($32,5 \pm 1,9$) балів. Достовірних змін у порівнянні із початком спостереження в оцінюваних показниках не відбувалось.



* – різниця показника порівняно із візитом I вірогідна ($p < 0,05$).

– різниця показника у порівнянні з показником групи здорових, вірогідна, ($p < 0,05$).

Рисунок 1. Динаміка основних визначальних компонентів якості життя у хворих I групи



* різниця показника у порівнянні з показником групи здорових, вірогідна, ($p < 0,05$).

Рисунок 2. Динаміка основних визначальних компонентів якості життя у хворих II групи

Через рік спостереження продовжувалась достовірна різниця в оцінюваних показниках порівняно із групою здорових. А саме: показник фізичної активності ФА був знижений до ($56,7 \pm 1,6$) балів, показник ролі фізичних проблем РФ становив ($41,3 \pm 1,8$) балів. Зберігався значно збільшеним показник емоційних проблем РЕ – ($83,6 \pm 2,2$) балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС – ($49,5 \pm 1,7$) балів і «психічне здоров'я» ПЗ – ($47,9 \pm 1,6$) балів. Достовірно зниженим був показник соціальної активності СА до ($55,5 \pm 1,8$) балів. Також спостерігалось достовірне низьке суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ – ($34,5 \pm 1,8$) балів. Параметр ЯЖ «Біль» практично не відрізнявся від групи здорових ($33,5 \pm 2,0$) балів. Достовірних змін у порівнянні із початком спостереження в оцінюваних показниках не було.

Висновки

Застосування етилметилгідроксипіридина сукцинату, на тлі базисної терапії періоду ремісії бронхіальної астми, дозволяє достовірно покращити якість життя за рахунок достовірного покращання фізичної активності (зменшення ролі фізичних проблем), зменшення емоційних проблем (покращання ментальної сфери за рахунок життєздатності та психічного здоров'я), нормалізації суб'єктивного сприйняття хворими загального стану свого здоров'я, яка залишалась стабільною протягом річного періоду спостереження, що дає підставу рекомендувати етилметилгідроксипіридина сукцинату для комплексної терапії хворих із даною патологією.

Список літератури

1. Фещенко, Ю.І. Бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень: перспективна глобальна стратегія ведення, новітні методи діагностики, сучасні підходи до терапії [Текст] / Ю.І. Фещенко // Астма та алергія. — 2015. — № 4. — С. 38–42.
2. Physical activity in adults with controlled and uncontrolled asthma as compared to healthy adults: a cross-sectional study [Text] / A. Verlaet [et al.] // Clin Translat Allergy. — 2013. — № 1. — P. 113–119.
3. Wilson, S. Asthma outcomes: Quality of life [Text] / S. Wilson, C. Rand // J Allergy Clin Immunol. — 2012. — № 3. — P. 88–123.
4. Health-Related Quality of Life in Patients with Asthma [Text] / Naveed S. [et al.] // J Bioequivalence & Bioavailability — 2016. — № 8. — P. 179–184.
5. Health-related quality of life measurement in asthma and chronic obstructive pulmonary disease: review of the 2009–2014 literature [Text] / Arpinelli F. [et al.] // Multidiscipl Respir Med. — 2016. — № 11. — P. 64–75.
6. Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting [Text] / O. Monique [et al.] // J Psychosom Research. — 2011. — № 71. — P. 166–173.
7. Asthma control and quality of life in patients with moderate or severe asthma [Text] / E. Pereira [et al.] // J Bras Pneumol. — 2011. — № 37. — P. 113–119.
8. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» [Текст]. — Київ: ТОВ «Велес», 2007. — 148 с.
9. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of SF36 questionnaire [Text] / J. Bousquet [et al.] // Am J Respir Crit Care Med. — 1994. — № 149. — P. 371–375.
10. Баби́ч, П.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление, интерпретация [Текст] / П.Н. Баби́ч, А.В. Чубенко, С.Н. Лапач // Укр. мед. часопис. — 2005. — № 2. — С. 113–119.
11. Лапач, С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Баби́ч. — Киев: Морион, 2001. — 320 с.

References

1. Feshchenko Yu.I. Bronkhial'na astma, khronichne obstruktyvne zakhvoryuvannya legen': perspektivna global'na strategiya vedennya, novitni metody diagnostiki, suchasni pidkhodi do terapii (Bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease: promising global strategy of management, advanced diagnostic methods, modern approaches to therapy). Astma ta alergiya. 2015;4:38–42.
2. Verlaet A, et al. Physical activity in adults with controlled and uncontrolled asthma as compared to healthy adults: a cross-sectional study. Clin Translat Allergy. 2013;1:113–119.
3. Wilson S, Rand C. Asthma outcomes: Quality of life. J Allergy Clin Immunol. 2012;3:88–123.
4. Naveed S, et al. Health-Related Quality of Life in Patients with Asthma. J Bioequivalence & Bioavailability. 2016;8:179–184.
5. Arpinelli F, et al. Health-related quality of life measurement in asthma and chronic obstructive pulmonary disease: review of the 2009–2014 literature. Multidiscipl Respir Med. 2016;11:64–75.
6. Monique O, et al. Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. J Psychosom Research. 2011;71:166–173.
7. Pereira E, et al. Asthma control and quality of life in patients with moderate or severe asthma. J Bras Pneumol. 2011;37:113–119.
8. Nakaz MOZ Ukraini № 128 vid 19.03.2007 «Pro zatverdzhennya klinichnikh protokoliv nadannya medichnoi dopomogi za spetsial'nistyu «Pul'monologiya» (Order of the Ministry of Health of Ukraine № 128 dated March 19, 2007 «On Approval of Clinical Protocols for the Provision of Medical Aid in the Specialty «Pulmonology»). Kyiv: TOV Veles; 2007. 148 p.
9. Bousquet J, et al. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of SF36 questionnaire. Am J Respir Crit Care Med. 1994;149:371–375.
10. Babich PN, Chubenko AV, Lapach SN. Primenenie sovremennykh statisticheskikh metodov v praktike klinicheskikh issledovaniy. Soobshchenie tret'e. Otnoshenie shansov: ponyatie, vychislenie, interpretatsiya (Application of modern statistical methods in the practice of clinical research. The third message. The odds ratio: concept, calculation, interpretation). Ukr med zhurn. 2005;2:113–119.
11. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel (Statistical methods in biomedical research using Excel). Kyiv: Morion; 2001. 320 p.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2017, № 2

Л. М. Курик, канд. мед. наук, ст. наук. співроб. відділення пульмонології

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
вул. Амосова, 10, м. Київ, Україна, 03110; тел./факс: +38 (044) 275-30-21; e-mail: kurik@ifp.kiev.ua*