

О.А. Канарський

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

Оцінка денної активності хворих на бронхіальну астму в залежності від клінічного варіанту перебігу захворювання

Ключові слова: бронхіальна астма, шкала Епворта, сонливість.

Синдром обструктивного апное сну (СОАС) характеризується епізодами припинення або обмеження повітряного потоку під час сну на тлі збережених зусиль дихальної мускулатури. Спадання дихальних шляхів на вдиху приводить до зниження вмісту кисню в крові, гіпоксії тканин і органів. Епізоди апное і гіпопное закінчуються пробудженням з відновленням біохімічних параметрів. Потім процес повторюється знову [1]. Поширеність СОАС в популяції коливається від 0,4–9,1% у чоловіків, і 4,0–4,4% у жінок [2]. Епізоди апное під час сну призводять до гіпоксії, яка, через активацію хеморецепторів сонних артерій, викликає збільшення легеневої вентиляції – гіпервентиляцію. Можна припустити, що наявність розладів дихання уві сні (зупинки дихання з десатурацією) при СОАС можуть провокувати або посилювати зміну паттерну дихання в денний час, виступаючи тригерним фактором, що запускає розвиток НРС. Нейрореспіраторний синдром (НРС) характеризується низкою соматичних симптомів, викликаних формуванням стійкого патологічного паттерну дихання, який проявляється збільшенням легеневої вентиляції неадекватно рівню газообміну в організмі [4]. За даними різних авторів поширеність цієї патології, становить від 6 до 28% серед хворих загального профілю при розподілі чоловіків і жінок 1: 4–1: 5 [5]. У пацієнтів з бронхіальною

астмою і СОАС добре вивчені гіповентиляційні порушення дихання в нічні години, але практично немає даних про можливість у них гіпервентиляції. Хоча, такі загальні фактори як психо-емоційний стрес, депривація сну, гіпертонічна хвороба (ГБ), дисбаланс вегетативної нервової системи, дисфункція ендотелію і оксидативний стрес характерні як для СОАС, так і для НРС [6].

Порушення сну є одним із частих симптомів у хворих на БА із неконтрольованим перебігом. При більш детальному опитуванні у багатьох хворих можна виявити суб'єктивне зниження якості сну, денну сонливість, короткочасні засипання при монотонній роботі, підвищену денну втомлюваність, ранкові головні болі, відчуття втоми зранку, сухість в роті після пробудження, зміни потенції або інші сексуальні розлади. Поглиблення ступеню обструкції, здатність до поглиблення дихання, а також до зростання дихального об'єму та легеневої вентиляції у хворого на БА у відповідь на фізичне навантаження знижені. Для них характерний значний приріст частоти дихання за рахунок якого підтримується відповідний навантаженню хвилинний об'єм дихання (ХОД) [3]. Зміни показників функції зовнішнього дихання сприяють збільшенню часу адаптації хворих до фізичного навантаження і значного збільшення енергетичних витрат. За даними цих же авторів, не виявлено досить тісної кореляції між показниками

центральної гемодинаміки і функції зовнішнього дихання, що свідчить про порушення координованої діяльності серцево – судинної та дихальної систем, і про наявність різних варіантів гемодинаміки при однонаправленій зміні функції дихання у хворих під час та поза нападу [4]. Тому, *основною метою проведеної роботи* було оцінити денний спосіб життя хворих на бронхіальну астму в залежності від контрольованості перебігу захворювання.

Матеріали та методи

Дослідження проводились на базі ДУ «Державна установа «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України». В результаті проведеної роботи було обстежено 40 хворих на БА (мешканців Києва та Київської області) послідовно у фазі загострення та ремісії, від 28 до 68 років (середній вік $(41,2 \pm 6,0)$ роки), з них 17 чоловіків та 23 жінки [9], [10]. Робота виконана державним коштом.

При постановці діагнозу БА враховувався анамнез, клінічні симптоми, показники функції зовнішнього дихання, зворотність обструкції в пробі з бронхолітиком. Відбір 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». У всіх хворих діагноз БА був встановлений правильно, підтверджений і клінічно, і функціонально (за допомогою спірометрії та тесту на зворотність бронхообструкції з β_2 -агоністом короткої дії) [8].

Давність захворювання у хворих I групи складала $(4,3 \pm 2,8)$ роки, частота загострень БА – $(0,8 \pm 2,3)$ разів/рік. У хворих II групи – $(9,4 \pm 2,8)$, частота загострень БА – $(1,8 \pm 2,3)$ разів/рік. Більш детальна інформація представлена в таблиці 1.

Із 40 обстежених 10 хворих мали ознаки легкого персистуючого перебігу, 30 – середнього ступеня тяжкості. У більшості хворих першими симптомами захворювання були приступи утрудненого дихання та епізоди свистячого дихання у 25 $(62,5 \pm 7,7)\%$ та у 5 $(12,5 \pm 5,2)\%$ хворих відповідно. Із епізодів кашлю захворювання розпочиналось у 12 хворих $(30,0 \pm 7,2)\%$. Сезонність проявів симптомів захворювання спостерігалась у 28 опитуваних $(70,0 \pm 7,2)\%$, зв'язок симптомів з алергенами у 9 $(22,5 \pm 6,6)\%$. Зв'язок симптомів захворювання з респіраторними інфекціями були у 25 пацієнтів $(62,5 \pm 7,5)\%$, зв'язок симптомів із фізичним навантаженням 15 $(37,5 \pm 7,7)\%$.

Частота загострень на рік: не було у 8 хворих $(20,0 \pm 6,3)\%$, 1–2 рази на рік – у 30 хворих $(75,0 \pm 6,2)\%$, 3–4 рази – у 2 обстежених $(5,0 \pm 3,4)\%$. У 20 хворих тяжкість загострення була легкою $(50,0 \pm 7,9)\%$, у решти 20 – середньої тяжкості $(50,0 \pm 7,9)\%$.

28 хворих за рік не мали жодного епізоду госпіталізації $(70,0 \pm 7,2)\%$, 1–2 рази – 10 хворих $(25,0 \pm 6,8)\%$, у 2 хворих – 3–4 рази $(5,0 \pm 3,4)\%$. Середня тривалість

загострення до 14 днів була у 20 обстежених $(50,0 \pm 7,9)\%$, у решти 20 від 14 до 21 дні $(50,0 \pm 7,9)\%$.

Таблиця 1 – Результати анкетування досліджуваних хворих (M \pm m)

Показники	Кількість хворих, n	% хворих (n = 60)
1	2	3
Перші симптоми захворювання:		
- кашель	12	30,0 \pm 7,2
- задишка при фізичному навантаженні	15	37,5 \pm 7,7
- епізоди свистячого дихання	5	12,5 \pm 5,2
- приступи утрудненого дихання	25	62,5 \pm 7,7
Сезонність проявів симптомів	28	70,0 \pm 7,2
Зв'язок симптомів захворювання з алергенами	9	22,5 \pm 6,6
Зв'язок симптомів захворювання з респіраторними інфекціями	25	62,5 \pm 7,5
Зв'язок симптомів захворювання з фізичним навантаженням	15	37,5 \pm 7,7
Частота загострень, разів на рік:		
0	8	20,0 \pm 6,3
1–2	30	75,0 \pm 6,2
3–4	2	5,0 \pm 3,4
> 4	0	0 \pm 0,0
Тяжкість загострень:		
Легка	20	50,0 \pm 7,9
середньої тяжкості	20	50,0 \pm 7,9
Тяжка	0	0 \pm 0,0
Частота госпіталізацій, разів на рік:		
0	28	70,0 \pm 7,2
1–2	10	25,0 \pm 6,8
3–4	2	5,0 \pm 3,4
> 4	0	0 \pm 0,0
Середня тривалість загострення, днів:		
до 14 днів	20	50,0 \pm 7,9
14–21	20	50,0 \pm 7,9
21–30	0	0 \pm 0,0
> 30	0	0 \pm 0,0

Хворі обох груп були обстежені за загально – клінічними показниками та проанкетовані у фазі загострення захворювання та в періоді ремісії. Для порівняння отриманих даних було вибрано 10 хворих із I групи та 10 хворих із другої у випадковому порядку. Отримано наступні результати.

У фазі загострення бронхіальної астми, 60% хворих першої групи та 80% хворих другої скаржились на періодичні болі в серці, відчуття «серцебиття». У групі здорових, на періодичні болі в області серця скаржились 20% опитаних. Змін на електрокардіограмі не було виявлено у жодного обстежуваного із першої групи та в групі здорових, із 10 хворих II групи у 2 були ознаки ішемічної хвороби серця, у 1 – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, у 1 – синусова аритмія. 60% опитаних першої групи та 70% другої скаржились на зниження працездатності (група здорових – 20%). На періодичний головний біль, шум у вухах, запаморочення, розсіяність та важкість концентрування уваги, погану пам'ять та коливання настрою скаржились до 60% хворих першої групи та до 80% хворих із другої, у групі здорових – 20%. На коливання артеріального тиску скаржилось 2 хворих із I групи та 4 хворих із II групи та 2 обстежених із групи здорових. Всі хворі були опитані за шкалою сонливості Епфорта. За даними опитування, 70% хворих із II групи, 40% із першої та 20% із групи здорових скаржились на сонливість різної інтенсивності – від легкої до помірної.

У фазі ремісії захворювання, у 30% хворих в першій та 60% у другій групі залишались скарги на періодичні болі в серці, відчуття «серцебиття». Із 10 обстежених I групи жоден не мав на електрокардіограмі ознак гіпертрофії лівого шлуночка, синусової аритмії або ознак ішемічної хвороби серця. Із 10 хворих II групи у 2 були ознаки ішемічної хвороби серця, у 1 – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, у 1 – синусова аритмія. 10% опитаних першої та 40% другої групи скаржились на зниження працездатності. На періодичний головний біль, шум у вухах, запаморочення, розсіяність та важкість концентрування уваги, погану пам'ять та коливання настрою скаржились до 10% хворих першої групи та до 50% хворих із другої. На коливання артеріального тиску не скаржився жоден із обстежених I групи, та 3 хворих із II групи. За даними опитування за шкалою Епфорта, 10% із першої та 50% хворих із II групи скаржились

на сонливість різної інтенсивності – від легкої до помірної. Отримані результати більш детально представлені в таблиці 2. У групі здорових показник сонливості становив $(2,1 \pm 8,4)$ бали, що достовірно відрізнялось від показників груп, як у фазі загострення, так і у фазі ремісії.

Усі хворі на протязі всього періоду спостереження вели щоденних самоспостереження, у якому вони відмічали: нічну астму (кількість пробуджень на протязі ночі через респіраторні симптоми) – у балах, ранкову скутість у грудній клітині (у балах), денні симптоми (у балах), кашель на протязі дня (у балах), середній рахунок задишки (у балах). Таким чином, усі перераховані вище симптоми склали сумарний (загальний) астма-рахунок (у балах). Також хворі відмічали у щоденниках самоспостереження кількість інгаляцій β_2 – агоністів короткої дії та добу (сальбутамолу).

Оцінювання отриманих показників клінічного перебігу бронхіальної астми оцінювалися окрема для кожної групи окремо, в залежності від ступеню тяжкості перебігу захворювання та варіанту базового лікування захворювання.

В періоді загострення в усіх обстежуваних першої групи спостерігалась задишка при фізичному навантаженні, приступи ядухи до 1–2 разів на день із використанням інгаляцій β_2 – агоністів короткої дії в середньому до 2–3 разів за добу, помірний кашель з відходженням харкотиння переважно слизового характеру протягом дня, інколи виникаючу ранкову скутість грудної клітки та нічні симптоми 1–2 рази за тиждень. У 60% обстежуваних на початку лікування була присутня слизова мокрота в середньому $(5,1 \pm 2,3)$ мл на добу.

Систолічний артеріальний тиск в групі становив в середньому $(135,2 \pm 7,5)$ мм. рт. ст., діастолічний – $(81,5 \pm 7,5)$ мм. рт. ст., пульс – $(85 \pm 9,2)$ уд/хв. Інтенсивність показника «кашель» була в середньому $(1,9 \pm 4,2)$ бали. Показник «задишка» становив в середньому $(1,8 \pm 5,4)$ бали, показник «нічні пробудження через симптоми бронхіальної астми» становив в середньому $(0,8 \pm 7,1)$ бали, «ранкова скутість» – $(0,9 \pm 6,1)$ бали, «денні симптоми захворювання» – $(0,8 \pm 8,2)$ бали. Загальний астма рахунок у групі був $(4,3 \pm 7,2)$ бали. Потреба у використанні β_2 -агоністів короткої дії становила $(2,8 \pm 6,1)$ рази на добу. Більш детальна інформація представлена в таблиці 3.

Таблиця 2 – Результати анкетування за шкалою Епфорта досліджуваних хворих на бронхіальну астму ($M \pm m$)

Показники	I група (n=10)		II група (n=10)		Здорові (n=10)
	Хворі на БА із легким персистуючим перебігом		Хворі на БА із середнім ступенем тяжкості перебігу захворювання		
	Загострення	Ремісія	Загострення	Ремісія	
Шкала сонливості Епфорта, бали	$4,8 \pm 8,5^*$	$3,9 \pm 9,2^*$	$5,2 \pm 3,2^*$	$4,7 \pm 3,2^*$	$2,1 \pm 8,4$

Примітки:

- * – достовірна відмінність показника між показниками у хворих в періоді загострення та ремісії ($p < 0,1$);
- ♦ – достовірна відмінність показника у порівнянні із групою здорових ($p < 0,1$).

Таблиця 3 – Клінічні прояви БА у групах хворих за даними щоденника самоспостереження за тиждень, період загострення та ремісії (M ± m)

Показники	До початку дослідження	
	I група хворих (легкий персистуючим перебіг) (n = 10)	
	загострення	ремісія
Нічні пробудження	0,8 ± 7,1	0,1 ± 7,1*
Ранкова скутість	0,9 ± 6,1	0,1 ± 6,1*
Денні симптоми	0,8 ± 8,2	0,5 ± 8,2*
Кашель	1,9 ± 4,2	0,9 ± 4,2*
Задишка	1,8 ± 5,4	0,8 ± 5,4*
Загальний астма-рахунок	4,3 ± 7,2	2,4 ± 7,2*
Кількість застосування β ₂ -агоністів короткої дії	2,8 ± 6,1	0,8 ± 6,1*

Примітка. * – клінічно достовірна відмінність показника у I групі хворих в періоді загострення та ремісії (p < 0,1).

В періоді ремісії, в усіх обстежуваних першої групи спостерігалась незначна задишка при значному фізичному навантаженні, приступи ядухи до 2–3 разів на тиждень із використанням інгаляцій β₂-агоністів короткої дії в середньому до 3–4 разів за тиждень, незначний кашель з відходженням харкотиння переважно слизового характеру протягом дня, інколи виникаючу ранкову скутість грудної клітки та нічні симптоми 1–2 рази за тиждень. У 10% обстежуваних залишалась слизова мокрота в середньому (3,1 ± 4,3) мл на добу.

Систолічний артеріальний тиск становив в середньому (115,2 ± 7,5) мм. рт. ст., діастолічний – (69,5 ±

7,5) мм. рт. ст., пульс – (65 ± 9,2) уд/хв. Інтенсивність показника «кашель» була в середньому (0,9 ± 4,2) бали. Показник «задишка» становив в середньому (0,8 ± 5,4) бали, показник «на нічні пробудження через симптоми бронхіальної астми» становив в середньому (0,1 ± 7,1) бали, «ранкова скутість» – становив (0,1 ± 6,1) бали, «денні симптоми захворювання» – становив (0,5 ± 8,2) бали. Загальний астма рахунок у групі склав (2,4 ± 7,2) бали. Потреба у використанні β₂-агоністів короткої дії становила (0,8 ± 6,1) рази на добу.

Перед початком дослідження у хворих II групи відмічалось загострення захворювання, тяжкість БА за класифікацією за ступенем тяжкості у них відповідала 2–3 ступеню (постійна наявність тривалих денних симптомів, загострення в середньому кожні 3–4 міс, часті нічні симптоми, часткове обмеження фізичної активності зумовлене БА, ОФВ₁ або ПОШвид від 60% до 80% від належних, добові коливання ПОШвид або ОФВ₁ > 15%, збільшення частоти використання β₂-агоністів короткої дії не більше 8 інгаляцій протягом доби, курсів прийому оральних ГКС не більше 1–2 рази на рік. Систолічний артеріальний тиск становив в середньому (145,2 ± 6,5) мм. рт. ст., діастолічний – (82,5 ± 5,5) мм. рт. ст., пульс – (68 ± 6,2) уд/хв. 16 хворих (53,3%) мали в анамнезі перепади артеріального тиску із дебютами його підвищення, проте офіційно діагноз «Гіпертонічна хвороба» у якості супутнього мало лише 8 обстежених (26,7%). Було окремо проаналізовано показники у групі хворих із 17 осіб, що приймали базову терапію БА комбінацію β₂ – агоніст тривалої дії та ІКС (Іа група) та окремо 13 хворих, що регулярно отримували монотерапію ІКС та β₂ – агоніст короткої дії сальбутамолу (Ів група). Показник «кашель» у групі Іа становив в середньому (2,6 ± 7,8) бали, у групі Ів – (2,4 ±

Таблиця 4 – Клінічні прояви БА у II групі хворих за даними щоденника самоспостереження за тиждень, періоди загострення та ремісії (M ± m)

Показники	До початку дослідження			
	II група хворих (перебіг середнього ступеня тяжкості)			
	в фазі загострення		в фазі ремісії	
	Група Іа (n = 17)	Група Ів (n = 13)	Група Іа (n = 17)	Група Ів (n = 13)
Нічні пробудження (бали)	2,9 ± 7,1	3,0 ± 7,9	1,8 ± 7,1*	1,6 ± 8,1*
Ранкова скутість(бали)	2,2 ± 8,1	2,3 ± 9,1	1,9 ± 8,1*	1,6 ± 9,1*
Денні симптоми (бали)	3,1 ± 9,2	3,0 ± 9,4	2,5 ± 9,2*	2,3 ± 9,4*
Кашель (бали)	2,6 ± 7,8	2,4 ± 8,1	1,6 ± 7,8*	0,58 ± 8,6**
Задишка (бали)	2,9 ± 8,6	2,8 ± 9,1	2,1 ± 8,6	1,4 ± 8,6**
Загальний астма-рахунок (бали)	13,7 ± 9,2	13,5 ± 9,4	9,9 ± 9,2*	7,5 ± 9,4**
Кількість застосування β ₂ -агоністів короткої дії	3,1 ± 5,1	3,8 ± 6,1	2,8 ± 5,1	2,9 ± 6,1*

Примітки:

1.* – клінічно достовірна відмінність показника у групі хворих в періоді загострення та ремісії (p < 0,1);

2.# – клінічно достовірна відмінність показника між групами хворих (p < 0,1).

Таблиця 5 – Клінічні прояви БА у I та II групі хворих за даними щоденника самопостереження за тиждень, періоди загострення та ремісії (M ± m)

Показники	Хворі на бронхіальну астму в					
	періоді загострення			періоді ремісії		
	I група хворих (n=10)	IIa група хворих (n=17)	IIb група хворих (n=13)	I група хворих (n=10)	IIa група хворих (n=17)	IIb група хворих (n=13)
Нічні пробудження	0,8 ± 7,1	2,9 ± 7,1	3,0 ± 7,9	0,1 ± 7,1 [*]	1,8 ± 7,1	1,6 ± 8,1
Ранкова скутість	0,9 ± 6,1	2,2 ± 8,1	2,3 ± 9,1	0,1 ± 6,1 [*]	1,9 ± 8,1	1,6 ± 9,1
Денні симптоми	0,8 ± 8,2	3,1 ± 9,2	3,0 ± 9,4	0,5 ± 8,2 [*]	2,5 ± 9,2	2,3 ± 9,4
Кашель	1,9 ± 4,2	2,6 ± 7,8	2,4 ± 8,1	0,9 ± 4,2 [*]	1,6 ± 7,8	0,58 ± 8,6 [#]
Задишка	1,8 ± 5,4	2,9 ± 8,6	2,8 ± 9,1	0,8 ± 5,4 [*]	2,1 ± 8,6	1,4 ± 8,6 [#]
Загальний астма-рахунок	4,3 ± 7,2	13,7 ± 9,2	13,5 ± 9,4	2,4 ± 7,2 [*]	9,9 ± 9,2	7,5 ± 9,4 [#]
Кількість застосування β ₂ -агоністів короткої дії	2,8 ± 6,1	3,1 ± 5,1	3,8 ± 6,1	0,8 ± 6,1 [*]	2,8 ± 5,1	2,9 ± 6,1

Примітки:

1.* – клінічно достовірна відмінність показників у I групі хворих в періоді загострення та ремісії (p < 0,1);

2.# – клінічно достовірна відмінність показників між IIa та IIb групами хворих в періоді загострення та ремісії (p < 0,1).

8,1) бали. Загальна кількість мокроти була в групі IIa в середньому до (15,2 ± 8,9) мл/добу, слизового характеру, в групі IIb – (13,2 ± 9,2) мл/добу, слизова. Показник «задишка» був (2,9 ± 8,6) бали в групі IIa, в групі IIb – (2,8 ± 9,1) бали, показник «нічні пробудження через симптоми бронхіальної астми» становив в середньому (2,9 ± 7,1) бали в групі IIa, та (3,0 ± 7,9) в IIb, «ранкова скутість» – (2,2 ± 8,1) бали в групі IIa, та (2,3 ± 9,1) в групі IIb. «Денні симптоми захворювання» – становив (3,1 ± 9,2) бали в групі IIa та (3,0 ± 9,4) бали в групі IIb. Загальний астма рахунок у групі IIa склав (13,7 ± 9,2) бали, в групі IIb – (13,5 ± 9,4) бали. Потреба у використанні β₂-агоністів короткої дії становила у групі IIa (3,1 ± 5,1) рази на добу в групі IIa та (3,8 ± 6,1) в групі IIb. Більш детальна інформація представлена в таблиці 4.

У фазі ремісії, у хворих IIa показник «кашель» був помірний і становив в середньому (1,6 ± 7,8) бали, у групі IIb – (0,58 ± 8,6) бали. Загальна кількість мокроти була в групі IIa в середньому до (6,9 ± 8,9) мл на добу, слизового характеру, в групі IIb – (6,5 ± 9,1) мл на добу. Показник «задишка» становив (2,1 ± 8,6) бали в групі IIa, в групі IIb – (1,4 ± 8,6) бали. Всі хворі скаржились на нічні пробудження через симптоми бронхіальної астми: показник у групі IIa становив в середньому (1,8 ± 7,1) бали, в групі IIb – (1,6 ± 8,1). Показник «ранкова скутість» у групі IIa становив (1,9 ± 8,1) бали, в групі IIb – (1,6 ± 9,1). Показник «денні симптоми захворювання», в середньому становив (2,5 ± 9,2) бали в групі IIa та (2,3 ± 9,4) бали в групі IIb. Загальний астма рахунок у групі IIa склав (9,9 ± 9,2) бали, в групі IIb – (7,5 ± 9,4) бали. Потреба у використанні β₂-агоністів короткої дії становила у групі IIa (2,8 ± 5,1) рази на добу та (2,9 ± 6,1) рази на добу. Систолічний артеріальний тиск становив в середньому

(132,2 ± 6,5) мм. рт. ст., діастолічний – (72,5 ± 5,5) мм. рт. ст., пульс – (72 ± 6,2) уд/хв. Більш детальна інформація представлена в таблиці 5.

Висновки

Отже, в результаті проведення дослідження, були порівняні дані загально – клінічних досліджень та анкетування хворих на бронхіальну астму із різним ступенем тяжкості перебігу захворювання та варіантом отриманого базового лікування у фазі ремісії та загострення. Оскільки проводилась оцінка між собою двох груп різних за ступенем тяжкості, то достовірна відмінність у клініко – функціональних показниках його перебігу зберігалась між групами, як в періоді ремісії, так і в періоді загострення.

Встановлено, що чим тяжчий перебіг захворювання, тим більший відсоток хворих має скарги, однією із причин виникнення яких є порушення у функціональному стані кардіореспіраторної системи. Якщо захворювання переходить у фазу загострення, то відбувається посилення дисфункціонування взаємоз'язаних систем легені-серце, що призводить до поглиблення вже існуючих або виникнення нових клінічних проявів порушень у її функціональному стані. Це підтверджується зростанням відсотку хворих із скаргами на періодичні болі в серці, відчуття «серцебиття», зниження працездатності, періодичний головний біль, шум у вухах, запаморочення, розсіяність та важкість концентрування уваги, погану пам'ять та коливання настрою.

Встановлено, у фазі загострення захворювання 60% хворих із легким персистуючим перебігом та 80% хворих із перебігом захворювання середнього ступеню тяжкості скаржаться на періодичні болі в серці та відчуття «серцебиття» (група здорових – 20%), у фазі ремісії відповідно 30% та 60%

опитаних. 65% хворих I групи та 71% хворих II групи у фазі загострення БА мають скарги на зниження працездатності, то у фазі ремісії – 55% та 60% відповідно (група здорових – 20%).

У фазі загострення бронхіальної астми 60% хворих I групи та 80% II групи скаржаться на періодичний головний біль, шум у вухах, запаморочення,

розсіяність та важкість концентрування уваги, погану пам'ять та коливання настрою, то у фазі ремісії – 40% та 60% відповідно (група здорових – 20%). Скарги на сонливість різної інтенсивності у фазі загострення мали 49% хворих I групи та 96% II групи, у фазі ремісії – 47% та 90% відповідно (група здорових – 20%).

Список літератури

1. Punjabi N.M., Newman A., Young T., et al. Sleep disordered breathing and cardiovascular disease: an outcome-based definition of hypopneas. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008. Vol. 177. № 10. P. 1150-1155. DOI: 10.1513/pats.200709-155MG
2. Punjabi N.M., Beamer B.A. Alterations in glucose disposal in sleepdisordered breathing. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009. Vol. 179. P. 235-240. DOI: 10.1152/jappphysiol.00695.2005
3. Rahangdale S., Yeh S.Y., Novack V., et al. The influence of intermittent hypoxemia on platelet activation in obese patients with obstructive sleep apnoea. *J Clin Sleep Med.* 2011. Vol. 7. № 2. P. 172-178.
4. Фещенко Ю.І. Бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень: перспективна глобальна стратегія ведення, новітні методи діагностики, сучасні підходи до терапії. Астма та алергія. 2015. № 4. С. 38–42.
5. Фещенко Ю.І., Яшина Л.А. Синдром обструктивного апноє-гіпноє сна - проблема общетерапевтической. *Здоров'я України.* 2009. № 3. С. 48.
6. Global strategy for asthma management and prevention. National Institutes of Health National Heart & Lung and Blood Institute. 2015. 132 p.
7. Фещенко Ю.І., Яшина Л.А. Бронхиальная астма. *Doctor.* 2004. № 2. С. 46–49.
8. Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Київ: Велес, 2007. 148 с.
9. Бабич П.Н., Чубенко А.В., Лапач С.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление, интерпретация. *Український медичний часопис.* 2005. № 2. Т. 46. С. 113–119.
10. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев: Морион, 2001. 320 с.
11. Punjabi N.M., Newman A., Young T., et al. Sleep disordered breathing and cardiovascular disease: an outcome-based definition of hypopneas. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008. Vol. 177. № 10. P. 1150-1155. DOI: 10.1164/rccm.200712-1884OC

References

1. Punjabi NM, Newman A, Young T, et al. Sleep disordered breathing and cardiovascular disease: an outcome-based definition of hypopneas. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177(10):1150-1155. DOI: 10.1513/pats.200709-155MG
2. Punjabi NM, Beamer BA. Alterations in glucose disposal in sleepdisordered breathing. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;179:235-240. DOI: 10.1152/jappphysiol.00695.2005
3. Rahangdale S, Yeh SY, Novack V, et al. The influence of intermittent hypoxemia on platelet activation in obese patients with obstructive sleep apnoea. *J Clin Sleep Med.* 2011;7(2):172-178.
4. Feshchenko Yul. Bronchialna asthma, chronichne obstruktywne zachvoriuvannya legen: globalna strategiya vedenya, novitni method diagnostiki, suchasni pidchodu do terapii. *Asthma ta Alergiya.* 2015;4:38–42.
5. Feshchenko Yul, Yashina LA. Syndrom obstruktivnogo apnoe-hypopnoe sna – problema obscheterapevicheskaya. *Zdorovie Ukraine.* 2009;3:48.
6. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health. National Heart & Lung and Blood Institute. 2015. 132 p.
7. Feshchenko Yu I, Yashina LA. Bronchialna asthma. *Doctor.* 2004;2:46–49.
8. Nakaz MOZ Ukraine №128 vid 19.03.2007 «Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv nadannya medichnoi dopomogi za specialnistiy «Pulmonologiya». Kyiv: Veles, 2007. 148 p.
9. Babich PN, Chubenko AV, Lapach SN. Primenenye sovremennykh statisticheskikh metodov v praktike klinicheskikh issledovaniy. Soobshchenie tretie. Otnoshenie shansov: ponyatie, vychislenie, interpretachya. *Ukrainian medical chasopis.* 2005;2(46):113–119.
10. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statisticheskie metody v medico-biologicheskikh issledovaniyach s ispolsovanyem Excel. Kiev: Morion, 2001. 320 p.
11. Punjabi NM, Newman A, Young T, et al. Sleep disordered breathing and cardiovascular disease: an outcome-based definition of hypopneas. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177(10):1150-1155. DOI: 10.1164/rccm.200712-1884OC

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2018, № 4

О.А. Канарський, молодший науковий співробітник відділення пульмонології

ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»,

вул. М. Амосова, 10, м. Київ, Україна, 03038; тел.: +30 (044) 275-30-21; e-mail: kanarskyialeksandr@gmail.com

О. А. Канарський:

ORCID iD

orcid.org/0000-0003-0668-6149