

УДК 616.233.002+615.036.8+611.08

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ КОМБІНАЦІЄЮ ТІОТРОПІУ/ОЛОДАТЕРОЛУ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ

К. Д. Дмитрієв

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Резюме. *Матеріали та методи.* У дослідження було включено 100 пацієнтів із діагнозом ХОЗЛ, їх середній вік ($64,09 \pm 1,94$) років, з них 66 чоловіків (66 %) та 34 жінки (34 %). З них курцями були 68 %, середній стаж куріння складав ($24,44 \pm 4,84$) пачко-роки. Середня тривалість ХОЗЛ — ($9,35 \pm 2,42$) рік. За даними первинної документації оцінювався клінічний перебіг ХОЗЛ. Всі пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки важкості ХОЗЛ — mMRC та CAT; якості життя — SF-36, SGRQ на візиті 1, візиті 2 (4-6 тижнів) та візиті 3 (1 рік). *Результати.* Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно покращує перебіг ХОЗЛ, зменшуючи кількість загострень з ($2,63 \pm 0,29$) до ($1,63 \pm 0,21$) та госпіталізацій з ($1,2 \pm 0,2$) до ($0,37 \pm 0,11$); ступінь задишки відповідно до опитувальника mMPD з ($2,3 \pm 0,14$) до ($1,87 \pm 0,15$); CAT з ($23,28 \pm 1,71$) до ($15,77 \pm 1,58$). Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно покращує якість життя за даними опитувальника SF-36, а саме: показників рольового функціонування, які обумовлені фізичним та емоційним станом з ($16 \pm 5,57$) % до ($35,10 \pm 7,15$) % та з ($27,35 \pm 7,83$) % до ($50,29 \pm 7,99$) %, відповідно, життєвої активності з ($38,26 \pm 3,86$) % до ($49,49 \pm 3,7$) %, психічного здоров'я з ($51,56 \pm 3,76$) % до ($61,49 \pm 3,59$) %, соціального функціонування з ($57,61 \pm 5,93$) % до ($69,22 \pm 5,08$) % та інтенсивності болі з ($66,92 \pm 5,99$) % до ($81,00 \pm 4,17$) %. Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно покращує якість життя за даними опитувальника SGRQ, а саме: зменшує показники шкал «Симптоми» з ($76,72 \pm 3,85$) до ($61,37 \pm 4,59$), «Активність» з ($65,26 \pm 4,18$) до ($51,97 \pm 3,86$), «Вплив» з ($52,36 \pm 4,65$) до ($35,19 \pm 4,25$) та «Загального балу» з ($60,31 \pm 3,95$) до ($44,62 \pm 3,89$). *Висновки.* Комбінація тіотропію/олодатееролу показала свою ефективність у реальній клінічній практиці. Дана комбінація є ефективною у покращенні клінічного перебігу ХОЗЛ та зменшенні симптомів, що також супроводжується значним покращенням якості життя.

Ключові слова: ХОЗЛ, якість життя, тіотропію/олодатеерол.

К. Д. Дмитрієв

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, аспірант

Хмельницьке шосе, 96, 21029, Вінниця, Україна

e-mail: kostya011993@gmail.com

Астма та Алергія, 2021, № 3, С. 36–42.

Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є захворюванням із прогресуючим перебігом, значною кількістю респіраторних симптомів, що значно погіршує якість життя у таких пацієнтів. Значна кількість змін при ХОЗЛ, що включає системне запалення та гіпоксемію значно, аж до 5 разів, збільшують ризик розвитку серцево-судинної патології, яка є основою безпосередньою причиною смерті у цієї групи пацієнтів [4].

Біля $\frac{1}{4}$ мільярду людей у світі страждає на ХОЗЛ за даними дослідження *Global Burden of Disease study*. За прогнозами Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я роль ХОЗЛ у структурі смертності із роками тільки збільшуватиметься. У 2015 ХОЗЛ призвів до 3,17 мільйонів смертей у 2015 році у світі, що склало біля 5 % у загальній структурі смертності [8].

Хоч і за визначенням ХОЗЛ це лише захворювання легень, проте у своєму патогенезі ХОЗЛ вражає багато органів та систем. До його виникнення призводить комбінація різноманітних ендогенних та екзогенних факторів, що здатні впливати не лише на розвиток ХОЗЛ, а й на його клінічну презентацію і перебіг, що призводить до значної різноманітності серед пацієнтів із цією хворобою [1]. Проте основою причиною виникнення ХОЗЛ вважають тютюнокуріння, яке викликає важчий і більш симптомний перебіг ХОЗЛ [6, 10]. З іншого боку, був знайдений зв'язок значної кількості генетичних факторів із виникненням, перебігом та ефективністю лікування ХОЗЛ [3].

В останніх дослідженнях було продемонстровано, що оборотність бронхіальної обструкції при проведенні проби із салбутамолом може спостерігатись у близько 20 % пацієнтів з ХОЗЛ, оборотність бронхіальної обструкції також виявлялась у звичайній популяції у приблизно 5 % людей [9]. Дослідження демонстрували різну відповідь на лікування у пацієнтів із різною

оборотністю бронхіальної обструкції [5, 7]. Оскільки клінічні дослідження зазвичай включають однотипну популяцію, цікавим є вивчення ефективності комбінації в умовах реальної клінічної практики.

Тому завданням дослідження було оцінити вплив комбінованого лікування тіотропієм/олодатеололом на динаміку показники якості життя в реальній клінічній практиці.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось на базі кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова та Кошарного некомерційного підприємств «Вінницька міська клінічна лікарня № 1». Було отримано дозвіл Локальної етичної комісії до початку дослідження. Письмова інформована згода була отримана у всіх пацієнтів до включення їх у дослідження.

У дослідження було включено 100 пацієнтів із діагнозом ХОЗЛ, їх середній вік склав ($64,09 \pm 1,94$) років, з них 66 чоловіків (66 %) та 34 жінки (34 %).

З них курцями були 68 %, середній стаж куріння склав ($24,44 \pm 4,84$) пачко-роки. Середня тривалість ХОЗЛ — ($9,35 \pm 2,42$) рік.

Критеріями виключення були: будь-яке клінічно значиме захворювання, лабораторні порушення чи інші обставини в анамнезі чи на момент огляду, які могли б вплинути на безпеку пацієнта під час участі у дослідженні, нездатність пацієнта слідувати процедурам дослідження, зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами в анамнезі чи на момент огляду.

На першому візиті перевірялась первинна медична документація пацієнтів. Всі пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки важкості ХОЗЛ — mMRC та CAT; якості життя — SF-36, SGRQ.

Всім пацієнтам на візиті було рекомендовано лікування комбінованими препаратами антихолінолітику тривалої дії (АХТД) та бета-2-агоністу тривалої дії (БАТД) відповідно до рекомендацій GOLD 2020.

На другому візиті через (5 ± 1) тиждень від включення у дослідження пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки важкості ХОЗЛ — mMRC та CAT. Всім пацієнтам проводилось фізикальне обстеження, оцінка вітальних знаків. Всі пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки важкості ХОЗЛ — mMRC та CAT; якості життя — SF-36, SGRQ.

На третьому візиті через 1 рік від включення у дослідження пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки важкості ХОЗЛ — mMRC та CAT. Всім пацієнтам проводилось фізикальне обстеження, оцінка вітальних знаків. Всі пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки важкості ХОЗЛ — mMRC та CAT; якості життя — SF-36, SGRQ.

Статистична обробка даних виконувалась за допомогою пакету статистичних програм SPSS (Version 17.0 for Windows; США).

Результати

Середня кількість загострень за рік до включення у дослідження складала ($2,63 \pm 0,29$), з них вима-

гали госпіталізації — ($1,2 \pm 0,2$), лікувались амбулаторно — ($1,43 \pm 0,22$). Середня кількість загострень через рік після включення у дослідження складала ($1,63 \pm 0,21$), вимагало госпіталізації — ($0,37 \pm 0,11$), з них лікувались амбулаторно — ($1,27 \pm 0,19$). Спостерігалось достовірне зниження загальної кількості загострень ($p < 0,05$), у тому числі пролікованих в стаціонарних умовах ($p < 0,05$). Не спостерігалось достовірної різниці у кількості загострень, що лікувались амбулаторно ($p > 0,05$) (рис. 2).

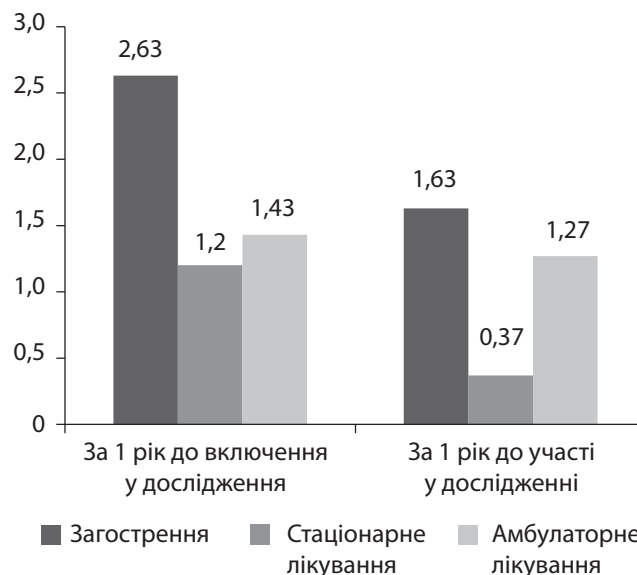


Рис. 1. Кількість загострень у пацієнтів з ХОЗЛ до та під час участі у дослідженні.

На момент включення у дослідження показники опитувальника mMRC складала ($2,3 \pm 0,14$), через 4–6 тижнів після включення у дослідження — ($2,18 \pm 0,13$), через рік після включення у дослідження — ($1,87 \pm 0,15$). Спостерігалась достовірна різниця у показниках опитувальника між візитом 3 та першими двома візитами ($p < 0,05$). Не спостерігалось достовірної різниці у показниках опитувальника між візитами 1 та 2 ($p > 0,05$) (рис. 2).

На момент включення у дослідження показники опитувальника CAT складала ($23,28 \pm 1,71$), через 4–6 тижнів після включення у дослідження — ($18,55 \pm 1,6$), через рік після включення у дослідження — ($15,77 \pm 1,58$). Спостерігалась статистично значима різниця у

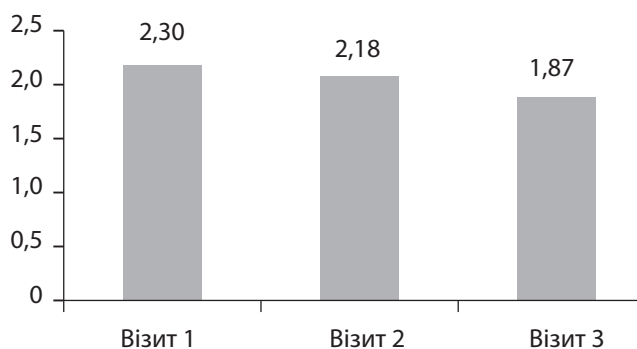


Рис. 2. Показники опитувальника mMRC за час участі у дослідженні.

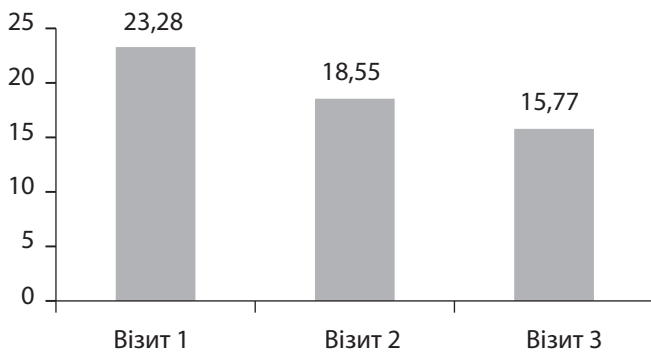


Рис. 3. Показники опитувальника CAT за час участі у дослідженні.

показниках між візитом 1 та візитом 2 і між візитом 1 та візитом 3 ($p < 0,05$). Не було виявлено статистично значимої різниці між даними на візиті 2 та візитом 3 ($p > 0,05$) (рис. 3).

У пацієнтів з ХОЗЛ спостерігалось зниження всіх показників якості життя відповідно до опитувальника SF-36 (рис. 4). На момент включення у дослідження показники фізичного функціонування (PF) складала (45,95 ± 5,17) %, між візитом 1 та 2 не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимої різниці у показниках, які становили (48,08 ± 5,08) % ($p > 0,05$). На візиті 3 показники PF становили (52,02 ± 4,75) %, що не було ані статистично, ані клінічно краще показників на візиті 1 та 2 ($p > 0,05$).

Показники рольового функціонування, які обумовлені фізичним станом (RLP) на візиті 1 становили (16 ± 5,57) %, не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимого приросту при порівнянні з показниками візиту 2, які становили (24,24 ± 6,95) % ($p > 0,05$). Спостерігалась статистично та клінічно значима відмінність між показниками візиту 3 – (35,10 ± 7,15) % — та показниками візиту 1 ($p < 0,05$), також спостерігалась клінічно значима різниця із показниками візиту 2 ($p > 0,05$).

Показники рольового функціонування, які обумовлені емоційним станом (RLM) на візиті 1 становили (27,35 ± 7,83) %. Не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимого приросту між показниками візиту 1 та візиту 2, які становили (35,05 ± 8,43) % ($p > 0,05$). Показники RLM на візиті 3 становили (50,29 ± 7,99) %. Спостерігалась статистично та виразна клінічно значима різниця між показниками візиту 1 та візиту 3 ($p < 0,05$), а також клінічно значима різниця із показниками візиту 2 ($p > 0,05$).

Показники життєвої активності (EV) на візиті 1 становили (38,26 ± 3,86) %. Спостерігався статистично, проте не клінічно, значимий приріст показників між візитом 1 та візитом 2, які становили (47,37 ± 3,93) % ($p < 0,05$). Не спостерігалось клінічно та статистично значимої різниці у показниках життєвої активності між візитом 2 та візитом 3, які становили (49,49 ± 3,7) % ($p > 0,05$). Спостерігався статистично та клінічно значимий приріст показників між візитом 1 та візитом 3 ($p < 0,05$).

Показники психічного здоров'я (MH) на візиті 1 становили (51,56 ± 3,76) %. Спостерігався статистично, проте не клінічно значимий приріст показників між візитом 1 та візитом 2, які становили (59,33 ± 3,95) % ($p < 0,05$). Показник MH на візиті 3 становив (61,49 ± 3,59) %. Спостерігалась статистично, проте не клінічно значима різниця між показниками психічного здоров'я на візиті 1 та візиті 3 ($p < 0,05$). Не було виявлено достовірної різниці між показниками MH на візиті 2 та 3 ($p > 0,05$).

Показники соціального функціонування (SC) на візиті 1 становили (57,61 ± 5,93) %. Не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимого приросту показників соціального функціонування між візитом 1 та візитом 2, які становили (64,23 ± 5,36) % ($p > 0,05$). Показник SC на візиті 3 становили (69,22 ± 5,08) %. Спостерігалось статистично та клінічно значиме покращення між показниками візиту 1 та

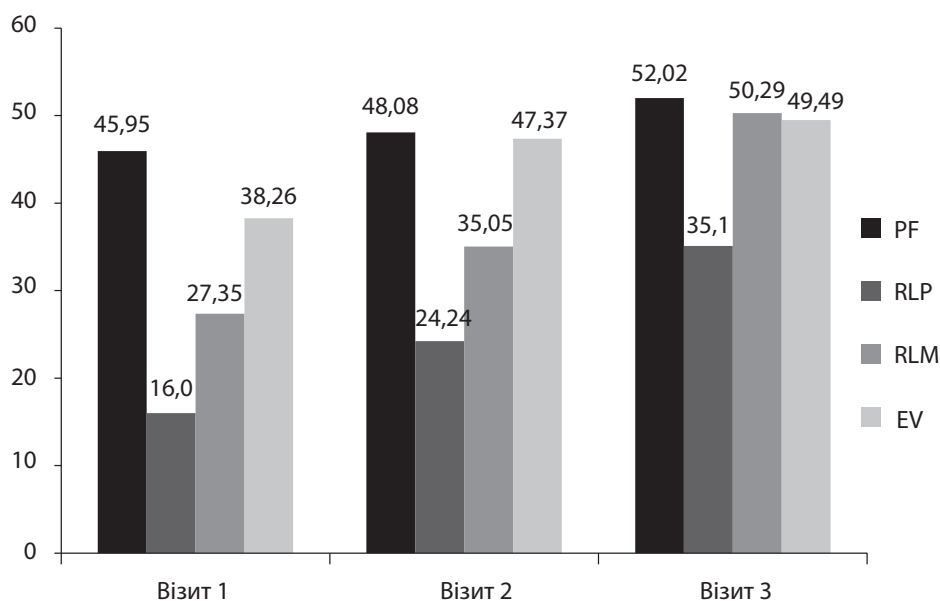


Рис. 4. Динаміка показників фізичного функціонування, рольового функціонування, які обумовлені фізичним станом, рольового функціонування, які обумовлені емоційним станом, та життєвої активності під час участі у дослідженні.

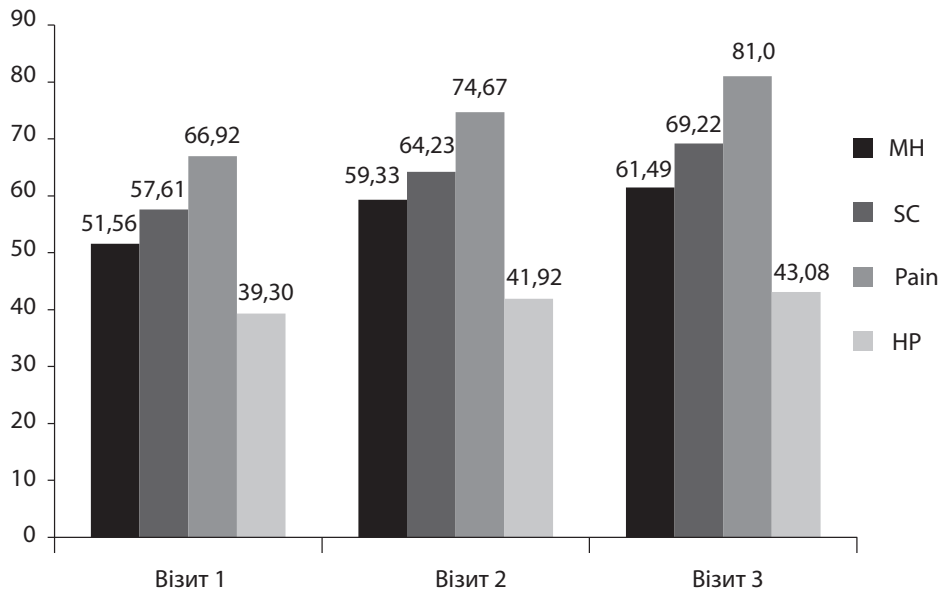


Рис. 5. Динаміка показників психічного здоров'я, соціального функціонування, інтенсивності болю, загального стану здоров'я під час участі у дослідженні.

візитом 3 ($p < 0,05$), не спостерігалось значимої різниці між показниками візиту 2 та візиту 3 ($p > 0,05$).

Показники інтенсивності болю на візиті 1 становив ($66,92 \pm 5,99$) %. Не спостерігалось ані статистичного, ані клінічно значимої різниці між показниками візиту 1 та візиту 2, які становили ($74,67 \pm 5,13$) % ($p > 0,05$). Показник інтенсивності болю на візиті 3 становив ($81,00 \pm 4,17$) %. Спостерігалось статистично та клінічно значима різниця між показниками візиту 1 та візиту 3 ($p < 0,05$). Не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимої різниці між показниками візиту 2 та 3 ($p > 0,05$).

Показники загального стану здоров'я (HP) на візиті 1 становили ($39,30 \pm 2,67$) %. Не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимої різниці між показниками візиту 1 та 2 ($p > 0,05$). Показники HP на візиті 3 становили ($43,08 \pm 2,66$) %. Не спосте-

рігалось ані статистично, ані клінічно значимої різниці між показниками візиту 1 та 3, візиту 2 та 3 ($p > 0,05$) (рис. 5).

У пацієнтів з ХОЗЛ спостерігалось зниження всіх показників якості життя відповідно до опитувальника SGRQ. Показники шкали «Симптоми» на візиті 1 становили ($76,72 \pm 3,85$). Спостерігалась статистично та клінічно значима різниця між показниками на візиті 1 та візиті 2, які становили ($65,97 \pm 4,54$) ($p < 0,05$). Показники шкали симптомів на візиті 3 становили ($61,37 \pm 4,59$). Спостерігалась статистично та клінічно значима різниця показниками візиту 1 та візиту 3 ($p < 0,05$). Не спостерігалось клінічно та статистично значимої різниці між показниками на візиті 2 та 3 ($p > 0,05$).

Показники шкали «Активність» на візиті 1 становили ($65,26 \pm 4,18$). Не спостерігалось ані статис-

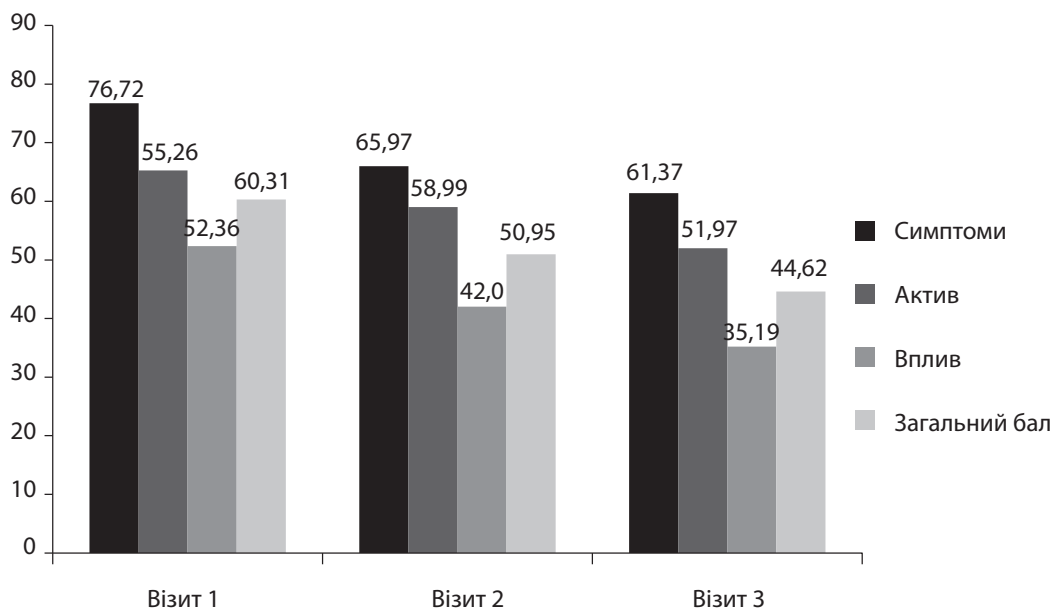


Рис. 6. Динаміка показників опитувальника SGRQ під час участі у дослідженні.

тично, ані клінічно значимої різниці між показниками візиту 1 та 2, які становили ($58,99 \pm 4,47$) ($p > 0,05$). Показники шкали «Активність» на візиті 3 становили ($51,97 \pm 3,86$). Спостерігалась статистично та клінічно значима різниця показників між візитом 1 та візитом 3 ($p < 0,05$). Не спостерігалось ані статистично, ані клінічно значимої різниці між показниками візиту 2 та візиту 3 ($p > 0,05$).

Показники шкали «Вплив» на візиті 1 становили ($52,36 \pm 4,65$). Спостерігалась статистично та клінічно значима різниця між показниками на візиті 1 та візиті 2, які становили ($42,00 \pm 4,72$) ($p < 0,05$). Показники шкали «Вплив» на візиті 3 становили ($35,19 \pm 4,25$). Не спостерігалось статистично та клінічно значимої різниці між показниками візиту 3 та візитом 2 ($p > 0,05$), спостерігався статистично та клінічно значимий приріст показників між візитом 1 та візитом 2 ($p < 0,05$).

Загальний показник опитувальника SGRQ на візиті 1 становив ($60,31 \pm 3,95$). Спостерігалась статистично, проте не клінічно значима різниця між показниками візиту 1 та візиту 2, які становили ($50,95 \pm 4,33$) ($p < 0,05$). Загальний показник на візиті 3 становив ($44,62 \pm 3,89$). Спостерігалась статистично та клінічно значима різниця між показниками візиту 1 та візиту 3 ($p < 0,05$). Не спостерігалось значимої різниці між візитом 2 та візитом 3 ($p > 0,05$).

Висновки

1. Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно покращує перебіг ХОЗЛ, зменшуючи кількість загострень з ($2,63 \pm 0,29$) до ($1,63 \pm 0,21$) та госпіталізацій з ($1,2 \pm 0,2$) до ($0,37 \pm 0,11$).

2. Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно зменшує ступінь задишки відповідно до опитувальника mMRC з ($2,3 \pm 0,14$) до ($1,87 \pm 0,15$).

3. Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно зменшує вираженість симптомів відповідно до опитувальника САТ з ($23,28 \pm 1,71$) до ($15,77 \pm 1,58$).

4. Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно покращує якість життя за даними опитувальника SF-36, а саме показників рольового функціонування, які обумовлені фізичним та емоційним станом з ($16 \pm 5,57$) % до ($35,10 \pm 7,15$) % та з ($27,35 \pm 7,83$) % до ($50,29 \pm 7,99$) %, відповідно, життєвої активності з ($38,26 \pm 3,86$) % до ($49,49 \pm 3,7$) %, психічного здоров'я з ($51,56 \pm 3,76$) % до ($61,49 \pm 3,59$) %, соціального функціонування з ($57,61 \pm 5,93$) % до ($69,22 \pm 5,08$) % та інтенсивності болі з ($66,92 \pm 5,99$) % до ($81,00 \pm 4,17$) %.

5. Лікування комбінацією тіотропію/олодатееролу достовірно покращує якість життя за даними опитувальника SGRQ, а саме: зменшення показників шкал «Симптоми» з ($76,72 \pm 3,85$) до ($61,37 \pm 4,59$), «Активність» з ($65,26 \pm 4,18$) до ($51,97 \pm 3,86$), «Вплив» з ($52,36 \pm 4,65$) до ($35,19 \pm 4,25$) та «Загального балу» з ($60,31 \pm 3,95$) до ($44,62 \pm 3,89$).

IMPACT OF THE TREATMENT WITH COMBINATION OF TIOTROPIUM/OLODATEROL ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COPD

K. D. Dmytriiev

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University Vinnitsia, Ukraine

Abstract. *Materials and methods.* 100 patients with the diagnosis of COPD were included into the study, their average age was (64.09 ± 1.94) years, there were 66 men (66 %) and 34 women (34 %). The average duration of COPD was (9.35 ± 2.42) years. Clinical course of COPD was assessed based on the clinical documentation of the patients. All patients filled out questionnaires for the assessment of the COPD severity — mMRC and CAT; and quality of life — SF-36, SGRQ at visit 1, visit 2 (4-6 weeks) and visit 3 (1 year). *Results.* Treatment with combination of tiotropium/olodaterol reliably improve COPD course, by decrease in the amount of exacerbations from (2.63 ± 0.29) to (1.63 ± 0.21) and hospital admissions from (1.2 ± 0.2) to (0.37 ± 0.11); dyspnea severity according to mMRC questionnaire from (2.3 ± 0.14) to (1.87 ± 0.15); CAT from (23.28 ± 1.71) to (15.77 ± 1.58). Treatment with combination of tiotropium/olodaterol reliably improve quality of life according to SF-36 questionnaire, specifically physical and emotional role functioning from (16 ± 5.57) % to (35.10 ± 7.15) % and from (27.35 ± 7.83) % to (50.29 ± 7.99) %, exerted vitality from (38.26 ± 3.86) % to (49.49 ± 3.7) %, mental health from (51.56 ± 3.76) % to (61.49 ± 3.59) %, social functioning from (57.61 ± 5.93) % to (69.22 ± 5.08) % and pain intensity from (66.92 ± 5.99) % to (81.00 ± 4.17) %. Treatment with combination of tiotropium/olodaterol reliably improve quality of life according to SGRQ questionnaire, specifically «Symptoms» scale from (76.72 ± 3.85) to (61.37 ± 4.59), «Activity» from (65.26 ± 4.18) to (51.97 ± 3.86), «Impact» from (52.36 ± 4.65) to (35.19 ± 4.25) and Total score from (60.31 ± 3.95) to (44.62 ± 3.89). *Conclusions.* Combination of tiotropium/olodaterol showed its efficacy in real clinical practice. This combination is effective in the improvement of the clinical course of COPD and decrease of symptoms intensity, which is also accompanied by the improvement of the quality of life.

Key words: COPD, quality of life, tiotropium/olodaterol.

K. D. Dmytriiev

Vinnitsia National Pirogov Memorial University

Department of the Propedeutics of Internal Medicine

PhD student

str. Khmelnytske highway 96, 20129, Vinnitsia, Ukraine

e-mail: kostya011993@gmail.com

Asthma and Allergy, 2021, 3, P. 36–42.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ ТИОТРОПИЯ/ОЛОДАТЕРОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ

К. Д. Дмитриев

Винницький національний медичинський університет ім. М.І. Пирогова, г. Винниця, Україна

Резюме. Матеріали і методи. В дослідження було включено 100 пацієнтів з діагнозом ХОЗЛ, їх середній вік (64,09 ± 1,94) років, із них 66 чоловіків (66 %) і 34 жінки (34 %). Із них курильцями були 68 %, середній стаж куріння становив (24,44 ± 4,84) пачко-років. Середня тривалість ХОЗЛ — (9,35 ± 2,42) років. Клінічне перебіг ХОЗЛ оцінювалось згідно даних первинної документації. Всі пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки тяжкості ХОЗЛ — mMRC і САТ; якості життя — SF-36, SGRQ на візиті 1, візиті 2 (4-6 тижнів) і візиті 3 (1 рік). Результати. Лікування комбінацією тіотропія/олодате́рола достовірно покращує перебіг ХОЗЛ, зменшує кількість загострень с (2,63 ± 0,29) до (1,63 ± 0,21) і госпіталізацій с (1,2 ± 0,2) до (0,37 ± 0,11); ступінь одышки згідно опитувальникам МРД с (2,3 ± 0,14) до (1,87 ± 0,15); САТ с (23,28 ± 1,71) до (15,77 ± 1,58). Лікування комбінацією тіотропія/олодате́рола достовірно покращує якість життя згідно даних опитувальника SF-36, а іменно: показувачів ролевого функціонування, які обумовлені фізичним і емоційним станом с (16 ± 5,57) % до (35,10 ± 7,15) % і с (27,35 ± 7,83) % до (50,29 ± 7,99) %, життєвої активності с (38,26 ± 3,86) % до (49,49 ± 3,7) %, психічного здоров'я с (51,56 ± 3,76) % до (61,49 ± 3,59) %, соціального функціонування с (57,61 ± 5,93) % до (69,22 ± 5,08) % і інтенсивності болю с (66,92 ± 5,99) % до (81,00 ± 4,17) %. Лікування комбінацією тіотропія/олодате́рола достовірно покращує якість життя згідно даних опитувальника SGRQ, а іменно: зменшує показувачі шкал «Симптоми» с (76,72 ± 3,85) до (61,37 ± 4,59), «Активність» с (65,26 ± 4,18) до (51,97 ± 3,86), «Вплив» с (52,36 ± 4,65) до (35,19 ± 4,25) і «Загального бала» с (60,31 ± 3,95) до (44,62 ± 3,89). Висновки. Комбінація тіотропія/олодате́рола показала свою ефективність в реальній клінічній практиці. Данна комбінація являється ефективною в покращенні клінічного перебігу ХОЗЛ і зменшенні симптомів, що також супроводжується покращенням якості життя.

Ключові слова: ХОЗЛ, якість життя, тіотропій/олодате́рол.

К. Д. Дмитриев

Винницький національний медичинський університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, аспірант

Хмельницьке шосе, 96, 21029, Винниця, Україна

e-mail: kostya011993@gmail.com

Астма і Аллергія, 2021, № 3, С.36–42.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мостовой ЮМ. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналіз: нормативні показники, трактування змін. Київ: Центр ДЗК. 2020. 800 с.
2. Мостовой ЮМ, Слєпченко НС, Дмитрієв КД. Хронічне обструктивне захворювання легень та серце: здобутки та питання сьогодні. Укр пульмонол журн. 2018;4:56–61. DOI: 10.31215/2306-4927-2018-102-4-56-61.
3. Мостовой ЮМ, Слєпченко НС, Дмитрієв КД. Вплив генетичних факторів на розвиток та перебіг хронічного обструктивного захворювання легень. Укр пульмонол журн. 2018;3:52–58. DOI: 10.31215/2306-4927-2018-101-3-52-58.
4. Слєпченко НС, Дмитрієв КД. Сучасні підходи до інгаляційної терапії бронхообструктивної патології легень. Астма та алергія. 2019;1:50–56. DOI: 10.31655/2307-3373-2019-1-50-56.
5. Мостовой ЮМ, Слєпченко НС, Дмитрієв КД. Клініко-функціональна оцінка перебігу ХОЗЛ у пацієнтів із різною зворотністю бронхіальної обструкції. Астма та алергія. 2020;4:25–30. DOI: 10.31655/2307-3373-2020-4-25-30.
6. Dmytriiev K, Mostovoy Y, Slepchenko N, Tsybaliuk N, Sidorov A, Dmytriiev D, Shostatska M. "Smoking" vs "non-smoking" COPD: how dramatic is the difference? Eur Respir J. 2020;56(64):1043. DOI: 10.1183/13993003.congress-2020.1043.
7. Dmytriiev K, Mostovoy Y, Slepchenko N, Tsybaliuk N, Sidorov A, Dmytriiev D, Shostatska M. Can reversibility determine clinical course in patients with COPD? Eur Respir J. 2020;56:1041. DOI: 10.1183/13993003.congress-2020.1041.
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine. 2006;209–224. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
9. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Crapo R, et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J. 2005;26:319–338. DOI: 10.1183/09031936.05.00034805.

REFERENCES

1. Mostovoy YuM. Suchasni klasyfikatsii ta standarty likuvannya zakhvoriuvan vnutrishnikh orhaniv. Nevidkladni stany v terapii. Analizy: normatyvni pokaznyky, traktuvannya zmin (Modern classifications and standards of treatment of diseases of internal organs. Emergencies in therapy. Analyzes: normative indicators, interpretation of changes). Kyiv: Tsent DZK. 2020. 800 s.
2. Mostovoy YuM, Slepchenko NS, Dmytriiev KD. Khronichne obstruktyvne zakhvoryuvannya lehen' ta serce: zdobutky ta pytannya s'ohodennya (Chronic obstructive pulmonary disease and heart disease: achievements and current issues). Ukr Pulmonol J. 2018;4:56–61. DOI: 10.31215/2306-4927-2018-102-4-56-61.
3. Mostovoy YuM, Slepchenko NS, Dmytriiev KD. Vplyv henetychnykh faktoriv na rozvytok ta perebih khronichnoho obstruktyvnoho zakhvoryuvannya lehen' (Influence of genetic factors on the development and course of chronic obstructive pulmonary disease). Ukr Pulmonol J. 2018;3:52–58. DOI: 10.31215/2306-4927-2018-101-3-52-58.
4. Slepchenko NS, Dmytriiev KD. Suchasni pidkhody do inhalyatsiynoyi terapiyi bronkhoostruktyvnoyi patolohiyi lehen' (Modern approaches to inhalation therapy of bronchoobstructive lung pathology). Asthma and allergy. 2019;1:50–56. DOI: 10.31655/2307-3373-2019-1-50-56.
5. Mostovoy YM, Slepchenko NS, Dmytriiev KD. Kliniko-funktsional'na otsinka perebihu KHOZL u patsiyentiv iz riznoyu zvorotnistyu bronkhial'noyi obstruktsiyi (Clinical and functional assessment of COPD in patients with various reversible bronchial obstruction). Asthma and allergy. 2020;4:25–30. DOI: 10.31655/2307-3373-2020-4-25-30.
6. Dmytriiev K, Mostovoy Y, Slepchenko N, Tsybaliuk N, Sidorov A, Dmytriiev D, Shostatska M. "Smoking" vs "non-smoking" COPD: how dramatic is the difference? European Respiratory Journal. 2020;56(64):1043. DOI: 10.1183/13993003.congress-2020.1043.
7. Dmytriiev K, Mostovoy Y, Slepchenko N, Tsybaliuk N, Sidorov A, Dmytriiev D, Shostatska M. Can reversibility determine clinical course in patients with COPD? Eur Respir J. 2020;56:1041. DOI: 10.1183/13993003.congress-2020.1041.

10. Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med.* 2014;35:17–27. doi: 10.1016/j.ccm.2013.09.011.
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine.* 2006;209–224. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
9. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, Crapo R, et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J.* 2005;26:319–338. DOI: 10.1183/09031936.05.00034805.
10. Salvi S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med.* 2014;35:17–27. doi: 10.1016/j.ccm.2013.09.011.

Надійшла до редакції: 31.08.2021 р.

Прийнято до друку: 10.09.2021 р.

К. Д. Дмитрієв

ORCID iD

<https://orcid.org/0000-0003-2269-6291>