

Т. В. Константинович КУРАЦІЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПОЄДНАННІ З СОМАТОПСИХІЧНИМИ СИНДРОМАМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Основним завданням лікування бронхіальної астми (БА) є досягнення повного (в ідеалі) або задовільного контролю над захворюванням [6, 15, 19]. Це хронічна, невиліковна патологія, в основі якої лежить специфічне хронічне персистуюче запалення бронхів, яке обумовлює потребу в тривалій, у більшості випадків в довічній, терапії базисними препаратами, якими в, першу чергу, є інгаляційні глюкокортикостероїди (і-ГКС) та інгаляційні бронхолітики (і-БЛ) [20, 24]. Однак, як показує досвід, у більшості випадків стримати захворювання не вдається [24], що веде до цілого ряду ускладнень як з боку дихальної, так і з боку інших систем організму [8, 11, 13, 16]. Це стосується, зокрема, і нервової системи (НС) з цілим комплексом граничних соматопсихічних синдромів (СПС), які є результатом дії причинного фактору — хронічного гіпоксичного стресу, з одного боку, так і ураження нейрональних структур на мікрорівні, з іншого [1, 2, 12, 17]. Поєднання БА із супутніми СПС негативно впливає на рівень контролю та комплаєнтність пацієнтів [21]. На жаль, у переважній більшості випадків, усунути причинний фактор у хворих на БА не є можливим. Тому важливу роль в даній ситуації набуває фармакотерапія, яка спрямована на гальмування процесів переходу граничних розладів психіки зі стану «передхвороби» в хворобу з точки зору «великої психіатрії» [3, 7, 9]. Метою терапії такої категорії пацієнтів має стати лікування, що спрямоване на збереження можливостей для повноцінної реалізації соціальних функцій, на підтримання оптимального метаболічного та соматопсихічного балансу [3, 24].

Фармакологічна корекція СПС у хворих на БА може проводитися за допомогою широкого кола лікарських засобів, що впливають на різноманітні ланки діяльності мозку, а з іншого боку з метою зменшення вимушеної поліпрагмації в даній ситуації доцільно застосовувати препарати з максимальним комплексним фармакологічним ефектом дії, що поєднує нейрометаболічні, судинні, психоемоційні та вегетостабілізуючі ефекти.

Як було зазначено авторами в роботах [3, 5, 10], найбільш адаптованими, з точки зору їх використання хворими на БА, є препарати з групи ноотропів (церебральних метаболітів, церебропротекторів), які в багатьох випадках виявляють ще і комплексну судинну, антитоксичну, антигіпоксичну, вегетокоригуючу дію, стабілізують нейромедіаторний обмін, що в результаті веде до нормалізації граничних СПС та оптимізації психоемоційного стану пацієнтів. Крім того, існує ряд нових психотропних засобів, які класифікуються як нетипові анксиолітики. Вони поряд із високим рівнем безпеки (внаслідок великого розриву між терапевтичними та токсичними дозами), задовільної взаємодії із базисними засобами, володіють цілим рядом позитивних соматотропних ефектів (зменшують рівень соматизованих психічних розладів, чим покращують самопочуття та загальний

контроль над захворюванням) [7]. Групу «атипових» транквілізаторів складають різні за хімічною структурою і, в багатьох випадках, з невідомим механізмом дії лікарські засоби, які виказують анксиолітичну дію, але, на відміну від «типових» (бензодіазепінових) анксиолітиків, не викликають міорелаксації, мнестичних розладів, синдрому залежності.

Мета роботи: оцінити динаміку СПС та рівня контролю над БА під впливом різних режимів базисного лікування захворювання в поєднанні з препаратами психотропної дії.

Матеріал та методи дослідження. В дослідження було включено 50 амбулаторних хворих на БА (28 жінок, 22 чоловіки) з верифікованим діагнозом захворювання, в структурі якого діагностована легка персистуюча астма — 6 осіб, середньоважка персистуюча — 23, важка персистуюча — 21, вік яких коливався в межах 20–74 роки, тривалість БА — в межах 2–24 роки. Ці пацієнти склали основну групу дослідження. Для контролю обстежено 28 амбулаторних хворих на БА (16 жінок, 12 чоловіків), у яких легка персистуюча астма визначена у 2 осіб, середньоважка персистуюча — у 14, важка персистуюча — у 12, вік коливався в межах 17–64 роки, тривалість БА — в межах 3–30 років. Лікування здійснювалось протягом (30 ± 2) діб, при цьому було запропоновано три режими терапії: I — 29 хворих на БА, яким на фоні базисної терапії і-ГКС беклометазоном дипропіонатом в дозі відповідно тяжкості перебігу БА в поєднанні з сальбутамолом за вимогою до лікування додавався антистривожний небензодіазепіновий засіб афобазол (АФ) по 10 мг тричі на добу, II — 21 хворий на БА, яким на фоні базисної терапії додавався церебропротекторний засіб пірацетам/тіотріазолін (ПТ) у дозі 0,4/0,1 мг тричі на добу, III — 28 хворих на БА, які отримували терапію препаратами базисного ряду.

Для визначення контролю над астмою використали АСТ-тест (Asthma Control Test, QualityMetric Incorporated, 2002) [14, 22]. Цей тест повною мірою відображає перебіг захворювання та, відповідно, стан контролю над ним за останні 4 тижні. Перше заповнення цього тесту відбувалось на початку (День 1), друге — на етапі завершення терапії (День 30).

Всім пацієнтам провели комплексне психологічне тестування шляхом дослідження рівня невротизації (РН) за методикою Л.І. Вассермана, рівня реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) за методикою Ч.Д. Спілберга-Ю.Л. Ханіна та рівня депресії (РД) за методикою Зунге в модифікації Т.І. Балашової [18].

Аналіз отриманих даних виконали на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS.12 для Windows з використанням дисперсійного аналізу ANOVA з апостеріорними тестами множинного міжгрупового порівняння (Шеффе, Дункана, Тьюкі, Сідака) для незалежних та аналізу з повторними вимірюваннями для залежних вибірок [4].

Результати та їх обговорення. Ініціальні рівні виразності СПС на етапі початку лікування у хворих на БА за різних режимів терапії наведені в табл. 1. Маючи на увазі, що призначення психотропного засобу, в першу чергу, було спрямовано на стабілізацію емоційно-психічного стану хворих, ми провели аналіз динаміки змін соматопсихічних характеристик пацієнтів усіх груп порівняння на етапі завершення лікування, показники яких у хворих на БА за різних режимів лікування наведені в табл. 2.

Таблиця 1

Соматопсихічні синдроми хворих БА за різних режимів терапії на початку лікування (День 1)

Показник, що враховувався	Хворі на БА за I режиму терапії (n=29)	Хворі на БА за II режиму терапії (n=21)	Хворі на БА за III режиму терапії (n=28)	Ймовірність похибки (p)
Середній рівень РТ, бали (M±m)	31,2±2,1	36,9±2,5	34,9±2,1	0,349
Середній рівень ОТ, бали (M±m)	51,8±1,6	52,9±2,0	53,5±2,0	0,828
Середній РН, % (M±m)	46,8±2,5	47,4±4,6	55,2±2,9	0,048
Середній РД, бали (M±m)	45,6±1,4	45,3±2,2	46,5±1,5	0,801

Таблиця 2

Соматопсихічні синдроми хворих БА за різних режимів лікування на етапі завершення терапії (День 30)

Показник, що враховувався	Хворі на БА за I режиму терапії (n=29)	Хворі на БА за II режиму терапії (n=21)	Хворі на БА за III режиму терапії (n=28)	Ймовірність похибки (p)
Середній рівень РТ, бали (M±m)	23,8±1,7	30,8±1,7	32,5±1,8	0,003
Середній рівень ОТ, бали (M±m)	44,6±1,9	45,8±1,9	50,6±1,9	0,101
Середній РН, % (M±m)	29,8±2,9	34,8±3,0	50,6±2,5	0,000
Середній РД, бали (M±m)	39,9±1,5	38,6±1,5	44,4±1,5	0,017

Аналізуючи первинні (День 1) та кінцеві (День 30) соматопсихічні характеристики хворих БА, можна заключити, що спостерігалось поліпшення психологічного стану пацієнтів за всіх програм лікування ($p = 0,000$ — $0,037$), що пояснюється, в першу чергу, деяким поліпшенням функціонального стану дихальної системи під впливом інгаляційної терапії. Для об'єктивізації оцінки динаміки психоемоційних характеристик пацієнтів в групах порівняння, ми розрахували відсоток зниження виразності кожного СПС, прийнявши вихідний рівень за 100,0 %. Так, за I режиму терапії хворих на БА визначалось зниження рівня РТ у середньому на $(7,3 \pm 1,4)$ бали

(на 23,7 % від початкового рівня, $p=0,000$), рівня ОТ — на $(7,2 \pm 1,5)$ бали (13,9 %, $p=0,000$), РН — на $(17,0 \pm 2,4)$ % (36,2 %, $p=0,000$), РД — на $(5,1 \pm 1,1)$ (12,5 %, $p=0,000$), інтегративного показника СПС — на $(1,2 \pm 0,2)$ бали (20,3 %, $p=0,000$). За II режиму терапії досягнуто зниження рівня РТ у середньому на $(6,1 \pm 1,3)$ бали (16,4 % від початкового рівня, $p=0,000$), рівня ОТ — на $(7,1 \pm 1,8)$ бали (13,4 %, $p=0,001$), РН — на $(12,6 \pm 2,2)$ % (26,6 %, $p=0,000$), РД — на $(6,7 \pm 1,3)$ бали (14,8 %, $p=0,000$), інтегративного показника СПС — на $(1,3 \pm 0,3)$ бали (20,3 %, $p=0,000$). Для пацієнтів за III режиму терапії (контроль) встановлено зниження рівня РТ у середньому на $(2,4 \pm 1,1)$ бали (що відповідає 6,8 % від початкового рівня, $p=0,036$), рівня ОТ — на $(2,9 \pm 0,8)$ бали (5,4 %, $p=0,002$), РН — на $(4,6 \pm 1,2)$ % (8,3 %, $p=0,000$), РД — на $(2,1 \pm 0,7)$ бали (4,5 %, $p=0,007$). При цьому середнє значення інтегративного показника СПС знизилось на $(0,4 \pm 0,2)$ бали (6,3 %, $p=0,037$).

Слід особливо зауважити, що отримано статистично вірогідну різницю при $p=0,001$ між кінцевими значеннями ІП СПС між пацієнтами I (ІП = $(5,9 \pm 0,3)$ бали) та II-A груп (ІП = $(4,7 \pm 0,2)$ бали), чого не спостерігалось при порівнянні I та II-B груп. Це дало змогу зробити висновок, що режим лікування за включення АФ був ефективнішим за режим терапії за включення ПТ, особливо з точки зору психотропності його впливу та корекції СПС пацієнтів.

При аналізі розподілу хворих на БА відповідно до тяжкості СПС, яке мало місце на етапі завершення лікування, було встановлено, що призначення препаратів психотропної дії статистично значуще зменшує кількість пацієнтів за високого рівня РТ ($p=0,003$) та хворих на БА із високим РН ($p=0,022$) порівняно із групою хворих, які отримували лише традиційну терапію. Причому, це відбувалось за рахунок анксиолітичної дії препарату в групі II-A, де на етапі завершення терапії 24 (82,8 %) хворих мали мінімальний рівень РТ (так звану «корисну» тривожність, яка виникає у відповідь на невизначену або загрозливу ситуацію, а також на дефіцит інформації, і є нормальною пристосувальною реакцією і мобілізує організм на випадок виникнення реальної загрози або тяжкої ситуації [9, 100, 253]. За нашими даними, зворотна динаміка астено-невротичних симптомів пов'язана із однаковими впливами як АФ, так і ПТ. Це призвело до збільшення частки пацієнтів із низьким РН у 93,1 % серед хворих II-A групи та у 95,2 % серед хворих II-B групи, у той час як серед хворих I групи кількість пацієнтів із низьким РН становила лише 71,4 %.

В табл. 3 наведена динаміка результатів АСТ-тесту в групах хворих на БА за різних режимів лікування. На етапі початку лікування (День 1) середнє значення результату АСТ-тесту в групах порівняння статистично не відрізнялося ($p=0,051$), однак визначалась тенденція до зниження рівня контролю над астмою у хворих, які отримували II режим терапії, що пояснюється збільшенням частки пацієнтів із важким перебігом захворювання. В цілому пацієнти усіх груп, що порівнювались, мали неконтрольований перебіг БА, середнє значення результату АСТ-тесту коливався в межах 9,5 — 11,6 балів.

Аналізуючи результати, які мали місце через 30 днів після початку лікування, бачимо, що з високим ступенем статистичної вірогідності ($p=0,000$) відбувалось збільшення середнього значення результатів АСТ-тесту з $(10,3 \pm 0,6)$ до $(13,2 \pm 0,7)$ бали в III групі хворих, з $(11,6 \pm$

Таблиця 3

Динаміка результатів АСТ-тесту в групах хворих на БА за різних режимів лікування

Середнє значення результату АСТ-тесту, (M±m)	Хворі на БА за I режиму терапії (n=29)	Хворі на БА за II режиму терапії (n=21)	Хворі на БА за III режиму терапії (n=28)	Ймовірність похибки (p)
На етапі початку лікування (День 1)	11,6±0,4	9,5±0,4	10,3±0,6	0,051
На етапі завершення лікування (День 30)	19,5±0,6	16,2±0,9	13,2±0,7	0,000

0,4) до (19,5 ± 0,6) бали в I групі хворих, з (9,5 ± 0,4) до (16,2 ± 0,9) бали в II групі хворих. Це свідчить про певну позитивну відповідь на лікування, яка відбувалася протягом місяця серед пацієнтів за різних режимів лікування. Проведення апостеріорних тестів множинного міжгрупового порівняння (Шеффе, Дункана, Тьюкі, Сідака) дало змогу визначити, що найбільш суттєво позитивною за статистичної вірогідності була динаміка результатів АСТ-тесту у хворих на БА I групи (p=0,000 по відношенню до III групи, p=0,006 по відношенню до II), що свідчить про кращий вплив комбінованої терапії хворих БА із застосуванням антитривожного засобу на перебіг та контроль захворювання.

У цілому рівень контролю над БА протягом 30-денного курсу лікування у хворих III групи поліпшився на 28,2 % від початкового рівня, у хворих I групи — на 68,1 %, у хворих II групи — на 70,5 %. Однак, з огляду на критерії оцінки стану контролю БА за результатами АСТ-тесту, за середнім балом, який мали хворі на етапі завершення терапії, у всіх групах стану повного контролю над захворюванням досягнуто не було. Тому ми визначили кількість хворих, які досягли задовільного контролю відповідно по групам порівняння, і цю кількість прийняли за критерій ефективності лікування.

Так, якщо до початку лікування всі 100,0 % пацієнтів за своїми результатами АСТ-тесту знаходились в межах неконтрольованого перебігу БА із показником нижче 20 балів, то на етапі завершення терапії вони мали статистично значущі відмінності в рівнях контролю над захворюванням. Серед пацієнтів, які сформували I групу спостереження на стан задовільного контролю вийшли 4 (14,3 %) хворих, у яких результат АСТ-тесту складав 20–24 бали. Інша динаміка рівнів контролю спостерігалась в групах, які отримували психотропні препарати. Так, 18 (62,1 %) хворих на БА, які в комплексній програмі лікування отримували АФ за результатом тестування досягли значення задовільного контролю. Аналогічного результату досягли лише 6 (28,6 %) хворих, які в комплексній програмі лікування отримували ПТ (p=0,000).

Висновки

1. Режим терапії із включенням антитривожного засобу афобазолу характеризується високою клініко-функціональною ефективністю, яка в 4,3 рази була ефективнішою за використання лише препаратів базисного

ряду.

2. Режим терапії за включення церебропротекторного засобу пірацетаму/тіотріазоліну характеризується посередньою клініко-функціональною ефективністю, яка є в 2 рази вищою порівняно із використанням препаратів лише базисного ряду.

3. Перспективним є впровадження в практичну охорону здоров'я способу поєднаної терапії хворих на БА за супутніх соматопсихічних синдромів з метою оптимізації динаміки соматичних, емоційно-психологічних показників та підвищення рівня контролю над захворюванням, а також дослідження економічної ефективності та рентабельності запропонованих режимів терапії.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балукова, Е. В. Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля [Текст] / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский, Е. И. Ткаченко // Тер. архив. — 2007. — № 6. — С. 85–88.
2. Белялов, Ф. И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов. Часть I [Текст] / Ф. И. Белялов // Клин. медицина. — 2007. — № 3. — С. 21–24.
3. Бурчинський, С. Г. Сучасні проблеми фармакопрофілактики. 1. Ноотропні засоби [Текст] / С. Г. Бурчинський // Вісник фармакології та фармації. — 2003. — № 5. — С. 18–21.
4. Бюль, А. SPSS: искусство обработки информации. Platinum Edition [Текст] / Ахим Бюль, Петер Цефель; [пер. с нем.]. — СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. — 608 с.
5. Воронина, Т. А. Ноотропные и нейропротекторные средства [Текст] / Т. А. Воронина, С. Б. Середенін // Клин. фармакол. — 2007. — № 4, т. 70. — С. 44–58.
6. Диагностика, 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 с.
7. Дробижев, М. Ю. Психотерапевтична терапія в общесоматической сети (соматотропные эффекты, совместимые с соматотропными препаратами) / М. Ю. Дробижев [Электронный ресурс] // Consilium Medicum. — 2005. — № 2. — Режим доступа до журн.: www.consilium-medicum.com.
8. Ермакова, Е. В. Особенности биоэлектрической активности головного мозга в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы [Текст] / Е. В. Ермакова, Ю. М. Перельман, В. П. Колосов // Пульмонология. — 2009. — № 2. — С. 82–86.
9. Жукова, Т. В. Интегративная психотерапия в лечении больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой [Электронный ресурс] / Т. В. Жукова // БМЖ. — 2005. — № 1. — Доступ к журн.: www.itlab.anitex.by/msmi/bmm/01.2005/index.html.
10. Кутько, І. І. Психосоматичні розлади / І. І. Кутько, О. С. Чабан // Новости медицины и фармации в Украине. — 2006. — № 16 (198). — С. 26–27.
11. Мартынов, Ю. С. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях [Текст] / Ю. С. Мартынов // Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2 т. / [Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана, П. В. Мельничука]. — М.: Медицина, 1995. — Т. 2. — С. 367–374.
12. Михайлов, Б. В. Соматоформные расстройства [Текст] / Б. В. Михайлов // Medicus Amicus. — 2005. — № 6. — С. 5–6.
13. Мороз, С. М. Структура психосоматических расстройств при основных терапевтических инвалидизирующих заболеваниях [Текст] / С. М. Мороз // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 58–61.
14. 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.
15. Огородова, Л. М. Стремление к контролю астмы: новые данные исследования GOAL [Текст] / Л. М. Огородова, Ф. И. Петровский // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 103–110.
16. Психовегетативные соотношения в кардиологии и значение их медикаментозной коррекции [Текст] / А. В. Недоступ, В. И. Федорова, А. Д. Соловьева [и др.] // Тер. архив. — 2007. — № 1. — С. 68–73.
17. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря: методичні рекомендації [Текст] / І. В. Чопей, М. І. Товт-Коршинська, М. А. Дьом [та ін.]. — Ужгород, 2000. — 175 с.

18. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: [учеб. пособие] [Текст] / Д. Я. Райгородский. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. — С. 14 — 386.
19. Феценко, Ю. И. Достижение контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы / Ю. И. Феценко, Л. А. Яшина // Астма та алергія. — 2007. — № 1–2. — С. 5–8.
20. Яшина, Л. А. Современная стратегия лечения пациентов с бронхиальной астмой [Текст] / Л. А. Яшина // Здоров'я України. — 2007. — № 21. — С. 41–44.
21. Bosley, C. M. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma [Text] / C. M. Bosley, J. A. Fosbury, G. M. Cochrane // Eur. Respir. J. — 1995. — Vol. 8. — P. 899–904.
22. The correlation between asthma control and health status: the GOAL study / E. D. Bateman, J. Bousquet, M. L. Keech [et al.] // ERJ. — 2007. — Vol. 20 (1). — P. 56–62.
23. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control [Text] / R. A. Nathan, C. A. Sorkness, M. Kosinski [et al.]. // J. Allergy Clin. Immunol. — 2004. — Vol. 113 (1). — P. 59–65.
24. Global Strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary [Text] / E. D. Bateman, S. S. Hurd, P. J. Barnes [et al.] // ERJ. — 2008. — Vol. 31. — P. 143–178.

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С СОМАТОПСИХИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Т. В. Константинович

Резюме

Статья содержит сведения относительно использования психотропных препаратов у больных бронхиальной астмой (БА) на амбулаторном этапе лечения. Основную группу составили 50 больных БА, среди которых 28 лиц на фоне базисной терапии принимали антитревожный препарат афобазол (АФ) по 10 мг трижды в сутки, 21 — церебропротекторный препарат пирacetam/tiotriazolin (ПТ) по 0,4/0,1 мг трижды в сутки, контрольную группу составили 28 больных, которые получали лишь препараты базисной терапии. Режим терапии с включением АФ характеризовался высокой клинико-функциональной эффективностью, которая была в 4,3 раза эффективнее, чем использование только препаратов базисного ряда. Режим терапии с включением ПТ характеризовался клинико-функциональной эффективностью, которая была в 2 раза выше при сравнении с контрольной группой

TREATMENT OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN COMBINATION WITH SOMATO-PSYCHOLOGICAL SYNDROMES

T. V. Konstantinovich

Summary

The article is dedicated to the use of psychotropic medicines in patients with bronchial asthma (BA) (out-patient treatment). A main group consisted of 50 BA patients, among which 28 persons along with maintenance therapy used anti-anxious preparation afobazol (AF) 10 mgs three times daily and 21 — cerebral protective preparation of pyracetam/tiotriazolin (PT) 0,4/0,1 mgs three times daily. A control group consisted of 28 patients on maintenance therapy only. The regimen of therapy with AF was 4,3 times more effective, and the regimen with PT — 2 times more effective, than maintenance therapy alone.