

УДК 616.248:616.24-008.444-085

Л. О. Яшина, С. Г. Опімах, В. І. Ігнат'єва, І. В. Зволь, М. О. Полянська, С. М. Москаленко, К. В. Назаренко  
ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

# Вплив СРАР-терапії на якість життя хворих на бронхіальну астму, поєднану з синдромом обструктивного апное/гіпопное сну

**Ключові слова:** бронхіальна астма, синдром обструктивного апное/гіпопное сну, якість життя.

Бронхіальна астма (БА) – це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, що поєднується з гіперреактивністю бронхів та проявляється рецидивними симптомами свистячого дихання, ядухи, скутості у грудній клітці, кашлю, особливо вночі та рано вранці. Ці епізоди зазвичай пов'язані з розповсюдженою але варіабельною (мінливою) бронхообструкцією, яка є зворотньою спонтанно або під впливом терапії [1, 2].

БА притаманна значна варіабельність фізіологічних, клінічних і функціональних проявів, характеру запалення, картини загострень та ускладнень, що проявляється як окремі фенотипи захворювання. Іншою стороною гетерогенності БА є супутня патологія, адже до 95 % дорослих хворих одночасно з астмою страждають на риносинусит, артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, синдром обструктивного апное/гіпопное сну (СОАГС), депресію та інші захворювання. Таким чином, БА є складним захворюванням, що об'єднує комплекс власних та притаманних коморбідним станам патофізіологічних механізмів [10].

Метою лікування БА є досягнення контролю над симптомами захворювання та зменшення майбутніх ризиків, адже неконтрольований перебіг захворювання є фактором ризику загострень, зниження якості життя та смертності хворих [8]. Але часто, незважаючи на адекватну терапію, мети лікування досягти не вдається. Однією з причин неконтрольованого перебігу захворювання є гіподіагностика та неадекватне лікування супутніх захворювань [3, 6]. Так, ознакою неадекватного контролю над захворюванням є нічні симптоми, які турбують 60–74 % хворих. Циркадний ритм БА обумовлює добу варіабельність симптомів, коли вони більш виражені вночі та у передранкові години. Водночас причиною нічної БА часто є її поєднання з СОАГС.

СОАГС – це поєднання надмірної денної сонливості та дихальних розладів під час сну, що обумовлені повторними багаторазовими епізодами спадання верхніх дихальних шляхів. Це широко розповсюджене захворювання, що значно погіршує якість життя хворих, є фактором ризику багатьох патологічних станів та передчасної смерті хворих [7].

БА та СОАГС притаманні загальні фактори ризику (ожиріння, гастро-езофагеальний рефлюкс), спільні патологічні механізми (запальний процес як у дихальних шляхах, так і системне запалення, гіпоксемія, порушення ліпідного обміну, оксидантний стрес) та прояви (нічні пробудження, фрагментація сну та надмірна денна сонливість) і як наслідок – порушення якості життя [9].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає якість життя як сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами. Параметри оцінки якості життя включають фізичні (енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок), психологічні (самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення) та інші чинники: ступінь незалежності – повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування; життя в суспільстві – повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм. Безсумнівно, якість життя хворих на БА, які одночасно страждають не тільки внаслідок нічної астми, а й від апное, значно порушується [17].

Золотим стандартом лікування СОАГС є СРАР-терапія (continuous positive airway pressure) – підтримка постійного позитивного тиску в дихальних шляхах. СРАР-терапія створює пневматичну шину, «стенд» для верхніх дихальних шляхів, запобігає періодичному

спадінню м'яких тканин та епізодам апное. Інший позитивний механізм СРАР-терапії – це збільшення жорсткості трахеї внаслідок збільшення легеневої об'ємів та зменшення набряку верхніх дихальних шляхів. Безпосередні ефекти СРАР-терапії – це розкриття колабованих альвеол, зниження гіперінфляції легень, покращання респіраторної механіки та зменшення навантаження на дихальну мускулатуру. Включення гіповентильованих ділянок легень у газообмін зменшує внутрішньолегеневий гемодинамічний шунт (скидання венозної крові в артеріальне русло). При поєднанні БА з СОАГС хворому показана СРАР-терапія незалежно від ступеня тяжкості бронхообструкції [14].

**Метою даної роботи** було вивчення впливу СРАР-терапії на якість життя хворих на БА, поєднану з СОАГС.

Для досягнення поставленої мети вирішувались наступні задачі: вивчити особливості якості життя хворих на БА, поєднану з СОАГС; дослідити зміни якості життя цієї категорії хворих під впливом СРАР-терапії.

### Матеріали та методи дослідження

Робота виконана за рахунок коштів державного бюджету України.

Дослідження було узгоджено з локальним комітетом з медичної етики НІФП НАМНУ. Учасники були ознайомлені з протоколом дослідження та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Для вирішення поставлених задач проведено скринінг 90 пацієнтів з БА для виявлення серед них хворих, у яких БА поєднувалась з СОАГС. Відібрано, комплексно обстежено та проліковано 20 хворих на БА, у яких методом полісомнографії був остаточно встановлений супутній діагноз – СОАГС [13].

Критеріями включення в дослідження були: згода пацієнта; чоловіки і жінки віком 18 років і старше; верифікований діагноз БА; проведення базисної терапії БА відповідно до ступеня тяжкості захворювання згідно з діючими стандартами лікування протягом 4 тиж до включення в дослідження; підтвердження клінічних симптомів СОАГС даними полісомнографічного дослідження; спроможність пацієнта виконувати запропоновані процедури лікування та обстеження.

Критеріями виключення з дослідження були: наявність іншої, ніж БА, патології органів дихання (туберкульозу, легеневого фіброзу, онкологічних захворювань, бронхоектазів, облітеруючого бронхіоліту); наявність тяжких супутніх захворювань у стадії декомпенсації (серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, неврологічних, психічних захворювань, алкоголізму, наркоманії); прийом будь-яких препаратів з психотропною активністю, наявність в анамнезі психоневрологічної патології; вагітність, годування груддю; індивідуальна непереносимість авто-СРАР-терапії; зміни в базисній терапії БА за останні 4 тиж до включення пацієнта в дослідження.

Всі пацієнти з БА отримували базисну терапію відповідно до ступеня тяжкості захворювання згідно з діючими стандартами лікування, яка проводилася протягом 4 тиж до включення в дослідження, і мали

стабільний перебіг захворювання (загострень за останні 4 тиж не спостерігалось).

Відбір хворих на БА проводився відповідно до критеріїв Наказу МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі» [5]. Для оцінки симптомів БА та визначення контролюваності перебігу захворювання хворим на БА було запропоновано заповнити анкету АСQ (Asthma control questionnaire) [5]. Для оцінки якості життя пацієнтів з БА заповнювався опитувальник якості життя госпіталю Святого Георгія (St. George's Respiratory Questionnaire; SGRQ) [15]. Для визначення наявності денної сонливості хворим пропонувалося заповнити шкалу сонливості Епворта [16].

Накопичення даних та їх математична обробка проводились за допомогою ліцензійних програмних продуктів, що входять в пакет Microsoft Office Professional 2003, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297. Статистична обробка виконувалась за допомогою математичних і статистичних можливостей MS Excel з використанням методу альтернативного варіювання. У випадку, коли закон розподілення даних відрізнявся від нормального, було застосовано непараметричні статистичні методи (двовибірковий U-критерій Уїлкоксона) [4].

Протягом дослідження пацієнти послідовно пройшли два режими терапії, які проводились один за одним. У перші 10 діб спостереження хворі продовжували

**Таблиця 1**

**Аналіз результатів анкетування хворих на БА у поєднанні з СОАГС протягом лікування (M ± m)**

Показники	Початок дослідження	Через 10 діб спостереження із застосуванням базисної терапії БА	Через 10 діб застосування СРАР-терапії
Опитувальник АСQ, бали	1,8 ± 0,1	1,7 ± 0,1	1,1 ± 0,1*
Шкала Епворта, бали	15,2 ± 0,8	15,1 ± 1,0	8,1 ± 0,8*

Примітка: \* статистично достовірна відмінність показника до та після призначення СРАР-терапії (p < 0,05).

**Таблиця 2**

**Динаміка результатів опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія (M ± m)**

Показники	Початок дослідження	Через 10 діб застосування СРАР-терапії
Рахунок симптомів, бали	66,4 ± 3,8	49,0 ± 3,1 <sup>1,2</sup>
Обмеження активності, бали	51,3 ± 4,5	25,8 ± 4,1 <sup>1,2</sup>
Обмеження діяльності, бали	44,0 ± 3,7	22,9 ± 2,2 <sup>1,2</sup>
Загальний рахунок, бали	50,0 ± 3,2	28,1 ± 2,5 <sup>1,2</sup>

Примітки: <sup>1</sup> статистично достовірна відмінність показника до та після призначення СРАР-терапії (p < 0,05); <sup>2</sup> клінічно достовірна відмінність показника до та після СРАР-терапії (> 4 балів).

прийом препаратів базисної терапії у добових дозах відповідно до діючих стандартів лікування, які вони отримували протягом 4 тиж до включення в дослідження. Потім цим пацієнтам призначався другий режим терапії – поєднання препаратів базисного лікування з авто-CPAP-терапією (під час сну). Для проведення авто-CPAP-терапії використовували прилад для лікування храпу та нічного апное зі зволожувачем SOMNOsmart 2 з SOMNOclick Smart PAP (auto-CPAP) [11]. Тривалість комбінованої терапії становила 10 діб.

### Результати та їх обговорення

За результатами скринінгу 90 хворих на БА у 20 (22,2 %) за даними полісомнографічного дослідження було виявлено СОАГС.

Лікування із застосуванням CPAP-терапії було проведено 20 хворим на БА (серед них 13 чоловіків та 7 жінок), середній вік –  $(56,7 \pm 2,2)$  року, рівень бронхіальної обструкції за показником об'єму форсованого видиху за першу секунду –  $(68,0 \pm 3,3)$  %. Антропометричні параметри обстежених хворих: велика маса тіла –  $(106,0 \pm 5,5)$  кг, індекс маси тіла –  $(35,4 \pm 1,7)$  кг/м<sup>2</sup> та окружність шиї –  $(48,4 \pm 6,2)$  см – відповідають факторам ризику СОАГС. Крім того, супутнє ожиріння обтяжує перебіг бронхообструктивних захворювань як шляхом збільшення інтенсивності симптомів, внесення рестриктивного компоненту у порушення функції зовнішнього дихання, так і шляхом зниження відповіді та терапію кортикостероїдами [12].

Аналіз результатів анкетування, проведений у хворих на БА у поєднанні з СОАГС, виявив наступне. До початку лікування у досліджуваних пацієнтів БА мала неконтрольований перебіг за показником опитувальника ACQ –  $(1,8 \pm 0,1)$  бала. Хворі відмічали прокидання вночі внаслідок симптомів БА декілька разів, помірні

ранкові симптоми, обмеження повсякденної діяльності через БА, задишку, хрипи в грудях певний час – від невеликої до помірної кількості часу. На тлі базисної терапії БА (через 10 днів спостереження) рівень контролю не змінився –  $(1,7 \pm 0,1)$  бала (табл. 1).

Додаткове призначення CPAP-терапії через 10 діб сприяло покращенню контролю до  $(1,1 \pm 0,1)$  бала зі статистичною ( $p < 0,05$ ) та клінічною (більше 0,5 бала) значимістю відмінності показника. Нічні, ранкові, денні симптоми значно зменшилися, відмічались дуже рідко, були дуже слабкими. Обмеженість в щоденній активності була або відсутня, або дуже незначна, задишка та хрипи пацієнти відчували зовсім трохи або майже ніколи. І хоча значення показника ACQ після CPAP-терапії перебуває в межах «сірої зони» – 0,75–1,25 бала, коли контроль над БА розцінюють як межу адекватного контролю, в порівнянні зі станом хворих до початку CPAP-терапії спостерігалась переконлива клінічна динаміка.

До початку лікування в обстежених пацієнтів з БА відмічався високий рівень денної сонливості за шкалою Епворта –  $(15,2 \pm 0,8)$  бала, який не змінювався під час базисної терапії –  $(15,1 \pm 1,0)$  бала. Додаткове призначення авто-CPAP-терапії сприяло зменшенню ступеня сонливості до  $(8,1 \pm 0,8)$  бала ( $p < 0,05$ ) з подальшим зниженням до  $(6,5 \pm 0,7)$  бала на момент 5-го візиту (див. табл. 1).

На початку дослідження якість життя, пов'язана з БА, була погіршена у досліджуваних хворих через значну кількість та вираженість симптомів, обмеження щоденної активності та діяльності через захворювання (табл. 2). Рахунок симптомів формується на підставі скарг на кашель, продукцію мокротиння, задишку, хрипле дихання. Саме цей параметр був найбільш порушеним у хворих на БА при поєднанні її з СОАГС. Обмеження активності оцінюється

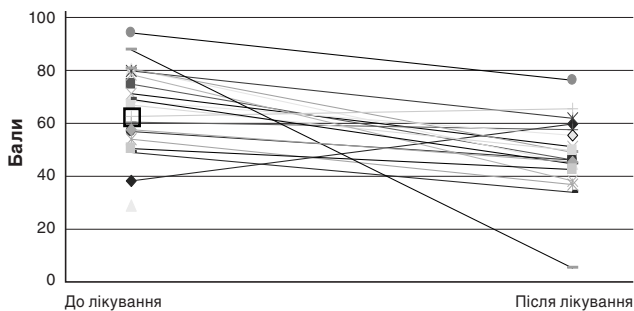


Рис. 1. Динаміка рахунку симптомів за даними SGRQ протягом лікування

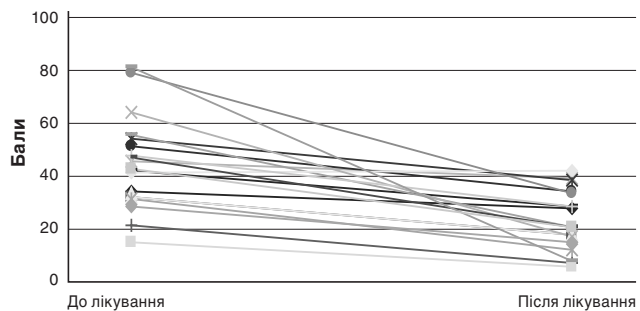


Рис. 3. Динаміка обмеження діяльності за даними SGRQ протягом лікування

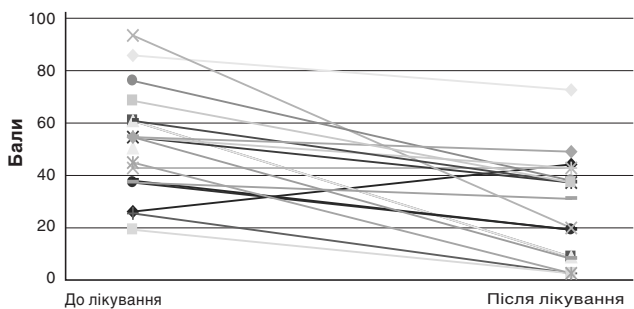


Рис. 2. Динаміка обмеження активності за даними SGRQ протягом лікування

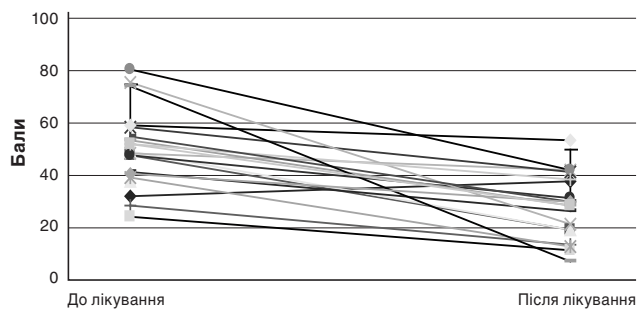


Рис. 4. Динаміка загального рахунку SGRQ протягом лікування

за ступенем задишки: чи виникає вона під час занять спортом, підйому вгору чи сходами, ходьби по рівній місцевості, вмивання або навіть у спокої. Обмеження активності в обстежених нами хворих було менш вираженим, ніж рахунок симптомів. Найменшим було обмеження діяльності, яке стосується тяжких для хворого проявів хвороби (задишки під час розмови, болю від кашлю, втрати сили, паніки під час задишки, відчуття власної інвалідизації).

Після закінчення комплексної терапії відмічалось покращення якості життя хворих за даними SGRQ. Всі домени опитувальника та загальний рахунок покращилися як за статистичною, так і за клінічною значимістю показників.

Так, рахунок симптомів за даними SGRQ у обстежених хворих на початку дослідження коливався від 30 до 88 балів. Після СРАР-терапії він зменшився у 19 з 20 хворих та серед усіх спостережень не перевищував 66 балів (рис. 1).

Обмеження активності хворих до початку лікування сягало 86 балів за даними SGRQ. Після призначення СРАР-терапії позитивна динаміка активності хворих була найкращою серед усіх чотирьох доменів опитувальника (рис. 2).

Обмеження діяльності, що мало розмах від 15 до 80 балів серед усіх спостережень, також скоротилося

і після курсу СРАР-терапії мало найменший показник серед чотирьох доменів SGRQ (рис. 3).

З вищенаведеного закономірно витікає підсумок, що динаміка загального рахунку SGRQ також мала позитивний патерн з клінічною та статистично значимою відмінністю показника (рис. 4).

Таким чином, використання СРАР-терапії у хворих на БА, що поєднується з СОАГС, дало змогу клінічно значимо та статистично достовірно покращити якість їх життя.

## Висновки

1. Наявність СОАГС є вагомим фактором, який обтяжує перебіг БА, що проявляється неконтрольованим перебігом захворювання при застосуванні базисної медикаментозної терапії у добових дозах відповідно до діючих стандартів лікування та порушенням якості життя хворих.

2. Призначення СРАР-терапії хворим на БА у поєднанні з СОАГС сприяє статистично достовірному покращенню якості їх життя: зменшенню рахунку симптомів з  $(66,4 \pm 3,8)$  до  $(49,0 \pm 3,1)$  бала, зменшенню обмеження активності з  $(51,3 \pm 4,5)$  до  $(25,8 \pm 4,1)$  бала, зменшенню обмеження діяльності з  $(44,0 \pm 3,7)$  до  $(22,9 \pm 2,2)$  бала, а також загального рахунку за даними SGRQ з  $(50,0 \pm 3,2)$  до  $(28,1 \pm 2,5)$  бала ( $p < 0,05$ ) та з клінічно значимою відмінністю показників.

## Список літератури

1. Бронхіальна астма у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, лікування (національна угода) [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. пульмонолог. журн. – 2013. – № 3. Додаток. – С. 13–19.
2. Бронхиальная астма и хроническое обструктивное заболевание легких в свете новых рекомендаций [Текст] / Ю. И. Фещенко [и др.] // Здоров'я України. – 2014. – № 4 (28). – С. 3–5.
3. Достижение полного контроля над заболеванием – приоритетное направление современной фармакотерапии бронхиальной астмы [Электронный ресурс] / Ю. Фещенко, Л. Яшина, С. Зайков [и др.] // Режим доступа: <http://www.umj.com.ua>. – Укр. мед. часопис. – 2010. – 28 жовтня, електронна публікація.
4. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Київ: Морион, 2000. – 320 с.
5. Наказ МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі» [Електронний ресурс] / МОЗ України. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20131008\\_0868.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131008_0868.html).
6. Фещенко, Ю. И. Современная стратегия ведения бронхиальной астмы [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Астма та алергія – 2007. – № 3–4. – С. 8–11.
7. Фещенко, Ю. И. Современные возможности диагностики и лечения синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна [Текст] / Ю. И. Фещенко [и др.] // Астма та алергія. – 2009. – № 3–4. – С. 13–18.
8. Яшина, Л. А. Достижение контроля бронхиальной астмы – современная стратегия [Текст] / Л. А. Яшина // Здоров'я України. – 2008. – № 3/1. – С. 10.
9. Alkhalil, M. Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Asthma: What Are the Links? [Text] / M. Alkhalil, E. Schulman, J. Getsy // J. of Clin. Sleep Medicine. – 2009. – Vol. 5, No. 1. – С. 71–78.
10. Boulet, L-P. Influence of comorbid conditions on asthma [Текст] / L-P. Boulet // Eur. Respir. J. – 2009. – Vol. 33. – P. 897–907.
11. Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea/hypopnoea syndrome [Text] / National institute for health and clinical excellence. – 2008. – 25 p.

## References

1. Feshchenko YuI. Bronkhial'na astma u doroslikh osob: etiologiya, patogenez, klasifikatsiya, diagnostika, likuvannya (natsional'na uгода) (Asthma in adults: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, treatment (national agreement)). Ukr. Pulmonol. zhurnal. 2013;3:13–19.
2. Feshchenko YuI, et al. Bronkhial'naya astma i khronicheskoe obstruktivnoye zaboolevanie legkikh v svete novykh rekomendatsiy (Bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the light of new recommendations). Zdorov'ya Ukraini. 2014;4(28):3–5.
3. Feshchenko YuI, Yashina LA, Zaykov SV, et al. Dostizhenie polnogo kontrolya nad zaboolevaniem – prioritetnoye napravlenie sovremennoy farmakoterapii bronkhial'noy astmy (Achievement of complete control over disease – the priority direction of modern pharmacotherapy of bronchial asthma). Ukr. Med. Chasopis. 2010. Available from: <http://www.umj.com.ua>.
4. Lapach SN, et al. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel (Statistical methods in medicobiological researches with use of Excel). Kiiv: Morion; 2000: 320 p.
5. Nakaz MOZ Ukraini № 868 vid 08.10.2013 r. «Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya mediko-tekhnichnikh dokumentiv zi standartizatsii medichnoї dopomogi pri bronkhial'niy astmi» (Decree of MOH of Ukraine № 868 from 10.08.2013. «On approval and introduction of medical and technical documents on standardization of care in asthma»): Available from: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20131008\\_0868.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131008_0868.html).
6. Feshchenko YuI, Yashina LA. Sovremennaya strategiya vedeniya bronkhial'noy astmy (Modern strategy of management of bronchial asthma). Astma ta alergiya. 2007;3–4:8–11.
7. Feshchenko YuI et al. Sovremennyye vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya sindroma obstruktivnogo apnoe/gipopnoe sna (Modern opportunities of diagnostics and treatment of obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome). Astma ta alergiya. 2009;3–4:13–18.
8. Yashina LA. Dostizhenie kontrolya bronkhial'noy astmy – sovremennaya strategiya (Achievement of asthma control – modern strategy). Zdorov'ya Ukraini. 2008;3/1:10 p.
9. Alkhalil M et al. Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Asthma: What Are the Links? J. Clin. Sleep Med. 2009;5(1):71–78.

12. Crummy, F. Obesity and the lung: Obesity and sleep-disordered breathing [Text] / F. Crummy, A. J. Piper, M. T. Naughton // Thorax. – 2008. – Vol. 63. – P. 738–746.

13. Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in adults [Text] / James Mickman [et al.]; Institute for Clinical System Improvement. – G. – 2008. – 55 p.

14. Gordon, P. Positive airway pressure therapy for obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome [Text] / P. Gordon, M. H. Sanders // Thorax. – 2005. – Vol. 60. – P. 68–75.

15. Jones, P. W. St George's respiratory questionnaire for COPD patients (SGRQ-C) manual [Text] / P. W. Jones, Y. Forde. – St George's University of London. – London, 2008. – 15 p.

16. Management of obstructive sleep apnea/hypopnoea syndrome in adults. A national clinical guideline [Text] / Scottish intercollegiate guidelines network. – 2003. – 38 p.

17. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) [Text] / No authors listed // Qual Life Res. – 1993. – Vol. 2 (2). – P. 153–159.

10. Boulet L-P. Influence of comorbid conditions on asthma. Eur. Respir. J. 2009;33:897–907.

11. Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea/hypopnoea syndrome. National institute for health and clinical excellence. 2008: 25 p.

12. Crummy F, Piper AJ, Naughton MT. Obesity and the lung: Obesity and sleep-disordered breathing. Thorax. 2008;63:738–746.

13. Mickman J, et al. Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in adults. Institute for Clinical System Improvement. G. 2008: 55 p.

14. Gordon P, Sanders MH. Positive airway pressure therapy for obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome. Thorax. 2005;60:68–75.

15. Jones PW, Forde Y. St George's respiratory questionnaire for COPD patients (SGRQ-C) manual. St George's University of London. London. 2008: 15 p.

16. Management of obstructive sleep apnea/hypopnoea syndrome in adults. A national clinical guideline. Scottish intercollegiate guidelines network. 2003: 38 p.

17. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153–159.

### ВЛИЯНИЕ СРАР-ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СОЧЕТАННОЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Л. А. Яшина, С. Г. Опимак, В. И. Игнатъева,  
И. В. Зволь, М. А. Полянская, С. М. Москаленко,  
К. В. Назаренко

#### Резюме

Бронхиальной астме (БА) присуща суточная вариабельность симптомов, когда они более выражены ночью и в предутренние часы, что при сочетании с синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) значительно нарушает качество жизни больных.

**Цель работы** – изучить влияние СРАР-терапии на качество жизни пациентов с БА, сочетанной с СОАГС.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 20 больных БА, сочетанной с СОАГС, которые получали СРАР-терапию на фоне стандартного базисного лечения. Качество жизни оценивалось с помощью опросника качества жизни госпиталя Святого Георгия.

**Результаты.** Назначение СРАР-терапии больным БА, сочетанной с СОАГС, способствует статистически достоверному улучшению качества жизни пациентов: уменьшению счета симптомов с  $(66,4 \pm 3,8)$  до  $(49,0 \pm 3,1)$  балла, ограничения активности – с  $(51,3 \pm 4,5)$  до  $(25,8 \pm 4,1)$  балла, ограничения деятельности – с  $(44,0 \pm 3,7)$  до  $(22,9 \pm 2,2)$  балла и общего счета – с  $(50,0 \pm 3,2)$  до  $(28,1 \pm 2,5)$  балла ( $p < 0,05$ ), по данным опросника качества жизни госпиталя Святого Георгия с клинически значимым различием показателей.

**Выводы.** Использование СРАР-терапии у пациентов с БА, сочетанной с СОАГС, позволило клинически значимо и статистически достоверно улучшить качество их жизни.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна, качество жизни.

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2016, № 1

Л. О. Яшина  
заведующая отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких,  
д-р мед. наук, профессор  
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»  
ул. Амосова, 10, г. Киев, Украина, 03680  
тел.: +38 (044) 275-62-42  
e-mail: diagnost@ifp.kiev.ua

### EFFECT OF CPAP-THERAPY ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA, COMBINED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA/HYPOPNEA SYNDROME

L. O. Iashyna, S. G. Opimakh, V. I. Ignatieva,  
I. V. Zvol, M. O. Polianska, S. M. Moskalenko,  
K. V. Nazarenko

#### Summary

For bronchial asthma (BA) daily variability of symptoms is characterized, when they are more pronounced at night and in the early morning hours, and when are combined with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome (OSAHS) significantly violates the patients' quality of life.

**The aim of the study:** This study aimed to investigate the effect of CPAP-therapy on quality of life of patients with BA, combined with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome.

**Results.** Appointment of CPAP-therapy to patients of BA, combined with OSAHS promotes a statistically significant improvement in the quality of life of patients: a decrease in symptoms score from  $(66,4 \pm 3,8)$  to  $(49,0 \pm 3,1)$  points, with a decrease in activity score from  $(51,3 \pm 4,5)$  to  $(25,8 \pm 4,1)$  points, with a decrease in activity score from  $(44,0 \pm 3,7)$  to  $(22,9 \pm 2,2)$  points and total score from  $(50,0 \pm 3,2)$  to  $(28,1 \pm 2,5)$  points ( $p < 0,05$ ) according to the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) with clinically significant difference in rates.

**Conclusions.** The use of CPAP-therapy to patients of BA, combined with OSAHS allow to clinically relevant and statistically significantly improve the quality of life of patients.

**Key words:** bronchial asthma, obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome, quality of life.

Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2016, 1

L. O. Iashyna  
Chief of diagnostics, therapy and clinical pharmacology department,  
MD, professor  
SO «National Institute of Phthysiology and Pulmonology named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine»  
Amosova str., 10, Kyiv, Ukraine, 03680  
tel.: +38 (044) 275-62-42  
e-mail: diagnost@ifp.kiev.ua