

© Коробко О. А., Ільюк І. А., Степанюк Т. В.

УДК: 616.248-08

Коробко О. А., Ільюк І. А., Степанюк Т. В.

Кафедра внутрішньої медицини № 2 Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ З МЕТОЮ ДОСЯГНЕННЯ КОНТРОЛЮ НАД БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Резюме. Результати отриманих даних свідчать про те, що у хворих, які в якості базисної терапії отримували β_2 -агоніст пролонгованої дії салметерол по 50 мкг у два прийоми та інгаляційний глюкокортикостероїдний препарат бекламетазону діпропіонат у середній добовій дозі 1000 мкг на добу у два прийоми, статистично достовірно ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами, які використовували тільки інгаляційний глюкокортикостероїдний засіб бекламетазону діпропіонату у високій дозі 2000 мкг на добу у два прийоми, визначалась позитивна динаміка клінічного перебігу захворювання, що проявлялось зменшенням виявів симптомів бронхіальної астми, сприяло зменшенню потреби добової дози β_2 -агоністів короткої дії та досягненню контролю над захворюванням.

Ключові слова: бронхіальна астма, терапія, контроль.

Вступ

Бронхіальна астма (БА) - хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке спричинене значною кількістю клітин та медіаторів запалення, та характеризується високими показниками захворюваності і смертності, значними економічними витратами для суспільства та індивідуума й суттєвим зниженням якості життя пацієнтів [Нейко, 2002; Бэрнс, Годфри, 2003; Фещенко та ін., 2013].

Головною метою лікування хворих на БА є досягнення та підтримка контролю над захворюванням. Вперше в рекомендаціях GINA-2006 контроль над перебігом захворювання був визначений в якості основної мети лікування хворих на БА. В редакції GINA-2012 поняття контролю над симптомами БА стало основним в оцінці перебігу захворювання, що має відображення в останньому наказі МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі" як регламентуючий документ по діагностиці та лікуванню хворих на бронхіальну астму в нашій країні [Победенная, Филоненко, 2010; Перцева та ін., 2012; Наказ МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р.].

Для реалізації програми, наміченої GINA, в Україні, як і в інших державах, надзвичайно важливим є впровадження спеціальних опитувальників по контролю над симптомами БА. Одним з таких опитувальників є широко розповсюджений Asthma Control Test (ACT), який дозволяє контролювати та, при необхідності, корегувати перебіг захворювання [Osman et al., 2001; The Global Initiative for Asthma (GINA), 2012].

Мета дослідження - вивчити рівень контролю над бронхіальною астмою при використанні різних схем лікування за допомогою ACT.

Матеріали та методи

Обстежено 64 хворих на персистуючу БА середнього ступеня тяжкості віком від 18 до 75 років (середній вік хворих склав $48,7 \pm 1,6$ років). Згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 868 від

08.10.2013 р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі" для базисної терапії хворих на середньотяжку астму персистуючого перебігу запропоновано використання альтернативних схем терапії, серед яких - інгаляційний глюкокортикостероїдний препарат (і-ГКС) у середній дозі та β_2 -агоніст пролонгованої дії, або і-ГКС у високій добовій дозі, або антагоніст лейкотрієнових рецепторів у поєднанні з і-ГКС у середньодобовій дозі та комбінація і-ГКС у низьких дозах з пролонгованим теофіліном.

В нашому дослідженні всі пацієнти були розподілені на дві репрезентативні групи за віком, статтю та тяжкістю БА. Хворі основної групи (36 осіб) отримували β_2 -агоніст пролонгованої дії салметерол по 50 мкг у два прийоми та і-ГКС бекламетазону діпропіонат у середній добовій дозі 1000 мкг на добу у два прийоми. Хворі групи порівняння (28 осіб) використовували тільки і-ГКС бекламетазону діпропіонат у високій дозі 2000 мкг на добу у два прийоми. За потребою використовувався β_2 -агоніст короткої дії салбутамол по 100 мкг в одній дозі.

З метою вивчення динаміки перебігу БА у хворих основної групи та пацієнтів групи порівняння використовували загальний астма-рахунок (у балах), який включав наявність нічних, денних симптомів захворювання, ранкової скутості, кашлю, частоти використання β_2 -агоністів короткої дії та даних спірометрії [Яшина та ін., 2003]:

А). Нічні симптоми: 1 - немає симптомів; 2 - одне пробудження протягом менше години без застосування аерозольних бронходилататорів; 3 - одне пробудження протягом більше години із застосуванням аерозольних бронходилататорів; 4 - одне пробудження протягом більше години або декілька пробуджень; 5 - більшу частину ночі не спали у зв'язку з проявами БА.

Б). Ранкова скутість грудної клітки: 1 - немає; 2 - підйом у звичайний час, відчуття скутості грудної клітки, без застосування аерозольних бронходилататорів; 3 - підйом у звичайний час, відчуття скутості грудної клітки, із застосуванням аерозольних бронходилататорів; 4 -

підйом раніш звичайного в зв'язку з симптомами БА, без застосування аерозольних бронходилататорів; 5 - підйом раніше звичайного в зв'язку із симптомами БА, без застосування аерозольних бронходилататорів.

В). Денні симптоми: 1 - немає; 2 - рідке посвистування або утруднення дихання, можливість підйому сходинок та вгору; 3 - посвистування або укорочення дихання більшу частину дня, можливість пересування на рівному місці, нездатність підйому вгору; 4 - посвистування або укорочення дихання більшу частину дня, утруднення пересування на рівному місці; 5 - дуже важкий стан, неможливість йти на роботу, навчання і виконувати звичайну повсякденну роботу.

Г). Кашель: 1 - немає; 2 - зрідка; 3 - частий, не знижує активності; 4 - частий, знижує активність; 5 - що привертає увагу більшу частину дня.

Результати контролю над бронхіальною астмою простежували у 64 хворих (з них 36 - основної групи та 28 - групи порівняння) через 3 місяці, з яких 48 пацієнтів (26 основної групи та 22 особи групи порівняння) повторно оглянуто через 6 місяців.

Для оцінки контролю над симптомами БА застосували АСТ, який складався з 5 питань, відповідь на які представлена у вигляді п'ятибальної оціночної шкали. Результат тестування залежав від суми балів, що набрана пацієнтом. Так, оцінка 25 балів відповідає повному контролю над БА (контрольована астма), 20 - 24 - частковому контролю (частково контрольована астма), сума менше 20 балів - неконтрольований перебіг захворювання (неконтрольована астма).

Функцію зовнішнього дихання оцінювали за допомогою комп'ютерного спірографа "Пульмовент - 1" (виробництво України).

Результати наших досліджень оброблені за допомогою комп'ютерної програми "STATISTICA 5.5" [Боровиков, 1998; Weber, 1961].

Результати. Обговорення

Результати проведеного обстеження свідчать про те, що найбільш виразні зміни визначали в динаміці загального астма-рахунку на 3 та 10 добу, що представлено на рис. 1.

Як видно, до лікування у хворих основної групи загальний астма-рахунок становив $(17,5 \pm 0,3)$ балів, на 3 добу від початку обстеження та лікування - $(8,8 \pm 0,5)$ балів, а на 10 добу - $(8,0 \pm 0,4)$ балів, в той час, коли у хворих групи порівняння загальний астма-рахунок нараховував $(17,5 \pm 0,3)$ балів, на 3 добу - $(14,2 \pm 0,2)$ балів, на 10 добу - $(11,3 \pm 0,8)$ балів.

Аналізуючи рівень контролю над БА, визначали потребу добової дози β_2 -

агоністів короткої дії протягом 30 днів. За нашими спостереженнями, найбільш виразні зміни у потребі добової дози β_2 -агоністів у разі необхідності визначали у хворих основної групи та пацієнтів групи порівняння до лікування, на 3 та 10-у добу.

За результатами отриманих нами даних до лікування у хворих основної групи кількість використання β_2 -агоніста короткої дії (сальбутамолу) становила $(9,3 \pm 0,1)$ разів, в осіб групи порівняння - $(8,9 \pm 0,1)$ разів на добу ($p > 0,05$). На 10 добу захворювання потреба у використанні сальбутамолу у хворих основної групи зменшилась до $(3,6 \pm 0,1)$ разів, а в осіб групи порівняння - до $(5,2 \pm 0,1)$ разів на добу ($p < 0,01$). На 30 добу обстеження та лікування в пацієнтів основної групи кількість використання інгаляцій сальбутамолу становила $(2,6 \pm 0,2)$ разів, у пацієнтів групи порівняння - $(3,7 \pm 0,2)$ разів на добу ($p < 0,05$).

Отже, на 10 добу у хворих основної групи загальний астма-рахунок статистично достовірно ($p < 0,01$) зменшився на $(9,6 \pm 0,5)$ балів, тоді як у пацієнтів групи порівняння - на $(6,6 \pm 0,8)$ балів). У зв'язку із цим стало можливим зменшення дози β_2 -агоністів короткої дії до $(3,6 \pm 0,1)$ інгаляцій у хворих основної групи, тоді як у осіб групи порівняння - до $(5,2 \pm 0,1)$ інгаляцій на добу.

Віддалені результати досягнення контролю над БА визначались за допомогою АСТ. Отримані дані свідчать про те, що через 3 місяці повний контроль над БА був досягнутий у 14 хворих ($(38,9 \pm 0,08)$ %) основної групи та у 6 пацієнтів ($(21,4 \pm 0,09)$ %) групи порівняння ($p < 0,001$). Неповний (частковий) контроль над захворюванням спостерігався у 19 осіб ($(52,8 \pm 0,07)$ %) основної групи та 12 осіб ($(42,9 \pm 0,07)$ %) групи порівняння ($p < 0,01$). Неконтрольованою астма була у 3 осіб

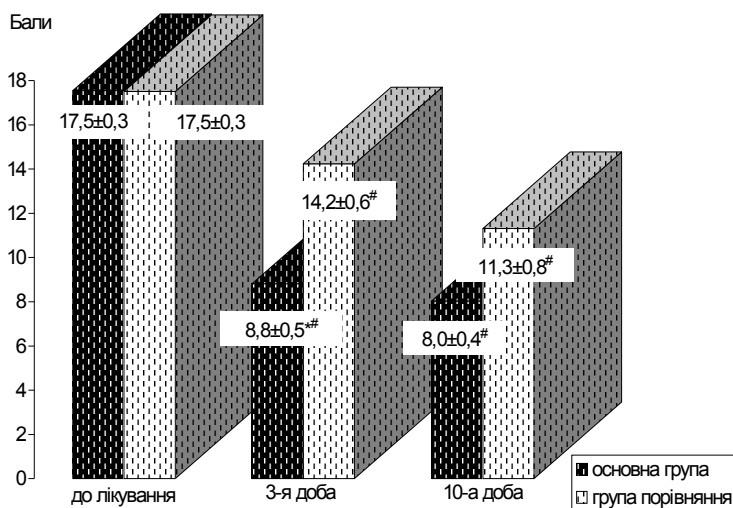


Рис. 1. Динаміка симптомів (загальний астма-рахунок) під впливом лікування.

Примітки: 1) * - різниця в показниках ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими групи порівняння; 2) # - різниця в показниках ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими до лікування.

((8,4±0,03) %) основної групи та в 10 осіб групи порівняння ((35,7±0,02) %) ($p < 0,001$).

Через 6 місяців нашого спостереження за хворими в основній групі визначали повний контроль над БА в 10 осіб (27,78 ± 0,07) %, у групі порівняння - в 4 осіб (14,3±0,06) %) ($p < 0,001$). Частковий контроль над астмою спостерігали в 11 осіб (30,56±0,05%) в основній групі та у 9 осіб (32,1±0,03) %) у групі порівняння ($p < 0,001$). Відсутній контроль над астмою зафіксований у 5 осіб (13,9±0,09) %) в основній групі та 9 осіб (32,14 ± 0,03) %) - у групі порівняння ($p < 0,001$).

Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що у хворих першої групи, які в якості базисної терапії отримували β_2 -агоніст пролонгованої дії салметерол по 50 мкг у два прийоми та і-ГКС бекламетазону діпропіонат у низькій добовій дозі 1000 мкг на добу у два прийоми, статистично достовірно ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами контрольної групи, які використовували тільки і-ГКС бекламетазону діпропіонату у високій дозі

2000 мкг на добу у два прийоми, визначалась позитивна динаміка клінічного перебігу захворювання, що проявлялось зменшенням виявів симптомів БА, сприяло зменшенню потреби добової дози β_2 -агоністів короткої дії та досягненню контролю над захворюванням. Наведений вище факт, вірогідно, пов'язаний із впливом на декілька ланок патогенезу бронхіальної астми.

Висновки та перспективи подальших розробок

Вивчення альтернативних схем базисної терапії хворих на бронхіальну астму:

1. Збільшує можливості вибору адекватного лікування таких пацієнтів.

2. Сприяє прискоренню досягнення контролю над цим недугом з можливим переходом на нижчу сходинку терапії та зменшенням об'єму медикаментозного лікування.

Список літератури

- Антигистаміний препарат фенкарол в ліченні комбінованої патології - алергического ринита и бронхіальної астми I-II ступени [Текст] / Л. А. Яшина, Н. Г. Горовенко, М. А. Полянська [и др.] // Астма та алергія. - 2003. - № 2-3. - С. 41-47.
- Боровиков В. П. STATISTICA - Статистический анализ и обработка данных в среде Windows [Текст] / В. П. Боровиков, И. П. Боровиков. - М.: Информационно-издательский дом "Филин", 1998. - 608 с.
- Бэрнс П. Бронхиальная астма [Текст] / П. Бэрнс, С. Годфри. - Москва: БИНОМ - ПРЕСС, 2003. - 128 с.
- Бронхіальна астма у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, лікування: метод. рекомендації / уклад. Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, Н. Д. Чухрієнко [та ін.]; Міністерство охорони здоров'я України, Національна Академія медичних наук України, Державна установа "Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України", Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупіка. - Київ, 2013. - 56 с.
- Наказ МОЗ України № 868 від 08.10.2013р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі".
- Нейко, Є. М. Бронхіальна астма [Текст] / Є. М. Нейко // Галицький лікарський вісник. - 2002. - Т. 9, № 1. - С. 111-117.
- Перцева, Т. А. Выбор терапии для достижения и поддержания контроля над астмой врачом общей практики [Текст] / Т. А. Перцева, Т. В. Киреева, А. В. Черкасова // Астма та алергія. - 2012. - № 1. - С. 5-12.
- Победенная, Г. П. Астма-контроль: возможности его клинико-патогенетической оценки и прогнозирования [Текст] / Г. П. Победенная, Е. Н. Филоненко // Астма та алергія. - 2010. - № 3 - 4. - С. 48-52.
- The Global Initiative for Asthma (GINA) 2012. [Електронний ресурс]. - Режим доступа: <https://www.ginaasthma.com/GuidelinesResources.asp?11=2&12+0/>.
- Patient weighting of importance of asthma symptoms [Text] / L. M. Osman, L. McKenzie, J. Cairns [et al.] // Thorax. - 2001. - № 56 (2). - P. 138-142.
- Weber E. Grundriss der biologischen statistik [Text] / E. Weber // Aufl. Jena. - 1961. - Vol. 4. - P. 13-42.

Коробко Е.А., Ілюк І.А., Степанук Т.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Резюме. Результаты полученных данных свидетельствуют о том, что у больных, которые в качестве базисной терапии получали β_2 -агонист пролонгированного действия салметерол по 50 мкг в два приема и ингаляционный глюкокортикостероидный препарат бекламетазона дипропионат в средней суточной дозе 1000 мкг в сутки в два приема, статистически достоверно ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами, которые использовали только ингаляционный глюкокортикостероидный препарат бекламетазона дипропионат в высокой дозе 2000 мкг в сутки в два приема, определялась положительная динамика клинического течения заболевания, что проявлялось уменьшением проявлений симптомов бронхиальной астмы, способствовало уменьшению потребности суточной дозы β_2 -агонистов короткого действия и достижению контроля над заболеванием.

Ключевые слова: бронхиальная астма, терапия, контроль.

Korobko O., Iliuk I., Stepanuk T.

PRACTICAL EXPERIENCE OF USING THE ALTERNATIVE SCHEMES IN TREATMENT TO ACHIEVE CONTROL ASTHMA

Summary. The results of the data indicate that patients who received basic therapy of β_2 -agonist long-acting salmeterol of 50 mkg in two divided doses and inhaled glucocorticoid drug beklametzoni dipropionat in the medium dose of 1000 mkg per day in two divided doses, are statistically significantly ($p < 0,05$) compared with the patients who used only inhaled glucocorticoid drug beklametzoni

dipropionat in the high dose of 2000 mkg per day in two divided doses, defined positive dynamics of the clinical course of the disease, resulting by a decrease of instances of asthma symptoms, helped to reduce the daily need doses of β_2 -agonists of short-acting and to achieve disease control.

Key words: *asthma, therapy, control.*

Стаття надійшла до редакції 27.03.2015 р.

Коробко Олена Анатоліївна - к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 097 497-81-64; korob.evgen@yandex.ua

Льюк Ірина Анатоліївна - к.мед.н., асистент кафедри внутрішньої медицини № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 063 249-63-58; irynailiuk@gmail.com

Степанюк Тетяна Володимирівна - асистент кафедри внутрішньої медицини № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 095 281-03-94; tatyana_st@mail.ua

© Томашевський Я.В.

УДК: 16.37-002:616.379-008.64:616.152-018.74

Томашевський Я.В.

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПРЕВЕНТИВНО-МЕТАБОЛІЧНА КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ЦИТОПАТИЧНОЇ ГІПОКСІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ БІЛІАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Резюме. *В роботі здійснюється аналіз результатів лікування 122 хворих на цукровий діабет, у яких виник гострий панкреатит біліарної етіології. Лабораторний аналіз здійснювався в межах моніторингу маркерів цитопатичної гіпоксії в залежності від морфологічної форми гострого панкреатиту та ефективності оптимізованого та традиційного лікувального комплексу консервативної терапії. Отримані результати свідчать, що гострий панкреатит біліарної етіології у хворих з цукровим діабетом супроводжується послідовними закономірностями дисбалансу в системі цитопатичної гіпоксії, ступінь важкості якого визначається морфологічними змінами в підшлунковій залозі. Закономірність динаміки порушень маркерів цитопатичної гіпоксії дозволяє їх використання в якості предикторів функціональної недостатності печінки та поліорганної недостатності у хворих з некротичними формами гострого панкреатиту біліарної етіології на тлі цукрового діабету.*

Ключові слова: *гострий панкреатит біліарної етіології - цукровий діабет - синдром та маркери цитопатичної гіпоксії - методи превентивної метаболічної корекції.*

Вступ

Зростання зацікавленості науковців проблемами хірургічного та консервативного лікування хворих на гострий панкреатит біліарної етіології (ГПБЕ) зумовлюється експоненціальним збільшенням показника захворюваності на жовчокам'яну хворобу, що за темпами зростання поступається лише темпам поширення атеросклерозу, який в групі нозологій, що формують метаболічний синдром (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, ожиріння), займає домінуючу позицію [Березницький и др., 2012]. Виникає поєднання хірургічної патології та її ускладнень з ускладненим перебігом системної супутньої соматичної патології вже на початкових етапах лікування ГПБЕ утруднює вибір адекватних та оптимальних методів та технологій його реалізації в силу певних діагностично-лікувальних обмежень та епідеміологічних особливостей формування негативного преморбідного фону в силу вікового накопичення супровідної патології [Шейко та ін., 2013], яка вимагає своєї обов'язкової корекції, збільшуючи вихідну важкість госпіталізованого пацієнта та ступінь операційно-анестезіологічного ризику та змінюючи звичну доктрину одномоментної радикальної санації позапечінкових жовчних протоків на пріоритетну реалізацію етап-

них хірургічних втручань [Васильєв, 2013]. Ситуація значно ускладнюється, коли у хворих на цукровий діабет (I чи II типу) виникає хірургічна патологія у вигляді ГПБЕ, тому що ургентна ситуація реалізується на скомпromетованому фоні (діабетичні порушення мікроциркуляції, дисфункція печінки у вигляді жирової дистрофії чи гепатозу, органні метаболічно-дистрофічні зміни - кардіопатія, нефропатія) [Шано и др., 2014], що вимагає значних змін при реалізації методів консервативної інтенсивної терапії в межах концепції обриву панкреонекрозу через блокаду мікроциркуляції [Ткачук, Пюрик, 2010], що і без того утруднює доставку лікувальних засобів до органів-мішеней (підшлункова залоза), в умовах зростаючого ризику органних ускладнень у вигляді дисфункції чи недостатності (печінка, нирки тощо) ізольованого чи множинного характеру [Михеев, Михеев, 2012]. Реалізувати в такій клінічній ситуації повноцінну програму інтенсивного консервативного та хірургічного лікування утруднено в силу високого операційно-анестезіологічного ризику [Бойко и др., 2014], тому акценти при курації ГПБЕ у хворих на ЦД переносяться на раннє використання малоінвазивних хірургічних технологій, що дає можливість зменшити ризик післяопера-