

Досягнення астма-контролю у пацієнтів з надмірною масою тіла або ожирінням в умовах Астма-школи

Д.О. Лагода¹, В.І. Величко¹, О.О. Боброва²

¹Одеський національний медичний університет

²Амбулаторія №4, КП ЦПМСД №5 м. Одеса

Сьогодні у світі на бронхіальну астму (БА) хворіють близько 300 млн осіб, причому переважна більшість пацієнтів її не контролює. Офіційна статистика в Україні відображає приблизно кожного 20-го хворого з БА. Одним з обтяжливих факторів у пацієнтів з БА є надмірна маса тіла або ожиріння. **Мета дослідження:** покращення астма-контролю у пацієнтів з БА на тлі надмірної маси тіла або ожиріння в умовах навчання в Астма-школі.

Матеріали та методи. Були обстежені 45 пацієнтів, які мали за основний діагноз БА різного ступеня тяжкості. За дизайном дослідження усі пацієнти мали надмірну масу тіла або ожиріння. Пацієнтам основної групи додатково до базисної терапії проводили навчання в умовах Астма-школи, що включало теоретичні та практичні заняття.

Результати. Виявлена достовірна позитивна динаміка у показниках спірограми у всіх пацієнтів, але більш наочно з перебігом середньої важкості до та після навчання в умовах Астма-школи та позитивна динаміка у показниках швидкості форсованого видиху у пацієнтів з тяжким перебігом БА. Пацієнти основної групи та групи порівняння у 58–61% випадків дотримувалися призначеної терапії протягом 4–6 міс, після чого самостійно відміняли призначене лікування.

Заключення. На сьогодні лікар первинної ланки не має достатньо часу при контакті з пацієнтом для проведення необхідних освітніх заходів. Був відзначений кореляційний зв'язок між тяжкістю перебігу та ІМТ ($\rho=1,00$), тобто, чим тяжчий перебіг – тим більший ІМТ, а також між тяжкістю перебігу та кількістю балів АСТ-тесту ($\rho=1,00$). Після проведеного навчання була відзначена достовірна позитивна динаміка у показниках спірограми та покращення Астма-контролю у пацієнтів основної групи ($p>0,05$).

Ключові слова: бронхіальна астма, надмірна маса тіла, ожиріння, комплаєнс, навчання пацієнтів.

Бронхіальна астма (БА) – одна з актуальних проблем медицини. Вона належить до числа найбільш поширених захворювань людини (5–8% у загальній популяції). На сьогодні у світі на цю хворобу страждають близько 300 млн осіб, причому переважна більшість пацієнтів її не контролюють [1].

Поширеність БА надзвичайно варіює між країнами і регіонами, становлячи, за даними опитувальника для обстеження респіраторного здоров'я Європейського співтовариства (European Community Respiratory Health Survey – ESRHS, Додаток), у різних популяціях від 2% до 25,5% [2–4].

Поширеність БА залежить від низки факторів:

- інтенсивності експозиції алергенів,
- забруднення навколишнього середовища,
- зміни харчового раціону,
- імунної реактивності,
- генетичних особливостей людини.

Офіційна статистика в Україні відображає приблизно кожного 20-го хворого з БА. Вважається, що в Україні БА хворіють 5% населення, тобто 2,3 млн осіб. З урахуванням сучасних стандартів і цін на відповідні лікарські препарати

мінімальна річна вартість життєво важливих препаратів, які пацієнти повинні приймати, становить 2400 грн. на одного хворого, або 12 700 млн грн. на всіх пацієнтів [5].

На сьогодні актуальним питання є коморбідний пацієнт. Лікарі первинної ланки повинні боротися водночас з двома або більше нозологіями в одного пацієнта. Одним з обтяжливих факторів у пацієнтів з БА є надмірна маса тіла (НадМТ) або ожиріння.

Взаємозв'язок БА та НадМТ або ожирінням є актуальною проблемою, над якою працює багато науковців у всьому світі. Так, було встановлено, що вірогідним механізмом може бути каскадна реакція, яка включає в себе каскад реакцій оксидативного стресу, що викликають вільні жирні кислоти. Це у свою чергу впливає на фактор некрозу пухлини (ФНП- α) та хемотаксис моноцитів, що викликає міграцію моноцитів. Така взаємодія запускає Th-2 імунну відповідь за рахунок реакції у жировій тканині, що включає виділення адіпоцитами лептину та ФНП- α та вивільнення моноцитами ФНП- α , ІЛ-1в, ІЛ-6, які провокують запалення, що і спричиняє появу чи загострення БА [6].

Лікування та найголовніше контроль БА можна досягти, застосовуючи базисну терапію, яка доведена та є основою протоколу лікування.

Базисну терапію застосовують дуже широко. Вона має низку позитивних ефектів, що включає в себе:

- протизапальну дію,
- збільшення апоптозу еозинофілів,
- посилення транскрипції генів, які зменшують продукцію протизапальних цитокінів.

Базова терапія розроблена детально та направлена на те, що пацієнт буде почувати себе повноцінною одиницею суспільства за умов дотримання призначень тривалий час, що у наших реаліях є важко.

Слід обговорити і деякі неоднозначні моменти GINA. Згідно з рекомендаціями GINA, базисну терапію слід починаєти з призначення малих доз кортикостероїдів. Якщо лікування не допомагає протягом 3–4 міс, то пропонується перейти на наступний щабель: до малих доз інгаляційного кортикостероїду додати b2-агоніст тривалої дії і продовжувати таке лікування ще протягом 3–4 міс. При його недостатній ефективності слід дозу інгаляційного кортикостероїду збільшити до середньої. Однак процес підбору терапії досить тривалий, він може займати півроку або більше. У такій ситуації пацієнти можуть перестати приймати призначений препарат і перейти на препарати «швидкої допомоги», який вони брали раніше. У результаті може розвинути загострення захворювання, яке потребує лікування у стаціонарі.

Клінічний досвід свідчить про те, що стартове призначення комбінованої терапії в адекватних дозах дозволяє значно швидше досягти контролю над захворюванням, підвищити прихильність пацієнтів до терапії, що проводиться, і попередити формування необоротних змін у бронхах [7].

При контакті пацієнта з лікарем необхідно не лише консультувати пацієнта у питаннях фармакологічної корекції, а

також акцентувати увагу на самоконтролі та навчанні пацієнта щодо образу життя, необхідних навичок самопомогти та наявного захворювання, що інколи ігнорується лікарями.

Мета дослідження: покращання астма-контролю у пацієнтів з бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла або ожиріння в умовах навчання в Астма-школі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 45 пацієнтів (28 жінок та 17 чоловіків, середній вік яких становив $43,69 \pm 1,46$ року), які мали за основний діагноз БА різного ступеня тяжкості та проходили лікування на базі кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету. Діагноз встановлювали згідно з міжнародними погоджувальними документами.

Критерії включення:

- погодження пацієнта взяти участь у дослідженні;
- вік пацієнтів більше 18 років;
- БА різного ступеня тяжкості;
- ожиріння або надмірна маса тіла.

Критерії виключення:

- відмова взяти участь у дослідженні;
- наявність гострої інфекції, гострої патології та декомпенсація будь-якої соматичної супутньої патології;
- ендокринологічне ожиріння;
- метаболічний синдром;
- онкологічна патологія;
- психічні розлади.

Розподіл пацієнтів за групами здійснювали методом простої рандомізації з елементами стратифікаційної.

Пацієнти були розподілені на дві групи:

- група 1 (n=30) – пацієнти з БА на тлі надмірної маси тіла або ожиріння, що проходили навчання в умовах Астма-школи;
- група 2 (n=15) – пацієнти з БА на тлі надмірної маси тіла або ожиріння, що отримували стандартну терапію.

Усі пацієнти були працездатного віку.

Пацієнтам було запропоновано пройти комплексне обстеження, що включало:

- збір анамнезу,
- рутинне фізикальне обстеження,
- АСТ-тест,
- антропометрію.

Для оцінювання функції зовнішнього дихання у даному дослідженні враховували найпоширеніші показники, а саме: VC – життєва ємність легень, FEV1 – обсяг форсованого видиху за 1 с та PEF – пікова швидкість видиху.

Програма навчання в Астма-школі включала на тлі застосування стандартної базисної терапії цикл теоретичних та практичних занять, де пацієнти отримують теоретичні та практичні навички у дієтотерапії, дихальній гімнастиці та лікувальній фізкультурі.

Розроблена програма занять, що включає 5 групових та 9 індивідуальних занять. На групових заняттях розглядаються наступні питання:

1. Поняття про БА, анатомія та фізіологія дихальної системи.
2. Базисна терапія БА.
3. Роль інгаляційних кортикостероїдів у лікуванні БА.
4. Загострення БА та її терапія. Нічна астма.
5. Немедикаментозні методи лікування БА.

Індивідуальні заняття включали рекомендації щодо:

- дієтотерапії,
- дихальної гімнастики,
- лікувальної фізкультури.

Дієтотерапія включала:

- дробне харчування;

- відмова від вершкового масла, жирних сортів м'яса і птиці;

- перевага рослинним оліям;
- в якості джерела білка – нежирні сорти м'яса, риба, у першу чергу жирна, бобові, горіхи;

- обмеження споживання хлібобулочних/кондитерських виробів з борошна вищого гатунку до 250 г на добу;

- перевагу цільним фруктам, а не сокам, оскільки в них більше розчинних і нерозчинних харчових волокон;

- рекомендована кількість розчинних і нерозчинних харчових волокон зі злаків, овочів і фруктів не менше 25 г на добу для жінок і не менше 35 г на добу для чоловіків;

- повна відмова від вживання солодких газованих напоїв, «фаст-фуду»;

- збільшення кількості споживання продуктів, що стимулюють імунну систему: вівсяна крупа (цинк, селен, клітковина, вітаміни Е та В), оливкова олія (омега 3, вітамін Е), продукти, що містять лакто- та біфідобактерії, а саме «живі» кисломолочні вироби; напої: зелений чай, настійки женьшеню та ехінацеї; вживання крупи кіноа та насіння чіа.

Дихальна гімнастика – це спеціальна гімнастика для вирішення наступних завдань:

- 1) поліпшення клініко-функціонального стану хворих БА на тлі ожиріння або НадМТ;

- 2) оптимізації роботи дихальної системи за рахунок тренування дихальної мускулатури;

- 3) підвищення емоційного тону пацієнтів.

Була використана програма індивідуальних дихальних вправ з акцентом на інспіраторну фазу дихального циклу, заснована на парадоксальній гімнастиці А.Н. Стрельникової.

У пацієнтів тренування проводили загалом у фазі ремісії БА, рідше – у фазі згасаючого загострення на тлі стабілізації стану, досягнутого медикаментозним лікуванням.

Дихальну гімнастику рекомендовано проводити щодня, бажано в один і той самий час (за 30 хв до сніданку або через 1–1,5 год після сніданку та ввечері за 30 хв до вечері або через 1–1,5 год після). На одне заняття бажано відводити 30 хв, повторюючи одну і ту саму вправу спочатку 8 разів, поступово збільшуючи до 16 разів. Між вправами необхідно робити відпочинок протягом 10–15 с.

При правильному виконанні вдиху носом крила його підтягуються до перегородки, що супроводжується характерним «шмиганням». Відпрацювання лікувального різкого вдиху носом триває 8–10 хв, протягом яких вся увага пацієнта фіксується на необхідності точного виконання індивідуально підбраного субмаксимального вдиху носом під час подальших занять.

Крім цього, хворим буде проведено інструктаж щодо можливості появи симптомів гострої гіпервентиляції (у формі запаморочення, миготіння «мушок» в очах, відчутті «грудки» в горлі, здавлювання в грудній клітці, появи сухих свистячих хрипів, кашлю). Необхідне припинення самим хворим виконання навантаження у разі появи цих суб'єктивних відчуттів.

Лікувальна фізкультура. Заняття починають і закінчують легким масажем або самомасажем, плечового поясу і грудної клітки. Використовуються дихальні вправи з подовженим видихом, вправи з проголошенням різних звуків, тренування діафрагмального дихання, вправи на розслаблення м'язів верхнього плечового поясу і грудної клітки. Тривалість заняття – 5–10 хв (залежно від стану хворого). Темп виконання вправ – повільний; кількість повторень кожної вправи – 3–5 разів.

Тренувальний період триває 2–3 тиж, потім постійно, якомога довше.

Завдання тренувального періоду:

- нормалізувати тону центральної нервової системи (ліквідація застійного патологічного вогнища), знизити загальну напруженість;

Деякі показники зовнішнього дихання, АСТ-тесту та ІМТ пацієнтів на початку навчання в Астма-школі

Група	Перебіг	Маса тіла, кг/м ²	АСТ-тест, бали	VC, %	FEV1, %	PEF, %
Основна	легкий	27,65±0,41	15±0,47	90,00±5,06	90,75±4,79	87,75±3,63
	середній	30,61±0,61	13,19±0,58	75,25±3,52	66,44±1,43	69,31±1,89
	тяжкий	36,62±2,06	11±0,89	57,50±2,45	44,60±1,69	47,00±2,86
Порівняння	легкий	27,82±0,37	15±0,91	91,40±4,10	90,40±4,70	90,80±4,30
	середній	31,19±1,14	12,71±0,81	75,00±3,81	64,57±1,41	68,43±3,08
	тяжкий	38,1±4,45	8,33±1,08	60,00±1,87	46,33±3,19	49,67±6,57

Примітка: * – p<0,05.

- зменшити спазм бронхів і бронхіол, поліпшити вентиляцію легень;
- відновити механізм повного дихання з переважним тренуванням видиху;
- зміцнити м'язи, які беруть участь в акті дихання, а також збільшити рухливість діафрагми і грудної клітки;
- навчити хворого довільного розслаблення м'язів і основам аутогенного тренування;
- навчити хворого управління своїм диханням під час нападу.

Необхідно зазначити, що перед призначенням збільшення фізичного навантаження дітям визначали гіперреактивність бронхів у разі проведення провокаційного тесту з фізичним навантаженням. За результатами тесту в групу виключення входили діти, ОФВ1 яких знижася більше ніж на 10%

Тривалість заняття лікувальною гімнастикою – 20 хв і більше (1 раз в день). Темп виконання вправ – повільний або середній. Кількість повторень кожної вправи – 4–5 разів; поступово збільшується до 8–10 раз.

Також пацієнтам буде рекомендовано щодня займатися дозованою ходьбою. При ходьбі слід звертати увагу на подовжений видих, який повинен бути в 1,5–2 разу довший за вдих, і поступово збільшувати дистанцію. Починаючи зі звичного режиму ходьби 3 тис. кроків за день поступово збільшувати навантаження (500–1000 кроків на тиждень) до 8–10 тис. кроків на день.

Пацієнтам з легким і середнім ступенем тяжкості захворювання рекомендовано дозоване плавання за наступними рекомендаціями: до занять приступають через 2–3 тиж після загострення, під час плавання видих здійснюється у воду, додаючи опір води; при цьому відбувається тренування дихальної мускулатури.

Оцінювання ефективності застосовуваних засобів ЛФК буде здійснюватися на підставі самопочуття хворого (частота нападів, їхня тривалість), за можливістю показників функції зовнішнього дихання (частоти дихання, форсованої ЖЄЛ тощо) і кровообігу (ЧСС, АТ). Також пацієнтам було запропоновано вести щоденник самоконтролю.

Статистичний аналіз проводили за загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Достовірність оцінювали за t критерієм Стьюдента. Відмінності визнавалися істотними за рівнем значущості p<0,05. Кореляційний зв'язок встановлювали за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 2014 році Королівський коледж лікарів звітував про великомасштабне дослідження, в якому взяли участь тисячі пацієнтів з БА. Разом з іншими дослідженнями було проведено аналіз зареєстрованих смертей у Великобританії через БА. Так, було виявлено, що 39% пацієнтів, які застосовували препарати для зниження проявів симптомів на момент смерті, отримували 12 інгаляторів β-2 агоністів короткої дії протягом року (БАКД), з них 4% пацієнтів отримували більше 50 інгаляторів БАКД на рік [8].

Міжнародні рекомендаційні документи, а саме GINA, свідчать про те, що часте використання БАКД є фактором ризику загострення БА. Надмірне використання БАКД є фактором ризику летального результату, пов'язаного з БА [9].

Під час проведення даного дослідження, а саме при зборі анамнезу, було підтверджено дані, наведені вище, а саме: пацієнти основної групи та групи порівняння у 58–61% випадків дотримувалися призначеної терапії протягом 4–6 міс, після чого самостійно відміняли призначене лікування з наступним більш загрозливим загостренням.

Під час проведення індивідуальних занять у ході дослідження було встановлено, що всі пацієнти обізнані у методах зниження маси тіла та раціоналізації харчування, проте більшість пацієнтів не мали достатньої мотивації, яку вони отримували під час занять в умовах Астма-школи.

На сьогодні лікар первинної ланки не має достатньо часу при контакті з пацієнтом для проведення необхідних освітніх заходів, на що і скаржились пацієнти, які увійшли до даного дослідження. На жаль, пацієнти не мали теоретичних та практичних знань з питань перебігу та контролю БА. Також 53% пацієнтів основної груп та 46% осіб групи порівняння не вміли правильно користуватися інгаляційними пристроями та не мали уявлення про існування небулайзерної терапії.

Встановлено, що 76% пацієнтів основної групи та 64% пацієнтів групи порівняння у той чи інший час виконували дихальну гімнастику несистематично і не під контролем медичного персоналу.

Дизайн дослідження: в усіх пацієнтів зафіксовано НадМТ або ожиріння як коморбідна патологія. Так, у програму навчання в Астма-школі входило збільшення кількості кроків на день. Тому на початку дослідження за допомогою крокоміру було встановлено, скільки кроків на день проходить кожен з пацієнтів. Також було встановлено, що 40% пацієнтів основної групи проходять не більше 2250 кроків на день, 30% пацієнтів проходять 3500 кроків і тільки 5 осіб із 45 проходять 5000 і більше кроків на день. До початку навчання в Астма-школі фізичні вправи виконують менше 10% пацієнтів у домашніх умовах по 7–10 хв кілька разів на тиждень, проте не регулярно. Шкідливі звички (куріння) констатували у 35,1% пацієнтів основної групи та 28% осіб групи порівняння, які у середньому викурявали по 0,5–1 пачці цигарок на день.

Задля спрощення та подальшого впровадження Астма-школи у центри первинної медико-санітарної допомоги були обрані наступні критерії перевірки позитивної динаміки навчання пацієнтів в Астма-школі:

- індекс маси тіла (ІМТ) пацієнта,
- АСТ-тест та найпоширеніші показники зовнішнього дихання, а саме VC – життєва ємність легень, FEV1 – обсяг форсованого видиху за 1 с та PEF – пікова швидкість видиху.

Дані, отримані на початку навчання представлені у табл. 1.

Дані табл. 1 свідчать про кореляційний зв'язок між тяжкістю перебігу та ІМТ (ρ=1,00), тобто чим тяжчий перебіг, тим більший ІМТ та між тяжкістю перебігу та кількістю балів АСТ-тесту (ρ=1,00). Показники спірограми відповідають

Показники спірограми до та після проведеного навчання у пацієнтів основної групи та групи порівняння

Група	Перебіг	VC%		FEV1%		PEF	
		до	після	до	після	до	після
Основна	легкий	90±5,06	93,75±3,63	90,75±4,79	95,75±2,84	87,75±3,63	91±3,62
	середній	75,25±3,52	**84,25±2,95*	66,44±1,43	**78,44±1,56*	69,31±1,89	**78,19±1,64*
	тяжкий	57,50±2,45	63,7±2,02	44,60±1,69	**54±2,80*	47±2,86	53±3,02
Порівняння	легкий	91,40±4,10	91,60±3,62	90,40±4,70	90,20±4,76	90,80±4,30	91,60±4,51
	середній	75±3,81	75,57±3,97	64,57±1,41	67,14±1,64	68,43±3,08	68,71±3,23
	тяжкий	60±1,87	60,67±0,41	46,33±3,19	49,33±1,63	49,67±6,57	50,67±6,42

Примітка: * $p_{\text{до-після}} < 0,05$; ** – $p_{\text{після основна} - \text{після порівняння}} < 0,05$.

тяжкості перебігу та не мають статистично значущої розбіжності.

У середньому навчання з включенням індивідуальних та теоретичних занять тривало 1,5–2 міс залежно від зайнятості пацієнтів. Та після 2 міс навчання були зроблені попередні висновки, а пацієнти отримали «домашнє завдання» та повернуться на контроль через 6 міс після початку навчання.

Так, було встановлено, що всі пацієнти дотримувалися наших призначень та рекомендацій протягом навчання. Сімдесят вісім відсотків пацієнтів зменшили використання препаратів «швидкої допомоги».

Показник ІМТ не зазнав великих змін, проте мав позитивну динаміку у пацієнтів основної групи з легким перебігом на початку навчання 27,65±0,41 кг/м² через 2 міс – 27,25±0,30 кг/м² ($p > 0,05$), у пацієнтів із середньою тяжкістю перебігу з 30,61±0,61 кг/м² показник ІМТ знизився до 30,04±0,59 кг/м² ($p > 0,05$), а у групі з тяжким перебігом – з 36,62±2,06 кг/м² до 35,00±1,92 кг/м² ($p > 0,05$). Здається, що зміни невеликі, проте лише за 2 міс навчання пацієнти отримали рекомендації щодо подальшого харчування та зниження маси тіла. У групі порівняння не було відзначено зниження маси тіла, та навіть пацієнти з тяжким перебігом збільшили свій ІМТ з 38,1±4,45 кг/м² до 38,3±4,41 кг/м² ($p > 0,05$).

Контроль БА можна визначити за допомогою АСТ-тесту. Так, на початку даного навчання пацієнти мали неконтрольований перебіг БА. Після 2-місячного навчання було проведено контрольне тестування. Пацієнти мали статистично значущу позитивну динаміку, але не набули контрольованого перебігу. Пацієнти основної групи з тяжким перебігом на початку дослідження мали 11±0,89 бала, після навчання – 14±0,65 бала ($p < 0,05$), пацієнти з перебігом середньої важкості мали до навчання 13,19±0,58 бала, після – 16,06±0,42 бала ($p < 0,05$). Пацієнти з легким перебігом набули найближчі до контрольованих

показники після навчання, а саме 19±0,47 бала проти 15±0,47 бала на початку ($p < 0,05$). Пацієнти групи порівняння не мали статистично значущих зрушень у показниках АСТ-тесту після 2 міс спостереження та у більшості випадків мали таку саму кількість балів, як і на початку дослідження.

Показники спірограми до та після проведеного навчання у пацієнтів основної групи та групи порівняння наведені у табл. 2.

Дані табл. 2 свідчать про достовірну позитивну динаміку у показниках спірограми у всіх пацієнтів, але більш наочно з перебігом середньої важкості до та після навчання в умовах Астма-школи та позитивну динаміку у показнику швидкості форсованого видиху у пацієнтів з тяжким перебігом БА.

Важливо також зазначити, що не тільки пульмонолог, алерголог чи сімейний лікар можуть виступати у ролі вчителів у Астма-школі, а й спеціально навчена медична сестра. Це значно покращує роботу лікаря та амбулаторії центру первинної медико-санітарної допомоги загалом.

ВИСНОВКИ

1. Нераціональне використання препаратів β_2 -агоністів короткої дії є фактором ризику загострення астми з наступним летальним результатом.
2. Встановлено кореляційний зв'язок між тяжкістю перебігу та індексом маси тіла у пацієнтів з бронхіальною астмою ($\rho = 1,00$).
3. Навчання в умовах Астма-школи дає позитивні результати, а саме: підвищує комплаєнс (на 90%), нормалізує масу тіла пацієнтів, покращує показники спірограми ($p < 0,05$).
4. Навчання в Астма-школі може позитивно впливати на надання допомоги на первинній ланці та може проводитись не тільки лікарем, а й молодшим медичним персоналом за відповідного навчання.

Результати. Виявлена достовірна позитивна динаміка в показателях спірограми у всіх пацієнтів, но более наглядно с течением средней тяжести до и после обучения в условиях Астма-школы и положительная динамика в показателях скорости форсированного выдоха у пациентов с тяжелым течением БА. Пациенты основной группы и группы сравнения в 58–61% случаев придерживались назначенной терапии в течение 4–6 мес, после чего самостоятельно отменяли назначенное лечение.

Заключение. На сегодня врач первичного звена не имеет достаточно времени при контакте с пациентом для проведения необходимых образовательных мероприятий. Была отмечена корреляционная связь между тяжестью и ИМТ ($\rho = 1,00$), то есть чем тяжелее течение, тем больший ИМТ и между тяжестью течения и количеством баллов АСТ-теста ($\rho = 1,00$). После проведенного обучения была отмечена достоверная положительная динамика в показателях спирогаммы и улучшения Астма-контроля у пациентов основной группы ($p < 0,05$).

Ключевые слова: бронхиальная астма, избыточная масса тела, ожирение, комплаєнс, обучение пациента.

Достижения астма-контроля у пациентов с избыточной массой тела или ожирением в условиях Астма-школы Д.А. Лагода, В.И. Величко, Е.А. Боброва

Сегодня в мире бронхиальной астмой (БА) болеют около 300 млн человек, причем у подавляющего большинства пациентов она не контролируется. Официальная статистика в Украине отражает примерно каждого 20-го больного с БА. Одним из отягчающих факторов у пациентов с БА является избыточная масса тела или ожирение.

Цель исследования: улучшение астма-контроля у пациентов с БА на фоне избыточной массы тела или ожирения в условиях обучения в Астма-школе.

Материалы и методы. Были обследованы 45 пациентов, у которых диагностировали БА различной степени тяжести. Согласно дизайну исследования, все пациенты имели избыточную массу тела или ожирение. Пациентам основной группы дополнительно к базисной терапии проводили обучение в условиях Астма-школы, которое включало теоретические и практические занятия.

Achievement of asthma control in patients with excessive body weight or obesity in conditions of Asthma

D.O. Lahoda, V.I. Velychko, O.O. Bobrova

There are currently around 300 million people with asthma in the world, and in the vast majority of patients it is not controlled. Official statistics in Ukraine reflect approximately every 20th patient with bronchial asthma. One of the aggravating factors in patients with asthma is overweight or obesity. Forty-five patients who had a basic diagnosis of bronchial asthma of varying severity were examined, according to the study design, all patients had excessive body weight or obesity.

The objective: was to improve asthma control in patients with asthma on the background of overweight or obesity in conditions of training at Asthma school.

Materials and methods. 45 patients were examined, who were diagnosed with BA of varying severity. According to the design of the study, all patients had excess body weight or obesity. Patients of the main group in addition to basic therapy were trained in the conditions

of the Asthma school, which included theoretical and practical exercises.

Results. A reliable positive dynamics in the spirometry in all patients was revealed, but more clearly with the course of moderate weight before and after training in the conditions of the Asthma school and positive dynamics in the rates of forced expiration in patients with severe BA. Patients of the main group and comparison group in 58-61% of cases adhered to the prescribed therapy for 4-6 months, after which they independently canceled the prescribed treatment.

Conclusion. At the moment, the primary care physician does not have enough time to contact the patient for the necessary educational activities. A correlation between severity and BMI ($\rho = 1.00$) was noted, that is, the heavier the course, the greater the BMI between the severity of the flow and the AST test score ($\rho = 1.00$). After the training, there was a significant positive dynamics in the spirometry and improvement of asthma control in the patients of the main group ($p < 0.05$).

Key words: bronchial asthma, excessive body weight, obesity, compliance, patient education.

Сведения об авторах

Лагода Дарья Александровна – Кафедра семейной медицины и общей практики Одесского национального медицинского университета, 65009, г. Одесса, ул. Тенистая, 8; тел.: (048) 737-37-70

Величко Валентина Ивановна – Кафедра семейной медицины и общей практики Одесского национального медицинского университета; тел.: (048) 737-37-70

Боброва Елена Александровна – Амбулатория №4, КП ЦПМСП №5 г. Одесса

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Юдина Л.В. Современное лечение бронхиальной астмы: акцент на патогенетическую терапию. «Новости медицины и фармации» 2007; 9 (213).
2. Биличенко Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. А.Г. Чучалина. – М., 1997; Агар, 1997. – Т. 1. – С. 400–423.
3. Приказ № 499 МЗ Украины от 28.10.03.
4. Raukas E., Jannus-Pruljan L., Loit H.-M. et al. Prevalence of allergic rhinitis and bronchial asthma in Estonia // Eur. Respir. J. – 1998. – 12 (28). – 200s.
5. Пухлик Б.М. Алергологія в Україні: актуальні проблеми // Українська медична газета. – 2006. – № 7–8. – С. 24–25.
6. Sood A. et al. Lean mass predicts asthma better than fat mass among females. European Respiratory Journal. 2011; 1 (37): 65–71.
7. Бронхиальная астма: лечение и контроль над заболеванием. «Новости медицины и фармации» Аллергология и пульмонология 2011; (366).
8. NRAD, National Review of Asthma Deaths, национальный обзор летальных исходов, связанных с бронхиальной астмой; БАҚД, β 2-агонист короткого действия. Royal College of Physicians. Why Asthma Still Kills? The National Review of Asthma Deaths (NRAD) [online] 2014. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/why-asthma-still-kills> [Last accessed: December, 2016].
9. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2017; available from: www.ginasthma.org

Статья поступила в редакцию 20.06.2018