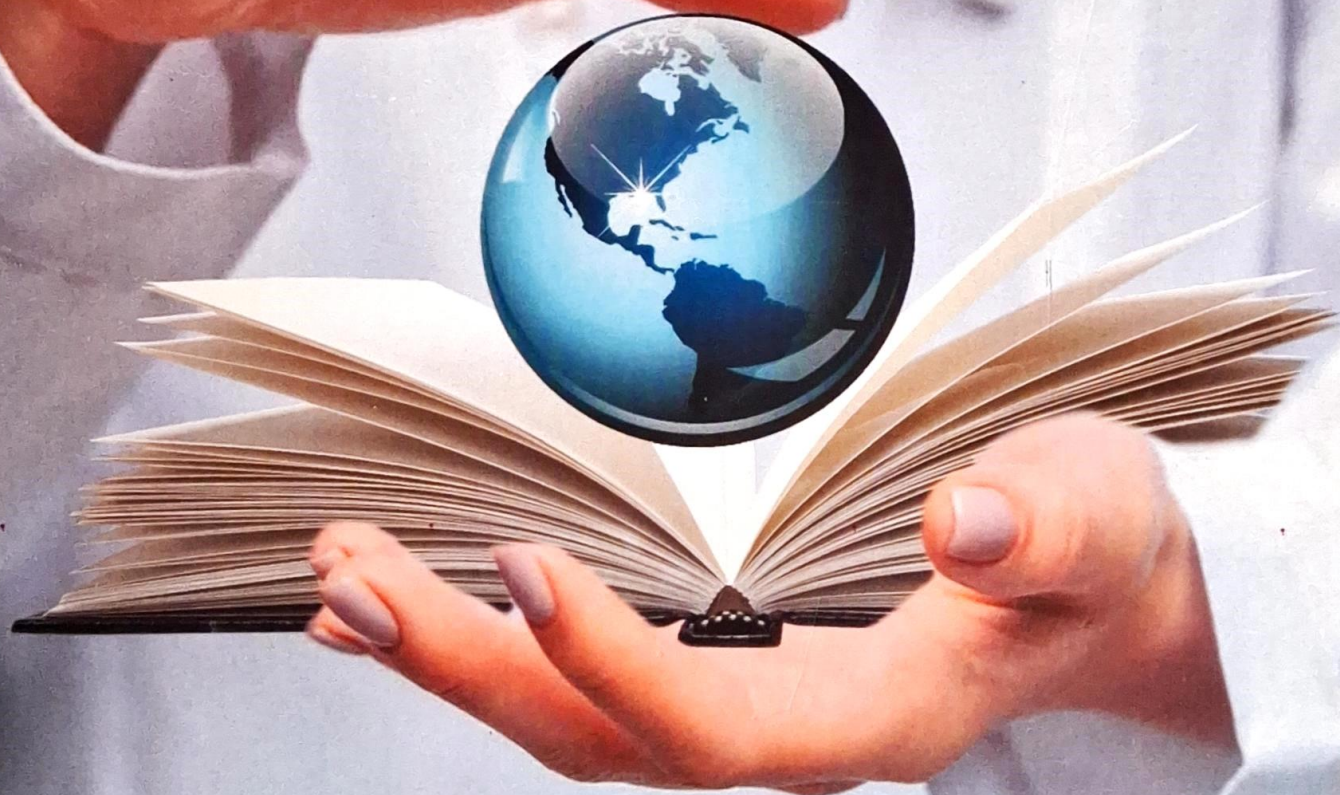


**Пам'яті Президента УАСМ
професора Лариси Матюхи**



За редакції професора
Лілії Бабінець

НАУКОВІ ІННОВАЦІЇ – В ПРАКТИКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-методичний посібник

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Українська асоціація сімейної медицини (УАСМ)
Національний медичний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

Пам'яті Президента УАСМ
професора Лариси Матюхи

НАУКОВІ ІННОВАЦІЇ – В ПРАКТИКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

За редакції професора Лілії Бабінець

ВИПУСК 5



Львів
Видавництво «Магнолія 2006»
2024

УДК 616-083.98(082)

Н 34

*Рекомендовано до видання вченою радою Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
(протокол №2 від 28.02.2024 року)*

Рецензенти:

Сидорчук Л. П. – доктор медичних наук, професорка, завідувачка кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету МОЗ України.

Гребеник М. В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії і сімейної медицини ФПДО Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Н 34 **Наукові інновації – в практику сімейної медицини** : Науково-методичний посібник / за ред. проф. Л. Бабінець. – Львів: Видавництво ПП «Магнолія 2006», 2024 – 932 с. : іл.

ISBN 978-617-574-281-5

Науково-методичний посібник містить наукові, методичні і клінічні напрацювання, створені на засадах доказовості, вітчизняними професіоналами у сфері первинної медичної допомоги – загальної практики-сімейної допомоги (ЗП-СМ), мультидисциплінарного компетентнісного спрямування, які є цінними для клінічної практики за фахом ЗП-СМ, створення клінічних протоколів, а також викладання даної дисципліни у закладах вищої медичної освіти. Контент засвідчує необхідність відновлення наукового фаху ЗП-СМ в Україні у зв'язку із значимістю первинної медичної допомоги у системі охорони здоров'я.

Посібник буде цікавим для викладачів, клініцистів, студентів, інтернів, а також науковців у галузі загальної практики-сімейної медицини та інших фахів, які об'єднані спільною метою – надання високопрофесійної, доступної та якісної первинної медичної допомоги громадянам України.

УДК 616-083.98(082)

ISBN978-617-574-281-5

© Бабінець Л. С., 2024
© Видавництво ПП «Магнолія 2006», 2024

Бабінець Л. С., Дроняк Ю. В.	109
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У КОМОРБІДНОСТІ З АСКАРИДОЗОМ, ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ	109
Бабінець Л. С., Маєвська Т. Г., Недільська Н. О.	125
КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ	125
Толстанов О. К., Хіміон Л. В., Найштетік І. М., Бур'янов О. А., Ротова С. О., Сміян С. І., Лапшина Г. М., Данилюк С. В., Ситюк Т. О., Кіча Н. В., Лебедєва Т. О., Трофанчук В. В.	143
ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕКА УРАТЗНИЖУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У МУЛЬТИМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ РЕАЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ: РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	143
Боровик І. О.	158
ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ТА СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН	158
Величко В. І., Бажора Я. І., Данильчук Г. О.	175
ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З НЕКОНТРОЛЬОВАНИМ ПЕРЕБІГОМ У ПАЦІЄНТІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯМ	175
Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.	190
ДИФЕРЕНЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ У КОМОРБІДНОСТІ ЗІ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ЕКЗОКРИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	190
Величко В. І., Лагода Д. О., Данильчук Г. О.	209
УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ	209
Панчишин М. В., Гук-Лешневська З. О.	228
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ І БІЛКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ ТА ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	228

ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З НЕКОНТРОЛЬОВАНИМ ПЕРЕБІГОМ У ПАЦІЄНТІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯМ

Одеський Національний Медичний Університет

Актуальність теми. Поширеність БА в різних країнах коливається від 1 до 18%, причому частота цього захворювання з кожним роком зростає, і за останні три десятиліття число хворих з цим діагнозом зросла більш ніж втричі [Ушакова, 2018; ВООЗ]. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що від 3% до 14% населення планети страждають на БА різного ступеня вираженості, тоді як рівень визначеності діагнозу серед дорослого населення приблизно 4,5% [Показник здоров'я наведення, 2017; Asthma UK 2015].

З огляду на дані отримані в ході численних досліджень необхідно виділити той факт, що в останніх рекомендаціях GINA, що серед найбільш загрозливих предикторів важкого та неконтрольованого перебігу БА найбільш часто зустрічається НадМТ або ожиріння. [Gina, 2018]. Також, доказовим є факт, що при зниженні зайвої маси тіла поліпшується контроль БА [Global Asthma Network, 2020; Mohanan, 2014].

Крім того, будь-яке важке та тривале соматичне захворювання є фактором ризику щодо розвитку тривожно-депресивних розладів, що ще більше погіршує стан психічного та соматичного здоров'я пацієнта [5, 77, 90]. В даний час важливого значення набуває вивчення якості життя хворих при різних соматичних захворюваннях та під впливом фізичних, психічних та емоціональних факторів [Антонович, 2013; Naylor, 2015; Finnerty, 2017].

На сьогодні встановлено, що БА є захворюванням, що з кожним роком вражає все більше та більше населення планети. Разом із цим встановлено, що наразі більшість пацієнтів не має контрольованого перебігу захворювання, що вимагає від практикуючих лікарів пошуку нових методів оцінки стану

здоров'я та визначення ступеня ефективності отриманої ними терапії [Анохіна, 2016; Crespo-Lessmann, 2017; Bidad, 2018].

У реаліях сучасної медичної системи України першими з пацієнтами, цього дедалі частіше пацієнти мають коморбідну патологію у вигляді двох, трьох патологій, що впливають одна, ускладнюють перебіг основного захворювання та вимагають пошуку комплексних заходів щодо допомоги пацієнту [Верткин, 2013; Абрагамович, 2016; Pefoyo, 2015].

Саме тому, комплексна оцінка і корекція психопатологічних проявів та психологічних особливостей саме у таких пацієнтів має не менш важливе значення, ніж адекватна діагностика і терапія власне основного соматичного захворювання [Устінов, 2014; Naylor, 2015].

Новітні дослідження вказують на позитивний ефект у лікуванні пацієнтів з БА за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Когнітивний підхід виходить із припущення, що психологічні проблеми та нервово-психічні розлади визнані нелогічними недоцільними думками та переконаннями людини, а також дисфункціональними стереотипами його мислення, змінивши які, проблема може бути вирішена [David, 2018; Clawson, 2020; Jamalimotlagh, 2020].

National Institute of Clinical Excellence у 2004 рекомендував КПТ у лікуванні пацієнтів з НадМТ або ожирінням, зі ступенем доказовості А. Когнітивно-поведінкова терапія є однією із провідних, сучасних, науковообґрунтованих методів психотерапії. Спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т.п.), а також, неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів [Gueorguieva, 2011; Cuijpers, 2016].

Враховуючи все вищеперераховане, на нашу думку, є необхідність у пошуку додаткових методів лікуванні до базисної терапії пацієнтів з неконтрольованою БА на тлі НадМТ або ожиріння.

Мета дослідження. підвищення рівня астма-контролю у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння шляхом додаткового застосування до базисного лікування когнітивно-поведінкової терапії

Завдання дослідження:

1. Вивчити особливості клініко-функціональних показників у пацієнтів з неконтрольованою бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла або ожиріння
2. Оцінити психоемоційні особливості, стан когнітивних функцій та якості життя пацієнтів з неконтрольованою бронхіальною астмою на тлі надмірної маси тіла або ожиріння.

3. Дослідити адаптаційний функціональний резерв дихальної та серцево-судинної систем у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння.

4. Обґрунтувати застосування та оцінити вплив когнітивно-поведінкової терапії на астма-контроль у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння.

Методи дослідження: клінічні (загальний аналіз крові); біохімічні (загального білку, сечовини, лужної фосфатази, сечової кислоти, креатиніну, загального білірубіну, холестерину та АлТ та АсТ); функціональні (показники функції зовнішнього дихання (ЖЄЛ, ФЖЄЛ, ОФВ₁, ОФВ₁/ФЖЄЛ), добова пікфлоуметрія); антропометричні вимірювання (зріст, маса тіла), вираховували ІМТ; анкетно-опитувальні (АСТ-тест, оцінки якості життя MOS SF-36, *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ), коротка шкала оцінки психічного стану (MMSE), монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (Мосаєв), госпітальна шкала Тривоги і Депресії (HADS)); біофізичні (спіроартеріокардіоритмограф (САКР-2) за методикою спіроартеріокардіоритмографії); консультація пульмонолога, алерголога; психотерапевта статистичні (з використанням методів параметричного та непараметричного аналізу, з використанням ліцензованих програмних програм MS Excel 2010).

Наукова новизна отриманих результатів. Розширено уявлення про особливості клінічного перебігу неконтрольованої бронхіальної астми.

Так, було виявлено, що пацієнти з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми частіше всього мають коморбідну патологію у вигляді надмірної маси тіла та ожиріння (82,06) та мають більш неконтрольований перебіг захворювання ($p \leq 0,001$). Гіпертонічна хвороба у (43,45%), ГЕРХ у (41,38%) теж мають обтяжливий вплив на перебіг астми. Крім того, шкідливу звичка (паління), на жаль часто виявляється у пацієнтів (44,87%).

Значима проблема відсутності знань про своє захворювання та можливості його лікування (40,61%). Нами було встановлено, що біля 30% усіх пацієнтів не дотримуються техніки використання пристроїв, самостійно порушують режим та дозування базисної та додаткової терапії астми.

Встановлено, що пацієнти з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння мають низький рівень життя та більшість пацієнтів, а саме (56,41%) мають тривожно-деприсивні розлади. Існує тісний взаємозв'язок між рівнем контролю БА та загальною оцінкою специфічної якості життя ($r = 0,62$; $p < 0,001$), що може бути інформативним фактором прогнозу рівня контролю захворювання ($r = 0,63$, $p < 0,001$; $r = 0,61$, $p < 0,001$; $r = 0,32$, $p < 0,001$).

Поглиблено знання про когнітивні дані у пацієнтів з неконтрольованою астмою, а саме наявність легких переддементних порушень за рахунок субтестів

«увага і лічба» та «пам'ять» ($p < 0,001$; $p < 0,05$), що можливо пов'язано з частими станами гіпоксії та з більш частою поширеністю серед цих пацієнтів коморбідної патології.

Показано, що у пацієнтів з не достатнім контролем бронхіальної астми виявлено збільшення ступеню вираженості та частоти тривожних та депресивних розладів в залежності від рівня контролю захворювання. Встановлено середньої сили зворотні кореляційні зв'язки між ступенем депресії та інтегральним показником якості життя ($r = -0,67$, $p < 0,001$).

Виявлено середньої сили зворотній кореляційній зв'язок між ступенем депресії та оцінкою пацієнтом рівня контролю БА: чим більше виражена депресія, тим гірше самооцінка рівня контролю захворювання ($r = -0,49$, $p < 0,001$), що в свою чергу знижує сприйняття та якість лікування часто за рахунок того, що пацієнт не дотримується режиму прийому лікарських препаратів.

Вперше досліджено забезпечення дихальної та серцево-судинної систем у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння дозволило встановити, що саме надлишок жирової тканини має істотний вплив на регуляторне забезпечення організму, а саме – пригнічення вегетативних впливів на серцевий ритм та дихання, перебудови паттерну дихання з реєстрацією не тільки обструктивного, але й появою рестриктивного компоненту, яка стосується значущого зменшення хвилинного обсягу дихання за рахунок зменшення об'єму дихання, який не компенсується підвищенням частоти дихання, на тлі значущого зменшення об'ємної швидкості вдиху та ще більш вираженого зменшення об'ємної швидкості видиху.

Також, відбувається погіршення параметрів барорефлекторної чутливості та центральної гемодинаміки ($p < 0,05$).

Розроблено та патогенетично-обґрунтовано застосування елементів когнітивно-поведінкової терапії та доведено її ефективність в поєднанні із базисною терапією через позитивну динаміку основного захворювання, а саме підвищення астма-контролю. Після проведення запропонованого лікувально-профілактичного комплексу із застосування когнітивно-поведінкової терапії має позитивний вплив на психологічний стан пацієнта за даними опитувальника AQLQ ($p \leq 0,05$), а саме зменшує прояви тривоги та депресії ($p \leq 0,05$); покращує перебіг за рядом показників, а саме зменшує частоту використання β -2-агоністів короткої дії, нічні симптоми ядухи, кількість застосування оральних та пероральних стероїдів та має позитивний вплив на контроль астми за результатами АСТ-тесту ($p \leq 0,05$) у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння ($RR = 0,41$; $RRR = 0,69$, $NNT = 2.31$).

Вперше у практичну роботу лікарів первинної ланки було запроваджено когнітивно-поведінкову терапію для пацієнтів з неконтрольованою астмою коморбідною НадМТ або ожиріння. Програма навчання складається з теоретичних та практичних занять, що мають на меті зменшення тривожності та синдрому депресії задля оптимізації астма-контролю у даної когорти пацієнтів.

За величиною відношення оцінок ефективності, застосування розробленого комплексу лікування з використанням КПТ в поєднанні з базовою терапією сприяє зменшення тривожності та синдрому депресії, підвищенню астма-контролю та комплаєнсу пацієнта з лікарем.

Матеріали та методи дослідження. Для виконання завдань проспективного когортного дослідження робота складалась з двох етапів: **1-й** етап – обстеження 209 пацієнтів з БА, формування основної когортної групи за критеріями «включення/виключення» «Пацієнти з неконтрольованим перебігом БА (НекБА)», в яку увійшли 145 пацієнтів, та група порівняння за критеріями «включення/виключення» «Пацієнти з контрольованим перебігом БА (КоБА)», в яку увійшли 64 пацієнтів. Групу контролю склали 20 соматично-здорових осіб з НпІМТ для визначення референтних значень деяких показників. На **2-ому** етапі дослідження було призначено КПТ пацієнтам із основної когортної групи 1-го етапу, що мали. Тривожно-депресивні розлади (ТДР) (основна група – 39 пацієнтів, група порівняння – 39 пацієнтів).

Результати дослідження та їх обговорення. Було обстежено 209 пацієнтів (87 чоловік і 122 жінка) з БА віком від 19 до 57 років. Середній вік обстежених склав $41,14 \pm 1,31$ роки. Загальна тривалість захворювання склала $13,8 \pm 1,06$ років. Основну групу склали 145 (56,76%) пацієнтів з неконтрольованим перебігом БА (НекБА). 64 пацієнта (43,24%) з контрольованою БА (КоБА) увійшли в групу порівняння. В обох групах незначно переважали жінки (52,38% і 60,94%; відповідно).

При оцінці антропометричних показників ми мали наступні дані, що представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Антропометричні показники у обстежених пацієнтів

Група	Маса тіла, кг	Зріст, см	ІМТ, кг/м ²
Основна	* $89,03 \pm 2,31$ **	$168,41 \pm 2,78$	$31,5 \pm 0,97$
Порівняння	$81,21 \pm 3,12$	$167,35 \pm 3,65$	$29,0 \pm 0,84$
Контроль	$78,09 \pm 2,45$	$168,90 \pm 2,94$	$27,6 \pm 0,69$

Примітки: * $p_{o-n} \leq 0,05$; ** $p_{o-k} \leq 0,05$.

У таблиці 1 видно, що пацієнти основної групи з НекБА мали достовірно вищу масу тіла, ніж пацієнти групи контролю та порівняння. Необхідно відмітити, що в основній групі ожиріння було діагностовано у 40,69% випадків (n=59) тоді, як у групі порівняння було виявлено лише 10,94% випадків (n=7). Надмірна маса тіла спостерігалася приблизно однаково: в основній групі – 41,37% (n=60), у групі порівняння – 42,19% (n=27). У групі контролю лише 2 пацієнта мали ІМТ вищий за 29,0 кг/м².

При аналізі анамнезу життя було встановлено, що у 12 (8,26%) пацієнтів основної групи та у 35 (54,69%) осіб групи порівняння немає коморбідної патології.

Понад три супутніх захворювання було виявлено у 46 (31,72%) пацієнтів основної групи та, тільки, у 4 (6,25%) осіб групи порівняння. Як було вказано вище, пацієнти мали за основну коморбідну патологію НадМТ або ожиріння.

Пацієнти обох груп мали референтні значення показників загального аналізу крові. Проте, встановлено, що пацієнти основної групи з недостатнім астма-контролем мали більш високий рівень гемоглобіну та більш низький рівень лейкоцитів, ніж пацієнти групи порівняння ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,05$ відповідно).

Для оцінювання функції зовнішнього дихання у даному дослідженні були враховані наступні показники: ЖЄЛ – життєва ємність легень, ФЖЄЛ – обсяг форсованої життєвої ємності легень, ОФВ1 – об'єм форсованого видиху за першу секунду та співвідношення останнього показнику до форсованої життєвої ємності легень. Дані параметри діагностувалися на висоті вдиху та видиху. Більш детальні дані представлено у таблиці 2.

Таблиця 2

Показники спірографії у обстежених пацієнтів

Показник	Групи	
	Основна	Порівняння
Вдих		
ЖЄЛ, л	3,24±	3,35±
ФЖЄЛ, л	3,27±	3,78±
ОФВ1, л	3,25±	3,78±
ОФВ1/ФЖЄЛ	100,00,01	100,0±
Видих		
ЖЄЛ, л	3,11±	4,690±
ФЖЄЛ, л	3,19±	4,840±
ОФВ1, л	1,89±	3,720±
ОФВ1/ФЖЄЛ	62,70,91**	74,3±

Примітка: * $p_{o-n} < 0,05$; ** $p < 0,01$.

У таблиці 2 видно, що пацієнти основної групи з НекБА мають достовірно нижчі показники ЖЄЛ, ФЖЄЛ, ОФВ₁ та ОФВ₁/ФЖЄЛ, як на вдиху так і на видиху ($p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$ відповідно).

При проведенні анкетування було встановлено, що показники якості життя (ЯЖ) у пацієнтів основної групи з НекБА мають достовірно нижчий рівень, ніж у пацієнтів групи порівняння, що контролюють захворювання (табл. 3).

Таблиця 3

Показники якості життя у обстежених пацієнтів

Показник	Групи	
	Основна	Порівняння
PF	37,1±2,5*	65,7±3,2
RP	22,3±3,9*	47,2±4,3
BP	66,2±5,1	72,9±6,4
GH	31,9±2,8*	56,3±2,9
VT	31,9±3,7*	46,4±2,2
SF	48,1±3,1*	64,7±4,6
RE	36,9±5,8	52,5±8,9
MH	39,4±2,9	46,8±4,2

Примітка: * $p_{0-n} < 0,05$.

Встановлено статистично значущі відмінності якості життя у хворих НекБА за п'ятьма критеріями опитувальника MOS SF-36 в порівнянні з групою з КоБА (фізичне функціонування; рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; загальний стан здоров'я; соціальне функціонування; життєздатність). Так, показник фізичного функціонування (PF) у пацієнтів з КоБА склав 65,7±3,2 балів, тоді як у хворих НБА вказаний показник в 1,8 разів нижче – 37,1±2,5 балів ($p < 0,05$). Повсякденна життєздатність (RP) також страждала у обох групах обстежених пацієнтів и була знижена до 22,3±3,9 балів в основній групі та до 47,2±4,3 в групі порівняння ($p < 0,05$). Найістотніше зниження показника повсякденної життєздатності спостерігалось у хворих на НекБА.

Кореляційний аналіз між значеннями параметрів ЯЖ та рівнем астма-контролю показав наявність кореляційного зв'язку між ними. Найбільш сильні зв'язки з рівнем контролю БА визначені у параметрів «життєздатність» ($r = 0,63$, $p < 0,0001$) та «фізична активність» ($r = 0,61$, $p < 0,001$). Інші параметри ЯЖ мають меншу силу зв'язку з рівнем контролю астми, але теж впливають: роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності – ($r = 0,46$, $p < 0,001$); емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – ($r = 0,42$, $p < 0,001$), загаль-

не здоров'я – ($r = 0,39, p < 0,0001$), психічне здоров'я – ($r = 0,36, p < 0,0001$) і соціальна активність – ($r = 0,32, p < 0,001$).

Дослідження показників когнітивної функції представлені у рисунку 1.

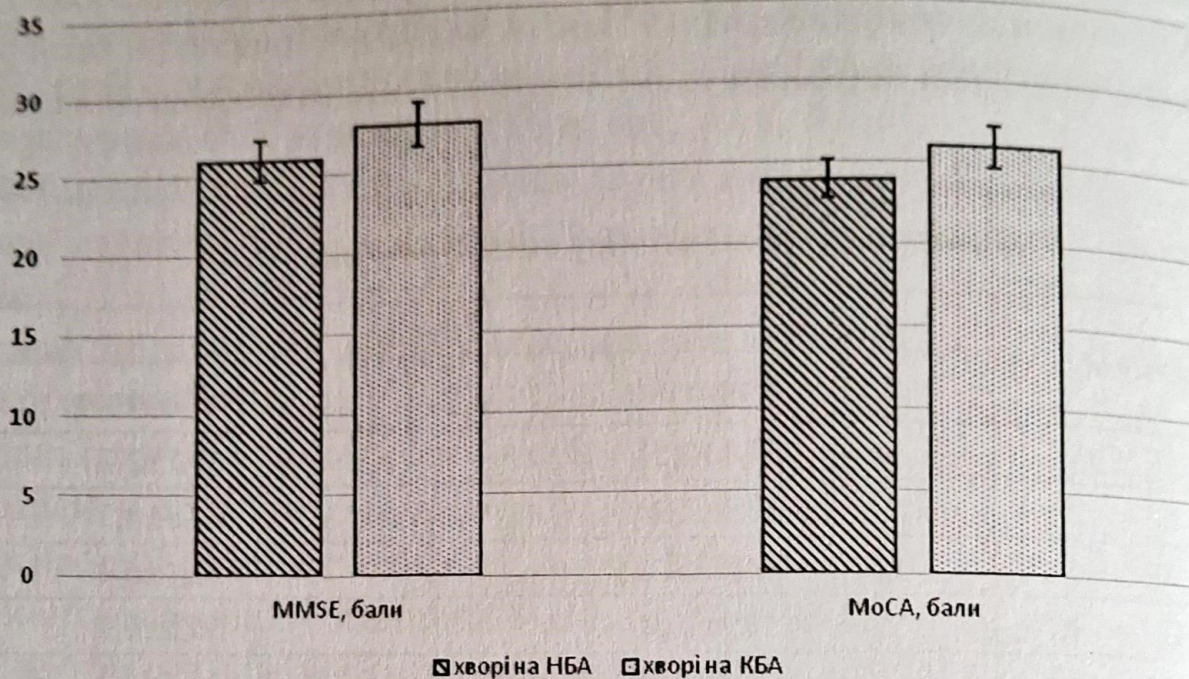


Рисунок 1. Показники когнітивної функції у обстежених пацієнтів

Результати даних психологічного тестування з використанням опитувальника «Госпітальна шкала тривоги і депресії», що в загальній сукупності обстежених хворих БА виявлена наявність тривоги і депресії у 57,89% пацієнтів.

Разом із цим встановлено, що клінічно виражені прояви тривожно-депресивних розладів (ТДР) за шкалою HADS в основній групі спостерігалися у 35,89% хворих, субклінічно виражені – у 20,51% (середній бал $21,7 \pm 1,4$ і $9,4 \pm 1,2$ відповідно), тоді як у другій групі симптоми клінічних ТДР мали місце лише у 7,81%, субклінічних – у 14,06% пацієнтів (середній бал $16,1 \pm 1,1$ і $8,2 \pm 1,3$ відповідно).

Встановлено середньої сили зворотні кореляційні зв'язки між виразністю депресії та інтегральним показником ЯЖ ($r = -0,67, p < 0,001$), а також між виразністю депресії і оцінкою пацієнтом рівня контролю БА в тесті астма-контролю: чим більш виражені прояви депресії, тим нижчий астма-контроль ($r = -0,49, p < 0,001$).

Таким чином, нами було встановлено, що більшість пацієнтів з НекБА мають ТДР, що впливає на перебіг захворювання, його контроль та якість життя пацієнта. Тому згідно до дизайну нашого дослідження на 2-ий етап увійшли пацієнти з НекБА та ТДР.

Також, із 209 пацієнтів, що увійшли до нашого дослідження випадковим методом було відібрано 86 пацієнтів, що пройшли дослідження за методом комплексного поліфункціонального дослідження кардіореспіраторної си-

стеми спіроартеріокардіоритмографом для реєстрації у одночасному режимі активності регуляторних впливів на серцевий ритм, систолічний та діастолічний артеріальний тиск на підставі спектрального аналізу варіабельності дихання приладом САКР-2.

Из 86 пацієнтів, що пройшли дослідження САКР 59 пацієнтів мали НекБА, складала основну групу та 27 КоБА, що увійшли до групи порівняння. Так, було встановлено, що основної групи з НеБА мають ряд достовірно вищих показників, а саме маси тіла, ІМТ, обхват черева та обхват грудної клітини ($p \leq 0,01$; $p \leq 0,01$; $p \leq 0,01$; $p \leq 0,01$ відповідно).

Таблиця 4

Дані морфометричного дослідження пацієнтів досліджуваних груп, М (25; 75)

Параметр	Група	
	Основна	Порівняння
Маса тіла (кг)	86,0 (78,0; 95,0)*	80,0 (60,0; 86,0)
Довжина тіла (см)	169,0 (165,0; 176,0)	170,0 (152,5; 178,0)
ІМТ, кг/м ²	29,1 (27,7; 30,5) *	26,6 (25,4; 29,0)
Обхват талії (см)	88,0 (78,0; 96,0)	88,0 (83,0; 98,0)
Обхват черева (см)	100,0 (91,0; 107,0) *	93,0 (89,0; 103,0)
Обхват стегна (см)	58,0 (49,0; 66,0)	56,0 (52,0; 60,0)
Обхват грудної клітини (см)	108,0 (98,0; 117,0) *	99,0 (95,0; 117,0)

Примітка: * $p_{0-n} \leq 0,01$.

У таблиці 1 видно, що якщо перший з них має частіше аліментарне походження, пов'язане з порушенням нейро-вегетативної регуляції та можливим розвитком метаболічного синдрому, то другий може характеризувати зміни будови грудної клітини при розвитку емфізематозних проявів, що є достатньо характерним для перебігу БА.

Аналіз показників варіабельності некерованого дихання представлено у таблиці 5.

Разом із цим, було встановлено, що пацієнти обох груп мали загальну потужність дихання (ТР_{дих}) значуще перевищуючу нормативні значення, які коливаються в межах 290,0 – 635,0 л/хв². При цьому у пацієнтів з КоБА які коливаються в межах 290,0 – 635,0 л/хв². При цьому у пацієнтів з КоБА пересічні значення є значуще більшими, ніж у пацієнтів з НеБА 1373,4 (721,0; 3378,1) проти 1162,8 (625,0; 1814,8) ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи відзначаються менша активність у LF та HF-діапазонах – 26,0 (11,6; 64,0) проти 44,2 (29,7; 61,6) та 818,0 (453,7; 1267,4) проти 1217,0 (622,5; 2987,9) у пацієнтів групи порівняння, відповідно. Пацієнти з НекБА мали значуще більшу частоту дихання 18,8 (16,0; 23,3) проти 16,5 (12,6; 19,6) яка характеризувалась вірогідно меншою тривалістю вдиху та видиху ($p < 0,05$), а також

меншим дихальним об'ємом при некерованому диханні 0,680 (0,500; 0,870) проти 0,965 (0,660; 1,245) ($p < 0,01$).

Таблиця 5

Аналіз показників варіабельності некерованого дихання у обстежених пацієнтів

Показник	Норма	Група	
		Основна	Порівняння
ТРдих, (л/хв.) ²	290,0-635,0	1162,8 (625,0; 1814,8) *	1373,4 (721,0; 3378,1)
VLFдих, (л/хв.) ²	1,3-4,8	7,3 (3,6; 18,5)	8,1 (6,3; 14,9)
LFдих, (л/хв.) ²	7,9-33,6	26,0 (11,6; 64,0) *	44,2 (29,7; 61,6)
LFдихп, н.о.	2,2-14,7	2,7 (1,6; 6,9)	2,9 (1,4; 5,7)
HFдих, (л/хв.) ²	207,4-547,5	818,0 (453,7; 1267,4) *	1217,0 (622,5; 2987,9)
HFдихп, н.о.	78,0-94,0	85,3 (45,9; 93,6) *	92,1 (84,2; 94,3)
LFHFдих, (л/хв.) ² / (л/хв.) ²	0,025-0,150	0,040 (0,023; 0,102)	0,031 (0,016; 0,063)

Примітка: * $p_{o-n} \leq 0,05$.

За допомогою методу САКР пацієнтам з БА на тлі НадМТ або ожиріння та різним контролем захворювання було проведено аналіз характеристики кардіореспіраторної системи. Так, було проведено аналіз пересічних кардіоінтервалометричних параметрів. Дані цього дослідження представлені у таблиці 6.

Таблиця 6

Пересічні параметри кардіоінтервалометричного дослідження у обстежених пацієнтів (за даними САКР), М (25; 75)

Показник	Група	
	Основна	Порівняння
ЧСС, хв. ⁻¹	87,2 (78,3; 94,2) *	80,6 (71,4; 97,2)
P, с	0,101 (0,084; 0,107)	0,099 (0,090; 0,102)
PQ, с	0,133 (0,118; 0,156)	0,137 (0,117; 0,155)
QR, с	0,030 (0,028; 0,033)	0,029 (0,028; 0,032)
QRS, с	0,092 (0,085; 0,100) *	0,084 (0,080; 0,092)
QT, с	0,362 (0,349; 0,385)	0,353 (0,344; 0,381)
QTC, с	0,435 (0,417; 0,461) *	0,425 (0,402; 0,432)
ST, н.о.	0,030 (-0,079; 0,144) *	0,111 (0,045; 0,183)

Примітка: * $p_{o-n} \leq 0,05$.

При аналізі кардіореспіраторної системи було встановлено, що пацієнтів основної групи у стані відносного м'язового та психоемоційного спокою у положенні сидячи відзначається значуще більша ЧСС 87,2 ударів/хвилину (78,3; 94,2), ніж 80,6 ударів/хвилину (71,4; 97,2) у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$), яка супроводжується значущими змінами показників кардіоінтервалометрії, що характеризуються збільшенням часу внутрішньошлуночкової провідності QRS 0,092 (0,085; 0,100) проти 0,084 (0,080; 0,092) ($p < 0,01$), а також погіршенням ефективності скорочення QTC 0,435 (0,417; 0,461) проти 0,425 (0,402; 0,432) ($p < 0,05$), та реполяризації шлуночків 0,030 (-0,079; 0,144) проти 0,111 (0,045; 0,183) ($p < 0,01$) у групі порівняння відповідно. Останнє може бути проявом гіпоксичних станів, які розвиваються під час щоденних нападів задухи, та розвитку кардіоміопатії.

На 2-му етапі було сформовано 2 групи: основна група - 39 пацієнтів, група порівняння - 39 пацієнтів із основної групи 1-го етапу у відповідності за критеріями «включення/виключення» для завершення клінічного дослідження, а саме на тлі базисного лікування застосування КПТ.

Критерії включення в основну групу на 2-му етапі: погодження пацієнт прийняти участь у дослідженні, $МТ \geq 25$ кг/м². тривожно-депресивні розлади.

При відмові прийняти участь у дослідженні 2-го етапу, пацієнт зараховувався до групи порівняння.

Розроблена нами КПТ включала 15 сеансів: перші шість - двічі на тиждень, потім шість 1 раз на тиждень, останні 3 сеанси один раз на два тижні. Тобто всього 18 тижнів терапії. Потім за бажанням та потребою пацієнта було запропоновано сесії один раз на три місяці протягом року. Звичайно тривалість сесії до 30 хвилин.

Було встановлено, що більшість пацієнтів які увійшли до другого етапу мали НадМТ або ожиріння, а саме 41,03% ($n=32$) пацієнтів обох груп.

За дизайном дослідження всі пацієнти, що увійшли до другого етапу дослідження мали. При цьому клінічно виражені ТДР за шкалою HADS в основній групі спостерігалися у 81,59% хворих, субклінічно виражені - у 18,41% (середній бал $21,7 \pm 1,4$ і $9,4 \pm 1,2$ відповідно).

Після застосування КПТ пацієнти основної групи мали достовірну позитивну динаміку щодо ряду показників, а саме емоції, активність, загальна якість життя ($p \leq 0,05$). Такі показники, як симптоми та навколишнє середовище, також, набули позитивної динаміки, проте при статистичному підрахунку не мали достовірних показників ($p \geq 0,05$). Тоді, як пацієнти групи порівняння, що отримували лише базисну терапію не мали достовірних змін у показниках якості життя пацієнтів з БА.

Пацієнти основної групи мали позитивну динаміку і у подоланні ТДР. Ці показники, за дизайном дослідження діагностувались за допомогою шкали HADS (рис. 2).



Рисунок 2. Динаміка шкали HADS у пацієнтів з неконтрольованою БА на тлі НадМТ або ожиріння

На рисунку 2 видно, що пацієнти основної групи мали достовірну позитивну динаміку, а саме пацієнти, що мали субклінічні прояви ТДР в ході застосування КПТ набули позитивної динаміки з $9,41 \pm 0,65$ бали на $6,51 \pm 0,41$ ($p \leq 0,05$). Пацієнти які мали ТДР розлади на тлі НекБА при застосуванні КПТ набули більш значущої позитивної динаміки, а саме на першому візиті середній бал склав $21,70 \pm 1,23$ та при завершенні КПТ пацієнти набули у своїй більшості субклінічного перебігу ТДР або зовсім позбулись ТДР та середній за шкалою HADS склав $9,61$ бали ($p \leq 0,001$).

Когнітивно-поведінкова терапія мала позитивний вплив також на перебіг та контроль захворювання, а саме пацієнти основної групи почали рідше використовувати препарати «швидкої допомоги», а БАКД, на тиждень з $8,7 \pm 1,2$ на першому візиті на $5,1 \pm 0,9$ на 15 візиті ($p \leq 0,05$). Знизилась кількість такого загрозливого предиктора, як кількість нічних симптомів на тиждень, на першому візиті пацієнти відзначали $4,3 \pm 0,5$ на 15 візиті $3,1 \pm 0,3$ нічних приступів ядухи ($p \leq 0,05$). Пацієнти, що пройшли курс КПТ покращили астма-контроль, а саме за результатами АСТ-тесту, що склав $15,6 \pm 1,1$ балів на 15 візиті проти $11,8 \pm 1,5$ на першому візиті. Всі вищеперераховані зміни стосуються основної групи, пацієнти групи порівняння не набили змін та, навіть, у 7 пацієнтів відмічались погіршення у перебігу основного захворювання.

Отримана позитивна динаміка за віддаленими результатами впродовж 6 місяців спостереження довела ефективність запропонованої програми в поліпшенні астма-контролю у пацієнтів основної групи $RR=0,41$; $RRR=0,69$,

NNT = 2731, пацієнти групи порівняння мали наступні показники RR = 0,92; RRR = 0,08; NNT = 4,41.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що базисне лікування БА не дає стійкого пролонгованого результату, що призводить до недостатнього контролю захворювання. Додаткове призначення розробленого нами комплексу КПТ має позитивний вплив на перераховані показники.

ВИСНОВКИ

1) Пацієнти з неконтрольованою бронхіальною астмою частіше всього мають коморбідну патологію у вигляді надмірної маси тіла та ожиріння (92,31%) та мають більш тяжкий перебіг. На другому місці серед коморбідної патології, яка обтяжує її перебіг є гіпертонічна хвороба (47,43%) та часто зустрічається ГЕРБ (42,31%). Понад три супутніх захворювань одночасно спостерігаються у (34,61%) випадках. Шкідливу звичку (паління) мають (44,87%) пацієнтів зі стажем куріння понад 10 років у (36,21%) випадках, понад 20 років – у (6,89%) випадках, (15,52%) хворих не знають, що паління ускладнює перебіг БА.

Крім того, (30,77%) пацієнтів приймають безконтрольно препарати швидкої допомоги, (42,35%) хворих взагалі не приймають препарати базисної терапії на постійній основі.

2) Пацієнти з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння мають низький рівень життя за опитувальником AQLQ та більшість пацієнтів, а саме (56,41%) мають тривожно-депресивні розлади за шкалою HADS. Існує тісний взаємозв'язок між рівнем контролю БА та загальною оцінкою специфічної якості життя ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Саме зниження життєздатності, фізичного та соціального функціонування, необхідно розглядати як фактор ризику розвитку різних депресивних станів, пов'язаних із захворюванням на БА та є інформативним фактором прогнозу рівня контролю захворювання ($r = 0,63$, $p < 0,001$; $r = 0,61$, $p < 0,001$; $r = 0,32$, $p < 0,001$).

Результати даних нейропсихологічних досліджень у таких хворих свідчили про наявність легких переддементних когнітивних порушень. Загальний бал за шкалою MMSE вірогідно відрізнявся від розрахункової норми (28–30 балів) – 26 (25; 27) балів ($p < 0,001$) за рахунок субтестів «увага і лічба» та «пам'ять» ($p < 0,05$). Статистично вірогідною була різниця балів і за шкалою MoCA – 24 (24; 25) бала ($p < 0,05$). Формування помірних когнітивних розладів можливо пов'язано частими станами гіпоксії та з більш частою поширеністю серед цих пацієнтів коморбідної патології.

3) У пацієнтів з неконтрольованою бронхіальною астмою виявлено збільшення ступеню вираженості та частоти тривожних і депресивних розладів залежності від рівня контролю захворювання. Встановлено середньої сили

зворотні кореляційні зв'язки між ступенем депресії і інтегральним показником якості життя ($r = -0,67, p < 0,001$). Виявлено середньої сили зворотній кореляційній зв'язок між ступенем депресії і оцінкою пацієнтом рівня контролю БА: чим більше виражена депресія, тим гірше самооцінка рівня контролю захворювання ($r = -0,49, p < 0,001$), що в свою чергу знижує сприйняття і якість лікування часто за рахунок того, що пацієнт не дотримується режиму прийому лікарських препаратів.

4) Дослідження забезпечення дихальної та серцево-судинної систем у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння дозволило встановити, що саме надлишок жирової тканини має істотний вплив на регуляторне забезпечення організму, а саме – пригнічення вегетативних впливів на серцевий ритм та дихання, перебудови паттерну дихання з реєстрацією не тільки обструктивного, але й появою рестриктивного компонента, яка стосується значущого зменшення хвилинного обсягу дихання за рахунок зменшення об'єму дихання, який не компенсується підвищенням частоти дихання, на тлі значущого зменшення об'ємної швидкості вдиху та ще більш вираженого зменшення об'ємної швидкості видиху.

Також, відбувається погіршення параметрів барорефлекторної чутливості та центральної гемодинаміки ($p < 0,05$).

5) Застосування когнітивно-поведінкової терапії має позитивний вплив на психологічний стан пацієнта за даними опитувальника AQLQ ($p \leq 0,05$), а саме зменшує прояви тривоги та депресії ($p \leq 0,05$); покращує перебіг за рядом показників, а саме зменшує частоту використання β -2-агоністів короткої дії, нічні симптоми ядухи, кількість застосування оральних та пероральних стероїдів та має позитивний вплив на контроль астми за результатами АСТ-тесту ($p \leq 0,05$) у пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми на тлі надмірної маси тіла або ожиріння ($RR = 0,41; RRR = 0,69, NNT = 2.31$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Дані рекомендації для лікарів первинної ланки з метою покращення перебігу неконтрольованої БА, саме у пацієнтів надмірною масою тіла або ожирінням.

1. У пацієнтів з неконтрольованим перебігом бронхіальної астми необхідно проводити тестування щодо наявності у даної когорти тривожно-депресивних розладів.
2. Всім пацієнтам з бронхіальною астмою на тлі тривожно-депресивних розладів необхідно запропонувати на тлі базисного лікування застосування когнітивно-поведінкової терапії.

3. Пацієнтам, що проходили когнітивно-поведінкову терапію необхідно проводити тестування щодо контролю астми через 6 місяців після завершення терапії та при недостатньому контролі рекомендувати повторний курс когнітивно-поведінкової терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Величко В., Бажора Я., Данильчук Г. Современные представления о механизмах формирования неконтролируемой бронхиальной астмы Библиотека сімейного лікаря та сімейної медсестри. 2018. №3 (72). С. 52-58
2. Romanchuk O. P., Bazhora Ya. I. Regulatory peculiar features of uncontrolled bronchial asthma. *Jornal of Education, Health and Sport*. 2018. 8(1). С. 330–346
3. Величко В. І., Бажора Я. І., Данильчук Г. О. Поширеність коморбідних станів та модифікованих факторів ризику у пацієнтів з бронхіальною астмою. *Сімейна медицина*. 2019. №1 (81). С. 119–122.
4. Bazhora Yana Features of the regulatory support of the cardiopulmonary system of patients with persistent bronchial asthma and obesity. *Modern Science*. 2019. №1. С. 114–121
5. Романчук О.П., Величко В.І., Бажора Я.І. Реактивність кардіореспіраторної системи в пацієнтів з бронхіальною астмою за даними тестів із керованим диханням. *Запорозький медичинський журнал*. 2019. Том 21, №4 (115). С. 450–457.
6. Velentyňa I. Velichko, Yana I. Bazhora, Galyna O. Danilchuk, Larysa I. Kolotvina Psychometric features, status of cognitive functions and assessment of bronchial asthma patients quality of life. *Wedomosci Lekarskie* 2019, tom LXXII, nr 4. 657–663.
7. Yana I. Bazhora Application of cognitive behavioral therapy in patients with uncontrolled bronchial asthma due to excess body and obesity *Wedomosci Lekarskie* 2020, tom LXXIII, nr 1. 134–138.
8. Бажора Я.І., Іванчишина В.П., Фактори неконтрольованого перебігу бронхіальної астми Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини: мат. науково-практичної конференції з міжнародною участю, Одеса, 18-19 квітня 2019 р. С. 60
9. Величко В. И., Бажора Я. И., Данильчук Г. А. Современные представления о механизмах формирования неконтролируемой астмы. Пациент-орієнтована допомога у загальній лікарській практиці: зб. робіт сучасн. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 4–5 грудня 2018 р. / за редакцією Л. Ф. Матюха, Л. В. Хіміон, О. К. Толстанов. Бровари: АНФ Груп, 2018. С. 11–20.