

Нові аспекти дослідження якості життя у хворих на бронхіальну астму під впливом галоаерозольтерапії

Т.А. Александрович, Т.А. Головацький,

Науково-практичне об'єднання «Реабілітація» МОЗ України, м. Ужгород

Стан здоров'я у хворих на бронхіальну астму (БА) прийнято оцінювати не тільки з позицій вираженості патологічного процесу, але й з погляду впливу хвороби на самообслуговування, побутову та соціальну активність пацієнта. Дослідження якості життя стало невід'ємним елементом сучасної медицини. Це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, яка заснована на його суб'єктивному сприйнятті і характеризує задоволення людини рівнем свого благополуччя. Тому саме цей показник сьогодні розглядається як один із головних критеріїв ефективності лікувальних заходів.

Мета роботи: оцінка якості життя у 84 хворих на БА середньої тяжкості під впливом галоаерозольтерапії (ГАТ) в умовах клініки НПО «Реабілітація». Якість життя у пацієнтів на БА оцінювали за тестом Euro QoL-5D, за яким відмічали рівень порушень власного здоров'я за кожною з п'яти складових і робили оцінку за візуально-аналоговою шкалою, яка відображала якість життя хворого на даний момент.

Результати. Встановлено, що найчастіше пацієнти відзначали дискомфорт — задишку, проблеми з повсякденною активністю, утруднене пересування у просторі, зміни настрою у вигляді тривоги або депресії. У більшості хворих ці прояви були помірними. Незначна частина хворих мала певні проблеми з самообслуговуванням, той чи інший вид відхилень фіксували 77 (92,2%) пацієнтів. Зниження повсякденної активності спостерігалось у 68 (80,6%) пацієнтів, пересування у просторі — у 52 (61,7%), дискомфорт або задишка — у 54 (64,1%); рідше мали місце труднощі, пов'язані із самообслуговуванням — у 28 (33,6%) хворих. В середньому якість життя при поступленні на лікування респонденти оцінили на $54,7 \pm 5,4$ бала.

Після курсу ГАТ відхилення у стані здоров'я спостерігали 67 (79,6%) хворих, підвищення повсякденної активності відмічав 61 (72,5%) пацієнт, пересування у просторі — 47 (56,4%), зменшилися дискомфорт і задишка — у 44 (52,8%), труднощі, пов'язані із самообслуговуванням відмічали лише 23 (26,8%) пацієнти. Якість життя за візуально-аналоговою шкалою після курсу ГАТ респонденти оцінили в середньому на $72,7 \pm 4,1$ бала.

Висновки. Таким чином, встановлено, що застосування ГАТ у реабілітації хворих на БА має позитивний вплив на якість життя хворих. У подальшому, керуючись параметрами якості життя, можна розробити більш досконалі алгоритми реабілітаційного лікування хворих на БА з використанням ГАТ.

Вплив N-стероїлетаноламіну на процеси перекисного окиснення ліпідів і білків та на активність ферментів антиоксидантної системи за анафілаксії

А.Г. Бердишев¹, Н.М. Гула¹, А.А. Чумак²,
Н.Л. Кіндрук¹, Т.М. Горідько¹, Н.А. Стогній¹,

¹Інститут біохімії імені О.В. Палладіна НАН України, м. Київ;

²ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Мета дослідження: вивчити вплив N-стеароїлетаноламіну (NSE) на стан про/антиоксидантних процесів у морських свинок за умов алергічної реакції негайного типу для обґрунтування подальшого використання цієї сполуки у нових терапевтичних стратегіях при бронхіальній астмі та інших захворюваннях.

Матеріали та методи. Алергічну реакцію негайного типу (анафілактичний шок) моделювали на морських свинках-самцях, сенсibilізованих одноразово підшкірно 0,2 мл кінської сироватки. Протягом 14 днів морським свинкам щоденно вводили перорально NSE у дозах 6,5 мг/кг та 65 мг/кг. На 15-й день після сенсibilізації вводили внутрішньоочеревинно провокуючу дозу 1 мл тієї самої сироватки. Оцінювали клінічні прояви анафілактичного шоку, у зразках тканини серця, легень, печінки, селезінки досліджували вміст NO, каталази, супероксиддисмутази, плутатіонпероксидази та концентрацію ТБК-реактивних продуктів.

Результати. Щоденне введення NSE сенсibilізованим тваринам зумовлювало дозозалежну затримку розвитку анафілактичного шоку.

У тканинах серця і селезінки NSE запобігав гіперпродукції оксиду азоту за анафілаксії, а в тканинах легень і печінки — зменшенню продукції NO, підтримуючи його вміст на рівні інтактних тварин. Надлишок NO, що супроводжує анафілактичний шок, залучається до каскаду вільнорадикального окиснення. Внаслідок взаємодії оксиду азоту з активними формами кисню утворюється надзвичайно реакційно здатна сполука — пероксинітрит, що пошкоджує клітинні мембрани, внаслідок чого активуються процеси перекисного окиснення ліпідів. На рисунку показано, що за анафілактичного шоку вміст ТБК-реагуючих продуктів в органах-мішенях підвищений порівняно з таким у інтактних тварин. За умов введення морським свинкам водної суспензії NSE per os у дозі 65 мг/кг протягом 2 тижнів до провокації анафілаксії вміст ТБК-реагуючих продуктів в усіх досліджуваних органах не підвищувався, залишаючись на рівні інтактних тварин. В печінці морських свинок за анафілактичним шоком навіть при дозі 0,65 мг/кг маси тіла NSE запобігав утворенню ТБК-реагуючих продуктів. Тобто, застосування NSE до провокації анафілактичного шоку запобігає утворенню цих токсичних продуктів, підтримуючи їх вміст у межах норми, що свідчить про антиоксидантну дію NSE.

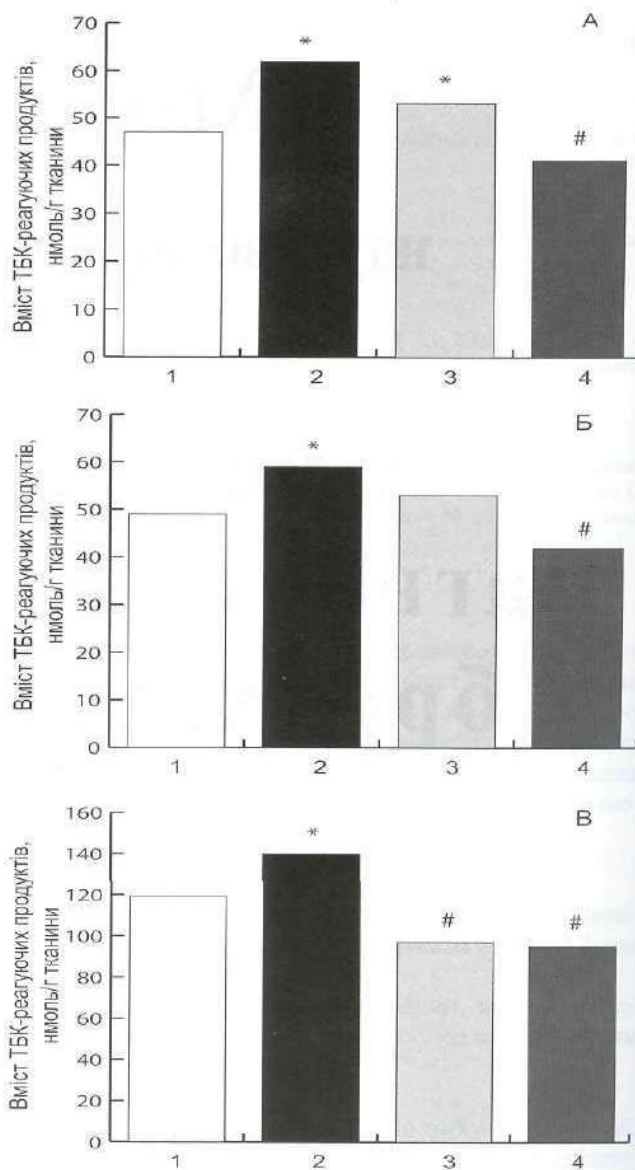


Рисунок. Вплив NSE на вміст ТБК-реагуючих продуктів в серці (А), легенях (Б) та печінці (В) морських свинок при анафілаксії

Примітки: 1 — інтактні тварини; 2 — стан анафілактичного шоку; 3 — попереднє введення NSE у дозі 0,65 мг/кг протягом 14 днів до анафілактичного шоку; 4 — попереднє введення NSE у дозі 65 мг/кг протягом 14 днів до анафілактичного шоку; * — зміни порівняно з інтактними вірогідні, $P < 0,05$; # — зміни порівняно з анафілаксією вірогідні, $P < 0,05$.

Введення NSE протягом 14 днів до анафілактичного шоку підтримувало активність глутатіонпероксидази, супероксиддисмутази та каталази у серці, легенях і печінці морських свинок на рівні інтактних тварин, усуваючи тим самим дисбаланс між процесами перекисного окиснення та активністю антиоксидантних ферментів.

Висновок. NSE за умов анафілаксії може попереджати підвищене утворення продуктів перекисного окиснення ліпідів і білків, запобігаючи утворенню надлишкової кількості активних форм кисню і модулюючи активність антиоксидантних ферментів. Такий регуляторний ефект NSE відкриває можливість створення на його основі нових профілактичних засобів для пригнічення алергічних реакцій негайного типу.

Прогнозування ризику розвитку рецидивного бронхообструктивного синдрому у дітей раннього віку, котрі мали розлади дихання у неонатальний період

Л.В. Беш¹, О.І. Мацора²,

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;

²Міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Впродовж останніх років у літературі з'являються переконливі дані про взаємозв'язок перенесених розладів дихання та проведеної респіраторної терапії у неонатальний період з подальшим формуванням рецидивної та хронічної бронхолегеневої патології, зокрема бронхіальної астми, бронхолегеневої дисплазії, обструктивних бронхітів. Дані захворювання супроводжуються формуванням гіперреактивності бронхів та розвитком бронхообструктивного синдрому (БОС). На сьогоднішній день існують численні повідомлення щодо факторів ризику розвитку рецидивного БОС, проте роботи з індивідуальним прогнозуванням даного синдрому у дітей раннього віку, що мали розлади дихання у неонатальний період, немає.

Мета роботи: розробка прогностичних критеріїв ризику розвитку рецидивного БОС у дітей раннього віку, що мали розлади дихання у неонатальний період.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 160 дітей раннього віку. Для вирішення поставлених завдань було сформовано дві групи дослідження. У першу (основну групу) увійшли 80 пацієнтів раннього віку, які мали у неонатальний період розлади дихання й отримували відповідну респіраторну терапію (штучну вентиляцію легень і/або самостійне дихання під постійним позитивним тиском). Другу (порівняльну) групу склали 80 дітей, що не мали респіраторних розладів і не потребували респіраторної терапії у неонатальний період. У сформованих групах вивчали частоту потенційних чинників ризику, з якими пов'язували розвиток даної патології інші автори.

Результати. Сформовані групи вірогідно не відрізнялися за статтю (46 [57,5%] хлопчиків в основній групі проти 48 [60%] — у групі порівняння; $p > 0,05$), середньою масою тіла при народженні $2025,2 \pm 79,3$ г в основній групі проти $2226,5 \pm 64,1$ г — у групі порівняння; $p > 0,05$) та середнім гестаційним віком відповідно $33,1 \pm 0,4$ тижня проти $34,6 \pm 0,3$; $p > 0,05$.

Не спостерігалася суттєвих відмінностей між групами і щодо відсоткової кількості недоношених дітей (71 [88,8%] проти 86,3 [69%]; $p > 0,05$) та пацієнтів, народжених від багатолітньої вагітності (відповідно 13 [16,3%] проти 10 [12,5%]; $p > 0,05$).

Ендогенний сурфактант введено 13 дітям основної групи (16,3%) та не вводився дітям з групи порівняння ($p < 0,01$). Дев'ять (11,3%) породилям основної групи та 4 (5%) — групи порівняння проводилася антенатальна стероїдна профілактика ($p > 0,05$).

Порівняльний аналіз анамнезу дітей основної і контрольної груп показав, що формування рецидивного БОС відбувається під впливом різних несприятливих чинників. У сім'ях учасників основної групи значно частіше були поширені шкідливі звички (тютюнокуріння матері до вагітності ($p < 0,05$); тютюнокуріння матері під час вагітності ($p < 0,01$); алергічні ($p < 0,001$) та бронхолегеневі ($p < 0,001$) захворювання. У розвитку рецидивного БОС у дітей раннього віку суттєву роль відіграють анте- та перинатальні чинники. Серед соматичної патології матерів найчастіше реєструвалися загострення хронічного пієлонефриту під час вагітності ($p < 0,01$) та гінекологічні захворювання ($p < 0,001$).

Несприятливий вплив на прогноз виявляє ускладнений перебіг вагітності, зафіксований у 88% матерів основної та 56% жінок гру-

пи порівняння. Достовірно частіше спостерігалася загроза переривання даної вагітності ($p < 0,001$), аборти в анамнезі ($p < 0,05$), тяжкий гестоз ($p < 0,05$).

У процесі дослідження оцінені кореляційні зв'язки 77 факторів розвитку рецидивного БОС у дітей. Проведений статистичний аналіз дозволив виділити серед цього ряду факторів 15 ознак, що суттєво впливали на розвиток рецидивного БОС. Була складена прогностична таблиця, що може застосовуватися у практичній педіатрії.

Висновки

1. Математичне прогнозування дозволяє виявляти хворих із високою ймовірністю розвитку рецидивного БОС.
2. Найвищий ризик розвитку БОС існує у дітей з малою масою тіла при народженні (до 1500 г) та низьким гестаційним віком (до 29 тижнів) з одночасним поєднанням тривалого (понад 700 годин) загального часу респіраторної терапії.
3. Використання розрахованої прогностичної таблиці може сприяти суттєвому поліпшенню профілактики рецидивного БОС у дітей раннього віку.

Клініко-психологічні фактори ризику госпіталізації до відділення інтенсивної терапії хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку

Н.К. Богуцька, О.Я. Чепура,

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження: виявити катамнестичні клініко-параклінічні та психологічні фактори ризику астматичного статусу у хворих на бронхіальну астму (БА) дітей шкільного віку.

Матеріали та методи. Основну (I) клінічну групу сформували 22 діти із персистуючою БА, які щонайменше раз за останні три роки були госпіталізовані до відділення інтенсивної терапії (ВІТ) з приводу астматичного статусу. До групи порівняння (II) увійшли 37 дітей, хворих на персистуючу БА, які жодного разу не лікувались у ВІТ. Проведено комплексну оцінку показників клініко-алергологічного та спірографічного обстеження у поєднанні з даними психологічного дослідження дітей та їх родин (анкетування та особистісне опитування дітей та одного з батьків; дослідження рівня загальної тривожності за шкалою Тейлора, шкільної тривожності дітей за шкалою Філіпса; вивчення алекситимії за допомогою Торонтської алекситимічної шкали, запропонованої G. Taylor, адаптованої у Психоневрологічному інституті імені В. М. Бехтерева; алекситимічними вважали хворих, що набрали 74 і більше балів, а менше 62 балів — неалекситимічними; тестування батьків за методикою PARI E. Шефер та Р. Бела в адаптації Т. В. Нещерет та діагностика батьківського ставлення за методикою А. Я. Варга та В. В. Столін).

Результати. Серед усіх клініко-параклінічних показників із щонайменше одноразовою необхідністю госпіталізації до ВІТ найбільш вірогідно асоціював показник лабільності бронхів, який у дітей I та II груп становив відповідно $37,4 \pm 6,4\%$ та $23,5 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$) за наявності лише тенденції до зниження показників об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) — 79,5 проти 84,3%, миттєвої об'ємної швидкості видиху на рівні 25–75% (МОШ 25–75%) — 72,9 проти 64,9% та однакових величин бронхіальної гіперреактивності (PC20H) — 3,14 проти 3,28 мг/мл відповідно. Серед дітей із астматичним статусом в анамнезі відмічено тенденцію до більшої частоти нічних нападів, непереносимості ліків, більш вираженої полісенсibiliзації за даними шкірних алерготестів та необхідності використання вдома інших інгаляторів, крім дозованих. Наявність епізоду потрапляння у ВІТ корелювала із середньою кількістю інгаляцій бронхолітика дитиною як із профілактичною метою ($r = 0,43$, $p < 0,01$), так і для купірування нападу ($r = 0,37$, $p < 0,04$). Серед пацієнтів основної групи частіше відмічали відсутність оптимального контакту матері та дитини (14,8 проти 16,5 бала, $p < 0,01$), тенденцію до більшої частки дітей, у яких батьки відмітили істотні зміни поведінки після діагностування БА (56,3 проти 33,3%), а також до переважання неврастеничного та/або сенситивного типу реагування на хворобу (42 проти 25%), об'єктивності супутніми психосоматичними скаргами (2,9 проти 2,3 бала), вищих балів такої особливості когнітивно-афективної сфери, як алекситимія (72,1 проти 69,2), а також шкільної (35,9 проти 32,7) та реактивної (44,8 проти 39,7 відповідно) тривожності ($p > 0,05$).