



Академія медичних наук України

Національний інститут фтизіатрії і
пульмонології ім. Ф.Г. Яновського

Асоціація спеціалістів з проблем
бронхіальної астми та алергії України
Міністерство охорони здоров'я України

АСТМА ТА АЛЕРГІЯ

Січень-червень

№ 1-2 • 2007

Рекомендовано
Президією ВАК України
Протокол № 1-05/6
від 12.06.2002 р.

Рекомендовано Вченою радою
Національного інституту фтизіатрії і
пульмонології ім. Ф.Г. Яновського
Протокол № 8 від 25.09.2007 р.

**Науково-
практичний журнал**

Заснований у лютому 2002 р.

Головний редактор:

Яшина Л.О.

Редакційна колегія:

Бандрівська А.З. (Львів)
Барнс П. (Лондон, Велика Британія)
Гаврисюк В.К. (Київ)
Геппе Н.А. (Москва, Росія)
Горовейко Н.Г. (Київ) — заступник головного редактора
Горячкіна Л.О. (Москва, Росія)
Дзюблик О.Я. (Київ)
Дитятківська Є.М. (Дніпропетровськ)
Заболотний Д.І. (Київ) — заступник головного редактора
Калюжна Л.Д. (Київ)
Кужко М.М. (Київ)
Лемко І.С. (Ужгород)
Мельник В.М. (Київ)

Недельська С.М. (Запоріжжя)
Перцева Т.О. (Дніпропетровськ)
Прилуцький О.С. (Донецьк)
Пухлик Б.М. (Вінниця)
Романюк Л.І. (Київ)
Туманов А.М. (Київ) — відповідальний секретар
Фещенко Ю.І. (Київ)
Харитонов С. (Лондон, Велика Британія)
Чернушенко К.Ф. (Київ)
Чонка Я.В. (Закарпаття)
Чоп'як В.В. (Львів)
Чумак А.А. (Київ)
Юхимець В.О. (Київ)

ній крові та особливості цитокинового забезпечення хронічної запальної реакції у вигляді помірного підвищення вмісту цитокінів, а саме інтерлейкінів (IL) IL-1 β , IL-6, IL-8, і різкого підвищення IL-4, TNF- α , γ -інтерферону. Але даних щодо особливостей стану клітинного і гуморального імунітету, цитокинового статусу при БА у поєднанні із ХНХ бракує.

Важливе місце у формуванні хронічної запальної реакції при обох захворюваннях належить оксидантному стресу, але дані про особливості процесу перекисного окиснення ліпідів та стан антиоксидантної системи при сполученні обох захворювань відсутні.

Невивченими при поєднанні БА і ХНХ залишаються особливості перебігу синдрому ендокринної метаболічної інтоксикації, наявного при кожному із захворювань.

Таким чином, незважаючи на суперечливість інформації щодо частоти сполучення БА і ХНХ, їх взаємодію на клінічний перебіг кожного із захворювань, особливості патогенезу свідчать, що між обома хворобами існують точки зіткнення. Це потребує їх поглибленого вивчення для поліпшення якості діагностики і лікування хворих із поєднаною патологією.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УМОВАХ АЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ

СУХАН В.С.

Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України м. Ужгород

Вступ: В останні десятиріччя спостерігається зростання захворюваності і важкості перебігу бронхіальної астми (БА). Із збільшенням числа хворих на БА проблема дихальної недостатності являється одною з актуальних в пульмонології. Дихальна недостатність — основний синдром, який ускладнює перебіг бронхіальних захворювань і визначає прогноз та результат захворювання.

Інгаляційна терапія є методом лікувальної дії на дихальні шляхи і легені аерозолів лікуючих речовин і газів. Основним діючим фактором такої терапії є аерозоль — дисперсна система, яка складається з великої кількості дрібнодисперсних частинок. Різноманітна інгаляційна техніка сприяє доставці таких ліків в дихальні шляхи.

Мета досліджень: Вивчення впливу високодисперсного аерозолі кам'яної солі та в поєднанні його з інгаляціями салбутамолу на функцію зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих на персистуючу БА в залежності від важкості перебігу захворювання.

Матеріали та методи: В залежності від застосованих лікувальних комплексів 46 хворих на БА були розподілені на 2 групи. Лікувальний комплекс-1 призначався 20 хворим, які отримували тільки базове лікування. ЛК-2 проходили 26 пацієнтів, яким додатково призначались інгаляції салбутамолу за 15-30 хвилин перед сеансом сольової аерозоль-терапії. В залежності від функціонального стану бронхолегеневої системи всі хворі розподілені на дві групи: до I-ої групи, з легким перебігом увійшло 17 хворий, до II-ої з перебігом середньої важкості — 29 пацієнтів. Всі хворі поступили на лікування в фазі неповної ремісії. Вік пацієнтів був від 20 до 60 років.

Отримані результати: Із 46 хворих на БА до лікування, порушення бронхіальної прохідності на рівні бронхів різного калібру спостерігалось у 80% випадків. Вентиляційна недостатність за обструктивним типом зустрічалась у 54% пацієнтів, за змішаним обструктивно-рестриктивним типом у 41% обстежених і рестриктивний тип вентиляційної недостатності відмічено у 5% хворих.

Дослідження бронхіальної прохідності виявили, зниження її на рівні великих бронхів спостерігалась у 22% на рівні середніх бронхів у 59%, на рівні дрібних бронхів — у 76% хворих.

В умовах лікування сольової аерозоль-терапії динаміка прохідності бронхіального дерева у хворих на БА мала деякі відмінності в залежності від комплексів лікування. У всіх хворих до лікування, поряд із змінами клінічних показників, виявлено зниження показників ФЗД: у пацієнтів з легким перебігом захворювання ці зміни були менш виражені ($P < 0,01$), ніж при середній важкості. Вихідні дані показників ФЗД між групами ЛК-1 і ЛК-2 були недостовірними.

Після проведеного курсу лікування була зафіксована позитивна динаміка показників вентиляції легень. Так, кількість хворих, де застосовувався ЛК-1 з різкими порушеннями вентиляції зменшилась на 12%. Зменшилась кількість хворих з рестриктивними змінами на 10%. Знизилась обструкція проксимальних відділів на 15%, а дистальних залишилась без змін.

В групі хворих, які лікувались ЛК-2, також відмічена позитивна динаміка показників вентиляційної здатності легень. Так, кількість хворих з різкими порушеннями вентиляції за обструктивним типом зменшилась з 6 до 3. Також знизилась число хворих зі значною обструкцією — з 14 до 11. Кількість хворих з показниками в межах норми збільшилось, і в кінці лікування складало 12 хворих, або 46% від загальної кількості пацієнтів пролікованих ЛК-2.

Проведене лікування ЛК-1 і ЛК-2 супроводжувалось підвищенням приросту показників вентиляції легень. Однак, відмічено, що ЛК-2 забезпечує більш ефективне лікування, яке проявлялось більш швидким зменшенням клінічних ознак хвороби. Клінічний ефект лікування полягав у покращенні вентиляції легень за рахунок дії інгаляції салбутамолу, що забезпечує доставку аерозолі в термінальні відділи бронхіального дерева.

В групі хворих, які лікувались ЛК-1, достовірних змін показників не відмічалось: приріст показників функції зовнішнього дихання коливався від 0,5 до 4,4% крупних бронхів, а приріст показників дрібних бронхів (МОШ₇₅, МОШ₂₅₋₇₅) залишався без змін.

Співставлення груп хворих, які лікувались ЛК-1 до ЛК-2 показало, що приріст показників вентиляції легень збільшувався після лікування на 16–19% і був достовірним у групі обстежених, які отримували додатково інгаляції салбутамолу, як у пацієнтів з легким перебігом, так і середньої

важкості захворювання.

Висновки:

1. При оцінці динаміки показників зовнішнього дихання встановлено достовірне покращення бронхіальної прохідності за всіма показниками у хворих пролікованих ЛК-2. У пацієнтів, яким призначався ЛК-1, приріст показників мав менш виражений характер і у дистальних відділах бронхів не констатувався.

2. Використання ЛК-2 дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування хворих з обструктивними бронхолегевими захворюваннями, особливо при перебігу середньої важкості.

Рекомендації: Для підвищення ефективності сольової аерозольотерапії хворим на БА середньо-важкого перебігу слід включати в комплексне лікування дозовані інгаляції сальбутамолу.