

Відомості про авторів:

Рубцов Руслан В'ячеславович – с. н. с., к. мед. н., завідувач відділення функціональної діагностики. Адреса: 50096, м. Кривий Ріг, вул. Виноградова, 40, тел.: (0564) 53 – 10 – 80.

Левіна Олена Валентинівна – с. н. с., к. мед. н., лікар-лаборант клініко-діагностичної лабораторії. Адреса: 50096, м. Кривий Ріг, вул. Виноградова, 40, тел.: (0564) 53- 20-83.

УДК 616.248:616.24-007. 615.835.5

© В.С.СУХАН, 2016

В.С.Сухан

ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ. Астма – ХОЗЛ перехресний синдром (АХПС) характеризується персистуючим обмеженням прохідності дихальних шляхів з певними ознаками, які характерні для бронхіальної астми (БА), а також з певними рисами, які притаманні для хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Мета. Проаналізувати ефективність інгаляційного лікування у хворих на бронхіальну астму з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (перехресний синдром).

Матеріали та методи. Проведено дослідження функції зовнішнього дихання у 72 хворих на бронхіальну астму, хронічне обструктивне захворювання легень та перехресний синдром.

Результати. При поступленні на реабілітаційне лікування у 90,3% хворих були виявлені різноманітні порушення функції зовнішнього дихання. Після проведеного курсу реабілітаційного лікування була зафіксована позитивна динаміка показників вентиляції легень. Приріст показників бронхіальної прохідності був найвищий у групі хворих на бронхіальну астму та з перехресним синдромом, які перед реабілітаційним лікуванням отримували небулайзерні інгаляції вентоліна. За різними показниками приріст ФЗД коливався від 13,9% до 21,2%.

Висновки. Проведений аналіз показників функції зовнішнього дихання свідчить про ефективність запропонованого методу реабілітаційного лікування у хворих на бронхіальну астму з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (перехресний синдром).

Ключові слова: хворі, бронхіальна астма, інгаляційна терапія, хронічні обструктивні захворювання легень.

Вступ. Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) мають певні спільні риси для обох захворювань – хронічне запалення та порушення прохідності (обструкцію) дихальних шляхів, але суттєво відрізняються за патогенезом, патофізіологією, особливостями діагностики, клінічним перебігом, схемами фармакотерапії, наслідками для якості життя, а також масштабністю впливу на соціально – економічне становище окремих індивідуумів та суспільства в цілому [1, 2, 3, 4]. Можливість же супутнього перебігу БА та ХОЗЛ становить від 10% до 25% для хворих на БА [5].

Астма – ХОЗЛ перехресний синдром (АХПС) характеризується персистуючим обмеженням прохідності дихальних шляхів з певними ознаками,

які характерні для БА, а також з певними рисами, які притаманні для ХОЗЛ. З цим синдромом пульмонологи зустрічаються від 15 до 55% за даними різних епідеміологічних досліджень. Питання лікування таких хворих неодноразово підіймалось у науковій літературі з різними підходами до даної проблеми. І тільки прийняття терміну «перехресний синдром», який з'явився нещодавно, його визначення, а також рекомендації щодо лікування пацієнтів з АХПС стало результатом спільного проекту GINA і GOLD, які намітили шляхи вирішення цього питання [6, 7].

Мета. Проаналізувати ефективність інгаляційного лікування у хворих на Астма – ХОЗЛ перехресний синдром.

Матеріали і методи. Обстежено 72 хворих на БА, ХОЗЛ та АХПС, які проходили курс реабілітаційного лікування в умовах галоаерозольтерапії (ГАТ). До I групи (n=29) увійшли хворі на БА, до II групи (n=22) – хворі на ХОЗЛ і до III групи (n=21) – хворі на АХПС. Кожна група хворих була поділена на дві підгрупи (А та В). А – п/група хворих отримувала реабілітаційне лікування у вигляді перебування в умовах ГАТ. В – п/група до сеансу ГАТ отримували небулайзерну інгаляцію вентоліна. До проведення реабілітаційного курсу лікування та після його завершення всім хворим було проведено дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Результати та їх обговорення. При поступленні на реабілітаційне лікування у 90,3% хворих було виявлено різноманітний спектр порушень бронхіальної прохідності та легеневої вентиляції. Дослідження бронхіальної прохідності виявили знижені показники ФЗД на рівні великих бронхів – у 46,2% обстежених, на рівні середніх бронхів – у 76,9% пацієнтів, на рівні дрібних бронхів – у 92,3% хворих. Важливим став аналіз даних в залежності від порушень ФЗД у середині груп хворих з різним генезом захворювання. У I групі хворих на БА найвищим був відсоток пацієнтів з різкими генералізованими та значними змінами ФЗД – 13,1% та 34,8% відповідно. У III групі хворих на АХПС найбільшу частку становили пацієнти з помірними змінами ФЗД – 76,2%, тоді як у I групі та у II групі хворих на ХОЗЛ кількість обстежених з такими порушеннями була майже ідентична і становила відповідно 43,5% та 47,4%. Причому, найбільш виражена обструкція на рівні дрібних бронхів спостерігалась у хворих на БА та АХПС, тоді як у хворих на ХОЗЛ обструкція на рівні середніх та дрібних бронхів була рівновиражена.

Динаміка показників ФЗД після проведеного реабілітаційного лікування мала деякі відмінності для кожної групи хворих по відношенню до контрольних груп. Якщо у А п/групах приріст показників ФЗД носив незначний характер, а у II-А п/групі приріст швидкісних показників взагалі не констатувався, то у всіх В п/групах хворих він був значним, але найвираженішим – у I-В та III-В п/групах хворих. Це пояснюється тим, що вентолін є препаратом вибору саме у лікуванні БА. Цим і пояснюється високий приріст показників ФЗД у I-В та III-В п/групах і відповідно становив: ФЖЄЛ – 16,8% та 15,6%; ОФВ1 – 18,3% та 19%; ПОШвид – 16,5% та 13,9%. Приріст швидкісних показників був дещо вищий і становив: МОШ25 – 17,7% та 18,1%; МОШ50 – 19,6% та 20,5%; МОШ75 – 21,2% та 17,1%; МОШ25-75 – 19,4% та 20,1% відповідно у I-В та III-В п/групах. Таким чином, всі показники приросту ФЗД у I-В та III-В п/групах були рівнозначно високими у обох цих п/групах. Це свідчить про спорідненість обструктивного синдрому у хворих на БА та АХПС (табл.).

Динаміка показників ФЗД у хворих на БА, ХОЗЛ та АХПС

Показник	I група				II група				III група			
	I-A п/гр. n=14		I-B п/гр. N=15		II-A п/гр. N=12		II-B п/гр. n=10		III-A /гр. n=11		III-B п/гр. n=10	
	При- ріст	% до вих. рівня	При- ріст	% до вих. Рівня	При- ріст	% до вих. рівня	при- ріст	% до вих. рівня	При- ріст	% до вих. рівня	При- ріст	% до вих. рівня
ФЖЄЛ	8,2	8,9	16,8	22,6	6,6	9,2	9,8	14,2	3,8	5,3	15,6	23,9
ОФВ₁	2,1	2,3	18,3	26,1	1,8	2,3	12,4	18,0	6,5	9,4	19,0	32,5
ПОШ_{вид}	9,8	11,5	16,5	21,9	0	0	3,4	4,1	4,8	6,2	13,9	21,2
МОШ₂₅	5,7	7,7	17,7	28,1	0	0	0	0	0,4	0,6	18,1	34,8
МОШ₅₀	7,7	13,4	19,6	35,3	0	0	5,0	8,1	0,4	0,7	20,5	47,7
МОШ₇₅	0,4	0,7	21,2	42,7	0	0	3,0	5,6	0,1	0,2	17,1	43,0
МОШ₂₅₋₇₅	6,1	9,5	19,4	34,3	0	0	2,2	3,6	0,2	0,4	20,1	47,0

Що стосується II-B п/групи, у якій лікувались хворі на ХОЗЛ, то приріст показників ФЗД був незначний. Це свідчить про недоцільність використання небулайзерних інгаляцій вентоліна у лікуванні даної групи хворих.

Після реабілітаційного лікування також збільшилась кількість хворих з нормальними показниками ФЗД. Так, у I групі кількість хворих з нормальними показниками ФЗД збільшилась з 6,9% до 37,9%, а у III групі – з 4,8% до 33,3%.

Висновки. Проведений аналіз показників функції зовнішнього дихання свідчить про ефективність запропонованого методу реабілітаційного лікування у хворих на бронхіальну астму та Астма – ХОЗЛ перехресний синдром.

Література

1. Вишнівецький І.І. Диагностика и выбор стартовой терапии бронхиальной астмы в рекомендациях GINA 2014: новые акценты и вопросы, оставшиеся без ответа / И.И. Вишнівецький // Здоров'я України. – 2014. – № 3. – С. 9 – 11.
2. Толубаєв В.В. Проблемні аспекти аналізу епідеміологічних та фармакоекономічних даних при хронічних обструктивних захворюваннях легень / В.В. Толубаєв, О.М. Заліська // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2011. – № 2 (16). – С.42 – 47.
3. Фещенко Ю.І. Бронхиальная астма и хроническое обструктивное заболевание легких в свете новых рекомендаций / Ю.И. Фещенко // Здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 3 – 5.
4. Фещенко Ю.І. Доказательная медицина, как инструмент принятия решений в клинической практике / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, С.Г. Ищук // Український пульмонолог. журнал. – 2010. – № 2. – С. 53 – 56.
5. Шмелев Е.І. Бронхиальная астма в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких: стратегические проблемы терапии / Е.И. Шмелев // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://consilium-med.com/magazines/pulmo/article/9551>.
6. Яшина Л.А. Бронхиальная астма и ХОЗЛ: современный взгляд на сочетанную патологию / Л.А. Яшина // Астма та алергія.-2014.-№4.-С. 82 – 84.

7. Юдина Л.В. Устранение обострений бронхиальной астмы – просто и доступно / Л.В. Юдина // Астма та алергія. – 2014. – № 3. – С. 45 – 51.

В.С. Сухан

Использование ингаляционной терапии в лечении больных бронхиальной астмой с сопутствующим хроническим обструктивным заболеванием легких

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород

Введение. Астма - ХОЗЛ перекрестный синдром (АХПС) характеризуется персистирующим ограничением проходимости дыхательных путей с определенными признаками, которые характерны для БА, а также с определенными чертами, которые присущи для ХОЗЛ.

Цель. Проанализировать эффективность ингаляционного лечения у больных бронхиальной астмой с сопутствующим хроническим обструктивным заболеванием легких (перекрестный синдром).

Материалы и методы. Проведено исследование функции внешнего дыхания у 72 больных бронхиальной астмой, хроническим обструктивным заболеванием легких и перекрестным синдромом.

Результаты. При поступлении на реабилитационное лечение у 90,3% больных было обнаружены различные нарушения функции внешнего дыхания. После проведенного курса реабилитационного лечения была зафиксирована положительная динамика показателей вентиляции легких. Прирост показателей бронхиальной проходимости был самым высоким в группе больных бронхиальной астмой и перекрестным синдромом которые перед реабилитационным лечением принимали небулайзерные ингаляции вентолина. За разными показателями прирост ФЗД был в пределах от 13,9% до 21,2%.

Выводы. Проведенный анализ показателей функции внешнего дыхания свидетельствует об эффективности предложенного метода реабилитационного лечения у больных бронхиальной астмой с сопутствующим хроническим обструктивным заболеванием легких (перекрестный синдром).

Ключевые слова: больные, бронхиальная астма, ингаляционная терапия, хронические обструктивные заболевания легких.

V.S. Sukhan

Use of inhalation therapy in treatment of bronchial asthma patients with concomitant chronic obstructive pulmonary disease

Uzhgorod National University, Uzhgorod

Introduction. Asthma – COPD overlap-syndrome is characterized by persistent airway limitation of certain features that are characteristic of asthma, as well as some features that are unique to COPD.

Aim. To analyse the effectiveness of breathing treatment of patients with concomitant asthma with chronic obstructive pulmonary disease (overlap-syndrome).

Materials and methods. A study of respiratory function in 72 patients with asthma, chronic obstructive pulmonary disease and overlap-syndrome.

Results. At admission to breathing treatment, there were found various violations of respiratory function in 90.3% of patients. After a course of breathing treatment, positive dynamics of ventilation was recorded. The increase of airflow obstruction was the highest in the group of patients with bronchial asthma and cross syndrome who

received breathing treatment before Ventolin inhalation. According to different indices, FDD growth was in the range from 13.9% to 21.2%.

Conclusions. The analysis of indicators of lung function shows the effectiveness of the proposed method of breathing treatment in patients with asthma concomitant with chronic obstructive pulmonary disease (overlap-syndrome).

Key words: patients, bronchial asthma, inhalation therapy, chronic obstructive pulmonary disease,

Відомості про автора:

Сухан Вікторія Семенівна – к. мед. н., доцент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету. Адреса: 88000, м. Ужгород, вул. Собранецька, 148.

УДК 616.24-002

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016

Л. В. Юдіна¹, О. В. Денисова², С. І. Панчук²

**ЗАСТОСУВАННЯ АЗИТРОМІЦИНУ ПРИ
ІНФЕКЦІЙНОМУ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ**

¹Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ,

²ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Вступ. За даними різних авторів, від 5 до 30% всіх загострень БА пов'язане з розвитком гострої інфекції, викликаной атиповими збудниками - *S. pneumoniae* (СР-інфекція) і *Mycoplasma pneumoniae* (МР-інфекція). Азитроміцин - перший, і на сьогоднішній день єдиний антибактеріальний препарат, за допомогою якого офіційно дозволено проведення коротких 3-денних курсів терапії при інфекціях нижніх дихальних шляхів і при ряді інших захворювань бактеріальної етіології.

Мета. Оцінити клінічну ефективність і безпеку застосування азитроміцину в терапії хворих з інфекційним загостренням бронхіальної астми.

Матеріали та методи. Нами обстежені 26 хворих (16 жінок і 10 чоловіків) на бронхіальну астму легкого та середнього ступеня тяжкості, з наявністю ознак інфекційного загострення. Всім хворим призначали антибіотикотерапію азитроміцином по 500 мг (Азібіот, КРКА, Словенія) 1 раз на добу протягом 3 діб.

Результати. Проведене лікування вказувало на статистично достовірну ($p < 0.01$) позитивну динаміку всіх клінічних показників у спостережуваних хворих. До третього візиту у всіх хворих було досягнуто клінічного контролю бронхіальної астми, зменшилась еозинофілія мокротиння, знизилась інтенсивність кашлю, зникли прояви інтоксикації.

Висновки. Оцінюючи клінічну ефективність азитроміцину (АЗІБІОТ, КРКА, Словенія) при інфекційному загостренні бронхіальної астми в дозі 500 мг 1 раз на добу протягом трьох днів, можна рекомендувати цей препарат для застосування в подібних ситуаціях. Препарат добре переноситься, призначення 1 раз на добу оптимально для пацієнта, досить короткого курсу лікування що, безперечно, покращує комплаєнс.

Ключові слова: інфекційне загострення бронхіальної астми, азитроміцин, макроліди.