
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ СПЕЦІАЛІСТІВ З ПРОБЛЕМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ФТИЗІАТРІВ І ПУЛЬМОНОЛОГІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ІМЕНІ Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

МАТЕРІАЛИ III-го НАЦІОНАЛЬНОГО АСТМА-КОНГРЕСУ

6–7 жовтня 2009 р.

УКРАЇНА, КИЇВ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ
ІІІ-ГО НАЦІОНАЛЬНОГО АСТМА КОНГРЕСУ УКРАЇНИ

Співголови конгресу:

**Президент Академії
медичних наук України
О.Ф. Возіанов**

**Міністр охорони здоров'я
України
В.М. Князевич**

**Президент Конгресу
Ю.І. Фещенко**

Члени оргкомітету:

Ю.Г. Антипкін
Т.В. Бездєтко
В.М. Валуцина
О.П. Волосовець
В.К. Гаврисюк
Н.Г. Горовенко
М.І. Гуменюк
Р.М. Дехтярьова
О.Я. Дзюблик
Г.В. Дзяк
М.П. Жданова
Д.І. Заболотний
В.М. Коваленко
О.В. Коркушко
М.М. Кужко
В.Ф. Лапшин
І.С. Лемко
М.Т. Макуха
Н.Є. Моногарова
В.Ф. Москаленко
Ю.М. Мостовий
С.М. Недельська
О.М. Охотнікова
Т.О. Перцева
Б.М. Пухлик
Л.І. Романюк
Н.Д. Рудницька
С.С. Солдатченко
В.О. Юхимець
Т.Р. Уманець
Л.О. Яшина

Секретаріат:

Г.Л. Гуменюк
М.О. Полянська
І.В. Джавад
С.Г. Іщук
С.В. Палковський
Л.А. Савельєва
І.В. Бушура
Л.Ф. Антоненко

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ АМКЕСОЛА

АНАНЬКО С. Я.

Харьковский национальный медицинский
университет, кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Цель: изучить в эксперименте противоаллергическое действие комбинированного препарата — амкесола в виде сиропа (С-АКС) для лечения бронхо-легочной патологии в детской практике. С-АКС, в соответствии с входящими в него компонентами, обладает противовоспалительным, противоаллергическим, отхаркивающим и спазмолитическим действием.

Материалы и методы: работа выполнена на крысах линии WAG (Вистар) обоего пола массой 60,0–100,0 г, 2 и 3-х месячного возраста. Животные были распределены на 4 группы: 1 — интактный контроль; 2 — моделирование патологии; 3 — С-АКС на фоне патологии; 4 — препарат сравнения кетотифен на фоне патологии. Аллергию вызывали введением лошадиной сыворотки (ЛС) и вакцины АКДС. Через 7 дней сенсibilизации вводили С-АКС (0,9 мл/кг) внутривентрально в течение 7 дней.

Показателем изучаемого действия во всех постановках опытов служил процент зрелых и дегранулированных тучных клеток, выделенных из перитонеальной жидкости после окончания опыта.

Результаты. Аллергическая реакция у подопытных животных проявляется статистически достоверным по сравне-

нию с интактным контролем увеличением дегранулированных тучных клеток: у 1 месячных с $(0,6 \pm 0,8)$ до $(86,0 \pm 3,5)$, у 2 месячных с $(3 \pm 1,4)$ до $(88,0 \pm 4,7)$, у 3 месячных с $(2,5 \pm 1,0)$ до $(92,1 \pm 5,0)$. Количество целых тучных клеток соответственно уменьшается у 1 месячных с $(75,8 \pm 4,0)$ до $(2,3 \pm 1,2)$, у 2 месячных с $(79,8 \pm 6,4)$ до $(6,5 \pm 2,4)$, у 3 месячных — с $(88,2 \pm 5,8)$ до $(6,0 \pm 2,6)$.

При введении С-АКС отмечается статистически достоверное, но не полное восстановление целостности тучных клеток до уровня интактного контроля: у 1 месячных до $(63,6 \pm 1,19)$, у 2 месячных до $(68,6 \pm 2,13)$, у 3 месячных — до $(4,6 \pm 3,7)$. Отмеченный эффект С-АКС не уступает действию кетотифена, проявляя тенденцию к его повышению.

Выводы. Изученный препарат С-АКС обладает противоаллергической активностью в результате стабилизации лизосом тучной клетки и уменьшения выхода гистамина из клетки.

Рекомендации: наличие противоаллергического действия изучаемого комбинированного препарата С-АКС расширяет показания к его применению при бронхо-легочной патологии различного генеза.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

БАНАДИГА Н. В

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
кафедра педіатрії ФПО, м. Тернопіль*

Сутність atopічного маршу впродовж останніх років тісно увійшла в коло клінічних проблем педіатрії. Останнє обумовлює пошук вдосконалених підходів до профілактики та лікування atopічних захворювань з позицій запобігання трансформації однієї форми алергії у іншу. Оскільки, бронхіальна астма — є в більшості випадків генетично обумовлене захворювання, то важливість первинної та вторинної профілактики очевидна. Однак, нашу увагу привернули діти, в родинях яких у двох — трьох поколіннях не була зареєстрована atopічна патологія (зі слів батьків), а тому в більшій мірі у них мали значення зовнішні фактори.

Мета: обґрунтувати обсяг профілактичних заходів щодо запобігання виникнення бронхіальної астми у дітей з atopічним дерматитом.

Матеріали та методи: До групи обстежених увійшли 22 дітей віком від 8 місяців до 6 років із різними проявами atopії. Клінічний діагноз atopічного дерматиту та бронхіальної астми верифікований у відповідності до наказу МОЗ України № 767 від 27.12.2005 року, за результатами повного клініко-лабораторного обстеження. Окрім того, були використані спеціальні методи дослідження: 1) визначення рівня загального Ig E в сироватці методом імуноферментного аналізу; 2) визначення рівнів специфічних Ig E методом «ELISA» («педіатрична», «харчова-1, 2», «інгаляційні» панелі). Особливу увагу звертали на деталізацію даних анамнезу хвороби та спадковості; особливості харчування, гігієнічного догляду, побутові умови, в яких проживає сім'я.

Отримані результати: поглиблений аналіз клінічних особливостей перебігу алергічної патології у дітей з'ясував, що першим приводом звертання батьків (у віці 4–16 місяців) до лікаря стали зміни з боку шкіри, при цьому в більшості випадків воно було значно запізненим. Надалі у всіх обстежених був верифікований діагноз atopічного дерматиту, серед них: у 36,4% випадків — середньотяжкого та у 63,6% — тяжкого перебігу. Звертало увагу на себе те, що тривалий час діти не отримували адекватної терапії, оскільки застосовувались здебільшого не-медикаментозні засоби лікування. Прогресуючий характер шкірного синдрому зумовив звертання батьків за спеціалізованою допомогою. За даними анамнезу життя встановлено, що лише у 5 (22,7%) дітей в родині спостерігались випадки atopічних захворювань. За результатами алерготестування, яке на першому етапі включало «харчову» або «педіатричну» панель, стало очевидним, що для пацієнтів віком до 2 років причинно значимими були харчові алергени (білок коров'ячого молока, курячого яйця, м'яса). Загалом це узгоджується із загально визнаними положеннями щодо структури алергенів у цьому віці. Однак, прикро визнати і той факт, що при наявній клінічній картині atopічного дерматиту, діти, що знаходились на штучному

вигодовуванні, отримували гіпоалергенні (профілактичні) суміші, а не лікувальні. Така помилкова тактика дільничних педіатрів не зменшувала активності алергічного запалення, а тому залишалась загроза реалізації atopічного маршу.

Зважаючи на те, що у 31,8% хворих перші приступи ядухи з'явилися у віці ще до року, було доцільним вивчення ролі інгаляційних алергенів. В обстежених дітей, незалежно від того чи уже були, чи ні приступи астми, у всіх діагностовано підвищена сенсibilізація до окремих інгаляційних алергенів. Серед останніх частіше всього вирізняли, як причину антигени кліщів (*D. pteronyssinus* et *D. fannae*), далі антигени епідермісу тварин. При цьому, рівень специфічних Ig E був дуже варіабельний: від 3,5 до 100 і більше МО/л. Звертали на себе увагу результати про підвищену сенсibilізацію до різних типів грибків, що в значній мірі обумовлено незадовільними житловими умовами сім'ї. Виявлена висока сенсibilізація до інгаляційних алергенів фактично вирізняє стан, що передуює бронхіальній астмі. Комплексна терапія atopічного дерматиту у пацієнтів, згідно існуючого Протоколу, забезпечила хорошу клінічну динаміку, але у 54,5% хворих він все таки трансформувался у бронхіальну астму. Однак, з моменту формування респіраторного алергозу, у 66,6% дітей тяжкість дерматиту суттєво зменшилась, а у 33,4% хворих — залишалась попередньою. Саме пацієнти, батьки котрих звернулись за допомогою пізно, із тяжким перебігом генералізованих форм дерматиту, що рано були переведені на штучне вигодовування, а далі отримували неадекватне харчування склали групу тих, у яких бронхіальна астма виникла у віці до 1.5 року.

Висновок: несвоєчасні верифікація діагнозу та розпочата терапія atopічного дерматиту вирізняють неблагоприємний його перебіг та високу частоту трансформації у бронхіальну астму. Діагностована підвищена сенсibilізація до окремих інгаляційних алергенів у дітей із atopічним дерматитом (до появи ядухи) свідчить про високу ймовірність реалізації atopічного маршу, оскільки розширюється спектр причинних алергенів вже у другому півріччі першого року життя.

Рекомендації: дітям раннього віку із поширеними формами та тяжким перебігом atopічного дерматиту необхідно визначати рівень сенсibilізації до найбільш поширених не лише харчових, але й інгаляційних алергенів. Позитивні інгаляційні тести обумовлюють потребу лікувально-профілактичних міроприємств з метою запобігання виникнення бронхіальної астми. Поряд із комплексною терапією основного захворювання слід вдатися до санації житла, забезпечити адекватний догляд, проводити загартування дитини, розглянути потребу (відповідно з віковими особливостями) мембраностабілізуючої терапії.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

БЕЗДЕТКО Т. В., БОЛОКАДЗЕ Е. А.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины № 2

Цель: выявить нарушения углеводного обмена у больных с бронхиальной астмой (БА) на фоне терапии ингаляционными и системными кортикостероидами

Материалы и методы: обследовано 70 больных БА. 32 больных получали терапию ингаляционными кортикостероидами (1 группа), 38 больных получали терапию системными кортикостероидами (2 группа). Всем больным определяли body mass index (BMI), объем талии, объем бедер, артериальное давление (BP), липидный профиль, уровень глюкозы крови натощак и через 2 часа после приема пищи, HbA1c. Уровень инсулина определяли на иммуноферментном анализаторе «Personal Lab (Италия)» с использованием реактивов DSL (США). У всех больных проводили скрининг — типы с нагрузкой 50 г глюкозы per os.

Результаты: из 32 больных, получавших терапию ингаляционными кортикостероидами через 2 года у 3 развился сахарный диабет, у 2 обнаружены патологические отклонения

в липидограмме, у 2 развилось ожирение, у 6 артериальная гипертензия. Из 38 больных, которые получали терапию системными кортикостероидами у 8 развился сахарный диабет, у 12 обнаружены патологические отклонения в липидограмме, у 8 развилось ожирение, у 4 артериальная гипертензия. После лечения BMI у больных 1 группы составил $(3,16 \pm 0,3)$, $p > 0,05$, тогда как у больных 2 группы — $(4,47 \pm 0,25)$, $p > 0,05$; HbA1c у больных 1 группы — $(3,8 \pm 0,4)\%$, $p < 0,05$, а у больных 2 группы — $(7,5 \pm 0,9)\%$, $p > 0,05$, в сравнении с показателями до начала лечения.

Выводы: терапия БА ингаляционными кортикостероидами предпочтительна по сравнению с системными в плане развития метаболических осложнений (сахарного диабета, нарушений липидного профиля). У больных 2 группы увеличился риск перехода функциональной инсулинорезистентности в патологическую, что приводило к развитию осложнений и метаболических нарушений.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

БЕЗДЕТКО Т. В., ХИМИЧ Т. Ю., АВДЕЕВА Е. В.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины № 2

Цель исследования: изучить эффективность и протекторное влияние базисной терапии при бронхиальной астме (БА).

В течении 7 лет под наблюдением находилось 2031 больных БА различной степени тяжести: 520 (I гр.) — легкой персистирующей, 1005 (II гр.) — средней и 446 (III гр.) тяжелой.

При легкой персистирующей астме назначался ингаляционный кортикостероид Серетид 25/50 мкг 2 раза в сутки. Больные средней степени тяжести БА получали Серетид в дозировке 25/125 и 50/250 мкг 2 раза в сутки. При тяжелой форме БА использовались максимальные дозы ИГКС Серетид 25/250 мкг и 50/500 мкг 2 раза в сутки. В комплекс обследования входили: компьютерная спирография с анализом скоростных показателей «петля поток-объем», пикфлоуметрия; оценка симптомов заболевания пациентом и врачом по 10 балльной шкале.

Применение Серетид 25/50 мкг оказалось достаточно эффективным у больных I гр.: частота приступов дневной астмы уменьшилась с $(3,1 \pm 0,2)$ до $(0,98 \pm 0,3)$ в месяц ($p < 0,5$); приступы ночной астмы — с $(1,2 \pm 0,01)$ до $(0,05 \pm 0,01)$

в месяц ($p < 0,01$), оценка состояния в баллах снизилась с $(1,63 \pm 0,04)$ до $(0,3 \pm 0,03)$, ($p < 0,05$). Во II группе частота приступов удушья уменьшились с $(5,3 \pm 0,03)$ до $(1,2 \pm 0,02)$ в неделю ($p < 0,05$), приступы ночной астмы с $(2,1 \pm 0,02)$ до $(0,5 \pm 0,01)$ в неделю, увеличился ОФВ₁ на $(21,3 \pm 6,8\%)$; уменьшилась суточная вариабельность ПОС_{выд} с $(25,3 \pm 5,6)$ до $(17,5 \pm 3,8)\%$; уменьшилась потребность в β_2 -агонистов короткого действия. Оценка состояния в баллах снизилась с $(4,63 \pm 0,3)$ до $(2,68 \pm 0,1)$.

В III-й группе отмечено уменьшение частоты приступов дневной астмы с $(16,8 \pm 4,3)$ до $(7,4 \pm 3,8)$ в неделю, ночной астмы с $(4,8 \pm 3,4)$ до $(1,3 \pm 1,3)$ в неделю; увеличился ОФВ₁ на $(26,3 \pm 5,8)\%$; уменьшилась суточная вариабельность ПОС_{выд} с $(32,3 \pm 4,3)$ до $(21,2 \pm 3,8\%)$ ($p < 0,05$). Оценка состояния снизилась с $(6,68 \pm 0,9)$ до $(2,3 \pm 0,3)$ балла.

Таким образом, базисная терапия Серетидом обладает выраженным лечебным и протективным эффектом у больных бронхиальной астмой.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БЕЗДЕТКО Т. В., ПОЛЬЩИКОВА С. Л.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины № 2

Цель: исследовать показатели ионизированного кальция у больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), и оценить терапевтическую эффективность дилтиазема—антагониста кальция, при лечении АГ у больных БА.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 40 больных БА в сочетании с АГ, из них 25 женщин и 15 мужчин в возрасте от 32 до 67 лет, средний возраст составил $(47,8 \pm 2,3)$ лет. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести заболевания БА. Первую группу составили 5 (12,5%) больных БА легкой степени (БАЛ) контролируемой и частично контролируемой, в сочетании с АГ 1, 2, 3 степени. Вторую группу составили 20 (12,5%) больных БА средней степени (БАС) неконтролируемой и частично контролируемой,

в сочетании с АГ 1, 2, 3 степени. Третью группу составили 15 (37,5%) больных БА тяжелой степени (БАТ) неконтролируемой, в сочетании с АГ 1, 2, 3 степени. Проведено клиническое наблюдение, лабораторные исследования, компьютерную спирографию легких, во время наблюдения проводили ежедневное трехкратное измерение АД.

В результате исследования было выявлено, что назначение дилтиазема было эффективно у 80% больных, получавших дилтиазем. Препарат не оказывал влияния на бронхиальную проходимость.

Выводы: дилтиазем — антагонист кальция, ввиду хорошей переносимости, эффективности, обеспечивающий в большинстве случаев надежный контроль АД, может быть препаратом выбора при лечении АГ у больных БА.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ – ОСНОВА ЕЁ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

БЕЗРУКОВ Л. А., ОРТЕМЕНКА Е. П., КОЛОСКОВА Е. К.

Буковинский государственный медицинский институт,
кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Цель работы: предложить критерии фенотипических особенностей бронхиальной астмы у детей для обоснования индивидуализированной контролирующей терапии.

Материалы и методы. Проведено проспективное наблюдение за когортой из 700 детей раннего возраста с повторными эпизодами бронхообструктивного синдрома длительностью в 15 лет для выявления фенотипа раннего и персистирующего варианта бронхиальной астмы (БА) у детей. Для выявления фенотипов астмы у детей школьного возраста, отражающих тип и силу воспаления дыхательных путей, генетическую предрасположенность к развитию заболевания, гиперчувствительность дыхательных путей и atopическую реактивность организма, комплексно обследовано 286 детей, страдающих данным заболеванием.

Полученные результаты. Опыт 20-летнего использования согласительных протоколов в лечении бронхиальной астмы показал не только эффективность базисной терапии, но и высветил нерешенные вопросы в диагностике и лечении этого заболевания. Общим знаменателем для них следует признать недостаточную степень информативности клинических и суррогатных показателей тяжести заболевания, а также мониторинга, направленного на поддержание контроля. В большинстве случаев, видимо, это объясняется тем, что протокольное лечение предполагает лечение болезни как таковой без существенного учёта её фенотипических особенностей.

Накопленный нами опыт позволяет считать, что приблизительно у каждого второго ребёнка с повторными эпи-

зодами бронхиальной обструкции в раннем возрасте отмечается так называемая астма раннего начала, характеризующаяся транзиторным течением и не требующая длительной противовоспалительной терапии. В противоположность этому, у каждого пятого из этих детей определяется персистирующий фенотип заболевания, требующий агрессивной длительной противовоспалительной терапии. Риск персистирования БА (отношение шансов — ОШ) определяется констелляцией таких признаков, как проживание ребёнка в городской среде (4,3: 95% ДИ 2,2–3,4), наличие более 3-х эпизодов бронхообструктивного синдрома в течение 1 года (3,1: 95% ДИ 1,7–5,0), отягощенный atopический семейный анамнез по линии отца (2,7: 95% ДИ 1,2–8,4), положительный бронхорасширяющий эффект бета-агонистов быстрого действия (2,1: 95% ДИ 1,1–4,2) и резко положительные результаты кожных аллергопроб немедленного типа к домашней пыли (6,8: 95% ДИ 3,3–13,9). Последнее обуславливает актуальность использования "Аллерго Stop теста" (MIL Healthcare) с целью подтверждения экспозиции клещевого аллерегена в домашней пыли.

К фенотипическим особенностям бронхиальной астмы следует отнести также наличие так называемой эозинофильной и незозинофильной формы заболевания, требующих дифференцированного использования различных видов противовоспалительных препаратов. Так, назначение антигистаминного препарата третьего поколения ("Фрибрис"), обладающего противовоспалительным эффектом, повышает эффективность клинического контроля как при эозинофиль-

ной формі БА (САР=36,9)%, СОР=46,7)%, МКБ=2,7), так і при нейтрофільному її варіанті (САР=45,4)%, СОР=71,2%, МКБ=2,2). Це ж можна віднести до фенотипу "вираженого" запалення дихальних шляхів, при якому, поряд з показателями запального процесу, визначаються маркери руйнування білків, підвищують ризик ремоделювання бронхів. Так, вміст в конденсаті видихуваного повітря метаболітів оксиду азоту більше 40 мкмоль/л і показателі протеолітичної активності по лізису азоказеїну більше 1,3 мл/год, при моніторингу БА, спрямованому на підтримку контролю, вимагають або збереження обсягу лікування при контролюваній БА, або його збільшення при частковому контролюванні течії захворювання.

К фенотипам БА можна віднести особливості детоксикаційної системи і гіперреактивність бронхів, суттєво не пов'язану з запальним компонентом забо-

лювання. Так, наявність у дитини повільного типу ацетилювання слід розглядати як фактор ризику важкого персистируючого перебігу захворювання, а наявність вираженої гіперчутливості ($PC_{20H} < 0,5$ мг/мл гістаміну) з високою ймовірністю верифікує цей діагноз.

Висновки. При недостатньому контролі бронхіальної астми стандартної базисної терапією, цілорозумним слід вважати визначення її фенотипічних особливостей, що дозволяють підвищити ефективність контролюючого лікування.

Рекомендації. Накоплені дані дозволяють вважати, що для виявлення фенотипічних особливостей бронхіальної астми у дітей необхідно використовувати комплексний підхід у вигляді розроблених алгоритмів, в зв'язі з низьким ступенем правдоподібності окремих взятих діагностичних тестів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МОНІТОРИНГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ПІДСТАВІ ПОКАЗНИКІВ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

БЕЗРУКОВ Л. О., КОЛОСКОВА О. К., ВОРОТНЯК Т. М., БІЛОУС В. В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження: оцінити ефективність запропонованого алгоритму моніторингу бронхіальної астми для підтримки контролю над захворюванням у дітей шкільного віку.

Матеріали і методи. Обстежено 112 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які лікувалися у пульмонологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні № 1 м. Чернівці (середній вік склав $11,6 \pm 0,6$ року, частка хлопчиків становила 74,2%, частка сільських мешканців — 61,3%, тривалість захворювання — $(6,1 \pm 0,57)$ років). Всі діти проходили загальноклінічне обстеження й збирали конденсат видихуваного повітря, в якому досліджували вміст метаболітів оксиду азоту та протеолітичну активність за лізисом азоказеїну.

Отримані результати. На підставі результатів обстеження дітей, хворих на БА, встановлено, що вміст в конденсаті видихуваного повітря метаболітів оксиду азоту більший за 40 мкмоль/л та протеолітична активність за лізисом азоказеїну більша 1,3 мл/год можуть вважатися показниками виразного (сильного) запалення бронхів, а менші їх величини — свідченням помірного запального процесу бронхів при БА. Виходячи з цього, врахування активності запального процесу бронхів дозволяє обґрунтувати індивідуалізовану базисну терапію, особливо на етапі моніторингу БА з метою підтримки контролю. Розроблений алгоритм моніторингу БА з метою підтримки контролю над захворюванням з урахуванням рекомендацій Глобальної ініціативи з бронхіальної астми (GINA-2008) й показників активності запалення дихальних шляхів. Так, за контрольованої бронхіальної астми при виразному запаленні бронхів рекомендовано продовжити контролюючу терапію, а за помірного запального процесу — зменшити терапію на одну сходинку за рекомендаціями GINA-2008. За частково-контрольованої бронхіальної астми при виразному запаленні рекомендували

збільшити терапію на одну сходинку згідно рекомендацій GINA-2008 і при помірному запаленні бронхів — продовжити контролюючу терапію згідно рівня контролю.

Отже, згідно запропонованого алгоритму дій при лікуванні бронхіальної астми враховуються не лише клінічні ознаки контролю над захворюванням, але й активність запалення бронхів за показниками конденсату видихуваного повітря. Відмічено, що у хворих на БА при урахуванні запропонованого алгоритму порівняно з пацієнтами, які його не враховували, спостерігалось покращення контролю над захворюванням за такими ознаками як частота виникнення денних (зниження абсолютного ризику на 32,8%, відносного — на 59,6% при мінімальній кількості хворих, яких слід пролікувати для отримання позитивного ефекту терапії 3,0) і нічних симптомів БА (зниження абсолютного ризику на 3,1% та відносного — на 9,0% при мінімальній кількості хворих, яких слід пролікувати для отримання позитивного ефекту терапії 3,2) та частота застосування швидкодіючих β_2 -агоністів при потребі (зниження абсолютного ризику на 34,4% та відносного ризику на 76,0%, мінімальна кількість хворих, яких слід пролікувати для отримання позитивного ефекту терапії 3,0).

Висновки. Таким чином, удосконалення базисної терапії бронхіальної астми відповідно запропонованого алгоритму моніторингу дозволяє досягти та підтримати контроль над захворюванням у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, завдяки індивідуалізованому терапевтичному підходу.

Рекомендації. Отримані дані дають підстави вважати, що для досягнення та підтримки контролю над захворюванням у дітей слід застосовувати запропонований алгоритм моніторингу бронхіальної астми.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦІЄНТА ТА РОДИНИ

БЕЗРУКОВ Л. О., БОГУЦЬКА Н. К., ЧЕПУРА О. Я.

Буковинський державний медичний університет,
кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, м. Чернівці

Метою дослідження було вивчити клініко-параклінічні параметри перебігу бронхіальної астми (БА) в динаміці базисної терапії залежно від особистісних та сімейних психологічних характеристик.

Проведено комплексну оцінку показників клініко-алергологічного та спірографічного обстеження в поєднанні із даними психологічного дослідження дітей шкільного віку, хворих на БА, та їх родин, та в порівнянні оцінено їх діагностичну значущість щодо ефективності базисної терапії захворювання.

Методом простої випадкової вибірки обстежено 62 дитини із тяжким та середньотяжким персистувальним перебігом хвороби, оцінено дотримання вимог базисної терапії та рівень контрольованості захворювання. Частка неконтрольованого перебігу серед пацієнтів із тяжкою БА склала 81,5% проти 32,2% серед дітей із середньотяжким перебігом, частково контрольованої — 18,5% проти 57,1%, контрольованої — 0 та 10,7% відповідно.

Із недостатньою контрольованістю БА корелював достовірно лише показник ОФВ1 в періоді загострення ($r = 0,48$, $p < 0,01$), в той час як тяжкість БА за ранговими величинами корелювала із показниками ОФВ1 в періоді загострення ($r = -0,64$, $p < 0,000$), МОШ 25-75% ($r = -0,44$, $p < 0,002$), ОФВ1 до початку базисної терапії ($r = -0,43$, $p < 0,002$) та в ремісії на тлі базисної терапії ($r = -0,42$, $p < 0,02$), та, меншою мірою, із ФЖЕЛ ($r = -0,39$, $p < 0,006$). Низькі значення ОФВ1 саме при загостренні БА асоціювали із постійною наявністю інгалятора бронхолітика в дитини ($r = 0,41$, $p < 0,03$), середньою кількістю інгаляцій під час нападу ($r = 0,47$, $p < 0,01$) та застосуванням спейсера ($r = 0,47$, $p < 0,012$). Показник лабільності бронхів (ПЛБ) асоціював із потраплянням пацієнтів до ВРАІТ: за останньої умови він становив $37,4 \pm 26,3\%$ проти $23,5 \pm 19,3\%$, $p < 0,04$. Серед дітей, які постійно носили інгалятор бронхолітика із собою, відмічалися вищі значення ПЛБ ($r = 0,29$, $p < 0,05$). Нижчий рівень освіти матері слабко корелював із більш тяжким перебігом БА в дитини ($r = 0,30$, $p < 0,02$), а нижчий загальний рівень освіченості сім'ї — із гіршим ступенем контрольованості захворювання ($r = 0,29$, $p < 0,05$). В родин пацієнтів із тяжкою БА частіше відмічали проблемні аспекти у ставленні матері до сімейної ролі, що прямо корелювало із частішими інгаляціями бронхолітиків дитиною поза нападів БА ($r = 0,43$, $p < 0,006$), та надмірну емоційну дистанцію в стосунках матері й дитини, що знаходилась у кореляційній залежності із негативнішим ставленням дитини до необхідності щоденного прийому лікарських засобів ($r = 0,37$, $p < 0,02$) та усвідомленням матір'ю ймовірності загрози життю дитини через БА ($r = 0,42$, $p < 0,03$). Надмірна концентрація матері на дитині корелюва-

ла із меншою кількістю нападів БА на рік ($r = 0,34$, $p < 0,04$) та меншими величинами індексу бронхоспазму (ІБС) ($r = 0,48$, $p < 0,008$), кращою прохідністю бронхів за МОШ 25-75% ($r = 0,41$, $p < 0,03$). Відсутність оптимального емоційного контакту матері і дитини мала прямий кореляційний зв'язок із тяжким перебігом БА у пацієнта ($r = 0,32$, $p < 0,05$), хоча б одноразовим потраплянням дитини до ВРАІТ ($r = 0,41$, $p < 0,01$), а також констатацією виразніших змін у поведінці дитини, на думку батьків, з моменту встановлення діагнозу БА ($r = 0,48$, $p < 0,04$) та вищим ІБС в дитини ($r = 0,43$, $p < 0,02$). Встановлено прямий кореляційний зв'язок змін поведінки дітей із тяжким перебігом БА ($r = 0,33$, $p < 0,03$) та гіршим рівнем контрольованості захворювання ($r = 0,35$, $p < 0,03$). В родин пацієнтів із тяжкою БА відмічено тенденцію до зменшення соціально бажаного образу батьківського ставлення з максимальною кооперацією у стосунках, відмічено прямий кореляційний зв'язок високих балів "відторгнення" та вищих показників ІБД у пацієнтів ($r = 0,47$; $p < 0,01$). Високі бали за шкалою «авторитарної гіперсоціалізації» прямо корелювали із кількістю інгаляцій бронхолітика поза нападів БА в дитини ($r = 0,38$; $p < 0,02$). Вираженість алекситимії знаходилась у кореляційній залежності із середньою кількістю нападів на рік у дитини ($r = 0,36$; $p < 0,05$), а також негативнішим ставленням як до госпіталізації ($r = 0,37$; $p < 0,04$), так і до необхідності щоденного прийому ліків ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Високий рівень шкільної тривожності у цілому, та, насамперед, страх самовираження, корелювали із негативнішим ставленням до необхідності щоденного прийому лікарських засобів дитиною ($r = 0,43$; $p < 0,001$). Діти із низьким фізіологічним опором стресу частіше постійно носили інгалятор для екстреної допомоги ($r = 0,37$; $p < 0,005$). Загальний рівень шкільної тривожності вірогідно прямо асоціював із вищими показниками лабільності бронхів ($r = 0,36$; $p < 0,01$), в основному, за рахунок ІБД ($r = 0,42$; $p < 0,004$), насамперед, за нижчого рівня фізіологічного опору стресу в дитини (кореляційний зв'язок із ПЛБ: $r = 0,46$; $p < 0,001$; із ІБД $r = 0,38$; $p < 0,009$ та із ІБС: $r = 0,35$; $p < 0,02$). Високий рівень реактивної тривожності дитини був предиктором гіршої відповіді на тримісячну базисну терапію адекватними дозами інгаляційних глюкокортикостероїдів за даними кінцевого ОФВ1 ($r = -0,6$; $p < 0,02$). У дітей із тяжкою та неконтрольованою БА відмічена тенденція до переважання сенситивного, апатичного, егоцентричного, тривожного та іпохондричного типів реагування на хворобу та вірогідно частіший — неврастенічний. Отже, в хворих на персистувальну БА дітей шкільного віку відмічена залежність негативнішої налаштованості щодо дотримання вимог базисного лікування та відповідно його клінічної ефективності від особистісних та сімейних психологічних характеристик.

ПРОГНОЗУВАННЯ ХАРАКТЕРУ ПЕРЕБІГУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

БЕЗРУКОВА Т. Л., КОЛЮБАКІНА Л. В., ХІЛЬЧЕВСЬКА В. С.

Буковинський державний медичний університет,
кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, м. Чернівці

Дослідження останніх десятиліть свідчать про те, що у переважної кількості хворих на бронхіальну астму (БА) дебют захворювання припадає на ранній вік. Діагностика БА в цьому віці досить утруднена, особливо тяжко відмежувати початок БА від рецидивів обструктивного бронхіту на тлі частих гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ). Виходячи з цього, метою роботи було визначення прогностичних критеріїв бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку на тлі ГРВІ. Проведено багаторічне спостереження за 700 хворими, які в ранньому віці отримували стаціонарне лікування з приводу перших епізодів бронхіальної обструкції. Отримані результати аналізувалися методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Відмічено, що після комплексного лікування в стаціонарі повторні епізоди БОС спостерігалися тільки у $(44,6 \pm 1,9)\%$ хворих, причому у $(15,9 \pm 1,4)\%$ випадки БОС реєструвалися лише до 5-річного віку, у $(19,7 \pm 1,7)\%$ спостережень вони визначалися до 15-річного віку, а у $(9,0 \pm 1,1)\%$ випадків виникали і в дорослому віці. Діагнози, за якими здійснювалося диспансерне спостереження у дітей з рецидивами БОС, виявилися наступними: бронхіальна астма — 4,7%, рецидивний обструктивний бронхіт — 19,7%, гострий обструктивний бронхіт — 75,6%. Серед дітей, в яких наприкінці спостереження верифіковано БА, у $(26,5 \pm 1,7)\%$ випадків вона розцінювалась за тяжкістю захворювання як легка інтермітуюча, у $(42,4 \pm 3,7)\%$ як середньотяжка персистувальна, а у $(15,3 \pm 2,7)\%$ спостережень — як тяжка персистувальна. У процесі спостереження за дітьми з рецидивами БОС лише у $(13,1 \pm 2,3)\%$ випадків відмічено значне погіршення перебігу захворювання через те, що БОС виникав частіше та перебігав тяжче. У $(38,5 \pm 3,3)\%$ хворих спостерігалось помітне покращення, а у $(48,4 \pm 3,4)\%$ пацієнтів захворювання характеризувалось постійною тяжкістю. Слід відмітити, що у $(7,4 \pm 1,5)\%$ хворих визначалися рецидиви БОС після їх припинення впродовж 1-7 років, що дало підстави вважати, що тривала ремісія не є гарантією виліковування та підставою для вільного відношення до звичайних тригерних факторів.

Аналіз комплексного обстеження дітей раннього віку з бронхообструктивним синдромом при ГРВІ дозволив виділити групу показників, характерних для пацієнтів, у яких в подальшому реєструвалися повторні епізоди даного синдрому. Так, діагностична цінність окремих анамнестичних даних щодо повторних БОС після стаціонарного лікування в ранньому дитинстві виявилась наступною: вік дебюту БОС біля 3-4 років — чутливість (ЧТ) 26%, специфічність (СТ) 88%, передбачувана цінність позитивного результату (ПЦПР) — 68%, позитивне відношення правдоподібності (ВП+) дорівнює 2,2, негативне відношення правдоподібності (ВП-) — 1,2; міське помешкання — ЧТ 34%, СТ 83%, ПЦПР 66%, ВП+ 2,0, ВП- 1,25; сезонність виникнення БОС — ЧТ 8%, СТ 99%, ПЦПР — 89%, ВП+ 8,0, ВП- 1,08; позитивний сімейний алергологічний анамнез за обома родоводами — ЧТ 8%, СТ 99%, ПЦПР — 89%, ВП+ 8,0, ВП- 1,08; наявність супутньої алергійної патології у вигляді atopічного дерматиту — ЧТ 12%, СТ 97%, ПЦПР — 79%, ВП+ 4,0, ВП- 1,1. Показники співвідношення шансів 95% ДІ) розвитку в подальшому БА у дітей, які в ранньому віці отримували стаціонарне лікування з приводу БОС на фоні ГРВІ, для даних клінічних маркерів становили відповідно: 2,6 (1,2 — 5,4); 2,4 (1,2 — 4,7); 8,6 (1,1 — 70,2); 8,6 (1,0 — 70,0); 4,2 (1,2 — 15,2).

Отримані параметри діагностичної цінності анамнестичних даних дітей відображають їх високу специфічність та позитивну цінність передбачуваного результату, що асоціюють зі схильністю до повторних епізодів БОС.

Таким чином, стислий аналіз даних результатів багаторічного спостереження за дітьми, у яких в ранньому віці спостерігалися епізоди БОС, дає підстави розглядати цю популяцію хворих як когорту високого ризику щодо розвитку БА, а вказівки на супутню алергійну патологію з ознаками atopічного дерматиту, позитивний сімейний алергологічний анамнез за обома родоводами, сезонність виникнення БОС як чинники прогнозування повторних епізодів БОС.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

БЕЛОЗЕРОВА С. В., БЕНЬКО Е. Г., ГРИДАСОВА Л. Н.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», г. Харьков

Отделом научно-медицинской информации ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины» проведено информационное исследование, целью которого было определение современного состояния проблемы профилактики и лечения бронхиальной астмы (БА). Анализ научных публикаций (120 источников) дает общее представление о текущем состоянии проблемы:

- БА — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, которое в последнее время представляет глобальную проблему здравоохранения.

- По данным на 2008 год в мире насчитывается около 300 миллионов человек, страдающих этим заболеванием,

а к 2025 г. эксперты прогнозируют присоединение к ним еще 100 млн. человек.

- Распространенность астмы прямо пропорциональна показателям урбанизации населения и постоянно растет в странах с западным стилем жизни.

- Существует взаимосвязь между развитием астмы и социально-экономическим статусом человека: астма больше распространена в развитых странах, чем в развивающихся; среди малообеспеченных слоев населения в развитых странах, чем среди обеспеченных; среди обеспеченных слоев населения в развивающихся странах, чем среди необеспеченных.

- Увеличивается количество смертей среди лиц молодого возраста и детей.

- Астма из сугубо медицинской превратилась в социальную и экономическую проблему.

С 1998 года ежегодно под эгидой Всемирной организации здравоохранения и Всемирной организации «Глобальная инициатива против астмы» — GINA (Global Initiative for Asthma) проводится Всемирный день астмы с целью привлечения внимания мировой общественности к решению проблемы БА.

Приоритетным направлением, по мнению экспертов GINA, является первичная профилактика астмы. Для этого следует, прежде всего, снизить промышленное загрязнение воздуха, уменьшить распространенность активного и пассивного курения. Это признано сложнейшей задачей, для выполнения которой потребуются годы и десятилетия. В нашем исследовании данных о каких-либо значительных результатах по профилактике БА не обнаружено. Серьезные усилия направлены на оказание помощи уже заболевшим. Необходимым считается диагностика астмы на ранних стадиях, адекватное ее лечение и эффективный контроль.

Несмотря на то, что бронхиальная астма неизлечима, в настоящее время считается доказанным, что адекватное лечение позволяет контролировать клинические проявления заболевания — основные симптомы, нарушения сна, ограничения повседневной активности, нарушение функции легких, потребность в препаратах неотложной помощи.

Лекарственные препараты для лечения астмы делят на препараты, контролирующие течение заболевания (поддерживающая терапия) и препараты неотложной помощи (для облегчения симптомов). Препараты для поддерживающей терапии принимают ежедневно и длительно, так как благодаря своему противовоспалительному действию они обеспечивают контроль над клиническими проявлениями астмы. Препараты для облегчения симптомов принимают по потребности. Эти лекарственные средства действуют быстро, устраняя бронхоспазм и купируя его симптомы. При этом растущее использование, особенно ежедневное, пре-

паратов неотложной помощи указывает на ухудшение контроля астмы и потребность в пересмотре терапии.

Специалисты отмечают, что для успешного лечения астмы необходимо развитие сотрудничества между пациентом и медицинскими работниками. Цель такого сотрудничества — дать возможность пациенту с астмой приобретать знания, навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Такой подход получил название управляемого самоведения.

За последние 10 лет снижение мировых показателей смертности от БА связывают с увеличением использования ингаляционных кортикостероидов в таких регионах, как Скандинавия, Великобритания, Ирландия, Западная Европа и Аргентина. В то же время публикуются данные о том, что в Западной Европе заболеваемость от астмы удваивается каждые два-три десятилетия. Основная проблема состоит в том, что больные люди не выздоравливают, многие становятся инвалидами или умирают в результате непрерывного прогрессирования болезни.

Основная тема Дня астмы 2009 года — «Ты можешь контролировать астму у своего ребенка». GINA выбрала приоритетом детей. Эксперты подчеркивают, что до сих пор не ясно, как можно предупредить возникновение заболевания. С целью профилактики развития БА у детей предлагается отказ родителей от курения с самого начала беременности, оберегание ребенка от пассивного курения, отказ от применения антибиотиков без четких показаний для сохранения иммунной системы ребенка.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что в настоящее время профилактика, предупреждение развития бронхиальной астмы остается нерешенной задачей, а эффективность лечения, основной целью которого является контроль над БА, представляется недостаточной. Бронхиальная астма наносит огромный экономический ущерб. Выгоднее выделять средства на лечение и профилактику астмы, чем игнорировать эту проблему. Эффективная борьба с астмой невозможна без активного участия государства.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПЫЛЬЦЕВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

БЕЛЯЕВА С. Н., ЮСУПАЛИЕВА М. М., ГОВОРУН М. И.

Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова», г. Ялта

Поллинозы, широко распространены во всех странах и не имеют тенденции к снижению. При тяжелом течении поллиноза у 10-30% больных может развиваться пыльцевая бронхиальная астма.

Основными принципами лечения поллинозов является полная элиминация аллергена, предсезонная специфическая иммунотерапия (СИТ) и фармакотерапия в период обострения. Эффективным методом считается СИТ. В процессе СИТ снижается тканевая чувствительность к аллергену, уменьшается специфическая гиперреактивность тканей к различным медиаторам, уменьшаются признаки аллергического воспаления. Тормозится прирост специфических ИГ Е, а после повторных курсов нарастает его снижение. По данным ВОЗ эффективность СИТ при поллинозе составляет 80–90%, при БА — 70–75%.

На Южном берегу Крыма в зимне-весенний период наблюдается поллиноз к пыльце кипариса. Элиминационная терапия для местных жителей далеко не всегда возможна.

Цель исследования — изучить эффективность предсезонной СИТ больным кипарисным поллинозом с клиническими проявлениями бронхиальной астмы.

Материалы и методы

Для проведения СИТ использовали аллерген, изготовленный на предприятии «Иммунолог» (г. Винница) из пыльцы кипариса вечнозеленого, собранного в г. Ялта. Аллерген представляет собой прозрачный, светло-желтый, нетоксичный водно-солевой раствор белково-полисахаридных комплексов, выделенных из пыльцы методом экстракции раствором Эванса. Консервант — фенол. Ph = 6,5–7,2. В 1 мл препарата 8000–12000 PNU.

Суть метода заключається в введенні поступово збільшуваних кількостей алергену до досягнення дози, дозволяючої добитися клінічного стану, при якому експозиція причинного алергену не буде викликати алергосимптоматику.

У больових, якими проводиться СІТ, повинен бути підтверджено ІГ Е-опосередований характер АЗ і спостережене його проявлення. У обстежених місцевих жителів методом прик-тесту доведено роль алергену кипариса в виникненні весняного полінозу. Спосіб введення алергену і схема терапії вибирається в кожному конкретному випадку. Нижче наведено схему передсезонної СІТ, проводимої з жовтня — листопада 2007 до лютого 2008 г. місцевим жителям, яким підтверджено кипарисний поліноз з тривалістю захворювання від 1 до 10 років.

Алерген в розведенні 10–6 і 10–5 вводиться підкожно в дозу 0,2 — 0,4 — 0,8 мл щодня. В розведенні 10–4 — в дозі 0,2–0,4 — 0,8 через день. Далі слід розведення 10–3 і 10–2 в дозі 0,2 — 0,4–0,8 через 2 дні. Розведення 10–1 — в дозі 0,1–0,2–0,3–0,4–0,5–0,6–0,7–0,8 з інтервалом 7 днів.

Результати

Результат лікування відмінний і хороший. В першому випадку повністю або майже повністю відсутні симптоми, об'єктивні симптоми захворювання в період цвітіння

кипариса, не вимагалося жодного лікування навіть симптоматичного. Во другому — значно зменшилася ступінь вираженості симптомів, різко скоротилася період обострення захворювання, прийом ліків — епізодичний. Аналіз ефективності СІТ при різних симптомах полінозу виявив найбільш позитивну динаміку з боку рино-кон'юнктивальних проявів і бронхоспазму. У 6 з 10 больових ці симптоми відсутні, у однієї больової повністю купіровалася цефалгія. СІТ не мала впливу на прояви сезонного дерматиту.

Слід відзначити, що в 2008 г. сезон «цвітіння» кипариса оцінювався як слабкий.

Заключення

Виробництво алергену кипариса на Україні дозволяє своєчасно виявити осіб, чутливих до цього виду рослин, і проводити передсезонну СІТ. Це стосується не тільки місцевих жителів, але і приїжджаючих на відпочинок весною і літом в анамнезі полінозу к рослинам з роду *Cupressaceae* і близькородственого роду *Taxodiaceae*.

СІТ тим ефективніше, чим в більш ранні терміни від початку захворювання почато її проведення. Лікування проводиться звичайно 3–5 років, після чого досягається стійкий клінічний ефект.

ПОМИЛКИ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ: ПОГЛЯД КРИЗЬ ПРИЗМУ ЧАСУ

БЕШ Л. В., МАЦЮРА О. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львівський міський дитячий алергологічний центр

Історія лікування бронхіальної астми (БА) — це не лише історія великих досягнень, але й багатьох, нерідко непоправних помилок. І, напевне, найбільшим розчаруванням стали роки захоплення хірургічними методами її лікування. Тоді як найбільшим успіхом можна вважати створення інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС). Однак, і сьогодні існують проблеми, які породжують помилки в лікуванні даної патології, передусім це: складності в постановці своєчасного діагнозу особливо в найменших дітей; складності у виборі схеми лікування; варіант "трудної" астми, яка погано піддається терапії; проблеми співпраці між усіма учасниками лікувального процесу.

Відомо, що донині не існує єдиних підходів до трактування бронхообструктивного синдрому (БОС) в педіатрії не лише в Україні, але й у світі, залишаються до кінця не розробленими критерії диференціальної діагностики цілого ряду респіраторних захворювань, які перебігають з симптомами бронхіальної обструкції. В січні 2008 року опублікований практично перший документ, який дає чіткі рекомендації стосовно діагностичного і лікувального алгоритму при БА у наймолодших дітей — PRACTALL (PRACTICAL ALLERGOLOGY), над яким тривалий час працювали експерти Європейської академії алергології і клінічної імунології і Американської академії алергології, астми та імунології і який нарешті опублікований. Визнаючи, що ранній вік є власне найбільш критичним часом для розвитку БА, документ робить свій основний висновок, який нас мало тішить: не існує єдиного рецепту щодо постановки діагнозу БА у дітей раннього віку. Немає специфічних маркерів та потрібне тривале спостереження, ретельна диференціальна діагностика. Однак, з другого боку за умови типової клініки не треба боятися діагностувати БА навіть у дитини грудного віку і досягти

до трьохрічного віку стійкого контролю хвороби, аніж у цьому віці мати дитину, яка отримує соціальну допомогу з причини важкої БА.

На жаль, навіть за умови вчасної діагностики БА не завжди правильно вирішується питання щодо обсягу її базисної терапії. Чому? Перш за все тому, що не існує однієї думки відносно того: коли починати терапію?

Об'єм базисного лікування визначається важкістю астми. Нині доведено, що у разі важкого перебігу хвороби обов'язковим є застосування ІГКС. Але, на жаль, пацієнти з важкою БА не завжди їх отримують. І навіть, якщо отримують, то часто в мінімальних дозах, що не дозволяє досягти контролю над хворобою. Якщо призначення середніх доз ІГКС не дозволяє контролювати хворобу, ми знову стоїмо перед проблемою вибору терапевтичної тактики. Існують дві можливості: або підвищити дозу ІГКС, або додати до ІГКС інші ліки (β_2 -агоністи тривалої дії, антилейкотрієнові препарати, теофіліни).

Які ліки можемо додати? На жаль, існують певні вікові обмеження. До досягнення дворічного віку ми працюємо без альтернативи, маючи лише один вихід — підвищення дози ІГКС, з 2 до 5 років — можемо додати антилейкотрієнові препарати. Значно більше можливостей з'являється у нас після досягнення п'ятирічного віку, коли ми нарешті можемо ввести в лікування пролонговані β_2 -агоністи.

І ще одне питання неоднозначно трактується сьогодні: коли і в який спосіб відставляти базисну терапію? Не існує чітких рекомендацій, все залежить від нашого мистецтва лікування і вміння працювати з хворим.

Слід визнати, що навіть за умови правильного призначення терапевтичного комплексу, ми не можемо бути повністю задоволені результатами лікування БА. Найчастіше

проблема полягає в недотриманні лікарських рекомендацій, неадекватному виборі інгаляційного засобу і неправильному проведенні інгаляції.

Таким чином, не все так просто в дитячій астмі сьогодні. Нині умови, в яких доводиться працювати лікарям, швидко змінюються. Зараз багато говорять про різні фенотипи астми, про астму як системне захворювання... Іншими слова-

ми, астма і сьогодні залишається великою загадкою. Немає золотих ліків. Є лікар, хвороба і пацієнт. У кожному конкретному випадку ми мусимо зрозуміти і опанувати БА. І попри опрацювання нових протокольних стандартів її діагностики і лікування, ми не можемо лікувати всіх однаково. Тут продовжує працювати золоте правило медицини: «лікувати не хворобу а хворого».

КЛІНІКО–МЕТАБОЛІЧНІ ЗМІНИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

БІЛАК В. М., ЧОНКА Я. В., СОКОЛОВ М. І., ТИМЧАК Н. М., РЕШЕТАРЬ О. І.

Ужгородський національний університет, кафедра дитячих хвороб, м. Ужгород
Українська алергологічна лікарня смт. Солотвино Закарпатська обл.

Метою роботи було дослідити клініко–метаболічні зміни у дітей, хворих бронхіальною астмою в залежності від важкості перебігу та стану ремісії захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 дітей хворих бронхіальною астмою (БА). Серед них 30 дітей були з легким перебігом, 30 — середньо–важким перебігом захворювання. В стані стійкої ремісії знаходились 20 дітей, інші — в стані нестійкої ремісії.

Стан метаболічного гомеостазу вивчали за активністю наступних показників — первинні та проміжні продукти перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): ізольовані подвійні зв'язки (ІПЗ), дієнові конюгати (ДК), гідроперекиси (ГП) в мембранах еритроцитів за Овсянниковою Л. М., з співавт. (1999 р.), ма-лоновий діальдегід (МДА) в сироватці хворих за тестом з тіобарбітуровою кислотою за Гаврилов Б. В., Гаврилова А. Р., Мажуль М. Л. (1987 р.). Систему антирадикального захисту досліджували за вмістом в еритроцитах крові ферментів супероксиддисмутази (СОД) по Misra H. P., Fridovich I., (1972). Рівень оксиду азоту вивчали по його стабільним метаболітам (NO₂/NO₃) в сироватці крові по Green L. C., з використанням реактиву Грісса. Результати досліджень оброблені з допомогою пакету статистичних програм "Excel".

Результати досліджень та обговорення. Установлено, що при легкому перебігу захворювання у 71,4% дітей спостерігається зниження в 1,3–2,1 разів вмісту стабільних метаболітів оксиду азоту в сироватці крові в порівнянні з здоровими дітьми ($p < 0,05$). У всіх хворих з середньо–важким перебігом захворювання спостерігалось більш виразне (1,5–2,9) разів зниження рівня NO₂/NO₃ ($p < 0,05$ — 0,001) в сироватці крові. Стійка ремісія захворювання характеризу-

валась зростанням рівня стабільних метаболітів оксиду азоту в 1,3–1,5 разів.

Низькі показники метаболітів оксиду азоту супроводжуються зростанням як первинних (ІПЗ, ДК, ГП) сполук в 3,2–2,5 разів ($p < 0,01$ — 0,05) так і вторинних (МДА) сполук ліпідної пероксидації переважно у хворих з середньо–важким перебігом та в стані нестійкої ремісії захворювання.

Порушення в системі ендогенного оксиду азоту, перекисного окислення ліпідів призводить до зниження показників антирадикального (СОД) захисту дитячого організму в 1,2 — 2,6 разів ($p < 0,05$), що сприяє подальшому перебігу хронічного алергічного процесу.

Висновки. Таким чином, у дітей хворих бронхіальною астмою, на фоні хронічного запального процесу спостерігаються істотні клініко–метаболічні порушення які залежать від важкості перебігу захворювання та формують глибину ремісії.

Метаболічні зрушення характеризуються зниженням в 1,3–2,9 разів рівня оксиду азоту в сироватці крові дітей хворих бронхіальною астмою і є більш вираженими у дітей з середньо–важким перебігом захворювання та в стані нестійкої ремісії.

Важкість перебігу захворювання, період нестійкої ремісії хвороби супроводжується дисбалансом в системі перекисного окислення ліпідів та можливостей антирадикального захисту у дітей хворих бронхіальною астмою.

Рекомендації. Виявлення метаболічних особливостей перебігу бронхіальної астми у дітей, в залежності від важкості захворювання та стану ремісії хвороби, надає можливість їх корекції за рахунок раціонального та індивідуалізованого призначення як протизапальної так і метаболітотропної терапії.

ВЛИЯНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

БОГАЦКАЯ Е. Е., БАБЕНКО В. Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия,
кафедра факультетской терапии и эндокринологии,
кафедра терапевтической стоматологии

Цель исследования: Изучить влияние длительной базисной терапии ингаляционными кортикостероидами (ИГКС) на течение генерализованного пародонтита (ГП) у больных бронхиальной астмой (БА)

Материалы и методы: Всего обследовано 135 больных, из которых персистирующей БА разной степени тяжести страдали 111 человек; 24 больных составили контрольную группу, имели ГП без сопутствующей БА. Всем больным проводилось

спирометрическое обследование, осмотр стоматолога с изучением клинического стоматологического статуса (индекс гигиены ОНІ-S, проба Шиллера-Писарева, стойкость капилляров по Кулаженко, индекс кровоточивости SBI, РМА (С.Ратта, 1960) и ПИ (Russel, 1956) изучение состояния местного иммунитета (IgA, sIgA), фагоцитарной активности, метаболических (активность ферментов СДГ, α — ГФДГ), цитохимических изменений.

Средний возраст больных БА составил $(40,79 \pm 1,20)$ года. Все больные БА были разделены на 3 группы, в зависимости от базисной терапии. 1-я группа 50 больных принимающих ИГКС, средняя длительность лечения ГКС была $(4,07 \pm 2,32)$ года. Больные принимали ИГКС от 1 до 10 лет. 2-я группа — 28 больных БА в качестве базисной терапии применяли системные ГКС в дозе 5–10 мг/сутки в течение 0,5–20 лет. Средняя длительность приема системных ГКС составила $(5,94 \pm 3,21)$ года. 3-я группа — 24 больных БА не принимавшие ГКС. В качестве базисной терапии у них был ежедневный прием бронходилататоров.

Полученные результаты: Из обследованных 111 больных БА признаки ГП разной степени тяжести выявлены у 102 человек, что составило 91,89%. В отличие от контрольной группы больных с ГП, больные БА, принимавшие ГКС предъявляли очень скудные жалобы или их не было вовсе. Пародонтологические индексы и пробы имели максимальное значение у больных с ГП без БА и в группе больных БА не принимающих ГКС. У пациентов

1-й и 2-й групп диагностировалась слабо выраженная воспалительная реакция в тканях пародонта, не зависимо от степени тяжести выраженности ГП. В тоже время тяжесть метаболических, цитологических и морфологических изменений была высокой во всех группах обследованных. Наиболее выраженные изменения выявлены у больных, принимающих системные ГКС, статистически достоверно отличающиеся от показателей в 1-й и 4-й группах обследованных.

Выводы: Больные, страдающие БА, являются группой риска развития ГП. ГП у больных БА протекает в более тяжелой форме, но с менее выраженными воспалительными изменениями. Из-за отсутствия ярких клинических проявлений и жалоб больные БА не склонны посещать стоматолога. Наиболее тяжелое течение ГП наблюдается у больных БА, принимающих системные ГКС или не принимающих адекватной противовоспалительной терапии БА. Больные БА, находящиеся на базисной терапии ИГКС, подвержены развитию ГП, однако он протекает в более стертой форме, чем при других видах базисной терапии БА.

Рекомендации: У больных БА высокая заболеваемость ГП, который протекает со слабо выраженной воспалительной реакцией при выраженной активности процесса. Все больные БА должны находиться на диспансерном учете и проходить превентивное лечение не только у пульмонолога, но и у стоматолога.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

БОЙКО М. Г., БОЙКО Д. М., МОТОРНА Н. М.,
КУЛИК Л. Г., ВІРЬОВКА А. С., ОВЧАРЕНКО В. Р., БОЙКО О. С.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра фтизіатрії, м. Полтава
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

Наявність чітких документів по діагностиці та лікуванню бронхіальної астми (БА) (Наказ МОЗ України №128, 2007; GINA, 2007) не завжди дозволяє чітко проводити диференційну діагностику, особливо з такою патологією як хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), за умови тяжкого перебігу та під час загострення БА, що відповідно сприяє труднощам у призначенні базисного лікування та подальшого ведення пацієнта. Проведення спірометрії, навіть за умови значних порушень функції дихання у хворих на БА, а саме — при загостренні, може бути виконана у більшості пацієнтів (Silverman R.A., Flaster E., Enright P.L., et al. 2007). Значення спірометрії та тесту на зворотність бронхіальної обструкції дозволяє у комплексному, проблемно орієнтованому обстеженні пацієнта визначити ступінь тяжкості загострення та зробити цілий ряд диференціально-діагностичних висновків. Вимірювання об'єму форсованого видиху за першу секунду (FEV1) у порівнянні з піковою об'ємною швидкістю є більш точним та має кращу відтворюваність (Pellegrino R., Viegi G., Brusasco V., et al. 2005; Перцева Т.А., Конопкіна Л.І., 2008).

Метою нашої роботи було провести порівняльний аналіз результатів тесту на зворотність бронхіальної обструкції за показниками FEV1 з використанням салбутамолу у вигляді інгаляцій (400 мкг) та розчину салбутамолу для небулювання у дозі 2,5 мг у хворих з БА під час загострення.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження виконано на базі пульмонологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського та

пульмонологічного кабінету. У дослідженні прийняло участь 42 хворих на тяжку персистуючу БА та персистуючу БА середнього ступеня тяжкості в стадії загострення. Серед них було 22 чоловіки та 20 жінок, а середній вік склав (39 ± 13) років. Встановлення діагнозу БА, ступеня тяжкості загострення та призначення базисного лікування було відповідно Наказу МОЗ України № 128 (2007) та рекомендацій GINA (2007). Термін спостереження склав 14 днів. Хворих розподілили на дві групи по 21 особі в кожній. Група I отримувала при проведенні тесту на зворотність бронхіальної обструкції салбуталом (Вентолін, GSK) у вигляді інгаляцій у дозі 400 мкг через спейсер, тоді як Група II — розчин салбутамолу (Вентолін, GSK) 2,5 мг за допомогою компресорного небулайзера (Pari Boy, Німеччина). Хворим виконано спірометрію з бронходилатативним тестом під час первинного огляду та через 14 днів. Усім хворим проведені загальноклінічні методи дослідження, включаючи спірографію з визначенням FEV1 на апараті Spiro USB, Micro Me-dical Ltd (Великобританія).

Розподіл основних показників відрізнявся від нормального, тому нами були використані непараметричні методи описової статистики, а саме: U критерій Мана — Утні, Вілкоксона для парних порівнянь, χ^2 . Числові дані представлені у вигляді медіани (Me) та числових параметрів 25 і 75 квартилі 25%; 75%. Відмінності вважалися статистично достовірними при ($p \leq 0,05$).

Результати дослідження. Більшість пацієнтів перед проведенням тесту вживали препарати з бронхолітичними властивостями у значних кількостях. Сперед обстежених

осіб 81 % (34/42) мали загострення БА середнього ступеня тяжкості та 19 % (8/42) тяжке загострення БА. В Групі I, де для проведення фармакотесту з сальбутамолом у вигляді інгаляцій у дозі 400 мкг, зворотність бронхіальної обструкції склала 9 % (122 (98; 124) мл), тоді як при небулюванні сальбутамолу у дозі 2,5 мг (Група II) приріст FEV1 склав 17 % (214 (198; 260) мл) ($p < 0,024$). Порівнювані дози сальбутамолу у Групі I та

Групі II не можна вважати рівноцінними, але для діагностики БА з загостренням середнього та тяжкого ступеня більш прийнятним є використання сальбутамолу у вигляді небулювання у дозі 2,5 мг, що обумовлено особливостями перебігу захворювання. Застосування даної методики дозволило у одного пацієнта зняти попередній діагноз ХОЗЛ II стадії та діагностувати тяжку персистуючу БА із загостренням середнього ступеня.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

БОНДАРЕНКО* С. В., ГРИДАСОВА Л. Н., БЕНЬКО Е. Г., БЕЛОЗЕРОВА С. В.

* Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра терапии и курортологии ГУ «Институт терапии имени Л. Т. Малой АМН Украины», г. Харьков

Проблема бронхиальной астмы является одной из наиболее актуальных в современной пульмонологии в связи с ростом её распространённости и тяжести течения.

Лечение больных, страдающих бронхиальной астмой, должно быть комплексным и включать как симптоматические, так и патогенетические методы воздействия.

Для устранения бронхоспазма (в сочетании с базисной терапией), снижения сенсибилизации, получения противовоспалительного действия широко применяются физические методы лечения, которые одновременно позволяют избежать побочных эффектов и осложнений, присущих фармакотерапии.

Физиотерапия широко применяется как неотложная помощь в период приступа в виде всевозможных аэрозолей высокой и средней дисперсности. В домашних условиях применяются медицинские банки, горчичники, горячие ножные ванны.

В постприступном периоде рекомендуется использовать лекарственный электрофорез по общей методике Вермеля или эндоназально.

Например, электрофорез магния оказывает спазмолитическое и седативное действие, повышает активность холинэстеразы, функцию коры надпочечников. При этом заметно улучшается общее состояние больных, повышается эмоциональный тонус, снимаются или значительно уменьшаются астматические проявления, улучшается характер внешнего дыхания. Также для электрофореза можно использовать адреналин, кальций, эуфиллин, никотиновую кислоту, папаверин, димедрол.

Поскольку блокирующее влияние на патологическую импульсацию, поступающую из зоны бронхолегочной системы в высшие отделы центральной нервной системы, оказывают импульсные токи низкой частоты, то рекомендуется осуществлять лекарственный электрофорез указанных препаратов с помощью диадинамических или синусоидальных модулированных токов. Оптимальным является следующее расположение электродов: катод — область грудины, анод — межлопаточная область.

Лечебный эффект можно существенно усилить, включив в лечебный комплекс ультрафонофорез гидрокортизона по полям (паравerteбральные, межреберные, подключичные), хлоридные натриевые ванны.

С целью повышения защитных сил, гипосенсибилизации организма желателен проводить УФ-эритемное облучение грудной клетки полями.

Сочетание бронхиальной астмы и бронхита требует включения в лечебный комплекс УВЧ- или ДМВ-терапии (в зависимости от стадии воспаления) на область грудной клетки.

Больным бронхиальной астмой с психоневротическими наложениями целесообразно проводить лечение импульсными прямоугольными токами по методике электросна.

Таким образом, методы физиотерапии дают возможность существенно оптимизировать лечение больных бронхиальной астмой и заслуживают самого широкого применения у больных с данной патологией.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ (БА) У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)

БУДОВСЬКА Л. О., КОСТРЮКОВА Л. М., ФІЛОНЕНКО К. М.

Луганський державний медичний університет Кафедра внутрішньої медицини № 3

Взаємозв'язок прогресування ІХС і БА виникає на підставі деяких загальних моментів патогенезу: формування вторинної легеневої артеріальної гіпертензії підвищує навантаження на праві відділи серця і ліве передсердя, чим погіршує стан коронарного резерву, що посилює ішемію міокарду обох шлуночків і веде до прогресуванню коронарної та легеневої

серцевої недостатності. Все це формує синдром взаємного клінічного обтяження.

Метою дослідження було визначення клінічних особливостей перебігу БА, поєднаної з ІХС.

В клініці нами досліджено 126 хворих на БА, з них чоловіки склали 53 (42%) хворих, жінки — 73 (58%). У 69

(54,7%) хворих діагностована БА легкого ступеня (I і II ступеня), у 57 (45,3%) хворих — середньої тяжкості і тяжка БА (III і IV ступенів). У 35 (28%) від загальної кількості досліджених хворих на БА середньої тяжкості та тяжку) відзначалось поєднання з ІХС. Середній вік хворих на БА у поєднанні з ІХС складав — (52,33 ± 1,27) років. Слід відзначити, що у віковій групі хворих на БА 50–60 років поєднання БА з ІХС зустрічалося на 13,7% частіше. У хворих на БА у поєднанні з ІХС спостерігались наступні форми ІХС: дифузний кардіосклероз — у 112 (89%), стенокардія напруги — у 14 (11%) хворих.

Таким чином, у хворих із середньотяжкою та тяжкою БА частіше зустрічались безболісові форми ІХС. При детальному визначенні скарг у хворих на тяжку БА, окрім нападів

ядухи, часто спостерігалось диспное, що, скоріше, було проявом атипічного клінічного перебігу коронарного синдрому при ІХС. Останнє часто сприймалося хворими як напад ядухи і призводило до більш частого використання бронхолітиків, β_2 —агоністів. У 15 (12%) хворих на БА у поєднанні з ІХС, прийом бронхолітиків, β_2 —агоністів, гіпоксія, очевидно, обумовлювали появу порушень серцевого ритму у вигляді тахікардії, шлуночкової екстрасистолії.

Отже, клінічні особливості перебігу БА у поєднанні з ІХС, потребують необхідності ранньої діагностики ІХС, проведення терапії з урахуванням супутньої кардіальної патології, а також пошуку нових, патогенетично обґрунтованих схем і засобів терапії.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ЕСТЬ ЛИ ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ?

БУДОВСКАЯ Л. А.

Луганський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 3

Среди заболеваний системы органов дыхания бронхиальная астма (БА) относится к наиболее распространенным. Функциональная взаимозависимость систем дыхания и кровообращения обуславливает частое сочетание БА с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС). Наиболее часто БА сочетается с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (ИБС). Сочетание БА с патологией СССР — одно из наиболее частых, клинически разнообразных и тяжелых, котороеотягощает их течение и обуславливает поиск сходных патогенетических звеньев.

В настоящее время БА трактуется как хронический воспалительный процесс слизистой дыхательных путей, что приводит к развитию бронхиальной обструкции и гиперреактивности бронхов в ответ на стимулы различной этиологии [Фещенко Ю. И., 2004]. В основе воспаления при БА лежит дисбаланс иммунной системы с перестройкой иммунного ответа с превалированием его по Th2 типу и стимуляцией продукции медиаторов воспаления и различных провоспалительных цитокинов, таких как ФНО α , интерлейкин-1 (ИЛ1), ИЛ4, ИЛ9. Продукция цитокинов стимулируется продуктами

метаболизма оксида азота, гиперпродукцией эйкозаноидов с выраженным бронхо- и вазоконстрикторным эффектом.

Сходные нарушения иммунного статуса обнаружены и у пациентов с ИБС. На системное воспаление как причину атерогенеза указывает повышение уровня С-реактивного белка обнаруженный у пациентов с различными формами ИБС, который позитивно коррелировал с атерогенными фракциями липопротеидов очень низкой плотности. Повышенный уровень тромбоксанов активировал и стимулировал адгезию тромбоцитов, что существенно ухудшало микроциркуляторные показатели пациентов. Развитие оксидантного стресса, повышение уровня метаболитов оксида азота, нарушение продукции цитокинов с про- и противовоспалительной активностью, иммунный дисбаланс — все эти патогенетические звенья являются общими для БА и ИБС, однако особенности их взаимодействия остаются изученными недостаточно. Дальнейшее углубление представлений о механизмах коморбидности этих заболеваний будет способствовать разработке их дифференцированного лечения и внедрения новых методов своевременной коррекции выявленных нарушений.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ СЕРЕД ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ВАЛЕЦЬКИЙ Ю. М., ВАЛЕЦЬКА Р. О., ДОРЕЦЬКИЙ В. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Волинська філія кафедри сімейної медицини. м. Луцьк

Мета дослідження: вивчити розповсюдженість бронхіальної астми серед хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання.

Для вирішення поставленої задачі ми проаналізували, на предмет наявності супутньої патології, медичну документацію всіх хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання, які були поставлені з цього приводу на облік у Волинському обласному протитуберкульозному диспансері в 2000–2008 роках. За цей період (9 років) діагноз вперше діагностованого туберкульозу органів дихання був встановлений 5 614 жителям Волинської області (у 2000 році — 540 випадків, у 2001–555 випадків, у 2002–593 випадки, у 2003 — 587 випадків, у 2004 — 621 випадок, у 2005–681 випадок, у 2006–725 випадків, у 2007–667 випадків, у 2008–645 випадків). Чоловіків було 3 611 (64,32%), жінок—2 003 (35,68%). Міських мешканців було 2 300 (40,97%), сільських — 3 241 (57,73%), без визначеного місця проживання — 73 (1,30%). Вік хворих коливався від 18 до 75 років, у середньому (43,45 ± 3,25) років.

Нами встановлено, в 2000 році із 540 хворих, у яких був вперше діагностований туберкульоз органів дихання, на бронхіальну астму хворіли 20 (3,70%) чоловік; у 2001 році із 555 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 21 (3,78%) чоловік; у 2002 році із 593 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 23 (3,88%) чоловік; у 2003 році із 587 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 23 (3,92%) чоловік; у 2004 році із 621 хворого на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 25 (4,03%) чоловік; у 2005 році із 681 хворого на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 28 (4,11%) чоловік; у 2006 році із 725 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 30 (4,14%) чоловік; у 2007 році із 667 хворих на вперше

діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 29 (4,35%) чоловік; у 2008 році із 645 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання на бронхіальну астму хворіли 30 (4,65%) чоловік. Отже, із 5 614 хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання, які були виявлені протягом останніх 9 років (2000 — 2008 роки), бронхіальна астма, як супутня патологія, мала місце у 229 пацієнтів (4,08%). З них у 21 (9,17%) особи обидва захворювання діагностовані одночасно, а у інших 208 (90,83%) пацієнтів стаж бронхіальної астми становив від 1 до 39 років (у середньому — (11,43 ± 0,96) років); 1-у ступінь бронхіальної астми мали 28 (12,23%) хворих, 2-у ступінь бронхіальної астми мали 129 (56,33%) хворих, 3-ю ступінь бронхіальної астми мали 66 (28,82%) хворих, 4-у ступінь бронхіальної астми мали 6 (2,62%) хворих.

Висновки: 1. Розповсюдженість бронхіальної астми серед хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання останні роки (2000 — 2008) у Волинській області становить (4,08 ± 0,08%).

2. Останні роки спостерігається стійка тенденція до зростання розповсюдженості бронхіальної астми у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання у Волинській області; за останні 9 років вона збільшилась на 20,44%.

3. Розповсюдженість бронхіальної астми у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання майже у 8 разів вища ніж в загальному по Україні.

4. Є потреба в подальшій розробці заходів по профілактиці туберкульозу у хворих на бронхіальну астму.

Рекомендації: 1. Хворим на бронхіальну астму слід щорічно проводити профілактичні рентгенологічні обстеження та дослідження харкотиння на мікобактерії туберкульозу, а при виникненні сумнівів щодо туберкульозу і частіше.

2. Хворим на туберкульоз із супутньою бронхіальною астмою слід проводити комплексну протитуберкульозну терапію (згідно категорії) у поєднанні з адекватною терапією (ступінчастою) бронхіальної астми.

ДОКСОФІЛЛІН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ВАТАНСЬКА І. Ю., ОЛЕНИЦЬКА О. С., СУХОПЛЮЄВА Н. І., МЯКОТКИНА Г. В., КОЗЛОВА Н. В. ГОНЧАРОВ С. П., ЖЕЛЕЗОВСЬКА О. О.

Луганський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 2, Обласна клінічна лікарня, м. Луганськ

Метою нашого дослідження є вивчення ефективності комбінованої терапії бронхообструктивного синдрому у хворих на персистуючу бронхіальну астму (БА) середньої тяжкості без супутньої серцево-судинної патології із використанням доксофіліну (Аерофіліну) та інгаляційних бронхолітиків у порівнянні з монотерапією інгаляційними бронхолітиками.

В дослідженні приймали участь 30 хворих у віці 38–72 років, чоловіків — 23, жінок — 7. Хворі лікувались у пульмо-

нологічному відділенні Луганської обласної клінічної лікарні. Для дослідження системи перекисного окислення ліпідів-антиоксидантного захисту (ПОЛ-АОЗ) у конденсаті вологи видихнутого повітря (КВВП) визначали показники загальної оксидантної (ЗОА) та антиоксидантної активності (ЗАА) (Камышников, 2004).

І групу склали 11 чоловіків, 4 жінки, середній вік — (53,3 ± 2,6) років, середня тривалість захворювання — (15,9 ± 1,4) років.

II групу складали 12 чоловіків, 3 жінки, середній вік — $(55,7 \pm 2,4)$ років, середня тривалість захворювання — $(15,6 \pm 1,5)$ років.

У пацієнтів з БА в період загострення діагностувався системний оксидантний стрес, виразність якого зростала зі збільшенням ступеня тяжкості хвороби. Так, у пацієнтів на БА 3 ступеня показник ЗОА був у 59,5 разів вищим за референтну норму ($P < 0,05$), ЗАА — в 2,5 разів, коефіцієнт ЗОА/ЗАА — також у 27,3 раза.

Пацієнти I групи крім інгаляційних бронхолітиків отримували аерофілін по 400 мг 2 рази на добу.

Хворі II групи на протязі періода лікування отримували традиційну інгаляційну бронхолітичну терапію.

Лікування з використанням доксофіліну було більш ефективно, ніж застосування лише базисної терапії. Так,

у хворих II групи після лікування ЗОА дещо зменшувалась, але залишалась підвищеною при порівнянні з референтною нормою, коефіцієнт ЗОА/ЗАА продовжував перевищувати референтну норму у 19,5 разів, що свідчило про збереження місцевого окислювального стресу. При застосуванні доксофіліну показник ЗОА у КВВП був в 3,8 рази менший за аналогічний показник пацієнтів, які отримували лише базисну терапію. Коефіцієнт ЗОА/ЗАА також знизився, але дещо перевищував референтну норму.

Таким чином, додавання аерофіліну до інгаляційної бронхолітичної терапії дозволяє значно зменшити виразність бронхообструктивного синдрому, покращити функцію дихання і оптимізувати контроль захворювання у хворих на БА.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ЕРИТРОЦИТІВ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ПРИ ПОЄДНАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

ГАВРИЛОВ А. О.

Луганський державний медичний університет

В останні роки в умовах дії на організм людини багатьох негативних факторів — екологічних, професійних, спадкових тощо у пацієнтів в більшості випадків має місце розвиток коморбідної патології, зокрема, бронхіальної астми (БА) у поєднанні із артеріальною гіпертензією (АГ). В основі патогенезу БА лежить дисбаланс Т-хелперів II типу із розвитком хронічного запалення у трахеобронхіальному дереві. Поряд із локальними проявами запальний процес в організмі хворих на БА має системні ознаки із розвитком системного оксидативного стресу, системними порушеннями метаболізму клітин. Системний оксидативний стрес розвивається і при наявності АГ. В його умовах суттєво підвищується продукція кінцевих метаболітів оксиду азоту, що самі активують вільнорадикальні процеси. Проте, не тільки значна продукція вазоконстрикторних сполук, таких як лейкотрієни і тромбоксани, під впливом системного оксидативного стресу при БА і АГ створює умови для порушення мікроциркуляції. Це може погіршувати просування еритроцитів по мікросудинам та створювати феномен «спаджу» еритроцитів, що також порушує мікроциркуляцію та може обтяжувати перебіг обох захворювань. Проте, при достатній деформованості клітин крові порушень мікроциркуляції не відбувається.

Мета роботи — дослідити вміст кінцевих метаболітів оксиду азоту (NO_x), сорбційну здатність еритроцитів (СЗЕ) та їх середнього корпускулярного об'єму (MCV) у хворих на БА, поєднану із АГ як факторів порушення деформованості еритроцитів.

Матеріал і методи дослідження. Об'єктом дослідження були 87 осіб хворих на персистуючу бронхіальну астму, що лікувалися у алергологічному відділенні із загостренням захворювання, у середньому віці ($38,6 \pm 2,4$) років та терміном захворювання — ($17,8 \pm 1,9$) років. Чоловіків було 39 (44,8%), жінок — 48 (55,2%). Діагноз БА і ступінь тяжкості хвороби та обсяг лікування встановлювалися згідно рекомендацій наказів МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. та № 128 від 19.03.2007 р. Ступінь АГ визначали згідно Рекомендацій по лікуванню артеріальної гіпертензії (2007), розробленим робочою групою по лікуванню артеріальної гіпертензії Європейського суспільства по вивченню гіпертонії (ESH) та Європейського кардіологічного суспільства (ESC). Рівень NO_x у сироватці крові та СЗЕ визначалися у відповідності з описаними методиками, MCV — із застосуван-

ням апарату K-1000 фірми «Systech» (Японія). Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб у віці до 30 років.

Результати дослідження. Серед пацієнтів із персистуючим перебігом БА II-III ступенів АГ I-II ступіня виявилася у 28 осіб (32,2%). Відповідно до наявності АГ всі пацієнти із БА були розподілені на 2 групи: в I групу (59 осіб) увійшли хворі без АГ, II (28 хворих) — склали пацієнти із виявленою АГ.

У пацієнтів із персистуючим перебігом БА без АГ при надходженні до стаціонару СЗЕ у 1,5 рази перевищувала аналогічний показник осіб контрольної групи, а перед випискою — дорівнювала належним значенням. У хворих II групи СЗЕ була у 1,8 рази більше при порівнянні із контрольними значеннями та у 1,2 рази перевищувала аналогічний показник пацієнтів I групи. У середні терміни стаціонарного лікування при застосуванні тільки базисних засобів СЗЕ у хворих II групи вірогідно зменшувалася, але контрольних значень не набувала.

У хворих I групи MCV на 9,4% ($P < 0,05$) перевищував аналогічний показник у здорових осіб і вірогідно знижувався наприкінці лікування до значень референтної норми. У хворих II групи MCV у період загострення був вищим на 14,3% за контрольні значення та на 4,5% — за аналогічний показник пацієнтів із БА, що не мали підвищеного артеріального тиску. Наприкінці курсу стаціонарного лікування MCV зменшувався, але контрольних значень не набував.

Концентрація NO_x у хворих на БА без супутньої АГ у період загострення БА у 2,4 рази перебільшувала показник здорових осіб, при виписці із стаціонару знижувалася у 1,6 рази ($P < 0,05$), проте, референтної норми не досягала. У хворих II групи рівень NO_x у сироватці крові на 13,9% був вищим, ніж у пацієнтів I групи, а після лікування знижувався в меншому обсязі — всього у 1,3 рази і також не досягав референтної норми.

Таким чином, у хворих на БА у поєднанні із АГ виявляється більш значною, ніж у пацієнтів із БА без підвищеного артеріального тиску, сорбційна здатність еритроцитів та MCV, підвищена продукція кінцевих метаболітів оксиду азоту, які не нормалізуються призначенням тільки базисних та гіпотензивних засобів. Це свідчить про більш активні процеси вільнорадикального окислення та гіршу здатність еритроцитів до деформації при просуванні по мікросудинам у хворих на БА із супутньою АГ, що може провокувати мікроциркуляторні порушення та ускладнювати перебіг обох захворювань.

ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕАКЦІЯ ОРГАНІВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ НА ГАЛОАЕРОЗОЛЬТЕРАПІЮ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ГАЙСАК М. О., ДИЧКА Л. В., ЯКОВЕНКО Н. А., МАЛИНОВСЬКА В. Г.

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

За даним епідеміологічних досліджень, бронхообструктивний синдром є одним із найбільш частих позаастрових проявів

гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та функціонального гастроезофагеального рефлюксу (ГЕР). ГЕРХ

виявляється майже у половини хворих на бронхіальну астму (БА) та у 75% пацієнтів з хронічним кашлем. При цьому дисфункції органів травлення асоціюються переважно з важким перебігом БА і ускладнюють лікування основного захворювання.

Мета дослідження: Вивчити вплив галоаерозольтерапії (ГАТ) на функціональний стан органів травлення у хворих на бронхіальну астму (БА).

Матеріали і методи: У 32 хворих на БА вивчена функціональна реакція органів гастродуоденальної зони на сеанс галоаерозольтерапії (ГАТ) із застосуванням високодисперсного аерозолі кам'яної солі. Розроблений алгоритм дослідження, згідно якого стан органів травлення оцінювався до сеансу ГАТ, а також одразу, через 30 і 60 хв. після сеансу ГАТ. Застосований неінвазивний метод, який ґрунтується на фракційному дослідженні сечі. В кожній порції вимірювалася активність та обчислювався дебіт альфа-амілази, рН, титраційна кислотність сечі (ТКС) (В.Ф.Щеколюдкін, 1989), хвилиний діурез та їх динаміка.

Отримані результати: Проведені дослідження показали, що реакція органів травлення в цілому полягала в стимуляції виділення кислого шлункового секрету, гідрокінетичної та екболічної функції підшлункової залози. При цьому у певного відсотку хворих (19,4-35,5%) реакції на сеанс ГАТ не спостерігалось (табл.1). Як правило, це пацієнти з високими показниками активності процесу травлення (підвищена активність α -амілази, ТКС, низький рН сечі). Слід зазначити, що суттєвого зниження досліджуваних показників не спостерігалось.

В середньому по групі реакція окремих показників функції органів травлення на сеанс ГАТ проявлялася наступ-

ним чином: найшвидше зростала ТКС (через 12,35 хв.), дещо пізніше — рН (через 20 хв.), екболічна та гідрокінетична функції підшлункової залози — через 23,75 та 38,75 хв. відповідно. При цьому за ступенем підвищення найбільш суттєво змінювались показники функціонального стану підшлункової залози (табл. 2).

Спостерігається закономірність — чим вища активність зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, нижче рН сечі, більш виражене зміщення рівноваги кислого та лужних (жовч, секрет підшлункової залози, кишечника) в кислу сторону, тим більша вірогідність ранньої реакції на сеанс ГАТ. Чим нижче показники, які відображають активність процесів травлення, тим пізніше виникає реакція.

Висновки: Проведені дослідження показали, що сеанс ГАТ викликає складну, переважно стимулюючу реакцію органів гастродуоденальної зони — шлунку, підшлункової залози, що зумовлює необхідність її корекції з метою підвищення ефективності ГАТ. З врахуванням того, що реакція органів травлення залежить від їх функціональної активності, виявлені хронобіологічні закономірності можуть стати підґрунтям для розробки методики диференційованого питного застосування мінеральних вод з вираженими буферно-антацидними властивостями при проведенні ГАТ з метою превентивної корекції можливих її ускладнень.

Рекомендації: Проведені дослідження підтвердили необхідність гастроентерологічного обстеження у хворих на БА при проведенні ГАТ з метою усунення та попередження можливого її стимулюючого впливу на функціональний стан органів травлення

Таблиця 1. Розподіл хворих на БА за характером функціональної реакції органів травлення на сеанс галоаерозольтерапії

Показники	Відсутність реакції на ГАТ (% хворих)	Виникнення функціональної реакції після сеансу ГАТ (% хворих)		
		одразу	через 30 хв.	через 60 хв.
Активність альфа-амілази	35,5 ± 8,6	19,4 ± 7,1	25,8 ± 7,8	19,4 ± 7,1
Дебіт альфа-амілази	19,4 ± 7,1	12,9 ± 3,4	35,5 ± 8,6	32,3 ± 8,4
рН	19,4 ± 7,1	51,6 ± 9,0	19,4 ± 7,1	9,7 ± 5,3
ТКС	25,8 ± 7,8	48,4 ± 9,0	19,4 ± 7,1	6,5 ± 4,4

Таблиця 2. Особливості функціональної реакції органів травлення на сеанс галоаерозольтерапії у хворих на бронхіальну астму

Показники	До сеансу ГАТ	Після сеансу ГАТ		
		одразу	через 30 хв.	через 60 хв.
Активність альфа-амілази, мг (год*мл)	23,4 ± 5,5	26,3 ± 5,5	23,6 ± 4,4	18,4 ± 2,7
Дебіт альфа-амілази, мг/(год*мл)	396 ± 91	538 ± 135	661 ± 203	577 ± 127
рН	6,14 ± 0,14	5,90 ± 0,14	6,21 ± 0,18	6,22 ± 0,14
ТКС, мл 0,1н НСІ	0,36 ± 0,04	0,43 ± 0,04	0,30 ± 0,06	0,25 ± 0,05
Діурез, мл/хв.	0,73 ± 0,08	1,16 ± 0,11	1,09 ± 0,14	1,39 ± 0,21

ПОЛІВАЛЕНТНА СЕНСИБІЛІЗАЦІЯ ДО ПОБУТОВИХ І ПИЛКОВИХ АЛЕРГЕНІВ: АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ ТА БРОНХІАЛЬНА АСТМА

ГОГУНСЬКА І. В.

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка АМН України»,
Центр алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів

Мета даного дослідження — вивчення сенсibilізації до алергенів у хворих на алергічний риніт і алергічний риніт у поєднанні з бронхіальною астмою, та встановлення зв'язку між сенсibilізацією до алергенів, віком, статтю та послідовністю розвитку захворювань при комбінації риніту з бронхіальною астмою.

Матеріали та методи. В ретроспективному дослідженні проаналізували результати алергологічних проб 5240 пацієнтів, які проходили обстеження та лікування в центрі алергологічних захворювань верхніх дихальних шляхів та вуха ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України» протягом 2006-2008 років. Діагностичні шкірні проби про-водились уколом (prick test) з поширеними в Україні алергенами виробництва Вінницького ТОВ «Імунолог» (Україна). Для постановки Prick-test використовували стандартні набори побутових (набори домашнього пилу, Der-matofagoideus pteronissimus, Der-matofagoideus farinae), епідермальних, пилоквих алергенів, які містять в 1 мл 10 000 PNU. Методику виконання Prick-test та оцінку результатів проводили згідно інструкції.

Середній вік пацієнтів становив $(25,6 \pm 6,2)$ років, переважали особи з 16 до 40 років — 73,3%. Чоловіків було 42,4%, жінок — 57,6%.

Статистична обробка виконувалась за непараметричними методами статистики.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених у центрі алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів та вуха виявлено 1590 хворих на алергічний риніт з сенсibilізацією до побутових та пилоквих алергенів, що склало 30,3% від загальної кількості хворих. У 40% цих пацієнтів алергічний риніт поєднувався з бронхіальною астмою. Алергічний риніт з полівалентною сенсibilізацією до побутових та пилоквих алергенів зустрічався з однаковою частотою у вікових групах 16-30 років та 31-40 років та вірогідно рідше у віковій групі 41-55 років.

Ми виявили вірогідну залежність між віком та захворюваністю на бронхіальну астму у сполученні з алергічним ринітом з сенсibilізацією до побутових та пилоквих алергенів. Найчас-тіше бронхіальна астма зустрічалась в молодшій віковій групі (з 16 до 30 років) — у 45,5% та у віці від 31 до 40 років (38,2%). У пацієнтів віком від 41 до 55 років частота БА була вірогідно рідшою ($P < 0,05$).

Типовим було зменшення рівня сенсibilізації до усіх алергенів з віком. У пацієнтів віком 40-55 років вірогідно рідше виявляли позитивні реакції до комбінації побутових та пилоквих алергенів. В молодшій віковій групі від 16 до 30 років вірогідно частіше виявляли сенсibilіза-цію до комбінації побутових алергенів та алергенів бур'янів.

Таким чином, побутові алергени відіграють основну роль в розвитку бронхіальної астми. Та-касама тенденція спостерігається у пацієнтів з алергічним ринітом, у переважній частині яких виявляють сенсibilізацію до комбінації побутових та пилоквих алергенів — у 62,6%, до комбінації побутових алергенів — у 31,1%. Сенсibilізацію тільки до пилоквих антигенів виявляють у незначної кількості хворих з алергічним ринітом — у 6,3%.

У значної кількості хворих на полінози (38,7%) виявляють сенсibilізацію також до комбінації побутових і пилоквих алергенів, що також може сприяти розвитку бронхіальної астми.

Ми провели опитування пацієнтів з алергічним рині-том та супутньою бронхіальною астмою про послідовність розвитку захворювань. Серед осіб з сезонною бронхіальною астмою та ринітом в 45,2% випадків алергічний риніт виник першим; у 33,7% астма виникла першою; у 21,1% обстежених обидва захворювання розвинулись одночасно. Серед пацієнтів з цілорічною бронхіальною астмою в 38,9% випадках риніт виникав першим, у 29,9% — астма виникла першою, у 29,4% — обидва захворювання розвинулись одночасно. Також в процесі опитування виявилось, що 10% хворих не зверталися за допомогою до алерголога більше 10 років, 30% — до 3 років та більше 60% від 3 до 10 років.

В обох групах асоційованого захворювання частіше розвитку астми передувал алергічний риніт. Ми не виявили вірогідної різниці між послідовністю виникнення захворювання у групі хворих з алергічним ринітом з сенсibilізацією до побутових та пилоквих алергенів та алергічним ринітом з БА, крім того, що в останній групі частіше обидва захворювання маніфестували одночасно — 29,4% проти 21,1% ($P < 0,05$).

Визначена нами послідовність розвитку асоційованого захворювання свідчить про єдиний патогенетичний механізм розвитку алергічного риніту і бронхіальної астми та неабияке значення у їх виникненні полівалентної сенсibilізації до побутових та пилоквих алергенів.

Проведені нами дослідження дозволяють заключити, що алергічний риніт у переважній кількості пацієнтів передую розвитку бронхіальної астми або розвивається з нею одночасно. Лише у третини пацієнтів астма виникає першою.

Аналіз строки звертання за спеціалізованою алергологічною допомогою показує, що своєчасне звертання має місце лише у 30% хворих, в той час як більш ніж 60% пацієнтів звертається за допомогою в строки від 3 до 10 років, що призводить до більш частих ускладнень у вигляді бронхіальної астми. Пізні звертання не дає можливості лікарям-алергологам своєчасно розпочати специфічну імунотерапію, яка може суттєво змінити хід алергічного захворювання та зменшити кількість пацієнтів, які страждають тяжкими формами алергічного риніту та бронхіальної астми.

СУБЛІНГВАЛЬНА СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ ПРИ Ig E – ОПОСЕРЕДКОВАНІЙ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ГОЛОВИН Р. Р.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, кафедра клінічної імунології та алергології
Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ»

Специфічна імунотерапія, зокрема сублінгвальна (СЛІТ), є найсучаснішим та найефективнішим патогенетичним методом лікування atopічної бронхіальної астми (БА) у дітей, завдяки якій клінічні прояви астми регресують.

Мета: провести аналіз ефективності лікувально-профілактичної сублінгвальної імунотерапії (СЛІТ) при Ig E – опосередкованій бронхіальній астмі у дітей.

Матеріали і методи: за 5 років (2004–2008 рр.) в обласному дитячому пульмо-алергологічному відділі ЛОДКЛ "ОХМАТДИТ" 391 дитині проведено СЛІТ при різних алергопатологіях: в т.ч. 262 дітям — СЛІТ в драже та 129 — ін'єкційна СЛІТ.

Аналіз IgE: у всіх дітей, відібраних для проведення СЛІТ був підвищений рівень IgE щодо вікової норми. Вік дітей становив від 3 до 18 років.

Ефективність СЛІТ оцінювалася на основі динаміки клініко-лабораторних показників захворювання. Всім дітям проведено аналіз клініко-анамнестичних даних, спірографію, рівня загального сироваткового IgE та шкірних алергопроб (близько 50 кожній дитині) за допомогою прик-тесту з використанням стандартизованих алергенів підприємства «Імунолог» м. Вінниця. При загостренні БА — проведено аналіз крові на специфічні IgE методом імуноблоту.

СЛІТ проводилася тільки етіологічно-значущими алергенами в драже побутовим або пилковим мікстом підприємства «Імунолог» м. Вінниця. По мірі нарощення дози СЛІТ поступово зменшувалася доза базисної терапії інгаляційними глюкокортикостероїдами (іГКС).

Результати: за 5 років 391 дитині проведено СЛІТ: в т.ч. 262 дітям — СЛІТ в драже та 129 — ін'єкційна СЛІТ при різних алергопатологіях. Щороку частка СЛІТ в драже щодо всієї проведеної СЛІТ зростає. Причому, тільки за 2008 рік із 108 дітей, які отримали СЛІТ — 82 дітям проведено СЛІТ в драже, що складає 76% від всієї призначеної специфічної імунотерапії. Із 262 дітей, які отримали СЛІТ при різній алергопатології — СЛІТ в драже проведена 211 дітям при бронхіальній астмі, що складає 81%. Драже побутовим мікстом отримали 200 дітей при БА (94,7%), решта 11 дітей (5,2%) — драже пилкового міксту.

Із 211 дітей — у 175 дітей (82,9%) астма поєднувалася з алергічним ринітом, а у 36 дітей (17,1%) — із алергічним ринітом та atopічним дерматитом.

Спектр алергенів: найчастіше причинно-позитивними при БА були побутові алергени:

кліщ домашнього пороку — у 94,7% дітей, пір'я подушки — у 53% дітей, домашній порошок різних серій — у 96% дітей.

В результаті проведеного лікування у 95% дітей знизився рівень підвищеного загального та специфічних IgE, зменшилися інтенсивність шкірних алергопроб, покращилися показники спірографії. Полегшення перебігу хвороби спостерігалось у всіх хворих бронхіальною астмою. При цьому зменшилася частота та важкість загострень; значно покращився стан носового дихання при супутньому алергічному риніті. У 30% дітей, котрим проведено повторні 3 річні курси СЛІТ, наступила стійка клінічна ремісія астми. Завдяки чому вдалося зменшити дозування фармпрепаратів аж до повної їх відміни. Переваги проведення СЛІТ в драже: безболісний метод лікування, що важливо в педіатричній практиці; можливість проведення в амбулаторних та домашніх умовах під контролем алерголога, що особливо зручно для жителів віддалених районів. Ускладнення при СЛІТ системного характеру зустрічалися рідко (у 1% випадків), були короточасними у виді загострення бронхіальної астми, риніту, кропив'янки, і не вимагали відміни терапії. СЛІТ була продовжена після нормалізації стану дитини.

Висновки:

1. СЛІТ полегшує перебіг бронхіальної астми: призводить до регресу її клініко-лабораторних проявів, зменшує частоту її загострень.
2. Лікувально-профілактична СЛІТ при БА зменшує потребу в фармакологічних препаратах.
3. СЛІТ безболісний, зручний метод лікування, може проводитися в амбулаторних умовах.
4. Проведення СЛІТ знижує підвищений рівень загального IgE та специфічних IgE, покращує показники спірографії, зменшує інтенсивність шкірних алергопроб.
5. Проведення повторних курсів СЛІТ веде до стійкої клінічної ремісії БА.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ПРОСПАН-ФОРТЕ" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГОНЧАР Е. Е.

Киевская городская клиническая больница № 17

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата "проспан-форте" в комплексном лечении больных среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой.

В последнее десятилетие на фармакологическом рынке Украины появился новый препарат растительного происхождения — ПРОСПАН (сухой экстракт листьев плюща) фирмы Эн-

гельгард Арцнимиттел (Германия), содержащий гликозидные сапонины. Именно они обуславливают противокашлевое, отхаркивающее, бронхоспазмолитическое и противомикробное действие, уменьшают вязкость мокроты, облегчают ее отхождение.

Фармакологический эффект этого препарата был доказан и терапевтически подтвержден при воспалительных

заболеваниях дыхательных путей и основывается на секретолитических, муколитических, мукокинетических, спазмолитических и противокашлевых свойствах присутствующих в нем сапонинов. Секретолитический эффект экстракта объясняется действием сапониновых гликозидов, содержащихся в листьях плюща; основой его спазмолитических свойств являются парасимпатолитические эффекты определенных гликозидов, входящих в состав препарата. Активация β_2 —рецепторов в клетках мышц бронхов и эпителия легких стимулирует адренэргические эффекты. Это приводит к снижению содержания внутриклеточного Ca^{2+} в мышцах бронхов и расслаблению их. Одновременно с этим процессом в результате стимуляции β_2 —активности эпителиальные альвеолярные клетки легких II типа продуцируют большее количество сурфактанта.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в пульмонологическом отделении КГКБ № 17 в течение шести месяцев находилось 46 больных (27 женщин и 19 мужчин) с подтвержденным диагнозом среднетяжелой и тяжелой степени бронхиальной астмы. Средний возраст пациентов составлял 35 лет ($35,0 \pm 2,6$) с анамнезом заболевания более 3 лет. Пациенты поступали в нашу клинику при обострении процесса. На фоне базисной терапии ингаляционных кортикостероидов (ИГК), β_2 -агонистов короткого действия (для купирования острых симптомов бронхиальной астмы), симптоматических препаратов, больные получали 5–10 дней проспан-форте в зависимости от количества выделяемой мокроты и ее вязкости. Проспан назначался по 1 таблетке (1 таблетка шипучая содержит 65 мг сухого экстракта из листьев плюща), растворенной в 1 стакане теплой кипяченой воды два раза в день за 30 минут до еды. Эффективность лечения оценивали по частоте и интенсивности приступов затрудненного дыхания, изменению основных спирометрических показателей (аппарат «Master Scorp», фирмы «JAEGER»: ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ, числу приема β_2 -агонистов короткого действия «по требованию», так же учитывались побочные действия проспана.

Результаты исследования показали, что назначение проспана в комплексной терапии больных бронхиальной астмой уменьшило частоту приступов затрудненного дыхания у 39 больных (84,8%) пациентов с первых дней назначения препарата, спирографические показатели ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ улучшились у 45 больных (97,8%). У 11 (23,9%) — исчезла необходимость в применении β_2 -агонистов короткого действия для купирования острых приступов бронхиальной астмы. Большинство пациентов субъективно отметили уменьшение одышки и улучшение отхождения мокроты с первых дней лечения. Практически все больные отмечали хорошую переносимость проспана. Двое больных пожаловались на дискомфорт в эпигастриальной области. У одного из них было послабление стула, которое прекратилось после отмены препарата.

Выводы: 1) проспан — препарат растительного происхождения, который может успешно применяться в патогенетической терапии среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы; 2) проспан обладает бронхоспазмолитическим и отхаркивающим действием; 3) препарат обычно хорошо переносится, однако иногда возможно послабление стула (связанное с содержанием в препарате сорбитола); 4) проспан можно применять совместно с другими лекарственными средствами, например, с бронхолитиками и β_2 -агонистами; 5) длительность курса лечения зависит от характера и степени тяжести заболевания и определяется индивидуально.

Рекомендации: 1) проспан-форте можно применять у больных среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой в дозе 65 мг сухого вещества (1 таблетка) два раза в день предварительно растворив ее в стакане теплой кипяченой воды. В легких случаях длительность лечения составляет 5–7 дней. Для достижения стабильного терапевтического эффекта рекомендуется продолжить лечение еще 2–3 дня после улучшения состояния пациента. Противопоказанием служит индивидуальная повышенная чувствительность к какому либо из компонентов препарата. Проспан содержит сорбитол и не рекомендуется пациентам с непереносимостью фруктозы.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНТЕРМІТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ГРИГУС І. М., ДЖИГА О. Д.

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, кафедра фізичної реабілітації, м. Рівне. Рівненська обласна клінічна лікарня

Мета: провести аналіз ефективності застосування запропонованої методики фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму.

Матеріали та методи. Накопичення результатів дослідження проводилося в міру поступлення пацієнтів на стаціонарне лікування в пульмонологічне відділення Рівненської обласної клінічної лікарні. Всі хворі (Бронхіальна астма I, інтермітуюча) були розподілені на контрольну (КГ) і основну (ОГ) групи, пропорційно в міру поступлення.

Отримані результати. Враховуючи дані обстежень та проблеми, які найчастіше зустрічаються у пацієнтів, ми розробили програму фізичної реабілітації, яка базується на результатах обстеження функціонального стану та особливостях протікання хвороби. Вибір фізичних вправ при заняттях ЛФК визначали особливостями порушення ФЗД у конкретного хворого. Моніторинг реабілітаційного процесу проводився методом поточного та етапного контролю,

що забезпечує адекватне розширення режиму та інтенсифікацію навантаження кожного пацієнта. Перший рівень поточного контролю за процесом фізичної реабілітації складав найбільш доступні і одночасно досить інформативні клінічні дослідження (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация, пікфлоуметрія та ін.), які дозволяли проаналізувати як динаміку окремих симптомів, синдромів хвороби, так і в цілому перебіг захворювання. В першу чергу, оцінювали самопочуття хворого, спостерігали за його зовнішнім виглядом та поведінкою, визначали ЧСС та рівні АТ до і після навантаження. Другий рівень того ж контролю складав інструментальні методи, зокрема, комп'ютерна спірографія, електрокардіографія, моніторування АТ та пікфлоуметрія. Особливе значення при проведенні фізичної реабілітації мала оцінка толерантності до фізичного навантаження, яка проводилася за допомогою навантажувальних проб та велоергометрії.

Лікувальний масаж за класичною методикою проводили в положенні сидячи за 1,5-2 год. до процедури лікувальної гімнастики (ЛГ). При побудові занять з хворими дотримувалися визначеної послідовності призначення фізичних тренувань і виділяли три періоди: вступний, основний і заключний. Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику і ЛГ, самостійні заняття індивідуально та в малих групах. Співвідношення дихальних загально-зміцнювальних вправ 1:4-5. Фізичні тренування здійснювали, застосовуючи гімнастичні форми ЛФК, дозовану ходьбу і біг, тренування на велоергометрі. Гімнастичні форми фізичних тренувань поєднували з елементами йоги і звукових вправ. Одним із загальнодоступних способів тренування як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах, була ходьба по сходах. У пацієнтів основної групи темп підйому становив 50-60 сходинок за хвилину, а спуску — 100-120 сходинок за хвилину, тривалість кожного тренування була до 30 хв. В основній групі ми також застосовували аероіонотерапію ("Елион-131"), на курс лікування 15-20 процедур. Курс галоаерозольотерапії (УСА-1) включав: підготовчий період — 1-2 дні, період адаптації до лікувального галоаерозолу та мікроклімату камери — 2-3 дні, основний лікувальний період.

Оцінку ефективності лікування і фізичної реабілітації проводили за комплексом клінічних показників: приступи заутрудненого дихання, кашель, хрипи при аускультії, рухомість нижніх легеневих країв, частота використання бронхолітиків, зміни ФЗД.

У результаті проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 42 хворих на інтермітуючу бронхіальну астму КГ (складалася з осіб чоловічої (n = 13) і жіночої (n = 1) статі) і ОГ (складалася з осіб чоловічої (n = 25) і жіночої (n = 3) статі) груп, було виявлено наступне. У хворих ОГ раніше відмічалася позитивна динаміка: зменшення клінічних симптомів астми, приступи задишки стали менш інтенсивними, виникали рідше,

були менш вираженими, зменшився кашель, покращилось відходження харкотиння, зникали хрипи в легенях, збільшилась рухомість нижніх легеневих країв на $(1,5 \pm 0,3)$ см покращився сон і самопочуття, значно зменшилися дози бронхолітиків.

Особливо важливо те, що астма в них стала контролюваною, що підтверджується статистично достовірним підвищенням середніх показників ФЗД при порівнянні. Якщо на початку дослідження середні показники ОФВ₁ у хворих на бронхіальну астму КГ були $(78 \pm 1,47)\%$, ОГ — $(77 \pm 1,80)\%$; то в кінці дослідження — $(86 \pm 0,98)\%$ та $(95 \pm 1,05)\%$ відповідно. Середні показники ОФВ₁ у хворих на бронхіальну астму ОГ, що займалися за розробленою програмою, перевищують такі у досліджуваних КГ. При аналізі показників ПШВ, ми бачимо, що до початку дослідження вони були у КГ $(73 \pm 1,97)\%$, в ОГ — $(73 \pm 2,48)\%$; в кінці дослідження — $(83 \pm 1,37)\%$ і $(94 \pm 1,25)\%$ відповідно. Аналізуючи середні значення показників ОФВ₁ і ПШВ хворих на бронхіальну астму обох груп, ми бачимо, що на початку дослідження ці показники значно не відрізнялися, а наприкінці дослідження у пацієнтів ОГ вони стали вищими (приблизились до належних), що свідчить про покращання прохідності дрібних бронхів, що особливо важливо для хворих на бронхіальну астму. Покращання функціонального стану дихальної системи у досліджуваних ОГ свідчать про позитивний вплив занять фізичною реабілітацією за розробленою методикою на рухові можливості хворих на інтермітуючу бронхіальну астму.

Висновки. Застосування масажу, ЛФК, аероіонотерапії та галоаерозольотерапії у системній фізичній реабілітації хворих на інтермітуючу бронхіальну астму сприяло зміцненню дихальної мускулатури, нормалізації показників функції зовнішнього дихання, збільшенню рухомості нижніх легеневих країв, зменшенню задишки, кашлю і частоти приступів, кращому відходженню мокротиння, що дозволило добитися контролю над астмою.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГУМЕНЮК Г. Л., МОСКАЛЕНКО С. М., ПАЛКОВСКИЙ С. В., САВЕЛЬЕВА Л. А., МАТВИЕНКО Ю. А.

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г.Яновского Академии медицинских наук Украины"

Цель исследования: сравнить эффективность базисной терапии тяжелой бронхиальной астмы (БА), представленной комбинацией препаратов флютиказона пропионата (250 мкг) и сальметерола (25 мкг) по 1 вдоху 2 раза в день, с терапией флютиказона пропионата (250 мкг) и сальметеролом (25 мкг) плюс тiotропиума бромидом (18 мкг) по 1 капсуле в сутки.

Материалы и методы: обследовано 30 больных с тяжелой БА, по 15 в каждой группе (FEV₁ — 60% и ниже), группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим и функциональным проявлениям заболевания. Все пациенты принимали: флютиказона пропионат (125 мкг) по 2 ингаляции 2 раза в сутки на протяжении 2 недель. В течение последующих 2-х месяцев больные I группы (5 мужчин и 10 женщин, средний возраст $(55,7 \pm 2,4)$) получали следующее лечение: флютиказона пропионат (250 мкг) и сальметерол (25 мкг) по 1 вдоху 2 раза в день; II группа (7 мужчин и 8 женщин, средний возраст $(56,3 \pm 2,6)$) — флютиказона пропионат

(250 мкг) и сальметерол (25 мкг) по 1 вдоху 2 раза в день + тiotропиума бромид (18 мкг) по 1 капсуле в сутки; а также все больные принимали сальбутамол — по потребности.

Исследовались клинические симптомы (астма-счет), потребность в бета-2-агонистах короткого действия, показатели бронхиальной проходимости по данным бодиплетизмографии (жизненная емкость легких (VC), форсированная жизненная емкость легких (FVC), объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV₁), макс. объемная скорость выдоха при 25, 50, 75% жизненной емкости легких (MEF₂₅%, MEF₅₀%, MEF₇₅%), пиковая объемная скорость выдоха (PEF), общее бронхиальное сопротивление (Rtot), общий объем легких (TLC), остаточный объем легких (RV).

Результаты: в конце 2-го месяца лечения в I группе достоверно уменьшились ночные с $(1,91 \pm 0,13)$ до $(1,46 \pm 0,11)$ и дневные с $(1,91 \pm 0,11)$ до $(1,39 \pm 0,10)$, $p < 0,01$ симптомы, при этом общий астма-счет и количество исполь-

зованих бета-2-агонистів мали тенденцію к зниженню; во II групі — спостерігалось достовірне зменшення загального астмачисла з $(6,2 \pm 0,6)$ до $(2,8 \pm 0,5)$, так і потреба бета-2-агоністів короткого дії з $(3,9 \pm 0,6)$ до $(1,5 \pm 0,4)$, $p < 0,01$.

При аналізі даних бодиплетизмографії у хворих I групи, спостерігалась статистично незначима динаміка основних показників. Так, загальне бронхіальне опір, загальна ємкість легень, життєва ємкість залишались практично на початковому рівні, декілька зменшились

остаточний об'єм легких, збільшилась об'єм форсованого видиху за першу секунду з $(48,8 \pm 3,4)$ до $(53,8 \pm 5,2)$. Во II групі спостерігались достовірні зміни FEV1 з $(42,4 \pm 4,1)$ до $(59,3 \pm 4,8)$ і FEF25 з $(23,3 \pm 2,4)$ до $(36,2 \pm 4,1)$, $p < 0,05$, статистично не значимо зменшилось загальне бронхіальне опір, остаточний об'єм легких.

Висновок: приєднання тіотропіума броміда до базисної терапії, яка представлена інгаляційним стероїдом і сальметеролом, дає додатковий позитивний клінічний ефект в лікуванні хворих з важкою бронхіальною астмою.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ВЕРТЕБРОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ОБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ ПРИ СУПУТНІЙ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА

ГУМЕНЮК І. П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Мета дослідження: вивчити вплив супутньої патології хребта на перебіг обструктивного синдрому.

Останнім часом спостерігається значний прогрес у діагностиці та лікуванні хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Однак, не зважаючи на досягнуті результати, рівень контролю над перебігом даного захворювання не є задовільним. Особливо звертає на себе увагу поєднання цієї патології з супутніми захворюваннями хребта. Приблизно 35-40 % хворих вимушені звертатись за допомогою у зв'язку з загостренням хвороби, її атипичним перебігом, резистентністю до призначеного лікування. Причини такої ситуації різні, але основними є: пізня діагностика захворювання, ігнорування супутньої патології, невірна техніка використання інгаляційних препаратів, необгрунтоване призначення антибактеріальних та інших лікарських засобів, які погіршують перебіг хвороби.

Медикаментозна терапія дозволяє контролювати основні симптоми захворювання, але не забезпечує повного ефекту, не запобігає впливу супутньої патології і часто призводить до використання максимальних доз різноманітних фармацевтичних препаратів, що негативно впливає на стан пацієнтів та призводить до резистентності до лікування. На наш погляд доцільно включити до стандартів лікування ХОЗЛ методи, які впливають на супутню патологію, зокрема захворювання хребта, що дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування, покращити мікроциркуляцію в легенях та знизити дози лікарських засобів.

Нами було обстежено 137 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з супутньою патологією хребта. Серед пацієнтів цієї підгрупи 67 осіб було чоловічої статі та 70 — жіночої віком від 16 до 77 років $(50,6 \pm 10,31)$. Більшість обстежених були працездатного віку. Пацієнтів було розділено на дві групи: основну групу, при лікуванні якої використовували стандартне лікування у поєднанні з вертебротерапією, та контрольну групу, яка отримувала тільки стандартне лікування. Основна група складалась з 73 осіб,

віком від 16 до 75 років $(47,8 \pm 9,52)$; 35 пацієнтів чоловічої та 38 жіночої статі. В контрольну групу входило 57 осіб 32 чоловіків та 32 жінки віком від 24 до 77 $(53,5 \pm 7,81)$ років. За даними клінічного обстеження, результатами соматоскопічних, рентгенологічних та магнітно-резонансних досліджень у всіх пацієнтів було підтверджено наявність супутньої патології хребта. За гендерними та віковими ознаками групи були репрезентативними.

Здійснювали обстеження функціональної здатності дихальної системи за допомогою спірографії, оцінку мікроциркуляції легень та бронхів проводили за допомогою вимірювання температури видихуваного повітря та латеральної реограми легень. Визначали також рівень насичення крові киснем.

В основній групі окрім стандартного лікування ХОЗЛ проводилась вертебротерапія. Після проведеного першого сеансу нами визначались всі показники (S_aO_2 , Δt , спірометричні показники), а після лікування показники визначались в обох групах.

Отримані дані вказують на те, що всі критерії, зокрема сатурація кисню ($p < 0,0001$), температура видихуваного повітря ($p < 0,0001$), спірометричні показники, зокрема такі як ПОШ₅₀% ($p < 0,05$), ПОШ₂₅% ($p < 0,05$), ОФВ₁ ($p < 0,01$), значно кращі в основній групі, в якій проводилось комплексне медикаментозне та вертебологічне лікування. Тільки вплив на крупні бронхи був однаковий, про що свідчить такий спірометричний показник, як ПОШ₇₅% ($p > 0,05^*$).

Отже, вплив на патологічно змінені сегменти хребта призводить до покращення функціональних показників бронхолегеневого апарату та сегментарної мікрогемодинаміки. Лікування хронічного обструктивного захворювання легень новими бронходилататорами та антибіотиками в поєднанні з вертебологічними методами лікування може стати новим перспективним напрямком у лікуванні цієї патології. Тобто схема лікування ХОЗЛ з супутньою патологією хребта повинна включати вертебологічні методи терапії.

ВЫБОР АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ДЕМЧУК А. В., МОСТОВОЙ Ю. М.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова
Кафедра пропедевтики внутренней медицины, г. Винница

Цель исследования: Проанализировать антибиотикотерапию (АТ) негоспитальной пневмонии (НП) у больных бронхиальной астмой (БА), оценить ее эффективность, соответствие государственным рекомендациям по лечению НП.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с БА, которые госпитализировались по поводу НП в ГКБ № 1 и ГКБ № 2 г. Винницы с 01 января 2004 г. по 31 декабря 2006 г.

Анализировались данные об амбулаторной АТ до поступления в стационар, лечение в условиях стационара.

Начальная АТ считалась эффективной, если у пациента наступало выздоровление или улучшение состояния без назначения повторного курса альтернативного антибиотика.

Результаты: За указанный период по поводу НП было госпитализировано 40 пациентов с БА, что составило 2,5% среди всех больных НП, (30%) мужчин и 28 (70%) женщин, средний возраст — $(49,4 \pm 16,8)$ лет. Все больные имели нетяжелое течение НП и относились к 3 группе.

Амбулаторно до госпитализации лечилось 15 (37,5%) человек, среди них АТ получали 10 (66,7%). Препараты, которые не рекомендованные для лечения НП получали 3 (30,0%) — ко-тримоксазол, норфлоксацин и ампициллин. Только 2 (20,0%) человека принимали макролиды — рокситромицин и спирамицин, являющиеся препаратами выбора для лечения НП в амбулаторных условиях. Остальные пациенты получали цефалоспорины 3 поколения, рекомендуемые как альтернативные препараты для лечения пациентов 2 группы НП, к которой относятся больные БА. Амбулаторная АТ оказалась неэффективной, т.к. пациенты были госпитализированы.

Большинство пациентов в стационаре получали АТ, соответствующую рекомендациям, (29 или 72,5%). Спектр антибактериальных препаратов представлен в таблице

Наиболее популярным и достаточно эффективным было назначение цефтриаксона или его комбинации с кларитромицином. Только у 5 (20,0%) пациентов, получавших эту терапию, возникла необходимость в смене антибиотика из-за неэффективности.

Более трети пациентов получали ципрофлоксацин, что является ошибочным. Препарат при НП и БА оправдан лишь у больных с тяжелым течением, когда предполагается инфицирование *P. aeruginosa*, что возможно при наличии структурных изменений бронхов. Таких пациентов в нашей выборке было трое.

Более четверти больных получали макролиды, что является неоправданно низким у этой категории пациентов. Для азитромицина и кларитромицина характерны противовоспалительное и иммуномодулирующее эффекты, способность уменьшать проявления обструктивного синдрома.

Начальная АТ в стационаре была неэффективна у 9 (22,5%).

Амикацин, метронидазол были наиболее популярными антибиотиками для повторных курсов АТ. Их применение является ошибочным, т.к. эти препараты не влияют на возбудителей НП у данной категории больных.

Выводы: Проведенное исследование показало достаточно высокий уровень неоправданных назначений антибиотиков у больных БА с НП. В Украине отсутствует какой-либо инструктивный документ относительно АТ у данной категории пациентов. Считаем целесообразной разработку такого документа и проведение образовательных программ среди врачей поликлиник и стационаров.

Таблица. Спектр антибактериальных препаратов, назначенных больным БА для лечения НП (n = 40)

Антибиотик	абс	%	Антибиотик	абс	%
цефтриаксон	24	60,0	гатифлоксацин	4	10,0
ципрофлоксацин	14	35,0	азитромицин	2	5,0
кларитромицин	10	25,0	цефотаксим	2	5,0
аугментин	8	20,0	метронидазол	2	5,0
амикацин	8	20,0	ломефлоксацин	1	2,5

ПАРАМЕТРИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

ДЕХТЯР В. Б

Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної освіти, м. Івано-Франківськ

Мета дослідження: проаналізувати параметри інструментального обстеження у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Обстежено 158 дітей, хворих на БА середнього та тяжкого ступенів тяжкості в стадії загострення, віком від 6 до 14 років. НДСТ діагностовано у 58,9% випадків (I група), решта — без НДСТ (II група). Наявність у дітей, хворих на БА проявів НДСТ визначали по схемі скринінг-діагностики, запропонованої Т. Мілковською-Дмитровою і А. Каркашевим. Підтвердженням слугувало підвищення концентрації вільного оксипроліну у крові до $(45,29 \pm 0,51)$ мкмоль/л та екскреції загального оксипроліну в добовій сечі до $(693,2 \pm 7,5)$ мкмоль/добу у пацієнтів I групи порівняно, як з дітьми II групи ($p < 0,001$), так і з контролем ($p < 0,001$). Усім дітям, окрім загально-клінічного обстеження проводили комп'ютерну спірографію, пікфлоуметрію, рентген органів грудної клітки (Rtg ОГК), електрокардіограму (ЕКГ), ехокардіоскопію (Ехо-КС), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП). Оцінюючи параметри спірографії, нами виявлено, що дітей I групи більше виражена генералізована обструкція внутрішньогрудних відділів респіраторного тракту. Значне зниження прохідності великих та середніх бронхів: форсованої життєвої ємності легень (ФЖЕЛ) — до $(52,41 \pm 1,23\%)$; об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) — до $(45,1 \pm 1,02\%)$; пікової швидкості видиху (ПОШ) — до $(45,26 \pm 1,58\%)$; максимальної об'ємної швидкості на рівні 25% видиху ФЖЕЛ (МОШ25) — до $(37,16 \pm 1,41\%)$; максимальної об'ємної швидкості на рівні 50% видиху ФЖЕЛ (МОШ50) — до $(31,29 \pm 1,0\%)$. У дітей II групи більшість даних показників характеризувались помірним зниженням: ФЖЕЛ — до $(66,04 \pm 1,91\%)$, $p < 0,001$; ОФВ1 — до $(52,14 \pm 1,69\%)$, $p < 0,001$; ПОШ — до $(51,74 \pm 2,3\%)$, $p < 0,05$; МОШ25 — до $(41,67 \pm 1,83\%)$, $p > 0,05$; МОШ50 — до $(35,69 \pm 1,54\%)$, $p < 0,05$. Важливо відзначити, що обструкція на рівні периферійних відділів дихальних шляхів, особливо дрібних бронхів, також більше виражена у пацієнтів I групи: зниження МОШ75 — до $(30,32 \pm 0,98)$ і $(35,36 \pm 1,43\%)$ ($p < 0,001$) і середньої об'ємної швидкості видиху на рівні 25-75% ФЖЕЛ (СОШ25-75) — до $(32,63 \pm 0,96)$ і $(37,16 \pm 1,4\%)$ ($p < 0,01$) відповідно. У пацієнтів з проявами НДСТ при однаковій давності захворювання, паралельно з більшим ступенем бронхіальної обструкції більше виражені емфізема та пневмофіброз: істотно знижені об'ємні показники та резерви системи зовнішнього дихання: життєва ємність легень (ЖЕЛ) — до $(58,81 \pm 1,25\%)$; максимальна вентиляція легень (МВЛ) — до $(41,77 \pm 1,25\%)$; резервний об'єм видиху (РОВД) — до $(46,94 \pm 1,35\%)$; резервний об'єм видиху (РОВИД) — до $(34,28 \pm 1,15\%)$. У дітей без НДСТ виявлено тільки помірне зниження даних параметрів ($p < 0,001$), що зумовлено зво-

ротньою гіперінфляцією: ЖЕЛ — до $(72,89 \pm 1,98\%)$; МВЛ — до $(56,46 \pm 2,03\%)$; РОВД — до $(67,33 \pm 1,69\%)$, РОВИД — до $(51,05 \pm 1,79\%)$. Пікова швидкість (ПШ), виміряна за допомогою пікфлоуметра, була знижена у всіх пацієнтів, хворих на БА, у 1,7–1,9 рази порівняно з нормальними показниками для окремо взятої дитини ($p < 0,001$). У пацієнтів I групи середньодобова бронхопрохідність становила $(51,6 \pm 0,46\%)$, що було вірогідно нижчим від рівня у обстежених II групи: $(58,2 \pm 0,72\%)$ ($p < 0,001$). Добові коливання ПШ, як один з критеріїв оцінки ступеня тяжкості БА, у дітей з НДСТ були у 1,3 рази більшими порівняно з хворими без супутньої НДСТ ($p < 0,001$). За даними ЕКГ у переважної більшості дітей обох груп виявляли синусову тахікардію (82,3%), ознаки порушення реполяризації, переважно в передньоверхівковій ділянці серцевого м'язу (62,0%), дихальну аритмію (42,4%) без суттєвої різниці між групами. У пацієнтів I групи частіше виявляли порушення провідності, переважно правої ніжки пучка Гіса у 2,5 ($p < 0,001$), екстрасистолію передсердь у 3,3 ($p < 0,01$), гіпоксію міокарда у 1,9 ($p < 0,001$), перевантаження правих відділів серця — у 1,4 рази ($p > 0,05$). Аналіз результатів Rtg ОГК в прямій проекції показав, що виявлені зміни різнилися у пацієнтів I (76 дітей) та II (54 дітей) груп: ознаки емфіземи легень у 68,4% та у 46,3% ($p < 0,05$); крупнопетлистий пневмофіброз — у 51,3% та 14,8% ($p < 0,001$); тяжисті та деформовані корені у 76,3% та 27,8% ($p < 0,001$); нечіткі куполи діафрагми, зумовлені злукми плевральної порожнини — у 11,8% та у 1,9% ($p < 0,05$); поширення поперечного розміру серця — у 10,5% та у 5,6% ($p > 0,05$) випадків відповідно. У переважної більшості дітей (88,61%) виконували УЗД ОЧП. В обох групах доволі часто діагностували зміни форми і скоротливої діяльності жовчного міхура і проток, однак у I групі — у 1,9 рази частіше ($p < 0,001$). Значний відсоток серед пацієнтів I групи порівняно з II групою становили аномалії розмірів та положення органів сечовидільної системи — у 35,4% проти 6,9% випадків ($p < 0,001$). Окрім того у дітей з НДСТ у 2,8 рази частіше виявляли осад у жовчному або у сечовому міхурі ($p < 0,001$) та у 2 рази — залишковий вміст в шлунку та дванадцятипалій кишці натще ($p < 0,001$) порівняно з пацієнтами без НДСТ. Ехо-КС проводили у 120 дітей (75,9%) після зняття гострого приступу задиху. Порушень скоротливої діяльності серцевого м'язу та зниження фракції викиду нами не спостерігалось. Найчастіше серед обстежених діагностували аберантні хорди та пролапс мітрального клапана: у 66,7% та у 33,3% у I та II групах відповідно ($p < 0,001$).

Отже, у пацієнтів з проявами НДСТ частіше спостерігались складні порушення в системі зовнішнього дихання зумовлені швидким розвитком емфіземи легень, пневмофіброзу та генералізованої обструкції та ураження різних органів і систем (як прояв НДСТ).

ОКРЕМІ ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗА РІЗНОЇ ТЯЖКОСТІ ПЕРСИСТУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

ІВАНОВА А. О., ГАРАС М. Н., *ДОНСЬКА Т. В., *ГОЛУМБЕВСЬКА Л. М.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
* Обласна дитяча клінічна лікарня, Чернівці

У дітей шкільного віку найчастіше трапляється atopічна форма бронхіальної астми, яка проявляється внаслідок реалізації спадкової схильності у вигляді підвищення рівню імуноглобуліну класу Е (IgE), зокрема, його загальної фракції [Охотнікова О.М., 2008; Гаймоленко І.Н., 2002]. Оскільки інтерлейкін-4 (ІЛ-4) стимулює В-лімфоцити до синтезу IgE, вважають, що даний цитокін відіграє ключову роль у формуванні зазначеної форми захворювання. За даними літературних джерел [Локшина Е.Е., 2006.; Нікітін Є.В., 2007] підвищений рівень ІЛ-4 може використовуватись як допоміжний маркер алергічного запального процесу. Оскільки atopія належить до характерних особливостей бронхіальної астми, можна припустити, що зміни концентрацій наведених показників відповідатимуть тяжкості захворювання за умови atopічної форми патології.

Метою дослідження було визначити концентрації загального IgE та ІЛ-4 за різної тяжкості персистування atopічної форми бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

Матеріал та методи. Обстеження проводили з дотриманням принципів біоетики на базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці). Сформовано три клінічні групи спостереження: першу (I) групу склали 10 дітей шкільного віку з верифікованим діагнозом легкої персистуючої бронхіальної астми, другу (II) — сформували 12 пацієнтів із середньотяжким перебігом патології, до третьої (III) групи увійшли 8 школярів із тяжким варіантом захворювання. Комплекс обстеження включав визначення вмісту у крові загального IgE та ІЛ-4 методикою твердофаз-

ного імуноферментного аналізу. За основними характеристиками групи пацієнтів були співставлювані. Результати аналізували з використанням методів біостатистики.

Отримані результати наведені у таблиці.

Таким чином, відмічене вірогідне зростання концент-рації загального IgE у пацієнтів III групи в порівнянні з пацієнтами із середньотяжким та легким перебігом персистуючої бронхіальної астми. Рівень даного імуноглобуліну в сироватці крові, що не перевищував популяційну норму за (120 МО/мл), спостерігався лише у 30% дітей із легким перебігом БА, у 16,7% хворих на астму середньої тяжкості та у 12,5% пацієнтів з тяжким перебігом захворювання. Поряд із зазначеними вище змінами виявлено тенденцію до збільшення концентрації ІЛ-4 по мірі зростання тяжкості бронхіальної астми, а перевищення вікової популяційної норми (20 пкг/мл) траплялося лише у 16,7% дітей із середньотяжким перебігом хвороби та у 25,0% пацієнтів із тяжкою астмою.

Висновки. Відсутність достовірних відмінностей між концентрацією загального IgE та ІЛ-4 не дозволяє використовувати їх як вірогідні маркери, що відображають тяжкість перебігу atopічної форми бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

Рекомендації. Для підтвердження тяжкості захворювання пропонується поєднане використання «сурогатних» методів, які, окрім atopії, характеризують гіперсприйнятливості дихальних шляхів та виразність запального процесу в бронхах з оцінкою їх діагностичних можливостей з позицій клінічної епідеміології

Таблиця. Показники Ig E та ІЛ-4 за різної тяжкості персистування atopічної форми бронхіальної астми у дітей шкільного віку

№	Клінічні групи	Кількість дітей	Ig E, МО/л	ІЛ-4, пкг/мл
I	Легкий перебіг	10	235,0±61,1	10,6±2,3
II	Середньотяжкий перебіг	12	627,4±134,7	20,1±6,2
III	Тяжкий перебіг	8	641,2±188,8	21,9±7,2
p			III,II:I<0,05	НВ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СПИРОГРАФИИ ДО И ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ФОРМОТЕРОЛА

ИВАХНЕНКО Е. Ф.

КЛПУ «Городская поликлиника №1» г. Мариуполь

Цель работы: оценка спирографических данных у пациентов с клиническими признаками ХОЗЛ при значительных отклонениях ОФВ1, ФЖЕЛ у пациентов с различными типами одышки.

Материалы и методы: 42 протокола спирографии у пациентов с ХОЗЛ. Спирография у данных пациентов

сопровождалась анкетированием. Возраст пациентов от 59 до 70 лет.

Привлечение пациента в качестве активного участника оказания медицинской помощи на данный момент становится все более актуальной тенденцией в здравоохранении

всех стран. Понятие "активный пациент" включает в себя разнонаправленный поиск информации по заболеванию, альтернативы в лечении, снижение зависимости от врачебных рекомендаций без вреда для здоровья. Многие пациенты обращаются к врачу для получения объективной информации о состоянии организма. Одним из таких методов является спирография. Так как спирография требует навыков сотрудничества и физических усилий со стороны пациента, то показатели исследования демонстрируют резервы дыхания, не всегда используемые в обычной жизни. Среди наших пациентов с ОФВ1 менее 35%, но более 25% от нормы и ФЖЕЛ менее 40% обозначили своё состояние как "выраженная одышка" 34 человека или 81%. Состояние как "одышка при нагрузке" оценили 6 человек или 14%. Только 2 (5%) пациента смогли назвать своё состояние "одышка при выраженной физической нагрузке".

Проведение острой ингаляционной пробы с формотеролом в дозе 12 мкг через ингалятор выявило у всех пациен-

тов через 15 минут прирост ОФВ1 от 3 до 8% (средний показатель +4,3%). Прирост ФЖЕЛ составил от -3 до +16% (средний прирост 8,4%). При опросе пациентов улучшение дыхания отметили 37 человек или 88%. Остальные 5 человек с ответом затруднились.

Диагностика ХОЗЛ является сложной и ответственной задачей современной пульмонологии. Сочетание анамнестических, клинических и функциональных данных помогает установить диагноз и определить тактику лечения, достигая определенных результатов. Показатели спирографии в 87% совпадают с оценкой пациента собственного дыхания. Однако в 13% пациент недооценивает серьезность ситуации. Это приводит к запоздалой диагностике и незначительному эффекту проводимой терапии. Часто одышка маскируется за снижением физической активности или объясняется курением. Использование спирографии и проведение ингаляционных проб с формотеролом позволяет быстро выставить диагноз и улучшить качество жизни пациента.

ХАРАКТЕР ЕКСПРЕСІЇ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ІЛЬНИЦЬКИЙ І. Г., САХЕЛАШВІЛІ М. І.,
ВИТРИХОВСЬКИЙ О. Я., КОСТИК О. П., ІЛЬНИЦЬКА Л. І., РУДНИЦЬКА Х. І.

Національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра фтизіатрії і пульмонології, м. Львів

Мета дослідження: вивчити експресію прозапальних та протизапальних інтерлейкінів (ІЛ) у хворих на бронхіальну астму (БА) для оцінки їх інформативності як діагностичних критеріїв в процесі терапії.

Матеріали і методи. Обстежено 69 вперше діагностованих хворих на бронхіальну астму. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб. Матеріалом дослідження була сироватка крові. Рівень інтерлейкінів (ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-6, TNF- α , ІЛ-4) визначали в супернатанті з лімфоцитів периферичної крові з допомогою тест-системи "Вектор-Бест (Росія)" методом імуноферментного аналізу. Дослідження проводили до і після лікування.

Отримані результати. Проведені дослідження показали (табл.), що до початку лікування рівень продукції ІЛ-1 β у хворих на БА не відрізнявся від показника у практично здорових осіб (1,84 $\pm$ 0,39) пг/мл проти (1,63 $\pm$ 0,65) пг/мл ($P > 0,05$), рівень ІЛ-2 в 1,4 раза перевищував аналогічний показник у практично здорових і складав (4,06 $\pm$ 0,57) пг/мл проти (2,94 $\pm$ 0,38) пг/мл, ($P < 0,05$), рівень ІЛ-6 перевищував показники у здорових донорів (16,82 $\pm$ 1,25) пг/мл проти (1,66 $\pm$ 0,75) пг/мл, або в 10,1 раза більше ($P < 0,05$).

Рівень TNF- α у сироватці крові хворих на БА при госпіталізації перевищував його рівень у здорових донорів в 3,7 раза (14,07 $\pm$ 0,64) пг/мл проти (3,80 $\pm$ 0,52) пг/мл, ($P < 0,05$).

Протизапальний цитокін ІЛ-4 перевищував дані у здорових донорів в 4,1 раза (6,52 $\pm$ 1,17) пг/мл проти (1,58 $\pm$ 0,89) пг/мл, ($P < 0,05$).

Після проведеного лікування рівень ІЛ-1 β у хворих на БА знизився і визначався в межах показника у практично здорових осіб (1,25 $\pm$ 0,24) пг/мл проти (1,63 $\pm$ 0,65) пг/мл, ($P > 0,05$), рівень ІЛ-2 статистично достовірно не відрізнявся (3,13 $\pm$ 0,33) пг/мл проти (2,81 $\pm$ 0,58) пг/мл, ($P \pm 0,05$), ІЛ-6 знизився в 1,2 раза (13,61 $\pm$ 1,12) пг/мл проти (16,82 $\pm$ 1,25) пг/мл, ($P < 0,05$).

Після лікування рівень TNF- α у хворих на БА зріс в 3,4 раза — з (14,07 $\pm$ 0,64) пг/мл до (47,60 $\pm$ 3,51) пг/мл, ($P < 0,05$), ІЛ-4 знизився в 2,1 раза — (3,18 $\pm$ 0,56) пг/мл проти (6,52 $\pm$ 1,17) пг/мл, ($P \pm 0,05$), але перевищував величину його у здорових донорів.

Підсумовуючи особливості динаміки інтерлейкінової експресії у хворих на БА, можна констатувати, що при шпиталізації хворих мало місце незначне зростання рівня ІЛ-1 β , ($P > 0,05$), в 1,4 раза — рівня ІЛ-2, ($P < 0,05$), різке зростання рівня ІЛ-6 (більше, ніж в 10,1 раза ($P < 0,05$); зростання в 3,7 раза TNF- α ($P < 0,05$), які відносяться до прозапальних цитокінів Th 1 типу. Рівень ІЛ-4 при шпиталізації хворих на БА перевищував дані норми в 4,1 раза.

Після лікування рівні прозапальних ІЛ-1 β та ІЛ-2 визначалися в межах норми, рівень ІЛ-6 знизився в 1,2 раза порівняно з даними при шпиталізації, але не досяг рівнів у здорових донорів. Рівень ІЛ-4, не дивлячись на зниження його рівня після лікування, перевищував дані норми в 2,0 рази. Таким чином, інтенсивність експресії інтерлейкінів, особливо прозапального ряду відображає гостроту запалення та дає можливість застосовувати їх в якості додаткових критеріїв обґрунтування оптимізації лікувальних заходів й попередження хронізації патологічного процесу, незалежно від причин його виникнення.

Отже, виявлене підвищення рівнів концентрації прозапальних цитокінів на момент шпиталізації треба розцінювати як реакцію клітин на антигенне подразнення, а саме на синтез білків гострої фази запалення, активацію і проліферацію Т-хелперів.

Тобто, динаміка показників інтерлейкінового профілю відображає рівень Т-клітинного імунітету та залежить від ступеня інтенсивності клініко-лабораторних проявів захворювання.

Висновки. При загостренні БА має місце наростання переваги прозапальних цитокінів над регуляторними.

Зниження концентрації IL-2, незважаючи на значний стимулюючий вплив високих титрів TNF- β , треба розцінювати як депресію Т-ланки імунітету.

Рекомендації полягають у пошуку таких схем терапії БА, які би нормалізували порушення у спектрі інтерлейкінів для забезпечення ефективної імунної відповіді.

Таблиця. Характер інтерлейкінового обміну у хворих на БА

Показники	Здорові донори (n = 25)	Хворі на БА (n = 69)	
		M $\pm$ m	
		На момент шпиталізації	Після лікування
IL-1 β , пг/мл	1,63 $\pm$ 0,65	1,84 $\pm$ 0,39	1,25 $\pm$ 0,24
IL-2, пг/мл	2,94 $\pm$ 0,38	4,06 $\pm$ 0,57 *	3,13 $\pm$ 0,33
IL-6, пг/мл	1,66 $\pm$ 0,75	16,82 $\pm$ 1,25 *	13,61 $\pm$ 1,12 *
TNF- α , пг/мл	3,80 $\pm$ 0,52	14,07 $\pm$ 0,64 *	47,60 $\pm$ 3,51 **,
IL-4, пг/мл	1,58 $\pm$ 0,89	6,52 $\pm$ 1,17 *	3,18 $\pm$ 0,56 **,

Примітки: * – різниця вірогідна стосовно показників у здорових донорів ($P < 0,05$);

** – різниця вірогідна між показниками обстежених груп ($P < 0,05$).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СПИРОГРАФИИ ДО И ПОСЛЕ НАЗНАЧЕНИЯ ФОРМОТЕРОЛА

ИВАХНЕНКО Е. Ф

КЛПУ "Городская поликлиника № 1", г. Мариуполь

Цель: оценка спирографических данных у пациентов с клиническими признаками ХОЗЛ при значительных отклонениях ОФВ1, ФЖЕЛ у пациентов с различными типами одышки.

Материалы и методы: 42 протокола спирографии у пациентов с ХОЗЛ. Спирография у данных пациентов сопровождалась анкетированием. Возраст пациентов от 59 до 70 лет.

Привлечение пациента в качестве активного участника оказания медицинской помощи на данный момент становится все более актуальной тенденцией в здравоохранении всех стран. Понятие "активный пациент" включает в себя разнонаправленный поиск информации по заболеванию, альтернативы в лечении, снижение зависимости от врачебных рекомендаций без вреда для здоровья. Многие пациенты обращаются к врачу для получения объективной информации о состоянии организма. Одним из таких методов является спирография. Так как спирография требует навыков сотрудничества и физических усилий со стороны пациента, то показатели исследования демонстрируют резервы дыхания, не всегда используемые в обычной жизни. Среди наших пациентов с ОФВ1 менее 35% но более 25% от нормы и ФЖЕЛ менее 40% обозначили своё состояние как "выраженная одышка" 34 человека или 81%. Состояние

как "одышка при нагрузке" оценили 6 человек или 14%. Только 2 5%) пациента смогли назвать свое состояние "одышка при выраженной физической нагрузке".

Проведение острой ингаляционной пробы с формотеролом в дозе 12 мкг через ингалятор (препарат "Зафирон", производства Адамед) выявило у всех пациентов через 15 минут прирост ОФВ1 от 3 до 8% (средний показатель +4,3%). Прирост ФЖЕЛ составил от -3 до +16% (средний прирост 8,4%). При опросе пациентов улучшение дыхания отметили 37 человек или 88%. Остальные 5 человек с ответом затруднились.

Диагностика ХОЗЛ является сложной и ответственной задачей современной пульмонологии. Сочетание анамнестических, клинических и функциональных данных помогает установить диагноз и определить тактику лечения, достигая определенных результатов. Показатели спирографии в 87% совпадают с оценкой пациента собственного дыхания. Однако в 13% пациент недооценивает серьезность ситуации. Это приводит к запоздалой диагностике и незначительному эффекту проводимой терапии. Часто одышка маскируется за снижением физической активности или объясняется курением. Использование спирографии и проведение ингаляционных проб с формотеролом позволяет быстро выставить диагноз и улучшить качество жизни пациента.

ЗАСТОСУВАННЯ ФОРМОТЕРОЛУ В ЛІКУВАННІ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

КАЗИРІД С. Г.

Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В. Поліщука

Мета: оцінити можливості пролонгованого β_2 -агоністу формотеролу (зафірону) в лікуванні загострень бронхіальної астми (БА).

Матеріали і методи: було проведено порівняння 2-х схем лікування загострень БА середньої важкості у пацієнтів з БА, ст. 2, які знаходилися на постійній базисній терапії — монотерапія інгаляційними кортикостероїдами. В першій групі (14 чоловік) для лікування загострення БА в денному стаціонарі були призначені фліксотид 0,5 мг і вентолін 2,5 мг через небулайзер протягом 3–5 днів на фоні збільшення об'єму базисної терапії, пацієнти другої групи (16) чоловік —

отримували амбулаторно формотерол (зафірон) 12 мкг двічі на добу протягом 10 днів також на фоні збільшення об'єму базисної терапії.

Результати: Всі пацієнти мали хороший ефект лікування, випадків викликів "Швидкої допомоги" не було. Друга схема лікування не поступалася по ефективності першій, при тому що хворі другої групи лікувалися в домашніх умовах.

Висновки: В лікуванні загострень БА середньої важкості можна використовувати пролонгований β_2 -агоніст формотерол (зафірон), що є економічно більш вигідним і не менш ефективним для пацієнтів, ніж призначення небулайзерної терапії.

КОКРАНОВСКИЕ ОБЗОРЫ ПРО БАЗИСНУЮ ТЕРАПИЮ ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

КЛИМЕНКО В. А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики педиатрии №2, Областной детский аллергоцентр, г. Харьков, Украина

Цель работы — повышение эффективности медицинской помощи детям, страдающим бронхиальной астмой (БА). Методика. Проанализированы Кокрановские обзоры по проблеме эффективности и безопасности препаратов, рекомендованных GINA-2008 для базисной терапии БА.

Результаты. На 1 ступени базисной терапии БА предполагается использование кромонов. В GINA-2008 указано, что кромоны имеют ограниченное значение в терапии, имелись сообщения об их эффективности при легком персистирующем течении БА и при бронхоспазме, индуцированном физической нагрузкой. Кокрановский обзор по эффективности применения натрия кромогликата у больных БА опубликован 08.10.2008. Глубина поиска составила 1970 — 2007 гг. Проанализировано 3500 исследований, из которых только 23 соответствовало требованиям доказательной медицины, т.е. являлись рандомизированными, двойными слепыми, плацебоконтролируемыми. Последнее из этих исследований было выполнено в 1997 г. — таким образом, последние 20 лет в научном мире не осталось сомнений по поводу кромонов. Общее число больных, включенных в обзор — 1026. Доказано, что у детей 0-18 лет нет статистически достоверной разницы при применении кромогликата натрия как базисной терапии в сравнении с плацебо. Кокрановский обзор "Недокромил натрия при хронической астме у детей" был опубликован 19.07.2006. Проанализировано 15 исследований, в которых приняло участие 1422 детей. Длительность применения недокромилла натрия составила 4–12 недель. Доказано положительное влияние недокромилла натрия на показатели ФВД (ОФВ1, ЖЕЛ, ОФВ1/ЖЕЛ, ПОСВ вечером) и симптомы астмы у детей с легкой и среднетяжелой БА. Показана высокая безопасность препарата — отсутствие побочных эффектов (только неприятный привкус). По длительному применению недокромилла натрия (от 6 мес. до 6 лет) в анализируемых медицинских базах данных обнаружено

только два рандомизированных контролируемых исследования (РКИ) — получены противоречивые результаты, и достоверные выводы не сделаны. На 2-ой ступени терапии предполагается использование ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в низких дозах и антилейкотриеновых препаратов (АЛТП). Эффективность и необходимость применения ИГКС сегодня общепризнана, не дискутируется, поэтому в данных тезисах не обсуждается. Кокрановский обзор "АЛТП в сравнении с ингаляционными кортикостероидами при рекуррентной и/или хронической астме у взрослых и детей" опубликован 26.01.2004. Проанализировано 27 исследований, из которых 2 — педиатрических; общее количество пациентов — 587; длительность применения АЛТП составила не менее 1 мес. Доказано, что ИГКС в дозе 400 мкг/сут по беклометазону является более эффективными, чем АЛТП в лицензированных дозах. Остается невыясненной эквивалент-доза ИГКС, которая соответствует по противовоспалительной активности АЛТП. Добавление АЛТП к ИГКС позволяет улучшить показатели ФВД (ПОСВ увеличивается на 7,7 л/мин), уменьшить потребность в β_2 агонистах короткого действия на 1 дозу/нед. Но АЛТП не уменьшают частоту обострений, требующих применения системных гормонов. Кроме того, попытки уменьшить дозу ИГКС у больных с контролируемой БА, на фоне добавления АЛТП не увенчались успехом — много больных было исключено из исследования по причине обострения астмы. Также невыясненным остается вопрос — что лучше: повысить дозу ИГКС или добавить АЛТП? Данной проблеме было посвящено 3 РКИ, но полученные результаты были противоречивыми. На 3-4 ступенях базисной терапии предполагается применение пролонгированных β_2 -агонистов и пролонгированных теофиллинов. В отношении пролонгированных β_2 -агонистов (формотерол, сальметерол) доказано их положительное влияние на ФВД и возможность уменьшения дозы ИГКС в базисной терапии благодаря

синергізму впливу на рецептори, не рекомендовано їх застосування тільки разом з ІГКС. Ефективність і безпека «оральних ксантинов» (ОК) як підтримуючої терапії БА у дітей проаналізовані в Кокрановському огляді, опублікованому 25.01.2006. Всього 35 досліджень (2754 пацієнтів) відповідали критеріям включення. В 18 РКІ вивчалася ефективність ОК в порівнянні з плацебо — доказано збільшення кількості днів без симптомів, зменшення потреби в медикаментах невідкладної допомоги, покращення показників ОФВ1 і ПОСВ на фоні прийому ОК. Порівняння ОК з ІГКС проведено в 4 РКІ. Обострення БА відмічалися рідше в групі ІГКС, в цій же групі відмічено більш виражену позитивну динаміку симптомів БА, ніж не виявлено значущої різниці в показниках ФВД, кількості виключень з досліджень, частоті виникнення тремора. При застосуванні ІГКС в одному дослідженні відмічена затримка росту, при прийомі ОК у більшості частіше відмічалися головна біль і нудота. Порівняння ефективності ОК і β_2 -агоністів короткого дії присвя-

чено 10 РКІ: не відмічено статистично достовірної різниці в динаміці симптомів, використанні медикаментів невідкладної допомоги і показниках спірометрії. При використанні β_2 -агоністів рідше відмічалися госпіталізації і головна біль, ніж частіше — тремор. К сожалению, в GINA-2008 не знайдено місця для специфічної алерговакцинації, яка є одним з основних напрямків базисної терапії БА. В Кокрановському огляді, опублікованому 20.10.2003, проведено метааналіз даних 75 досліджень по даній проблемі (3506 пацієнтів, з яких 3188 — з БА). Відмічено статистично значуще зменшення астматичних симптомів, потреби в медикаментах і зменшення гіперреактивності бронхів. Не доказано впливу на ФВД.

Висновки. В відповідності з концепцією доказової медицини, сформованої в початку 1990-х років, Кокрановські огляди відповідають найбільш високому — І (А) рівню доказовості, тому їх результати і рекомендації повинні враховуватися при виборі терапії у хворих.

К

ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ БУДЕСОНІД/ФОРМОТЕРОЛ У ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

КОВАЛЕНКО С. В., КІЗЛИК С. В., КАПОРІН О. І.

Буковинський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини та ендокринології
Обласна клінічна лікарня
Обласний медичний діагностичний центр

Взаємопоглиблююча та взаємодоповнююча дія (спаринг-ефект) пролонгованих β_2 -агоністів та інгаляційних кортикостероїдів в лікуванні бронхіальної астми (БА) — застосовується при створенні препаратів з їх фіксованою комбінацією. Симбікорт — комбінований препарат, що поєднує невеликі дози ІКС (будесонід 80 мг/160мг) та пролонговані β_2 -агоністи тривалої дії (формотерол 4,5 мг), що робить його зручним для застосування в якості базисної (підтримуючої терапії) БА та симптоматичної (бронхолітичної) терапії.

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування Симбікорта в порівнянні з іншою комбінацією бронходилататора та ІКС.

Методи дослідження. Обстежено 36 хворих на БА персистуючого перебігу середнього ступеню. 1 гр. (n = 12; SMART-група) отримувала Симбікорт (80/4,5 мг) 1 раз на добу плюс додаткові дози за вимогою, всього не більше 8 інгаляцій за добу; 2 гр. (n = 11; група фіксованої комбінації) — комбінацію будесонід/формотерол 80/4,5 мг 1 раз на добу плюс вентолін 100 мг за потреби, проте не більше 7 інгаляцій; 3 гр. (n = 13; група фіксованого будесоніда) — будесонід 500 мг в день плюс вентолін 100 мг за потреби, проте не більше 7 інгаляцій. Первинна кінцева точка дослідження — час до першого загострення, яке визначалося як погіршення перебігу БА, що потребувало госпіталізації/лікування у пульмонологічному відділенні; лікування оральними кортикостероїдами (ОКС); підвищення дози ІКС та/або іншого додаткового лікування; зниження ПШВ (пікової швидкості видиху) $\leq 70\%$ від належної протягом 2 наступних днів.

Результати. На фоні лікування загострення БА було відмічено у 14% хворих SMART-групи, у 38% — 2 гр та у 26% — 3 гр. SMART режим суттєво збільшував час до першого загострення БА у порівнянні з фіксованою комбінацією (p < 0,001) та фіксованим будесонідом (p = 0,02). Ризик розвитку загострення в 1 гр був на 66% та 51% нижче, ніж у 2 гр

та 3 гр відповідно. Число загострень на одного хворого також було вірогідно нижче у хворих 1 гр: 0,41 проти 0,76 (p = 0,017) та 0,48 (p = 0,073) у 2 та 3 групах відповідно. Загострення, що потребували медичних втручань мали місце у 8% хворих SMART-групи, у 31% в групі фіксованої комбінації та у 20% в групі фіксованого будесоніда. Таким чином, SMART-терапія знижувала ризик загострень БА на 75% у порівнянні з фіксованою комбінацією (p < 0,001) та на 60% у порівнянні з фіксованим будесонідом (p = 0,016); ризик загострень, що потребували медичного втручання, знижувався на 70% та 79% відповідно.

Скорочення загострень на фоні SMART-терапії полягало у зменшенні кількості днів із застосуванням неінгаляційних ГКС (32 проти 230 та 141 у 2 та 3 групах відповідно); а також у зменшенні числа госпіталізацій/лікування у пульмонологічному відділенні (по 1 випадку в 1 гр та 3 гр проти 8 — у 2 гр). Легкі загострення БА спостерігались у 63% хворих SMART-групи, у 84% — 2 гр та у 75% — 3 гр. Найменша кількість інгаляцій за вимогою була в SMART-групі (0,58 проти 0,76 та 0,74 в 2 та 3 гр). Тільки 5% пацієнтів SMART-групи застосовували максимально допустимий об'єм терапії (плюс 7 інгаляцій за вимогою за 1 день), який був потрібний протягом <0,1% днів лікування та не поєднувався із загостренням БА. Для порівняння 23% та 15% хворих 2 та 3 груп застосовували максимально допустимі дози препаратів протягом більш тривалого часу (0,7% та 0,5% днів), а на 40% та 45% цих днів приходилось загострення БА.

Висновки. Гнучке дозування за допомогою фіксованої комбінації ІКС/ПБА показало високу ефективність даної терапії. Застосування єдиного препарату Симбікорт для базисної та симптоматичної терапії суттєво скорочує число загострень БА у порівнянні з іншими режимами лікування. Своєчасне підвищення дози ІКС при погіршенні перебігу БА, коли пацієнт застосовує

НАГРУЗОЧНАЯ ВЕНТИЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

КОВАЛЬЧУК С. И., ЮСУПАЛИЕВА М. М., САВЧЕНКО В. М.,
КОВГАНКО А. А., ШУБИНА Л. П., БЕЛЯЕВА С. Н.

Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения
и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова», г. Ялта

Резервные возможности любой системы организма человека принято определять с помощью специальных функциональных нагрузок. Чаще всего в клинической практике для этих целей используется физическая нагрузка. Применительно к больным бронхиальной астмой такой вариант нагрузок для исследования функционального состояния системы внешнего дыхания имеет ограничения из-за возможной реакции в виде развития у больного бронхоспазма.

Цель исследования — изучить возможности использования метода нагрузочной вентилографии в качестве функциональной нагрузки при исследовании дыхательной системы у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы

В основе метода нагрузочной вентилографии лежит принцип возвратного дыхания. Исследование осуществляли с помощью спирографа с выключенным поглотителем углекислого газа (CO_2) и снабженного вентилирующей установкой, обеспечивающей эффективное смешивание воздуха. Для регистрации минутного объема дыхания (МОД) использовали устройство, состоящее из фотоэлектрического преобразователя движения колокола спирографа и таймера-прерывателя. Динамику концентрации CO_2 в воздухе спирографа регистрировали с помощью газоанализатора типа "Спирилит". На вход "х" двухкоординатного регистрирующего устройства подавали сигнал от газоанализатора, а на вход "у" — сигнал от фотоэлектрического преобразователя.

Обследуемый подключался к спирографу и в процессе дыхания в воздухе замкнутой системы «спирограф — легкие» постепенно повышалась концентрация CO_2 . В ответ формируется прогрессирующая гипервентиляция, которая регистрируется в виде аналоговой кривой, отражающей динамику МОД (нагрузочная вентилография). В зависимости от уровня тренированности дыхательного центра и состояния системы дыхания пациента процедура заканчивается при достижении концентрации углекислого газа 5–7%.

Регрессионный анализ полученных данных показал, что взаимосвязь экзогенной гиперкапнии и возникающей гипервентиляции носит нелинейный характер и с наименьшей ошибкой описывается зависимостью экспоненциального типа. В качестве показателя мощности вентиляторного ответа использовали величину углового коэффициента регрессионной линии тренда, построенного по эмпирическим точкам

нагрузочной вентилограммы. Расчет этого показателя проводили по формуле:

$$k = (n \sum(x \cdot \ln y) - \sum(x) \cdot \sum(\ln y)) / (n \sum(x^2) - (\sum x)^2), \text{ где:}$$

k — угловой коэффициент регрессии в %⁻¹;

n — количество эмпирических точек;

x — процент CO_2 во вдыхаемом воздухе;

y — МОД в л/мин, соответствующий текущей концентрации CO_2 во вдыхаемом воздухе.

В основной группе обследовано 45 больных бронхиальной астмой персистирующей формы легкой и средней тяжести течения в возрасте от 22 до 62 лет. Из них 14 человек (31%) составляли мужчины и 31 человек (69%) — женщины. Средняя длительность заболевания составляла $(8,21 \pm 0,49)$ года. Пациентам проводили санаторно-климатическое лечение, включающее: лечебную физкультуру, климатопродуры, ингаляционную терапию. По показаниям назначалась аппаратная физиотерапия, медикаментозные препараты (отхаркивающие, бронхолитические, антибактериальные, гипосенсибилизирующие и др.). Всем больным до лечения и после курса терапии проводили исследование вентиляторного ответа на гиперкапнический стимул методом нагрузочной вентилографии. Этим же методом была обследована контрольная группа из 42 практически здоровых лиц. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с использованием критерия Стьюдента.

Результаты

У лиц контрольной группы угловой коэффициент регрессии оказался равен $(0,523 \pm 0,031) \%^{-1}$. У больных бронхиальной астмой этот показатель, измеренный до лечения, был существенно ниже контроля и равнялся $(0,320 \pm 0,015) \%^{-1}$ ($p < 0,05$). После проведенного лечения уровень вентиляторного ответа возрос до величины $(0,390 \pm 0,017) \%^{-1}$ ($p < 0,05$), но осталась значительно ниже контрольного уровня ($p < 0,05$). Несмотря на существенную гипервентиляцию, достигаемую в конце процедуры, ни у одного из обследованных не было зарегистрировано развития бронхоспазма.

Заключение

1. Показатели нагрузочной вентилографии могут служить дополнительным критерием оценки функциональных возможностей легких.

2. Использование метода нагрузочной вентилографии позволяет исследовать резервные возможности вентиляторного аппарата у больных бронхиальной астмой без применения физических нагрузок.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ БІЛКІВ КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОГО ПОВІТРЯ У ВЕРИФІКАЦІЇ ЛЕГКОЇ

КОЛОСКОВА О. К., ВОРОТНЯК Т. М., ШАХОВА О. О., БЕЗРУКОВА І. У.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета дослідження: вивчити діагностичну цінність показників перекисного окиснення білків у конденсаті видихуваного повітря для верифікації легкого ступеня тяжкості персистувальної бронхіальної астми (БА).

Матеріали і методи. Обстежено 69 дітей шкільного віку в періоді загострення бронхіальної астми, які лікувались в алергопульмонологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні № 1 м. Чернівці (середній вік когорти становив $11,4 \pm 0,6$ року). З середньо-тяжкою персистувальною БА лікувалося 44 дитини, з легкою — 25 пацієнтів. Усім дітям, окрім проведення загально-клінічного обстеження, збирали конденсат видихуваного повітря, в якому досліджували вміст загального білка та показники перекисного окиснення білків.

Отримані результати. Діагностична цінність вмісту загального білка більше 4,1 г/л у конденсаті видихуваного повітря для верифікації легкого ступеня тяжкості відносно середньотяжкого становила: чутливість 69,4%, специфічність 57,1%, передбачувана цінність позитивного результату 73,5% та негативного — 52,2%, співвідношення шансів 3,0 95% ДІ: 1,0-9,3), відношення правдоподібності 1,3. За умови претестової вірогідності наявності легкого ступеня астми на рівні 50% і претестового шансу 1,0, посттестовий шанс сягав 1,3 та вірогідність — 56,5%. Таким чином, ймовірність легкого ступеня тяжкості БА в дітей при використанні як тесту вмісту загального білка в конденсаті підвищується лише на 6,5%.

Діагностична цінність вмісту альдегідо- і кетопохідних динітрофенілгідрозонів основного характеру більше 47,0 од. опт. щіл. у конденсаті видихуваного повітря для верифікації легкого ступеня тяжкості персистувальної БА відносно середньотяжкого сягала: чутливість 63,3%, специфічність 61,1%, передбачувана цінність позитивного результату 73,1% і негативного — 50%, спів-

відношення шансів 2,7 95% ДІ: 0,8-9,0) при відношенні правдоподібності 1,6. Водночас, за претестової вірогідності наявності легкого ступеня астми 50% і претестовому шансу 1,0, посттестовий шанс зростав до 1,6, а вірогідність — до 61,5%. Таким чином, ймовірність легкого ступеня тяжкості бронхіальної астми у дітей при визначенні вмісту продуктів перекисного окиснення білків основного характеру в конденсаті видихуваного повітря підвищується на 11,5%. Аналізуючи діагностичну цінність вмісту альдегідо- і кетопохідних динітрофенілгідрозонів нейтрального характеру більше 6,5 од. опт. щіл. у конденсаті видихуваного повітря для верифікації легкої персистувальної БА відносно середньотяжкої форми виявлено, що чутливість становила 50%, специфічність 72,2%, передбачувана цінність позитивного результату 75% і негативного — 46,4%, співвідношення шансів 2,6 95% ДІ: 0,7-9,1) при відношенні правдоподібності 1,8. Разом з тим, за претестової вірогідності наявності легкого ступеня астми 50%, претестовий шанс становитиме 1,0, посттестовий шанс зростав до 1,8 і посттестова вірогідність — до 64,3%. Отже, при визначенні вмісту продуктів перекисного окиснення білків нейтрального характеру на вказаному рівні в конденсаті видихуваного повітря ймовірність легкої БА у дітей підвищується на 14,3%.

Висновки. Таким чином, у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, застосування показників перекисного окиснення білків у конденсаті видихуваного повітря супроводжується низьким відношенням правдоподібності, що відображується у незначному зростанні посттестової вірогідності наявності легкого ступеня бронхіальної астми у дітей.

Рекомендації. Отримані дані дають підстави вважати, що для верифікації ступеня тяжкості бронхіальної астми у дітей слід застосовувати діагностичні тести у комплексі, у зв'язку з низьким відношенням правдоподібності вказаних тестів.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

КОНСТАНТИНОВИЧ Т. В., МОСТОВОЙ Ю. М., ДЕМЧУК Г. В., ЧІЧІРЕЛЬО-КОНСТАНТИНОВИЧ К. Д.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета дослідження: у хворих на бронхіальну астму (БА) за супутніх психоемоційних станів (ПЕС) оцінити динаміку клінічних симптомів та визначити вартісно-ефективний коефіцієнт (ВЕК) лікування захворювання при порівнянні 30-денного курсу базисної терапії та програм лікування із включенням психотропних препаратів (ППП).

Матеріал та методи дослідження. До дослідження було залучено 78 хворих БА, які поділені на 3 групи клінічного порівняння: I — 28 (35,9%) хворих, які отримували лише базисні препарати відповідно до тяжкості захворювання (беклометазону діпропіонат, сальбутамол за потребою), II-

A — 29 (37,2%), які на фоні відповідної базисної терапії отримували селективний небензодіазепіновий анксиолітик афобазол ("Щолківський вітамінний завод, Росія") у добовій дозі 30 мг, II-B — 21 (26,9%), що на фоні базисної терапії отримували метаболітний церебропротекторний препарат тіоцетам (пірацетам/тіотріазолін) ("Галичфарм") у добовій дозі 3 таблетки. Вивчали прямі витрати на курсове лікування БА у гривнях (грн.). Для оцінки переваг між програмами лікування провели розрахунки ВЕК за формулою: $K_{CEA} = (DC: Ef)$, де K_{CEA} — ВЕК (витрати на одиниці ефективності), DC — прямі витрати на лікування у грн., Ef — ефективність

лікування в умовних одиницях (ум.од.). Для визначення критерію порівняння застосували Тест по контролю над астмою (ACT-тест, Asthma Control Test, QualityMetric Incorporated, 2002). Статистична обробка проведена пакетом SPSS.12 для Windows.

Отримані результати. Показники прямих витрат на придбання ліків статистично відрізнялись у пацієнтів в групах порівняння. Найбільш коштовнішим був 30-денний курс лікування хворих II-Б групи, який склав $(115,46 \pm 5,84)$ грн. Вартість лікування пацієнтів I групи була в 2,05 разів нижчою від II-Б і склала $(56,34 \pm 5,87)$ грн. ($p = 0,017$), що обумовлено збільшенням витрат на придбання психотропного засобу хворими II-Б групи, при цьому вартість курсового застосування базисних препаратів між хворими I та II-Б групи статистично не відрізнялися. Встановлена тенденція до підвищення вартості базисних препаратів в II-Б групі, яка зв'язана із більшою кількістю хворих із тяжким персистуючим перебігом БА в II-Б групі – 61,9% проти 42,9% в I групі, що і обумовлює збільшення добової дози беклометазону. Витрати на придбання салбутамолу у пацієнтів II-Б групи була меншою, що зв'язано із кращим регресом частоти симптомів БА під впливом комбінованої терапії. Витрати хворих БА II-А групи склала $(103,62 \pm 3,44)$ грн., яка була нижчою в 1,1 разів порівняно із II-Б за рахунок зниження витрат на застосування беклометазону (на $(10,4 \pm 0,42)$ грн. та на застосування салбутамолу на $(8,64 \pm 1,98)$ грн., що дало відповідно 25,73% та 55,2% економії коштів за курс. Встановлені значущі відмінності ($p = 0,017$) між витратами на лікування хворих БА I та II-А груп, що, з одного боку пов'язано із введенням в схему лікування хворих II-А групи додаткового лікарського засобу афобазолу, який зробив лікування хворих коштовнішим на 66,60 грн. за курс, а з другого боку, зниженням в цій групі середнього показника витрат на придбання ліків базисної терапії, що склало $(37,02 \pm 3,44)$ грн, що в 1,5 разів нижче від витрат на закупівлю препаратів базисної терапії пацієнтами I групи. На етапі початку лікування (День 1) середнє значення результату АСТ-тесту в групах порівняння статистично не відрізнявся ($p=0,051$), однак визначалась тенденція до зниження рівня контролю над астмою

у хворих, які ввійшли в II-Б групу порівняно з II-А, що пояснюється збільшенням частки тяжкого персистуючого перебігу в цій групі хворих. В цілому пацієнти усіх груп, що порівнювались, мали неконтрольований перебіг БА і мали середнє значення результату АСТ-тесту в межах 9,5 – 11,6 балів. На етапі завершення терапії (День 30) відбувалося збільшення середнього значення результатів АСТ-тесту з $(10,3 \pm 0,6)$ до $(12,9 \pm 0,6)$ балів в I групі хворих, з $(11,6 \pm 0,4)$ до $(19,5 \pm 0,6)$ балів в II-А групі хворих, з $(9,5 \pm 0,4)$ до $(16,2 \pm 0,9)$ балів в II-Б групі хворих ($p=0,000$), що є результатом позитивної відповіді на лікування, яке відбувалося протягом місяця серед пацієнтів за різних схем лікування. Найкращою була динаміка результатів АСТ-тесту у хворих БА II-А групи ($p = 0,000$) по відношенню до I групи, $p = 0,006$ по відношенню до II-Б), що свідчить про кращий вплив застосування комбінованої терапії хворих БА із включенням афобазолу на перебіг та контроль захворювання. Рівень контролю над БА протягом 30-денного курсу лікування у хворих I групи поліпшився на 35,2% від початкового рівня, у хворих II-А групи – на 68,1%, у хворих II-Б групи – на 70,5%. За середнім балом, який мали хворі на етапі завершення терапії, у всіх групах контролю над захворюванням досягнуто не було. Внаслідок чого визначена кількість хворих, які досягли задовільного або повного контролю відповідно по групах порівняння, і цю кількість прийняли за ум. од. ефективності лікування (E_f) для розрахунку БЕК. Серед хворих БА II-А групи 18 (62,1%) осіб досягли значення АСТ-тесту, що ілюструє задовільний контроль, лише 6 (28,6%) хворих II-Б групи та 4 (14,3%) хворих мали відповідний результат ($p = 0,000$). БЕК для II-А групи ($E_{f_{II-A}}$) склав 1,87, БЕК для II-Б групи ($E_{f_{II-B}}$) – 4,04, БЕК для I групи (E_f) – 3,9.

Висновки. Отже, не дивлячись на підвищення прямих витрат на придбання додаткових ліків, розраховані фармакоекономічні показники доводять доцільність призначення ПТП в комплексному лікуванні хворих БА за наявності супутніх ПЕС внаслідок вірогідного підвищення умовного показника ефективності, серед яких схема із застосуванням афобазолу виявила нижчу вартість на одиницю ефективності в 2,2 рази.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ И АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

КОНСТАНТИНОВИЧ Т. В., МОСТОВОЙ Ю. М.

Винницкий национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова, кафедра пропедевтики внутренней медицины

Цель исследования: у больных БА изучить распространенность тревожных и астено-невротических расстройств, оценить их влияние на течение заболевания, разработать подходы к комплексной терапии.

Материал и методы исследования: обследовано 207 больных БА, 39% мужчин, 61% женщин, средний возраст которых составил – $(42,1 \pm 0,9)$ лет, средний стаж БА – $(12,5 \pm 8,6)$ лет. Легкое персистирующее течение БА было у 12,5% больных, среднетяжелое – у 45,9%, тяжелое – у 41,5%. Клиническое обследование проведено в рамках Приказа № 128 МЗ Украины (2007). Психологическое тестирование включало скрининговое диагностическое собеседование и верификацию уровня невротизации (УН) методикой Л. И. Вассермана (2002) и самооценку реактивной (РТ) и личностной тревоги (ЛТ) методикой Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина

(2002). Показатели качества жизни (КЖ) исследованы при помощи украинской версии международного опросника MOS SF-36, Фещенко Ю. И., Мостовой Ю. М., Бабийчук Ю. В., 2002). Для обработки результатов использован пакет статистических программ SPSS.12 для Windows.

Полученные результаты: психологический портрет больных БА характеризовался наличием высокого УН у 45,1%, высокого уровня РТ – у 20,3%, высокого уровня ЛТ – у 75,8%, сочетания критических показателей УН, РТ, ЛТ у 48,2% больных БА. Анализ показателей КЖ больных БА выявили их зависимость от вида, тяжести и сочетания сопутствующих синдромов психологической дисфункции. Достоверно низкими оказались показатели физического (ФС), психического (ПС) и социального (СС) у больных с сочетанием синдромов тревоги и невротизации критических уровней, кото-

рые составили соответственно 19,2, 21,8 и 18,9 баллов против соответственно одноименных показателей 35,6, 37,2 и 30,3 баллов для больных БА, психологическое состояние которых характеризовалось стабильностью ($p < 0,05$).

Клинико-функциональные показатели течения БА в зависимости от сопутствующих тревожных и астено-невротических расстройств представлены в табл. 1.

Выводы:

1. Синдром тревоги и астено-невротические расстройства широко распространены у больных БА и являются соматогенно обусловленными.

2. Их наличие у больных БА ведет к формированию тяжелого, плохо контролируемого заболевания, снижает показатели качества жизни, ухудшает вентиляционные показатели внешнего дыхания, что требует проведения специфической психокорректирующей терапии.

3. Учитывая, что основным патогенетическим механизмом возникновения тревоги и астено-невротических расстройств является дисбаланс ГАМК-эргической системы, отвечающей в организме за седативный эффект, препаратами выбора для лечения данной категории больных должны стать препараты группы транквилизаторов, усиливающие эффекты бронходилатации, с одной стороны, и имеющие церебропротективное действие, с другой.

Таблица. Клинико-функциональные показатели течения БА в зависимости от сопутствующих тревожных и астено-невротических расстройств

Показатели	Больные БА без клинически значимых уровней тревоги и невротизации	Больные БА в сочетании с критическим уровнем тревоги (n = 157)	Больные БА в сочетании с критическим уровнем невротизации
Суточное количество эпизодов (M ± m)	5,7 ± 0,5	7,6 ± 0,4**	7,8 ± 0,6
Ночное количество эпизодов (M ± m)	2,2 ± 0,3	3,3 ± 0,2 **	3,5 ± 0,3**
Частота применения средств "скорой помощи" (M ± m)	17,0 ± 0,7	23,9 ± 0,3*	13,7 ± 1,2
Кашель, баллы	1,6 ± 0,2	1,9 ± 0,1*	2,1 ± 0,1*
Одышка, баллы	3,0 ± 0,2	3,5 ± 0,1*	3,6 ± 0,1*
Средний койко-день	12,4 ± 0,5	13,6 ± 0,3*	14,0 ± 0,4*
Показатели внешнего дыхания:			
– FVC	84,3 ± 4,2	79,6 ± 2,4	77,2 ± 2,8
– FEV1	74,9 ± 4,2	67,9 ± 2,3	65,8 ± 3,1
– PEF	64,5 ± 3,9	59,6 ± 2,3	57,5 ± 3,2
– FEF25-75	61,0 ± 4,9	47,8 ± 2,4*	43,8 ± 3,0*

Примечание: * – $p < 0,05$,

** – $p < 0,01$

ОЦІНКА ВАРТОСТІ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ СОМАТОПСИХІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

КОНСТАНТИНОВИЧ Т. В

Винницький національний медичинський університет
ім. Н.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Мета дослідження — визначити загальну вартість лікування хворих бронхіальною астмою (БА) протягом одного календарного року в залежності від супутньої соматопсихічної дисфункції (СПД).

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 207 хворих на БА (80 (38,6%) чоловіків та 127 (61,4%) жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 м. Вінниці протягом 2002-2006 років, середній вік яких склав (42,1 ±

± 0,9) роки, середня тривалість БА — (12,5 ± 8,6) років. Стандартними методиками психологічного тестування (Васермана, Спілберга-Ханіна та Зунге) було встановлено, що 81 (39,1%) хворих БА мав дисфункцію психологічного статусу у вигляді поєднання критичних рівнів тривоги, невротизації та депресії, що визначено як клінічно значуща СПД. Групу контролю склали 126 (60,9%) хворих БА, які мали помірні або низькі рівні СПД. Розраховували прямі та опосередковані витрати в гривнях (грн.) на амбулаторному

та стаціонарному етапах лікування (вартість діагностичних досліджень, витрати на придбання ліків, вартість надання невідкладної допомоги). Статистична обробка даних виконана на персональному комп'ютері пакетом статистичних програм SPSS. 12 для Windows.

Отримані результати. Встановлено, що стаціонарна базисна терапія хворим БА, в основному призначалась адекватно, відповідно до державних стандартів і була представлена комбінацією інгаляційних глюкокортикостероїдів (і-ГКС) у 89,4% хворих за рахунок будесоніду (83,6%) та салбутамолу (94,7%) за потребою. На допоміжні засоби, включаючи розчини для інфузійної терапії (83,6%), еуфілін (77,8%), системні ГКС (76,8%), засоби, які впливають на серцево-судинну систему (90,3% в сумі), антибактеріальну терапію (63,3%) витрачалось майже стільки ж, скільки і на препарати, що є життєво необхідними.

Загальна середня вартість лікування одного хворого БА за наявності клінічно значущої СПД на амбулаторному і стаціонарному етапі лікування в 2,35 разів перевищувала хворих групи порівняння і станом на 2006 р. склала (4326,74 + 471,22) грн. проти (1839,80 + 209,64) грн. в групі порівняння.

Річна вартість стаціонарного лікування одного хворого БА за наявності клінічно значущої СПД становила (2027,13 + 115,25) грн., що на (1143,44 + 72,05) грн. (або в 2,3 рази) більше порівняно із хворими БА, які не мають клінічно значущих розладів психоемоційної сфери. Це пов'язано з збільшенням частоти госпіталізацій, тривалості і стаціонарного курсу лікування та об'ємом лікувальних та діагностичних процедур, що проводяться. Ми не отримали статистично значущої відмінності в частотах призначення виду та кількості діагностичних обстежень в обох групах, що порівнювались, що свідчить про єдиний прийнятий алгоритм діагностики. Однак встановлено, що лікарями призначаються багато діагностичних процедур, які для даної категорії хворих є малоінформативними і зайвими, не дивлячись на їх високу собівартість, що значно підвищує опосередковані,

нематеріальні витрати, що бере на себе держава. Це відноситься, насамперед, до таких досліджень, як біохімічні дослідження крові (функціональні проби печінки, нирок, білковий спектр), які призначалися більше 80-90% хворим та ультразвукові обстеження, якими охоплені більше 1/3 стаціонарних хворих.

Середньорічні витрати на амбулаторне лікування хворих БА за наявності супутньої клінічно значущої СПД склали (2299,61 + 352,97) грн. проти (956,11 + 166,44) грн. в групі контролю, що пов'язано із збільшенням витрат на надання невідкладної допомоги (більше 50% від усіх коштів) поряд із тим, як доля витрат на придбання медикаментів для контролю БА в цій групі був достовірно нижчим, що свідчить про наявність певної категорії хворих БА, яка не в змозі з певних причин отримувати належне базисне лікування на амбулаторному етапі, частіше користується послугами «швидкої допомоги», яка безкоштовно надає ургентну допомогу на дому, що спричиняє високі матеріальні медичні витрати державного рівня, або приймає рішення про необхідність госпіталізації в стаціонар, чим спричиняє часто необґрунтовані матеріальні витрати відповідно особистісного рівня. Зв'язок між підвищенням загальних витрат на лікування БА та психологічним станом хворих дає змогу припустити, що наявність клінічно значущої СПД у частки хворих БА має негативний вплив на перебіг та наслідки не лише з точки зору формування обтяженого в клінічному розумінні перебігу захворювання, але й несе значний матеріально-економічний тягар для самого пацієнта, членів його родини та держави в цілому.

Таким чином, існує залежність між психологічним станом хворих БА та особливостями надання стаціонарної та амбулаторної допомоги та загальним рівнем вартості лікування, що є результатом зниження прихильності (комплаєнтності) пацієнтів внаслідок формування супутньої генералізованої психоемоційної дисфункції; перспективним є вивчення ступеня впливу проведення корекції супутньої СПД в структурі комплексного лікування БА з обґрунтуванням її доцільності за допомогою клінічного та фармакоеконічного аналізу.

СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ — ЯК БЕЗПЕЧНИЙ МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

КОРИЦЬКА І. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

Бронхіальна астма (БА) — це хронічне захворювання, яке потребує тривалого та регулярного застосування лікарських засобів, які необхідні для зменшення її клінічних проявів та покращення якості життя пацієнтів. В той же час постійна (тривала) медикаментозна терапія може приводити до розвитку виражених побічних ефектів, й, навпаки, погіршувати якість життя хворих.

Саме тому останнім часом спостерігається «ренесанс» специфічної імунотерапії (СІТ), яка є принципово особливим методом лікування, який впливає на всі патогенетичні ланки розвитку алергічного запалення

Мета дослідження. Оцінити безпеку СІТ у хворих на алергічну бронхіальну астму з сенсibiliзацією до побутових алергенів.

Матеріали і методи. 100 хворих алергічною бронхіальною астмою з сенсibiliзацією до побутових алерге-

нів (Аг) були включені в дослідження. Середній вік хворих становив 19,5 років. Першу групу складали 50 хворих, що отримували пероральну СІТ за допомогою драже протягом 3-х років. Другу групу складали 50 хворих, що отримували парентеральну СІТ за класичною схемою протягом також 3-х років.

Отримані результати. В групі пацієнтів, які отримували інвазивну СІТ місцеві реакції були зареєстровані у 16,0% хворих, а системні реакції — у 6,0% хворих. Місцеві реакції проявлялись у вигляді гіперемії, набряку, свербіж у місці введення Аг. Системні реакції середньої важкості (утруднене дихання, кашель) спостерігались у 2,0% хворих, у 4,0% хворих спостерігались легкі прояви у вигляді закладання носу, чхання.

В групі пацієнтів, що отримували СІТ неінвазивним методом, місцеві реакції були зареєстровані у 4,0% хво-

рих. Місцеві реакції включали в себе зниження смаку, свербіж слизової роти, свербіж язика, губ. Системна реакція була зареєстрована лише у одного пацієнта і проявлялась у вигляді таких симптомів як нудота, біль в животі. Ні в першій, ні в другій групі пацієнтів, протягом 3-х років, не було зареєстровано жодного важкого побічного ефекту. Системні реакції, що виникали, були короточасними і не потребували відміни СІТ.

Частота розвитку побічних ефектів прямопропорційно залежала від ступеня сенсibilізації пацієнта. Крім того, вірогідність розвитку побічних ефектів підвищувалась з зростанням дози АГ, що вводився. Так, на початкових дозах АГ (в розведеннях 10-6–10-3) та при прийомі драже 1-3 ряду (при пероральній СІТ), вірогідність розвитку місцевих та системних реакцій досить мала, але під час нарощування дози до максимальної (в інтервалі від 200 PNU до 1000 PNU) відсоток небажаних реакцій збільшується. При проведенні повторних курсів СІТ (при отримуванні підтримуючих доз АГ) відсоток побічних системних реакцій зменшується (при умові дотримання пацієнтом рекомендованих схем введення АГ). Не відмічено за-

кономірності між розвитком та виразністю місцевих та системних реакцій.

У всіх пацієнтів, у яких виникали системні реакції під час проведення парентеральної СІТ, взагалі не відмічались місцеві реакції. Але, поява папули на місці ін'єкції (за розміром більше 20 мм в діаметрі) слугує приводом для перегляду індивідуального графіку введення АГ.

Висновки:

- СІТ у хворих на алергічну бронхіальну астму з сенсibilізацією до побутових АГ є безпечним методом лікування, який добре переноситься хворими.

- При проведенні СІТ неінвазивним методом відсоток побічних ефектів є статистично нижчим, ніж при проведенні СІТ підшкірно.

- При введенні АГ парентерально достовірно частіше виникають місцеві реакції, ніж системні.

Рекомендації. Для зменшення виникнення частоти небажаних побічних ефектів, при проведенні СІТ, слід надавати перевагу неінвазивним методам введення алергенів та чітко дотримуватись схем введення алергенів, адаптованих для кожного хворого.



ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

КОРКУШКО О. В., АСАНОВ Э. О., ПИСАРУК А. В., ЧЕБОТАРЕВ Н. Д.

ГУ «Институт геронтологии АМН Украины», г. Киев

Известно, что в механизмах развития бронхоспазма у больных с бронхолегочной патологией важную роль играет дисфункция вегетативной нервной системы. Значительное повышение тонуса вагуса и снижение симпатической активности приводит к гиперреактивности бронхов, гипер — и дискринии и, в конечном счете, к бронхоспазму. Кроме того, в течение суток тонус симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы закономерно изменяется, а вместе с ним изменяется бронхиальная проходимость. Поэтому оптимизация терапии бронхоспазма должна учитывать состояние вегетативной нервной системы и её суточные ритмы.

В настоящее время общепринятым методом оценки состояния вегетативной нервной системы является спектральный анализ волновой структуры сердечного ритма. Этот метод основан на том, что последовательный ряд кардиоинтервалов (кардиоритмограмма) имеет характерную волновую структуру, отражающую регуляторные влияния на синусовый узел сердца вегетативной нервной системы. Поэтому анализ кардиоритмограммы дает важную информацию о состоянии вегетативной нервной системы. Этот метод мы использовали для оценки суточной динамики вегетативного тонуса у больных с бронхолегочной патологией.

В отделении клинической физиологии и патологии внутренних органов ГУ "Институт геронтологии АМН Украины" разработаны принципы терапии бронхоспазма у больных с бронхолегочной патологией, учитывающие состояние вегетативной регуляции тонуса бронхов.

1. Индивидуальный подбор бронхолитика в зависимости от вегетативной активности и результатов медикаментозной пробы с различными препаратами.

Препарат выбирается по результатам оценки вегетативного тонуса с помощью анализа вариабельности ритма сердца. После этого эффект препарата оценивается с помощью определения изменений бронхиальной проходимости

на пике действия препарата. Выбирается наиболее эффективный для данного больного препарат.

2. Подбор оптимального времени назначения препарата в течение суток в зависимости от суточных ритмов бронхиальной проходимости и вегетативного тонуса (хронотерапия).

Принцип хронотерапии предусматривает выбор оптимального времени введения больному препарата в зависимости от суточной динамики физиологических показателей. Для определения времени назначения бронхолитика проводится исследование индивидуальных суточных ритмов бронхиальной проходимости (суточная пикфлоуметрия) и вегетативного тонуса. При использовании индивидуальных схем хронотерапии в нашем отделе удалось существенно повысить эффективность терапии бронхоспазма. При этом среднесуточная пиковая скорость выдоха повышалась более чем на 20% по сравнению с традиционной схемой лечения.

Учитывая все вышеизложенные принципы, нами предлагается следующая схема терапии бронхоспазма у больных с бронхолегочной патологией.

1. До лечения у больного определяется состояние вегетативной нервной системы и подбирается наиболее эффективный бронхолитик.

2. До лечения больному проводится исследование суточных ритмов бронхиальной проходимости и вегетативного тонуса и определяется наиболее оптимальное время приема бронхолитика (хронотерапия).

3. Для оценки эффективности и коррекции времени приема бронхолитика больному проводится исследование суточных ритмов бронхиальной проходимости и вегетативного тонуса на фоне бронхолитической терапии.

4. Для курсового лечения могут использоваться несколько индивидуально подобранных бронхолитиков, применяемых в оптимальное для каждого пациента время суток.

Оптимизация терапии бронхоспазма у больных с бронхолегочной патологией с использованием описанных нами подходов позволяет существенно улучшить брон-

хиальную проходимость, уменьшить дозировки бронхолитиков и снизить риск развития нежелательных побочных явлений.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ФУНКЦІЄЮ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

КОРОБКО О. А., НЕЧИПОРУК С. В., ГУМЕНЮК І. П.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Мета дослідження: вивчити кореляційні зв'язки між показниками якості життя та функцією зовнішнього дихання у хворих на бронхіальну астму.

Комплексно обстежено 110 хворих на бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості легкого або середнього ступеня тяжкості загострення. Середній вік хворих групи склав $(47,4 \pm 1,5)$ років. Функцію зовнішнього дихання оцінювали за допомогою комп'ютерного спірографа "Пульмомент — 1" (виробництва України).

З метою визначення індивідуальних особливостей хворого з перебігом бронхіальної астми використано методику визначення якості життя за допомогою української версії загального опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36), який перекладений за процедурою міжнародного центру з вивчення якості життя IQOLA, Бостон, США під керівництвом доктора J. E. Ware та B. Gandek. Українська версія MOS SF-36 запропонована академіком Ю. І. Фещенко й співавт., пройшла три перших етапи перекладу та культурної адаптації. За допомогою коефіцієнту кореляції Спірмена (rs) вивчено вплив показників функції зовнішнього дихання (ОФВ₁) на критерії якості життя хворих на

бронхіальну астму. Якщо цей критерій був до 0,29, то вважали, що кореляційні зв'язки незначні, якщо у межах — 0,30 — 0,59 — середньої сили, а більше 0,60 — виражені. Також відрізняли прямі ("+") та зворотні ("—") кореляційні зв'язки.

Отримані в результаті дослідження дані свідчать про те, що критерії якості життя не корелювали з показниками функції зовнішнього дихання (ОФВ₁) у хворих на бронхіальну астму (визначались зворотні або незначні прямі кореляційні зв'язки).

Отже, якість життя охоплює фізичне і соціальне благополуччя так, як його сприймає сам пацієнт. Дані про якість життя можуть допомогти лікарю більш глибоко зрозуміти вплив захворювання на життя пацієнта, визначити його індивідуальну реакцію на хворобу. Ця інформація відкриває нові можливості в подоланні хворим небажаних переживань, створенні позитивного ставлення до лікування. Вивчення якості життя дозволяє порівняти ефективність різних методів лікування та реабілітаційних програм, це — основний критерій оцінки ефективності терапії у тих випадках, коли не виявлені суттєві розбіжності в клініко-лабораторних показниках між групами хворих, які включені в протокол багаточислових рандомізованих досліджень.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ

КОСТИК О. П., ІЛЬНИЦЬКИЙ І. Г., ВИТРИХОВСЬКИЙ О. Я.,
САХЕЛАШВІЛІ М. І., ІЛЬНИЦЬКА Л. І., РУДНИЦЬКА Х. І

Національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра фтизіатрії і пульмонології, м. Львів

Мета дослідження: вивчити особливості імунологічної реактивності у хворих на бронхіальну астму (БА) для оцінки ефективності лікування.

Матеріали і методи: Обстежено 58 вперше діагностованих хворих на БА. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб. Проведено визначення субпопуляційного складу лімфоцитів периферичної крові (CD_3^+ і CD_4^+ , CD_8^+ , CD_4^+/CD_8^+ , CD_{16}^+ , CD_{25}^+) та показників гуморального імунітету (CD_{22}^+ , імуноглобуліни різних класів, ЦІК). Дослідження проводили до і після лікування.

Отримані результати. У хворих на БА мало місце зниження CD_3^+ і CD_4^+ -лімфоцитів порівняно з даними у здорових донорів. Так, у хворих на БА величина CD_3^+ -клітин була знижена в 1,6 раза порівняно з величинами у здорових донорів ($46,20 \pm 1,24$)% проти ($73,26 \pm 1,48$)%, ($P < 0,05$). Число CD_4^+ -клітин було знижене в 1,7 раза порівняно з

даними у здорових донорів ($23,92 \pm 1,33$)% проти ($41,63 \pm 1,52$)%, ($P < 0,05$).

Аналогічної динаміки зниження зазнало число CD_8^+ -лімфоцитів — його рівень був в 1,2 раза нижче норми (відповідно ($19,92 \pm 1,16$)% проти ($24,36 \pm 1,34$)%, ($P < 0,05$). Індекс співвідношення CD_4^+/CD_8^+ -лімфоцитів був знижений в 1,4 раза у порівнянні з даними у здорових донорів і становив ($1,23 \pm 0,12$), ($P < 0,05$). Рівень CD_{16}^+ -лімфоцитів зазнав значного зростання і перевищував показники у здорових донорів в 2,98 раза ($19,43 \pm 1,36$)% проти ($6,62 \pm 0,55$)%, ($P < 0,05$). Рівень супресорних або регуляторних CD_{25}^+ -лімфоцитів до лікування був нижче рівня у здорових донорів в 1,8 раза ($23,10 \pm 1,32$)% проти ($42,15 \pm 1,43$)%, ($P < 0,05$).

Після лікування число CD_3^+ , CD_4^+ і CD_8^+ -лімфоцитів зазнало динамічних змін. Рівень CD_3^+ -лімфоцитів знизився з ($46,20 \pm 1,24$)% до ($44,90 \pm 1,16$)%, ($P > 0,05$). Рівень CD_4^+ -

лімфоцитів після лікування зріс на 4,2% і становив ($24,95 \pm 1,24$)% проти ($23,92 \pm 1,33$)% при поступленні, ($P > 0,05$). Рівень CD_8^+ -лімфоцитів дещо знизився — ($19,92 \pm 1,16$)% до ($17,44 \pm 1,15$)%, ($P > 0,05$).

Індекс співвідношення CD_4^+/CD_8^+ -лімфоцитів зазнав тенденції зростання. Рівень CD_{16}^+ -лімфоцитів після лікування не зазнав статистично достовірних змін ($19,54 \pm 1,25$)% проти ($19,43 \pm 1,36$)%, ($P > 0,05$). Рівень супресорних або регуляторних CD_{25}^+ -лімфоцитів після лікування знизився в 1,2 раз — з ($23,10 \pm 1,32$)% до ($18,60 \pm 1,15$)%, ($P < 0,05$).

У обстежених хворих одночасно з визначенням показників Т-клітинного імунітету проведено визначення стану В-системи імунітету. Стан В-системи лімфоцитів оцінювали за кількістю В-лімфоцитів (CD_{22}^+ -маркер), рівнями імуноглобулінів різних класів (Ig A, Ig G, Ig M і загального Ig E) та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові.

На момент шпиталізації у хворих був підвищений рівень В-лімфоцитів (CD_{22}^+ -маркер). Зокрема, число В-лімфоцитів перевищувало дані у здорових донорів в 1,3 рази ($20,40 \pm 1,55$)% проти ($16,25 \pm 1,8$)%, ($P < 0,05$), а після лікування мало місце зростання CD_{22}^+ -лімфоцитів в 1,2 рази — з ($20,40 \pm 1,55$)% до ($24,86 \pm 1,34$)%, ($P < 0,05$).

Рівень Ig A перевищував показники норми в 1,4 рази ($302,3 \pm 10,8$) мг/дл проти ($225,5 \pm 15,3$) мг/дл, ($P < 0,05$), а після лікування показник Ig A значно відрізнявся — його рівень визначався в межах норми ($159,8 \pm 8,5$) мг/дл, проти ($225,5 \pm 15,3$) мг/дл, ($P > 0,05$).

Рівень Ig G до початку лікування визначали в межах норми ($1207,3 \pm 24,5$) мг/дл проти ($1202,5 \pm 23,7$) мг/дл, ($P > 0,05$), а після лікування — на нижніх границях норми ($1106,2 \pm 20,2$) мг/дл проти ($1202,5 \pm 23,7$) мг/дл, ($P > 0,05$).

Вміст Ig M до і після лікування не зазнав змін порівняно з даними у здорових донорів: ($133,2 \pm 14,5$) мг/дл і ($172,0 \pm 12,5$) мг/дл, проти ($170,5 \pm 16,8$) мг/дл, ($P > 0,05$).

Рівень Ig E в 3,8 рази перевищував його значення у здорових донорів ($305,6 \pm 20,8$) МО проти ($80,5 \pm 17,3$) МО, ($P < 0,05$); після лікування його рівень дещо знизився, але його значення в 3,1 рази перевищувало величину норми ($250,0 \pm 15,8$) МО проти ($80,5 \pm 17,3$) МО, ($P < 0,05$).

Вміст ЦІК у хворих на БА перевищував показники норми в 1,4 рази ($6,08 \pm 0,25$) Г/л проти ($4,25 \pm 0,48$) Г/л, ($P < 0,05$). Після лікування вміст ЦІК у хворих на БА знизився в 1,2 рази ($5,27 \pm 0,33$) Г/л проти ($6,08 \pm 0,25$) Г/л, ($P < 0,05$).

Висновки. В результаті проведених досліджень виявлено пригнічення субпопуляцій Т-лімфоцитів ($CD_3CD_8^+$) і наростання CD_{16}^+ та активацію В-системи імунітету, яка характеризувалася у хворих на БА підвищенням відносної кількості В-лімфоцитів (CD_{22}^+ -маркер), збільшенням рівня Ig E, підвищенням вмісту ЦІК та дисімуноглобулінемією у вигляді зниження рівня Ig M та незначного наростання рівня Ig A, рівень Ig G не зазнавав змін і визначався в межах норми.

Рекомендації полягають в тому, що визначення змін в динаміці показників імунологічної реактивності при лікуванні хворих на БА дає можливість оцінити ефективність проведеної терапії.

К

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕОЗИНОФІЛІВ КРОВІ У ПІДТВЕРДЖЕННІ ДІАГНОЗУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

КРАВЧЕНКО О. В., СТРИНАДКО М. М.

Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Серед багатьох клітин алергічного запалення еозинофільні гранулоцити крові відіграють суттєву роль у розвитку запалення при бронхіальній астмі. За даними літератури відомо, що пошкоджувальна дія еозинофільних лейкоцитів реалізується за рахунок викиду з них у позаклітинний простір специфічних речовин, до яких належать катіонні білки та пероксидаза.

Виходячи з цього, метою дослідження було вивчення діагностичної цінності маркерів метаболічної активності еозинофілів для верифікації бронхіальної астми в дітей раннього віку з ознаками бронхообструктивного синдрому.

Обстежено 100 дітей раннього віку (І група), які вступили до стаціонарного відділення ОДКЛ № 1 з приводу бронхообструктивного синдрому, у яких ретроспективно підтверджений діагноз бронхіальної астми. До ІІ клінічної групи увійшли 60 пацієнтів із гострим обструктивним бронхітом. Нами виявлене суттєве зниження вмісту катіонних білків та зменшення активності пероксидази в еозинофільних лейкоцитах крові у хворих на бронхіальну астму по відношенню до дітей з обструктивним бронхітом, зокрема, у дітей І групи значення внутрішньоклітинного вмісту еозинофільної перок-

сидази коливались від 1,2 у.о. до 2,2 у.о., а в дітей ІІ клінічної групи — відповідно від 1,6 у.о. до 2,6 у.о. Внутрішньоклітинний вміст еозинофільних катіонних протеїнів у пацієнтів І групи спостереження варіював від 0,34 у.о. до 1,8 у.о., у хворих групи порівняння — відповідно від 1,4 у.о. до 2,3 у.о. ($p < 0,01$). Діагностична цінність наявності бронхіальної астми в дітей з бронхообструктивним синдромом при вмісті пероксидази в еозинофільних лейкоцитах крові, що не перевищував 1,7 у.о., становила: чутливість — 79,0%, специфічність — 64,0%, позитивна передбачувана цінність — 82,0%, негативна передбачувана цінність — 72,0%, позитивне відношення правдоподібності — 2,2, від'ємне відношення правдоподібності — 3,1. Діагностична цінність показників вмісту катіонних білків в еозинофільних гранулоцитах крові, менших за 1,4 у.о., відповідно становила: 85,4%, 63,4%, 79,3%, 69,2%, 2,3 та 4,38.

Висновок. Таким чином, визначення внутрішньоклітинного вмісту еозинофільних катіонних білків та пероксидази можна використовувати лише як додаткові критерії діагнозу бронхіальної астми у дітей раннього віку через недостатні показники відношення правдоподібності.

ПРИМЕНЕНИЕ СИНГЛЕТНО–КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

КУРИК Л. М., ТУРЧИНА И. П., АДАМЧУК А. И.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Основной целью проведенной работы было исследование эффективности и разработка схемы применения синглетно-кислородной терапии (СКТ) в комплексном лечении больных с бронхиальной астмой средней степени тяжести (БА).

Материалы и методы: В исследовании принимало участие 30 больных БА средней степени тяжести во время обострения и на протяжении 2 месяцев периода ремиссии. В каждой группе было по 10 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту, длительности и тяжести заболевания.

Больные первой группы принимали стандартное лечение, согласно приказу МОЗ № 499; пациенты второй группы дополнительно на протяжении 14 дней получали синглетно-кислородную терапию (ингаляции и внутрь) при помощи аппарата "МИТ-С" производства фирмы „МЕДИНТЕХ", Киев, Украина (табл.). Контрольную здоровую группу составляли 10 человек (6 женщин, 4 мужчины в возрасте $(52,1 \pm 1,7)$ лет).

В процессе исследования проводилась оценка следующих клинично-функциональных показателей. Учитывалась степень одышки (Medical Research Council dyspnoea scale), кашля, использование бронхолитиков, проводился подсчет ночных пробуждений из-за астма-симптомов. По дневникам самонаблюдения оценивался астма-счет. ФВД проводилась на аппарате VITALOGRAPH ALFA (Ennis), Ирландия. В конце исследования учитывалось общее количество дней госпитализации, а также эффективность проведенного лечения, которая оценивалась пациентом и врачом.

Результаты: К моменту окончания лечения (14 суток в I группе и последние сутки приема СКТ во II группе) одышка снизилась с 2–3 баллов до $(1,9 \pm 0,1)$ баллов в I группе, и $(1,0 \pm 0,1)$ баллов во второй. Уменьшился кашель (в I группе с $(2,7 \pm 0,1)$ до $(2,0 \pm 0,2)$ баллов, во II группе с $(2,5 \pm 0,1)$ до $(0,9 \pm 0,1)$ баллов). Уменьшилось количество ночных пробуждений: в первой группе с $(2,2 \pm 0,1)$ до $(1,8 \pm 0,1)$ раз, во второй с $(2,1 \pm 0,1)$ до $(0,5 \pm 0,1)$ раз. Использование бронхолитиков пациентами снизилось с 5–6 раз до $(4,7 \pm 0,2)$ в I группе и до $(2,9 \pm 0,2)$ во второй. Астма — счет на момент

окончания лечения составлял: I группа — $(13,3 \pm 0,5)$ балла, II группа — $(7,7 \pm 0,5)$ балла. Отмечалась положительная динамика в скоростных показателях ФВД в обеих группах. Сроки пребывания в стационаре первой группы составили в среднем $(20,6 \pm 1,2)$ и второй $(17,8 \pm 1,1)$ дня соответственно.

Через 2 месяца после проведенного стационарного лечения у больных группы со стандартной терапией, наблюдалась тенденция к ухудшению скоростных показателей ФВД (в некоторых случаях практически до уровня начала лечения), нарастала одышка до $(1,9 \pm 0,1)$ балла, кашля до $(1,9 \pm 0,0)$ балла с умеренным количеством слизистой мокроты у всех исследуемых, ночные пробуждения до $(1,8 \pm 0,1)$ раза, использование бронхолитиков увеличилось до $(4 \pm 0,1)$ раз. Астма-счет составил $(12,9 \pm 0,5)$ балла. У 22% пациентов на протяжении 2 месяцев исследования возникало повторное обострение БА, требующее дополнительного назначения пероральных глюкокортикостероидов коротким курсом. В целом, больные оценили результаты проведенного лечения, как "незначительное улучшение".

В группе, получавшей СКТ в комплексном лечении, одышка и кашель имели тенденцию к дальнейшему снижению (с $(2,5 \pm 0,1)$ до $(0,4 \pm 0,01)$ баллов и с $(2,5 \pm 0,1)$ до $(0,9 \pm 0,1)$ баллов соответственно). Количество ночных пробуждений составляло в группе $(0,3 \pm 0,1)$ раза, астма-счет — $(7,1 \pm 0,5)$ балла. Мокроты не наблюдалось, не было падения скоростных показателей ФВД. Обострений не было. В целом пациенты и врачи высоко оценили результаты проведенного лечения.

Из всего вышеизложенного следует, что синглетно-кислородная терапия имеет значительный положительный терапевтический эффект у пациентов с бронхиальной астмой средней степени тяжести. Как показало проведенное исследование, предложенная нами схема СКТ полностью учитывает нюансы клиники и патогенетические особенности БА средней степени тяжести и может быть рекомендована для широкого применения в пульмонологических стационарах.

Таблица. Режим синглетно-кислородной терапии при БА средней степени тяжести

День лечения	Продолжительность ингаляции утром	Продолжительность ингаляции вечером	Объем СКС для приема внутрь
1 сутки	7 минут	7 минут	100 мл
2–4 сутки	10 минут	10 минут	100 мл
5–7 сутки	15 минут	15 минут	150 мл
8–10 сутки	15 минут	15 минут	200 мл
11–14 сутки	10 минут	10 минут	100 мл

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ И СТАРШЕКЛАССНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (на примере бронхиальной астмы)

ЛАГУНОВА Н. В., СЕМЕНЧУК Т. В., ЗЯБКИНА И. В., ДОСИКОВА Г. В., САМИСОВА Н. И.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь, кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней
Таврический национальный университет им. В. И. Вернадского, кафедра глубинной психологии и психотерапии

Цель исследования: изучить особенности внутренней картины болезни у детей с бронхиальной астмой в разные возрастные периоды.

Отношение к своему заболеванию и представление о нем существенно влияют на процесс выздоровления. Самосознание, осмысленная оценка своего состояния активно формируются в подростковом возрасте. Поэтому изучение внутренней картины болезни и учет ее в лечебном процессе становится актуальным именно в подростковом возрасте.

С помощью проективных психологических методик исследовалось отношение к болезни, представление больного о своем заболевании, особенности восприятия симптоматики. Все перечисленное в психологии рассматривается как составляющие внутренней картины болезни.

В исследовании приняли участие 73 человека. В том числе 25 подростков (11–14 лет) и 11 старшеклассников (15–17 лет) с диагнозом бронхиальная астма (БА). Группу нормы составили 17 подростков и 20 старшеклассников.

У здоровых подростков и старшеклассников выражена потребность в привлекательном внешнем виде. Доминирующей потребностью подростков с БА является потребность в безопасности и защите. У болеющих старшеклассников не менее выраженной оказалась потребность быть здоровым.

Изменяющиеся с возрастом потребности отражаются в отношении детей с БА к болезни. Болезнь имеет для ребенка в этом возрасте определенный смысл. Однако для под-

ростков с БА болезнь чаще носит конфликтный смысл. Она не только препятствует жизненным планам, но и используется ребенком для решения проблем и манипуляций окружающими. В то же время у болеющих старшеклассников преобладает преградный смысл болезни. В этом возрасте болезнь начинает мешать осуществлению жизненных планов.

Известно, что для подростков характерны внутрисемейные проблемы и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Это проявилось и у наших испытуемых, при этом у больных подростков эти проблемы выступают более остро.

Представление о болезни (миф болезни) и у подростков, и у старшеклассников носит "медицинский" характер. Однако у больных детей этот миф более развернут и проработан. Представление о болезни у здоровых детей – это поверхностное описание симптомов простудного заболевания, либо знания, заимствованные у взрослых.

При описании ощущений, связанных с заболеванием, подростки и старшеклассники, не имеющие опыта серьезного соматического заболевания, описывают эмоции, связанные с ситуацией болезни. Подростки и старшеклассники с БА говорят об ощущениях, связанных с дыханием, описывают свои телесные переживания. Однако эти описания часто отражают не объективные изменения в организме, а отношение ребенка к заболеванию или его представление о болезни.

Данные исследования можно использовать для индивидуального подхода в лечении ребенка.

ХАРАКТЕР І ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ

ЛЕМКО І. С., ЧАЙКОВСЬКА Т. В., ЛЯХОВА О. Б., ШУБЕРТ С. Т.

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

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні бронхіальної астми (БА), останнє десятиліття характеризується зростанням захворюваності на БА і тенденцією до більш тяжкого її перебігу, що, певною мірою може пояснюватися складністю та поліморфністю механізмів патогенезу, які беруть участь у реалізації бронхообструкції. Серед цих механізмів велике значення має патологія та дисфункції органів травлення.

Мета: Вивчити особливості функціональних порушень та захворювань органів травлення у хворих на БА.

Матеріали і методи: Обстежено 162 хворих на БА. Комплексне обстеження хворих включало клінічний огляд, беззондове дослідження функції органів травлення, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Більш поглиблене гастроентерологічне обстеження пройшли 50 хворих із клінічними проявами рефлюкс-зумовленої бронхообструкції, серед них 42 жінки і 8 чоловіків. Середній вік хворих становив $(45,5 \pm 1,5)$ років.

Отримані результати: Встановлено, що періодичні диспепсичні скарги відмічали майже всі пацієнти (96,2%), а клінічні ознаки патологічного гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) (печія, нудота, гіркота в роті, відрижка, переважно у нічний час, в горизонтальному положенні тіла, при нахилі) виявлені у 38,5% обстежених. Найбільш часто патологія органів травлення при БА проявляється у вигляді захворювань гастродуоденальної зони, гепатобіліарної системи, реактивних змін підшлункової залози, нирок, причому поєднана патологія органів травлення виявлена у 50% обстежених.

Результати функціонального дослідження свідчать про переважання у обстежених хворих шлункової гіперсекреції. Інтенсивність кислотоутворення, навіть в середньому по групі, перевищувала норму, при цьому у 57,7% хворих спостерігалось значне підвищення кислотності. У 73,4% хворих з шлунковою гіперсекрецією виявлено компенсований стан

кислотонейтралізуючої функції антрального відділу шлунку, помірна її недостатність (субкомпенсований і декомпенсований стани) — виявлена у 26,6% хворих.

У більшості хворих (76,9 ± 8,2)% спостерігалась затримка евакуації шлункового вмісту, навіть середньогрупові значення коефіцієнту евакуації складали (5,05 ± 1,29), що відповідає помірному порушенню евакуаторно-моторної функції, яке свідчило про значне сповільнення евакуації та наявності функціональних передумов до сповільнення езофагеального кліренсу, а також слугувало функціональним і патофізіологічним підґрунтям для формування ГЕР при БА. Підтвердженням цього зв'язку є також виявлений корелятивний зв'язок середнього ступеню між порушеннями функції зовнішнього дихання (за величиною ФЖЕЛ та ОФВ₁) і ступенем сповільнення евакуації шлункового вмісту.

Характерним для функціональних змін підшлункової залози виявилось переважання зовнішньо секреторної панкреатичної гіпосекреції (у близько 50% обстежених), більш часто за екболічним та змішаним типом, що може свідчити про недостатність механізмів гормональної, переважно холе-цистокінінової регуляції панкреатичної секреції при БА.

За результатами сонографічного обстеження виявлено високу частоту (понад 80%) ознак ураження гепатобіліарної системи (хронічного безкам'яного та калькульозного холециститу; майже у 30% — деформації жовчного міхура; у 10% — дискінезії жовчовидільних шляхів; у понад 40% — структурних змін паренхіми печінки — ознак хронічного гепатиту, жирової дистрофії печінки), більше, ніж у половини хворих виявлені зміни дуодено-панкреатичної

зони (хронічного чи реактивного панкреатиту, дуоденостазу). Майже у 60% хворих виявлені ознаки ураження паренхіми нирок, характерного для хронічного пієлонефриту, а також сольового діатезу, до 20% — мікронефролітіаз та сечокам'яна хвороба.

Висновки: Виявлена висока частота супутньої патології та дисфункції органів травлення у хворих на бронхіальну астму. Найбільш часто ці порушення проявляються у вигляді шлункової гіперсекреції, сповільнення евакуаторно-моторної функції гастродуоденального відділу, помірного зниження зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, сповільненого темпу виділення панкреатичного секрету. Ці фактори можуть бути обтяжливими чинниками у перебігу бронхообструктивного синдрому. Наявність високого відсотку пацієнтів із порушеннями евакуації шлункового вмісту, в тому числі із значно сповільненою евакуаторною функцією може бути причиною сповільнення езофагеального кліренсу, а також функціональним і патофізіологічним підґрунтям для формування ГЕР у пацієнтів на БА.

Рекомендації: Характер і особливості виявлених змін зумовлюють патогенетичну доцільність їх відповідної корекції, спрямованої на відновлення порушених функцій, і включення в базовий лікувальний комплекс антацидних та антисекреторних засобів, зокрема питних мінеральних вод буферно-антацидної дії. Очікуваний ефект від бальнеологічної антирефлюксної терапії полягає в ефективній компенсації функціональних порушень органів травлення, підвищенні ефективності лікування хворих з бронхообструктивним синдромом та зниженні випадків резистентності до стандартної протистаматичної терапії.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГАЛОАЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ ТА ХОЗЛ ІЗ СУПУТНІМ АЛЕРГІЧНИМ РИНОСИНУЇТОМ

ЛЕМКО І. С., РЕШЕТАР Д. В., ПОЛАК Н. І., ЛЕМКО О. І.

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

Актуальним напрямком сучасної пульмонології є оптимізація лікування обструктивних захворювань легень, особливо при поєднанні патології верхніх та нижніх дихальних шляхів. Актуальність цієї проблеми визначається поширеністю, складним клінічним перебігом, зниженням ефективності існуючих методів терапії, що є причиною тривалої непрацездатності пацієнтів, погіршення якості їх життя.

Мета роботи — розробка медичних технологій комплексного немедикаментозного лікування з використанням високодисперсних аерозольних середовищ кам'яної солі (галоаерозольотерапії — ГАТ) для хворих на бронхіальну астму (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з алергічними риносинуситами (АРС).

Матеріали і методи. Комплексні клініко-функціональні та лабораторні дослідження проведені у 115 хворих на обструктивні захворювання легень (в тому числі у 56 пацієнтів на персистуючу БА та 59 — на ХОЗЛ) в поєднанні з АРС різних форм (цілорічним АРС — 49 хворих, сезонним АРС — 36 пацієнтів, АРС на стадії поліпів — 30 обстежених), віком від 20 до 69 років, які проходили курс стаціонарного лікування в НПО "Реабілітація".

Головним компонентом лікування хворих в НПО "Реабілітація" є використання високодисперсних аерозольних середовищ кам'яної солі (ГАТ). Обстежені хворі проходили

лікування за 2-ма лікувальними комплексами (ЛК): ЛК-1 — базовий, який включав: 22 щоденні сеанси ГАТ по 60 хв. в поєднанні з необхідною підтримуючою бронхолітичною і протизапальною терапією та призначенням гелій-неонової лазеротерапії на область носу та навколоносових пазух (всього 10-сеансів лазеротерапії). При ЛК-2 щоденні сеанси ГАТ складалися з двох послідовних етапів лікування по 30 хв. у свіжо напілених камерах з поєднанням впливу низькодисперсного та високодисперсного аерозолі кам'яної солі, що забезпечує підвищення сумарної концентрації діючого аерозолі.

Отримані результати. Під впливом застосованих ЛК спостерігається суттєва динаміка основних клінічних ознак АРС, причому при ЛК-2 ця динаміка була більш вираженою. Так, при використанні ЛК-1 частота реєстрації закладеності носу та ринореї зменшилась у 1,9 та 1,6 рази відповідно, а при призначенні ЛК-2 — у 3,5 та 6 раз відповідно. Звуження просвіту носових порожнин, зміни кольору слизової та її набряклість в кінці курсу лікування згідно ЛК-1 фіксувались з меншою частотою виявлення порівняно з такими ж показниками до лікування в 2, 1,3 та 1,78 рази відповідно, а після ЛК-2 — у 2,4, 1,7 та 2,7 рази відповідно, а також відмічено достовірне зменшення кількості еозинофілів в крові із носових раковин як при

ЛК-1, так і при ЛК-2, хоча рівня практично здорових осіб досягнуто не було.

Висновки. Наявність поєднаної патології верхніх та нижніх дихальних шляхів вимагає вдосконалення технології відновлювального лікування на основі використання аерозолів кам'яної солі різної дисперсності. При наявності

АРС у хворих на БА та ХОЗЛ більш ефективним є поєднаний вплив низько- та вискодисперсних аерозолів (ЛК-2).

Рекомендації. Запропонована медична технологія застосування штучних аерозольних середовищ може бути впроваджена без додаткових апаратних змін в лікувальних закладах, де використовується галоаерозольотерапія.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ПАРАЛЕЛІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПРИ СПЕЛЕОТЕРАПІЇ В СОЛОТВИНСЬКИХ КОПАЛЬНЯХ

*ЛЕМКО І. С., **ЧОНКА Я. В., *ЗАДОРЖНА Т. А., **ТИМЧАК Н. В., **ЧІК А. Г.

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

**Українська алергологічна лікарня МОЗ України с. м. т. Солотвино

В реабілітації бронхіальної астми (БА) розвивається напрям застосування спелеотерапії (СТ) та її аналогів. Отримані дані дозволили сформулювати уявлення про лікувальні ефекти основного діючого фактору спелеотерапії (Лемко І. С. та співавт., 1998, 2000). Аерозоль кам'яної солі, змінюючи реологічні властивості бронхіального слизу і сприяючи функціонуванню війчастого епітелію, проявляє мукорегулюючу дію і покращує дренажну функцію дихальних шляхів. Одночасно з м'якою протизапальною дією, СТ проявляє стимулюючий вплив на місцеві і загальні захисні механізми організму, сприяє відновленню біоценозу дихальних шляхів, стабілізації їх прохідності.

Мета дослідження: Визначити паралелі між змінами клінічних симптомів, показників функціональних та лабораторних досліджень у хворих на бронхіальну астму при спелеотерапії в підземному відділенні Української алергологічної лікарні.

Матеріали і методи: Під наглядом знаходилось 58 хворих на БА, які проходили СТ, їх розподілено на дві групи: 23 пацієнти ввійшли до 1-ї групи з легким перебігом БА, а 35 — до 2-ї, з середнім за важкістю перебігом захворювання. Хворі проходили комплексне клініко-лабораторне (стандартні клінічні та показники неспецифічного захисту: серомукоїд сироватки крові, лужна фосфатаза, а також гормони щитоподібної залози та кортизол) та функціональне обстеження. Вивчення функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводили на мікропроцесорній системі "Пульмовент-2" (Україна), оцінка показників проводилась за Knudsen та Morris. Аналізувалась реакція на СТ з визначенням дельти змін за напрямом для всіх основних показників спірограми. Результати досліджень оброблювали методом варіаційної статистики за програмою Excel.

Отримані результати: Проведені дослідження показали, що серед паралелей впливу СТ після лікування клінічний стан хворих на БА обох груп значно покращується, позитивно міняються і показники ФЗД. При легкій БА визначено значний приріст об'ємних та швидкісних показників, прямого зв'язку між нападами ядухи та показниками ФЖЕЛ не було, тільки для дельти змін ФЖЕЛ зазначено середній по силі зв'язок з нападами ядухи. У хворих з БА середньої важкості до лікування показники $МОШ_{25}$, $МОШ_{50}$, $МОШ_{75}$, $СОШ_{25-75}$ та ПОШ були вірогідно нижчими від норми. Після лікування відмічено деякий приріст ФЖЕЛ, ПОШ, $МОШ_{25}$, але позитивні зміни невірогідні через велику розбіжність похиб-

ки. Кореляції з клінічними проявами для ФЖЕЛ нагадували вищеописану групу. Паралелі змін для $ОФВ_1$ та нападів ядухи простежуються дуже добре (0,740).

Комплекс двох показників клініки та двох показників спірографії за кореляцією дуже інформативний, коефіцієнт кореляції перевищує 0,850, при наростанні величин спірограми супроводжується позитивними змінами клінічного стану, виразно свідчать про результат СТ.

Проявилися зв'язки між ФЖЕЛ та $ОФВ_1$, та між хрипами в легенях і показниками спірограм, їх коефіцієнти більші за 0,500. Діаграма площі цих зв'язків значно більша, ніж для нападів ядухи.

В пошуках зв'язків виділено дві групи хворих з різним станом функції дихання: пацієнти із легкими змінами ФЗД і середньоважкими. Пошук паралелей показав залежність між вмістом у сироватці деяких маркерів неспецифічного запалення, при середньоважких змінах кількісні вирази показників лужної фосфатази та серомукоїду певним чином зв'язані із станом дихання, про що вказували математичні добутки (площі вмісту) показників. Титр комплекменту теж мав деякі паралелі при різновидах ФЗД, при середньоважких змінах він був нижче, ніж при легких, різниця вмісту комплекменту нівелювалася після СТ.

Виявлено, що вміст гормонів щитовидної залози, тироксину та трийодтироніну — це показники, які напряму залежать від стану зовнішнього дихання. Легкі порушення відхиленнями від норми не проявляються, а середньоважкі порушення дихання супроводжуються підсиленням викиду в кров гормонів щитовидної залози, вміст ТТГ у подібних випадках падає за реципронним зв'язком, також надлишково підвищується вміст кортизолу.

Висновки: Таким чином, простежено певну залежність між клінічними та функціональними показниками, але досягнення контрольованості бронхіальної астми приводить до деякого зменшення прямих кореляцій між ФЗД та проявами хвороби, не завжди вдається прогнозувати клінічні зміни в результаті лікування за оцінкою стану ФЗД при поступленні, але простежуються прямі зв'язки між наявністю хрипів та змінами спірограм під час СТ. До лабораторних критеріїв, що мають певний кореляційний зв'язок з клініко-функціональними показниками, можна віднести титр комплекменту, лужну фосфатазу, серомукоїд, гормони щитоподібної залози, але прогноз змін під час СТ за лабораторними критеріями непевний.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ГАЛОАЕРОЗОЛЬТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОБ'ЄМУ БАЗИСНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

ЛЕМКО І. С., АЛЕКСАНДРОВА М. Я., ЛЕМКО О. І.

Ужгородський Національний університет, медичний факультет, кафедра факультетської терапії, науково-практичне об'єднання "Реабілітація", м. Ужгород

Ефективність галоаерозольтерапії (ГАТ) у хворих на бронхіальну астму (БА) підтверджена багатьма науковими дослідженнями. Однак, відомо, результат лікування залежить також від багаточисленних зовнішніх і внутрішніх факторів, визначальним серед яких є базисна протизапальна терапія.

Мета дослідження: вивчити ефективність комбінованої галоаерозольтерапії (з додатковим призначенням вітамінно-мінеральних складових) у хворих на персистуючу БА середньо-важкого перебігу, залежно від об'єму базисної протизапальної терапії.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 63 хворих на персистуючу БА середньо-важкого перебігу. З них середні та низькі дози топічних кортикостероїдів (250–50 мкг/добу) приймали 33 пацієнти, високі дози топічних кортикостероїдів (750–1000 мкг/добу) — 30 хворих. Оцінювали динаміку клініко-функціональних даних та показники мінерального гомеостазу (рівень Ca, P, Zn, Fe, Cu, I). Біоеlementний склад сироватки крові визначали атомно-абсорбційним методом та методом плазмової фотометрії.

Отримані результати. При поступленні пацієнтів у клініку встановлено, що симптоматика, дані об'єктивного обстеження, інструментальні дослідження з оцінкою інтегральних та швидкісних показників функції зовнішнього дихання відповідають сучасним уявленням про важкість перебігу хвороби і вимагають призначення хворим препаратів базисної протизапальної терапії. Водночас, у всіх хворих відмічено дисбаланс біоеlementів (дефіцит Ca, Zn, Fe, I на фоні надлишкового вмісту P та Cu), глибина порушень яких залежала від дози прийому кортикостероїдів. Так, у хворих на персистуючу БА середньо-важкого перебігу з прийомом середніх і низьких доз базисної протизапальної терапії, дисбаланс біоеlementів був не настільки вираженим, в порівнянні з відповідними показниками у хворих, що приймали високі дози топічних кортикостероїдів. Виявлені показники слугу-

вали підґрунтям для призначення комбінованої ГАТ з додатковим включенням вітамінно-мінеральних складових. Аналіз отриманих результатів після проведення лікування вказує на більшу ефективність комбінованої ГАТ у хворих на персистуючу БА середньо-важкого перебігу з прийомом середніх і низьких доз топічних кортикостероїдів. Це проявлялось більш вираженим регресом симптомів захворювання та вищим відсотком приросту показників функції зовнішнього дихання. Позитивна динаміка клініко-функціональних показників була підтверджена достовірними змінами показників мінерального обміну (Ca, Zn, Fe). У хворих на персистуючу БА з прийомом високих доз топічних кортикостероїдів, також відмічено позитивну динаміку клініко-функціональних показників, підтверджену достовірними змінами показників мінерального обміну (Ca, Zn, Fe), але динаміка їх була менш вираженою.

Висновки: У хворих на персистуючу бронхіальну астму середньо-важкого перебігу спостерігається виражений дисбаланс рівня біоеlementів, глибина порушень яких залежить від об'єму застосованої протизапальної терапії. Комбінована галоаерозольтерапія хворих на персистуючу БА середньо-важкого перебігу справляє значний лікувальний ефект, однак результат лікування також певною мірою залежить від об'єму застосованої базисної протизапальної терапії.

Рекомендації: Порушення біоеlementного спектру сироватки крові може слугувати підґрунтям для уточнення методики галоаерозольтерапії для хворих на бронхіальну астму з врахуванням важкості перебігу захворювання та об'єму протизапальної терапії. Комплексне лікування хворих на бронхіальну астму повинно проводитися диференційовано і включати вітамінно-мінеральні сполуки, як компонент патогенетичної терапії для покращення показників мінерального обміну та досягнення більш вираженого загально-клінічного ефекту.

ГЕМОДИЛЮЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ ИНФУЗИОННОГО ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ КСИЛИТОЛА И НАТРИЯ АЦЕТАТА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

ЛЕЩЕНКО С. И., КНЫР Н. И., ШКУРЕНКО Н. С.

ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины"

По мере прогрессирования тяжелой персистирующей бронхиальной астмы в значительной части случаев стираются ее клинические и функциональные проявления, отличительные от симптомов хронического обструктивного заболевания легких тяжелого течения. Доминирующим в клинической картине заболевания становится тяжелая легочная недостаточность. Одним из механизмов развития легочной недостаточности являются нарушения легочной микроциркуляции вследствие компенсаторного эритроцитоза, что в свою очередь обуславливает уменьшение жидкой фракции крови

и увеличение гематокрита. В связи с этим важным методом в комплексном лечении больных с тяжелой легочной недостаточностью является инфузионная терапия с целью гемодилюции и улучшения легочного кровотока.

Цель работы: изучить влияние инфузионного препарата на основе ксилитола и натрия ацетата на состояние гемоконцентрации и газовый состав крови у больных с тяжелой бронхиальной обструкцией.

Объект и методы исследования. Обследовано 15 больных (мужчин — 11, женщин — 4) в возрасте от 55

до 78 лет с тяжелой (ОФВ₁ < 50%) бронхиальной обструкцией вне обострения заболевания. Больным ежедневно на протяжении 7 дней вводили 200,0 мл Ксилата (фармацевтическая компания "Юрия-Фарм"). Ксилат — оригинальный украинский комплексный инфузионный препарат, в состав которого входят: ксилитол, натрия ацетат, натрия хлорид, кальция хлорид, калия хлорид, магния хлорид и вода для инъекций. Ксилат — гиперосмолярный (610 мОсм/л) раствор с гемодинамическим и осмодиуретическим действием.

Определение гематокрита (Ht) проводили с использованием гематокритной центрифуги СМ — 70 (Латвия). Показатели газового состава крови (напряжение кислорода — РаО₂, напряжение углекислого газа — РаСО₂, насыщение крови кислородом — SaO₂) определяли при помощи газового анализатора "ABL5" фирмы "Radiometer".

Определение Ht и газового состава крови проводили в исходном состоянии больных, через 2 часа после инфузии препарата и на 8-й день после курса инфузионной терапии. Исходные показатели Ht ($50,2 \pm 1,2\%$) указывали на повы-

шение уровня гемоконцентрации. Через 2 часа после инфузии Ксилата отмечалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение показателя Ht ($47,0 \pm 0,9$). После 7-дневной инфузионной терапии (исследование проводили на следующий день после окончания курса) у всех пациентов показатель Ht был ниже исходного; в целом по группе величина Ht составила ($47,9 \pm 1,0\%$), $p < 0,05$.

Параллельно гемодилюционному эффекту отмечалось тенденция к уменьшению степени гипоксемии (РаО₂) в исходном состоянии составило ($63,1 \pm 1,6$) мм рт. ст., через 2 часа после инфузии — ($64,2 \pm 2,3$); после окончания лечения — ($63,7 \pm 2,3$).

Выводы. У больных с тяжелой бронхиальной обструкцией применение инфузионного препарата Ксилат вызывает снижение уровня гемоконцентрации и тенденцию к уменьшению степени гипоксемии. Гемодилюционный эффект препарата обусловлен более высокой осмолярностью, по сравнению с плазмой крови, и привлечением за счет этого жидкости из межклеточного пространства в сосудистое русло.

ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЇХ ДИНАМІКА ПІД ВПЛИВОМ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЛИЗОГУБ В. Г., АЛТУНІНА Н. В., БОНДАРЧУК О. М.

Кафедра внутрішньої медицини

№4 Національного медичного університету ім. О. О.Богомольця, м. Київ

Мета роботи: вивчити показники добового моніторингу артеріального тиску у хворих на бронхіальну астму, поєднану з артеріальною гіпертензією та їх динаміку на фоні застосування антигіпертензивної терапії.

Матеріали та методи: обстежено 99 амбулаторних хворих (середній вік — $51,61 \pm 0,7$ рік). Основну групу склали 73 хворих на бронхіальну астму (БА) в поєднанні з неускладненою есенціальною артеріальною гіпертензією (АГ) II ступеню. Група порівняння була представлена 26 хворими на ізольовану неускладнену есенціальну АГ II ступеню.

Пацієнти основної групи отримували один з гіпотензивних препаратів: амлодипін 5–10 мг/добу ($n = 27$), еналаприл 10–20 мг/добу ($n = 23$), кандесартан 80–16 мг/добу ($n = 23$). Тривалість лікування та спостереження за хворими складала 2 місяці.

Для характеристики добового профілю артеріального тиску (АТ) застосовували добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) портативною автоматичною системою "ABP-01" акціонерного товариства "Солвейг", Україна та UA-767PC фірми "AND", Японія використовуючи аускультативний та осцилометричний методи.

Отримані результати: Аналіз отриманих до лікування показників ДМАТ в основній групі хворих (без урахування ступеня тяжкості БА) виявив достовірно вищі цифри середньодобового ($p < 0,01$), середньоденного ($p < 0,05$) та середньонічного систолічного артеріального тиску (САТ) ($p < 0,001$); середньодобового, середньоденного і середньонічного індексу часу (ІЧ) САТ ($p < 0,05$), зменшення добового індексу (ДІ) САТ ($p < 0,001$) і ДІ діастолічного артеріального тиску (ДАТ) ($p < 0,05$) в порівнянні з хворими на ізольовану есенціальну АГ.

Отже, в основній групі хворих (без урахування ступеня тяжкості БА) має місце підвищення середньодобових, серед-

ньоденних і середньонічних значень САТ. У таких хворих збільшені показники навантаження тиском протягом доби, а також виявлено переважання патологічних типів добової кривої АТ, що перш за все характеризується недостатнім ступенем нічного зниження АТ (за САТ — 61,9% "non-dipper", за ДАТ — 57,1% "non-dipper"). Встановлено, що зі збільшенням ступеня тяжкості БА в основній групі хворих зростає рівень САТ і ДАТ, ІЧ САТ і ІЧ ДАТ, при цьому більш суттєві зміни цих показників спостерігаються в нічний період часу.

При аналізі динаміки показників ДМАТ у хворих на персистуючу БА, поєднану з АГ на фоні застосування антигіпертензивних засобів виявлені деякі загальні зміни, що не залежали від вибору препарату. Так, відбувалось зменшення середньодобових, середньоденних і середньонічних значень САТ і ДАТ, зменшувалось навантаження САТ у усі часові проміжки та відмічалось зменшення навантаження ДАТ за добу і за денний період часу. Ступінь впливу амлодипіну, еналаприлу і кандесартану на показники ДМАТ дещо відрізнявся, хоча достовірних відмінностей в антигіпертензивній активності препаратів не було виявлено.

При аналізі ефективності зниження АТ в досліджуваних групах хворих за показниками середньодобового САТ і ДАТ виявилось, що в групі амлодипіну ефективне зниження САТ спостерігалось у 66,7% хворих, ефективне зниження ДАТ у 51,9%, в групі еналаприлу ці показники склали 39,1% і 47,8% відповідно і в групі кандесартану — 39,1% і 43,5%.

Висновки:

1. Існує негативний вплив БА на перебіг АГ, який посилюється зі зростанням ступеня тяжкості БА.

2. Ефективність амлодипіну, еналаприлу та кандесартану щодо зниження середньодобових, середньоденних і середньонічних показників САТ і ДАТ та впливу на добові ритми АТ є подібною.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В М. ЧЕРКАСИ

ЛИСЕНКО А. О., ЛИСЕНКО О. А., ФЕДОРОВА С. І.,
ТИХОМИРОВ М. В., ЄРМОЛАЄВА С. В.

Перша Черкаська міська лікарня, м. Черкаси

Мета дослідження: проаналізувати особливості показників захворюваності бронхіальною астмою (БА) населення міста Черкаси та визначити напрямки покращення надання спеціалізованої допомоги зазначеній категорії хворих.

Відповідно до статистичних даних в 2008 році загальна та первинна захворюваність по класу хвороб органів дихання на 10 тисяч населення в місті Черкаси перевищувала аналогічні показники по Україні на 13,1% та 20,3% відповідно. Загальна захворюваність бронхіальною астмою за останніх три роки залишається стабільно вищою ніж аналогічний показник по області та по Україні. Первинна захворюваність в м. Черкаси виявляє тенденцію до зростання (табл. 1).

В таблиці 2 наведені данні звернення пацієнтів в поліклініку міста з приводу бронхіальної астми.

Відповідно до статистичних даних, серед усіх хворих, які зверталися за медичною допомогою в 2008 році, на диспансерному спостереженні з приводу бронхіальної астми перебуває 94,3%. Людей пенсійного віку серед усіх хворих на БА було 508 осіб, що склало 39,4%, відповідно людей працездатного віку було 782, що склало 60,6%. На диспансерному спостереженні серед осіб старшої вікової групи знаходяться 94,5%. Серед усіх хворих на бронхіальну астму, які зверталися за медичною допомогою в поліклініку міста, було 510 чоловіків, що склало 39,5%, відповідно жінки склали 60,5%.

За 2008 рік в спеціалізованому міському пульмонологічному відділенні знаходились на лікуванні з приводу БА151 пацієнт.

Висновки:

1. Первинна захворюваність бронхіальною астмою населення міста Черкаси має тенденцію до зростання, але виявляється менше в порівнянні з аналогічними показниками по Україні.

2. Не в повній мірі використовуються можливості спеціалізованого міського пульмонологічного відділення для обстеження та лікування хворих на бронхіальну астму, так за 2008 рік в відділенні була надана допомога менше ніж 12% хворих які зверталися за допомогою в поліклініку міста.

3. З метою покращення надання спеціалізованої допомоги хворим пульмонологічного профілю, в тому ж числі хворим на БА, необхідно організувати спеціалізований прийом хворих в поліклініках міста, а також організувати міський пульмонологічний кабінет.

4. Хворих які звернулися за медичною допомогою в поліклініку з підозрою на бронхіальну астму та інші респіраторні захворювання з тенденцією до розвитку хронічного перебігу хвороби направляти в спеціалізоване пульмонологічне відділення міста з метою поглибленого обстеження та лікування.

5. Хворі пульмонологічного профілю, в тому ж числі на БА, повинні не рідше 1 разу на рік проходити лікування в стаціонарних умовах спеціалізованого відділення при належних показаннях.

Таблиця 1. Захворюваність бронхіальною астмою на 10 тисяч всього населення м. Черкаси в порівнянні з аналогічними показниками по області та Україні за період 2006–2008 рр

Показники	2006		2007		2008		Знаходяться під "Д" наглядом 2008р
	Загальна	Первинна	Загальна	Первинна	Загальна	Первинна	
м. Черкаси	66,4	1,6	62,4	2,2	60,0	2,3	52,9
Всього по області	51,5	2,0	50,6	2,2	49,8	2,3	45,3
Україна	50,9	3,15	51,37	3,1	—	—	—

Таблиця 1. Захворюваність бронхіальною астмою на 10 тисяч всього населення м. Черкаси в порівнянні з аналогічними показниками по області та Україні за період 2006–2008 рр

Поліклініки міста	Загальна захворюваність	Первинна захворюваність	Перебувають під "Д" наглядом
Поліклініка Першої міської лікарні	211	2	200
Поліклініка міської лікарні №3	291	10	274
Госпіталь	10	—	8
Поліклініка №2	359	11	352
Поліклініка №5	174	2	161
МСЧ НВО Фотоприлад	245	6	221
Разом	1290	31	1216

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ БІОХІМІЧНИХ ЗРУШЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

МАЖАК К. Д., ІВАНОВ Г. А., РУДНИЦЬКА Н. Д., ПИСАРЕНКО Є. І.

Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України

Виразена гетерогенність етіології і патогенезу при однотипності клінічної картини бронхіальної астми (БА) створює великі труднощі в виборі найбільш ефективної терапії і профілактики загострень. Запалення бронхів є комунікаційно-ланкою патогенезу у хворих БА. Пошкодження мембранно-рецепторних комплексів і внутрішньоклітинних систем призводить до зміни функції ефекторних клітин і клітин-мішеней бронхів та легень, що лежить в основі патогенезу обструкції бронхів. Сучасна фармакотерапія в основному скерована на корекцію кінцевих ланок патогенезу БА шляхом доповнення недостаючих або обмеження надміру активованих факторів (це торкається препаратів з протизапальною і бронходилататорною дією). В процесі розвитку і прогресування патології можлива зміна визначальних патогенезу на даному етапі захворювання змінених систем організму, що вимагає індивідуалізації терапії з врахуванням багатьох компонентів. Найбільш доцільним вважається застосування препаратів, що мають плейотропні властивості. Немедикаментозна терапія дає можливість забезпечити компенсацію біологічних дефектів, які на етапі зформованої клініки виконують роль механізмів патогенезу.

Мета: дослідити вплив частотно модульованого лазерного випромінювання (ЛВ) різного спектрального діапазону на стан системи протеолізу, НАД і ФАД-залежних дегідрогеназ, аденозиндезамінази у хворих на БА.

Матеріал і методи: обстежено 163 хворих на бронхіальну астму з III ступенем тяжкості віком від 20 до 55 років, які в залежності від особливостей лікування були розподілені на групи. I групу склали 30 хворих, які отримували базисне лікування відповідно до Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. "Протокол надання медичної допомоги хворим на бронхіальну астму". II групу склали 15 хворих, які крім базисної терапії отримували внутрішньосудинне лазерне опромінення крові (ВЛОК) гелій-неоновим лазером (λ — 0,65 мкм) з потужністю на кінці світловоду — 4,5–5 мВт, тривалість процедури — 30 хвилин, періодичність — два сеанси на тиждень. III, IV, V, VI, VII групи — 80 хворих, яким крім базисної терапії проводили ВЛОК гелій-неоновим лазером з частотними модуляціями від 4 до 100 кГц. VIII і IX групи склали 38 хворих, які на тлі базисної терапії отримували ВЛОК гелій-кадмієвим лазером від 4,5 до 90 кГц.

Стан системи протеолізу оцінювали за рівнем α_1 -інгібітора протеїназ (α_1 -ПІ, Рейдерман М.І., 1971), загальної протеолітичної активності плазми (ПА, К.М. Веремеєнко, а також враховували величину інтегрального коефіцієнту ($K \alpha_1 \text{ПІ/ПА}$) запропонованого нами для оцінки балансу системи "протеїнази — інгібітори". Вміст аденозиндезамінази (АДА) в сироватці крові визначали за методом Martinek в модифікації G. Giusti. В окремих випадках, з метою розкриття механізмів формування гіпоксичних станів і

посилення метаболічної інтоксикації досліджувалась активність та ізоструктура НАД-залежних дегідрогеназ: лактатдегідрогенази та малатдегідрогенази; ФАД-залежної сукцинатдегідрогенази (за Кривченковою Г.І.). Ізоферментний спектр лактат-(ЛДГ), малат-(МДГ), сукцинатдегідрогеназ (СДГ) вивчали методом електрофорезу в гелі з наступною інкубацією специфічними сумішами і елюцією в фосфатному буфері. Загальну активність СДГ визначали за Крикун А.С. (1973). Дослідження проведено до і після завершення лікування.

Границі нормальних коливань досліджуваних показників встановлені при обстеженні 30 дорослих здорових добровольців. Всі дослідження проведено з врахуванням Міжнародних стандартів і вимог до проведення лабораторних досліджень і клініко-лабораторних експериментів (Хельсінкі, 2000). Статистичну обробку матеріалу проводили шляхом визначення середнього арифметичного (М), середньоквадратичного відхилення (σ), стандартної помилки (m), показника вірогідності (t) та різниці вірогідності за таблицею Ст'юдента (P).

Отримані результати. Встановлено, що на тлі зростання ПА у хворих БА спостерігається зниження основного інгібітора еластази α_1 -ПІ, що призводить до зниження $K \alpha_1 \text{ПІ/ПА} < 20$ і є ризиком формування емфіземи легень. Застосування однієї базисної терапії не дозволяє усунути дисбаланс в системі протеїнази-інгібітори, зменшити рівень АДА і метаболічної гіпоксії. Використання ВЛОК різного спектрального і частотного діапазонів вибірково впливає на перебіг досліджуваних метаболічних процесів, сприяє зростанню антипротеолітичного потенціалу, підвищенню активності мітохондріальних фракцій СДГ і зменшенню НАД-зал. МДГ. Кореляційний аналіз за Спірменом дозволив виявити позитивний кореляційний зв'язок рівнів α_1 — ПІ з АДА ($r = 0,56$, $p < 0,05$), рівнів АДА з ЛДГ₃₋₅ ($r = 0,52$, $p < 0,05$), а також α_1 — ПІ з МДГ₁ ($r = 0,59$, $p < 0,05$). Найоптимальніший клінічний ефект отримано при застосуванні базисної терапії з ВЛОК гелій-неоновим лазером з частотними модуляціями 9 кГц. При цьому режимі лікування у 95% хворих активність ПА зменшилась до контрольних величин, рівень α_1 -ПІ зріс і, відповідно, $K \alpha_1 \text{ПІ/ПА}$ підвищився до 28, що сприяло ліквідації дисбалансу в системі протеїнази-інгібітори, попереджуючи подальше прогресування захворювання; вміст АДА зменшився у всіх 100% обстежених хворих і сягнув величин норми. Активність НАД- і ФАД-залежних дегідрогеназ та їх ізоферментний спектр мав тенденцію до нормалізації.

Висновок. ЛВ різного спектрального діапазону має вибірково вплив на перебіг метаболічних процесів у хворих на БА. Найбільш оптимальним є застосування ВЛОК гелій-неоновим лазером з ЧМ 9 кГц, що дозволяє підтримувати базисну терапію хворих з III ступенем тяжкості БА на низьких дозах інгальційних стероїдів, контролювати перебіг БА.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

МАЛЕНЬКИЙ В.П., КОРОБКО О. А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Мета дослідження: вивчити гендерні особливості показників якості життя у хворих на бронхіальну астму.

Комплексне обстеження хворих на персистуючу бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості легкого або середнього ступеня тяжкості загострення охопило 118 осіб у віці від 18 до 74 років (середній вік хворих групи склав $45,9 \pm 1,8$ років). Серед обстежених було 60 (50,84%) жінок і 58 (49,15%) чоловіків.

Для визначення зв'язку індивідуальних особливостей хворого з перебігом бронхіальної астми використано методику визначення якості життя за допомогою української версії загального опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36), який перекладений за процедурою міжнародного центру з вивчення якості життя IQOLA, Бостон, США під керівництвом доктора J. E. Ware та B. Gandek. Українська версія MOS SF-36 запропонована академіком Ю. І. Феценко й співавт. у 2004 році, пройшла три перших етапи перекладу та культурної адаптації.

Фізичний статус оцінювався за трьома показниками — фізична активність (ФА), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), біль (Б). Загальний статус (ЗС) визначався за двома показниками — загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ). Психічний статус (ПС) оцінювався за допомогою трьох показників — соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ).

Порівняння показників якості життя проводили за середнім з урахуванням стандартного відхилення, медіани. Медіана у випадках, де спостерігається відхилення від нормального та має ліво- чи правобічний характер, є більш наочним показником, середнє в цих випадках не є найбільш характерним для певного ряду. Перед порівнянням вагіаційні ряди перевіряли на нормальність розподілу за рекомендаціями Лапач С. Н. та співавт. У більшості випадків встановлено, що розподілення показників якості життя в обстежених групах відрізнялося від нормального, мало виражений ліво- чи правобічний характер, тому для порівняння середніх використано непараметричний критерій Манна-Уїтні.

У результаті проведеного обстеження спостерігали статистично достовірне ($p < 0,05$) покращання більшості показників фізичного, психічного та загального статусу у жінок порівняно з чоловіками. На нашу думку, наведений факт можна пояснити більш вираженою лабільністю нервової системи серед осіб жіночої статі у порівнянні з чоловіками, що, в певній мірі, залежить від гормонального фону організму.

Таким чином, особливо важливе вивчення показників якості життя в кожному конкретному випадку, при виборі тих заходів, які необхідні для конкретної особи (фізичне тренування в період ремісії, психологічна допомога, перекваліфікація і т. д.). Показники якості життя дозволяють індивідуалізувати випадок, вибрати найкращі шляхи реабілітації. Це, як відомо, і є кінцевим завданням тривалої терапії будь-якого хронічного захворювання, проявом гуманістичних досягнень сучасної медицини.

ЩОДО ПИТАННЯ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

МАРУСИК У. І

Буковинський державний медичний університет, кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Мета дослідження: підвищити рівень контролю бронхіальної астми у школярів шляхом включення до базисної терапії Нуклеїнату.

Матеріали та методи: У пульмонологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Чернівці проведено комплексне обстеження 98 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА) у позаприступному періоді. Дослідження проводилося двічі сліпим рандомізованим плацебо-контрольованим методом. За допомогою таблиці випадкових чисел хворі розподілялися на дві клінічні групи. До першої (I) клінічної групи увійшли 47 пацієнтів, які у комплексі базисної терапії, складеної відповідно з Міжнародним консенсусом лікування БА, приймали Нуклеїнат у дозі 0,25 г на добу впродовж 21 дня. Другу (II) клінічну групу сформувала 51 дитина, яка в комплексі лікування замість Нуклеїнату отримувала плацебо. За статтю, віком, тривалістю захворювання, ступенем контролю БА та типом протизапальної терапії групи порівняння вірогідно не відрізнялися. Усім школярам проводили бальну оцінку контролю БА за допомогою опитування до та після проведення

курсу протизапальної терапії. Анкета складалася із клінічних ознак БА, які оцінювали за 4-бальною системою (максимальна сума балів 28). Ефективність контролюваної терапії аналізували за даними суми балів клінічного стану дітей таким чином, що за умови погіршення контролю захворювання сума балів зростала. Отримані результати аналізували за допомогою методів варіаційної статистики з використанням статистичної програми StatSoft Statistica v5.0. і клінічної епідеміології з визначенням зниження абсолютного та відносного ризику (ЗАР, ЗВР) недостатнього контролю БА з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для одержання одного позитивного результату.

Отримані результати: Встановлено, що після проведеного курсу лікування дітей, які в комплексній терапії приймали Нуклеїнат, вірогідно покращився рівень контролю БА, тоді як у групі порівняння відмічено нечітку тенденцію до покращення перебігу захворювання. Так, у представників I клінічної групи частота денних та нічних симптомів захворювання оцінена в середньому у $(2,4 \pm 0,15)$ та $(1,2 \pm 0,16)$ балів до лікування і

($1,6 \pm 0,16$) та ($0,7 \pm 0,13$) балів ($P < 0,01$) після проведеної терапії. У школярів групи контролю констеляція балів оцінки даних симптомів становила ($1,8 \pm 0,18$) та ($0,8 \pm 0,13$) балів і ($1,9 \pm 0,18$) та ($1,0 \pm 0,15$) балів ($P > 0,05$) відповідно. Водночас, у групі пацієнтів, які в комплексі протизапальної терапії одержували Нуклеїнат, відмічено вірогідне зменшення кількості дітей, у яких денні симптоми реєструвались більше 1 разу на місяць з 23 школярів ($48,9 \pm 7,3$)% до початку лікування до 13 осіб ($27,6 \pm 6,5$)%, $P < 0,01$ після його завершення. Натомість, зазначена вище частота денних симптомів після проведеної терапії у представників групи контролю не змінилась і траплялась у 19 пацієнтів ($37,2 \pm 6,7$)%. Кількість школярів I клінічної групи з частотою нічних симптомів, більше 1 разу на місяць, зменшилась з 33 дітей ($70,3 \pm 6,6$)% до 23 осіб ($48,9 \pm 7,3$)%, $P < 0,05$ наприкінці курсу лікування. Після отриманого контрольованого лікування, комплекс якого включав Нуклеїнат, хворі відмічали підвищення толерантності до фізичного навантаження. Так, значне обмеження фізичної активності на початку терапії визначалось у 25 осіб ($53,1 \pm 7,3$)% основної групи, а після прийому Нуклеїнату — лише у 11 хворих ($23,3 \pm 6,2$)%, $P < 0,05$. Водночас, у пацієнтів групи контролю не відбулося вірогідної позитивної динаміки щодо толерантності до фізичного навантаження. У школярів, які в комплексі базисної терапії приймали плацебо,

підвищення толерантності до фізичного навантаження реєструвалось у 17 обстежених дітей ($33,2 \pm 6,6$)% до початку лікування та у 18 хворих ($35,2 \pm 6,7$)%, $P > 0,05$ після його закінчення. Слід зазначити, що зниження відносного ризику (ЗБР) недостатнього контролю бронхіальної астми у пацієнтів першої клінічної групи становило 81,5%, а зниження абсолютного ризику (ЗАР) у цих дітей відносно плацебо-контрольованої групи сягало 65,5%. При цьому, мінімальна кількість хворих, у яких необхідно застосовувати Нуклеїнат у комплексній терапії для досягнення одного випадку підвищення якості контролю БА, дорівнювала 2 хворим. Отримані дані дали підстави вважати, що включення до комплексу базисного лікування Нуклеїнату суттєво підвищувало ефективність контрольованої терапії БА. Водночас, при використанні стандартної базисної терапії виявлено тенденцію до клінічного покращення у створеній групі порівняння.

Висновки: Використання Нуклеїнату в комплексі базисної терапії бронхіальної астми у школярів суттєво зменшує частоту виникнення її клінічних симптомів, які є істинними показниками контрольованості захворювання.

Рекомендації: Включити Нуклеїнат в комплекс протизапальної терапії бронхіальної астми у дітей шкільного віку за умови недостатнього контролю захворювання.



ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА БРОНХІАЛЬНА АСТМА

МЕЛЬНИК В. П., ГУТИНСЬКА Л. В.

Медичний інститут Української асоціації народної медицини,
кафедра інфекційних хвороб, фізизіотрії і пульмонології

Мета дослідження: вивчити частоту і особливості клінічного перебігу туберкульозу та бронхіальної астми (БА) у хворих на поєднану патологію.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз 960 медичних карт хворих, що знаходились на лікуванні в умовах Київської міської туберкульозної лікарні № 1 за 1998–2009 рр. Обстеженню підлягали хворі на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ). Досліджувались розповсюдженість БА серед хворих на ВДТБ, особливості виявлення захворювань, клінічний перебіг, показники функції зовнішнього дихання, ступінь тяжкості перебігу БА.

Отримані результати.

Бронхообструкція (БО) виявлено у 513 (53,4%) хворих на ВДТБ, у 87 (16,9%) із них мало місце хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і у 43 (8,4%) — БА.

Із 43 хворих з БА чоловіків було 29 (67,4%), жінок — 14 (32,6%). Якщо співвідношення серед хворих на ВДТБ між чоловіками і жінками було 2,3:1, то при поєднаній патології 1,7:1, тобто серед чоловіків БА при ВДТБ зменшувалась, тоді як серед жінок зростала в (1,4 рази).

Перед виявленням туберкульозу БА діагностована у 33 (76,7%) із 43 хворих, одночасово виставлений діагноз в тублікарні ще у 8 (18,6%) хворих, а через 1-3 місяці лікування — ще у 2 (4,7%) хворих на туберкульоз. Таким чином, у 10 (23,2%) із 43 хворих діагноз БА, був встановлений уже в туберкульозній лікарні. Серед 33 хворих (I група) з попередньо діагностованою БА рентгенологічно не обстежувались більше 2-х років 25 (75,8%) осіб, а із 10 хворих (II група), яким діагнозу БА виставлений в умовах туберкульозної лікарні — 8 (80,0%) не обстежувались на протязі 3-х років.

Серед 43 хворих з поєднаною патологією I ступінь (інтермітуюча) БА мала місце у 11 (25,6%) хворих, причому 5 (45,4%) хворих були із I групи і 6 (54,5%) — із II групи.

II ступінь (легка персистуюча) БА діагностована у 10 (23,2%) хворих, із них: у 8 — із I групи та у 2 — із II групи.

Середньої тяжкості персистуюча БА (III ступінь) була у 19 (44,2%) хворих, із них у 17 (89,5%) з попередньо виставленим діагнозом БА та у 2 (10,5%) хворого при одночасовому виставленні діагнозу обох захворювань.

Тяжка персистуюча БА (IV ступінь) мала місце лише у 3 (6,9%) хворих з першої групи.

Проведене дослідження показало, що серед хворих з поєднаною патологією у яких діагноз БА виставлений до виявлення туберкульозу, переважала персистуюча БА середнього (44,2%) ступеня тяжкості перебігу. При попередньому чи одночасовому з БА діагностуванні туберкульозу — БА перебігає легше. Інтермітуючий перебіг мав місце у 75,0% випадків, а легкий та середній персистуючий — у 25,0%.

Із 33 хворих, з попередньо виставленим діагнозом БА, туберкульоз виявлений переважно розповсюджений (79,0%), деструктивний (87,3%) з бактеріовиділенням (79,6%). Мікроскопічно в харкотинні кислотостійкі бактерії виявлені в лабораторії тублікарні у 57,0% хворих, причому — у 71,0% випадків — при деструкції в легенях, а в умовах загальної медичної мережі цей показник склав лише 4,2 та 5,0%. Переважала інфільтративно (61,4%) то дисемінована (22,8%) форма туберкульозу, часто діагностували казеозну пневмонію (9,1%), міліарний (3,1%) та фіброзно-ковернозний туберкульоз (3,6%).

При попередньому чи одночасовому діагностуванні туберкульозу також переважав інфільтративний (62,5%) та

дисемінований (25,0%) ВДТБ, але мав місце і вогнищевий туберкульоз (12,5%). Деструктивний процес та бактеріовиділення зустрічались рідше (62,5%) порівняно з хворими I групи.

Висновки. Хворі на БА недостатньо обстежуються на предмет своєчасного виявлення туберкульозу, БА негативно впливає на діагностику туберкульозу, вона маскує його клінічні прояви, призводить до формування деструктивних, розповсюджених, бактеріальних форм туберкульозу. У хворих на туберкульоз переважає персистуюча БА середнього ступеню тяжкості, що потребує

кваліфікованого лікування. БА виявлена у 4,0% хворих на ВДТБ, але цей відсоток не остаточний адже має місце недовиявлення як БА серед хворих на ВДТБ, так і туберкульозу серед хворих на БА.

Рекомендації:

- необхідно постійно приділяти увагу при підготовці лікарів — фтизіатрів питанням діагностики та лікування БА.
- слід підвищувати обізнаність лікарів — пульмонологів та дільничних лікарів по своєчасному виявленню туберкульозу, в тому числі і серед хворих на БА

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

МОНОГАРОВА Н. Е., СЕМЕНДЯЕВА О. В.,
ГЛУХОВ А. В., МИНАЕВ А. А., ЗАКОМОЛДИНА Т. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра внутренних болезней № 1

Основная и главная цель лечения астмы — достижение контроля заболевания. Сегодня в контроле астмы выделяют два компонента: текущий контроль (в последние 1–4 недели) и будущие риски (месяцы и годы).

Текущий контроль включает в себя оценку частоты возникновения симптомов и использования препаратов по требованию, оценку переносимости физической нагрузки и показателей функции лёгких. Будущие риски возможно уменьшить путём предотвращения развития обострений и прогрессирующего снижения функции лёгких, а также путём минимизации побочных эффектов проводимого лечения.

Целью настоящего исследования было изучение уровня контроля у больных бронхиальной астмой (БА) и выявление факторов, влияющих на контроль заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 больных БА в возрасте от 19 до 70 лет. Средний возраст составил $(44,3 \pm 16,0)$ лет. Длительность заболевания в среднем $(25,4 \pm 7,8)$ лет. Все больные заполняли тест по контролю над астмой (АСТ™), который состоял из пяти вопросов, на которые нужно выбрать один из вариантов готовых ответов. Каждому ответу соответствует определённое количество баллов (от 1 до 5).

Всем больным оценивали социальный статус, семейное положение, образование, проводилась спирометрия (спирограф Master Score), пикфлоуметрия, по показаниям ЭхоКГ, спиральная КТ, ФГДС, консультация невропатолога, оториноларинголога. 28 больным проводилось аллергическое обследование (кожные пробы с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами). Также оценивали уровень продолжительность базисной терапии.

Результаты: среди обследованных больных тяжёлое течение БА отмечалось у 7 пациентов, среднетяжёлое — у 35 и лёгкое — у 4 больных. Большая часть пациентов имели высшее образование — 64%, среднее специальное — 17%, учащихся — 19%. Среди обследованных медицинских работников было 14,8%.

Большинство пациентов не курили — 66,0%, курили ранее — 11 больных (23%), курящих в настоящее время — 5 (10,6%). Среднесуточное потребление препаратов для снятия удушья было: 2,1 ингаляции в сутки, ночные пробуждения отмечались у 46,8%.

Тест по контролю над астмой показал следующие результаты: у 6 пациентов (13%) — 25 баллов; у 24 (51%) — от 20 до 24 баллов; у остальных 17 (36%) — 20 баллов.

Сопутствующая патология была выявлена у 40 (85%) больных, в основном это другие аллергические заболевания (аллергический ринит у 24 больных (51%), пищевая и медикаментозная аллергии у 13 пациентов), патология сосудистой системы у 21 больного (45%), желудочно-кишечного тракта — 32%, сахарный диабет — 4%, другие заболевания 17%. Положительные аллергические пробы отмечены у 89% обследованных с аллергией.

Показатели ОФВ₁ в среднем $(62,4 \pm 5,8)\%$ от должных величин, количество обострений астмы в год: $(2,7 \pm 1,2)$, количество госпитализаций — $(2,2 \pm 1,4)$ в год. В отделении интенсивной терапии лечилось 3 больных (6%) с тяжёлым обострением астмы.

Объём базисной терапии: 20 больных получали комбинированные препараты (ИГКС ± 2-агонист длительного действия), остальные ИГКС в среднесуточной дозе 325 мкг по беклометазону. Регулярно получали базисную терапию 62% больных. При оценке уровня контроля нами отмечено, что неадекватный контроль над симптомами астмы был у следующей категории больных: при наличии тяжёлой сопутствующей патологии, нерегулярном использовании базисной терапии, наличии длительного анамнеза заболевания (> 10–15 лет). Уровень образования, возраст и наличие положительных аллергопроб не влияло на уровень контроля БА.

Выводы: неадекватный уровень контроля БА отмечен у больных, которые нерегулярно получают базисную терапию, имеют сопутствующую патологию и длительный анамнез заболевания; при этом возраст, уровень образования и положительные аллергопробы не влияли на уровень контроля заболевания.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ — АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

МОНОГАРОВА Н. Е., МИНАЕВ А. А., ГЛУХОВ А. В., ЗАКОМОЛДИНА Т. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра внутренней медицины № 1

Аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА) — одни из наиболее распространенных заболеваний человека. Примерно у 60–80% больных астмой наблюдаются симптомы ринита. Аллергический ринит является фактором риска развития бронхиальной астмы.

Цель исследования: изучение клинико-функциональной эффективности и переносимости препарата "ФЕНКАРОЛ", таблетки по 25 мг производства АО "ОлайнФарм" у больных с персистирующим аллергическим ринитом в сочетании с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: в исследовании принимало участие 40 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении в пульмонологическом отделении ДОКТМО. Основная группа: 30 больных (11 мужчин и 19 женщин) Контрольная группа: 10 больных (3 мужчин и 7 женщин). Все больные получали для лечения БА ингаляционные глюкокортикостероиды (средняя суточная доза — 250 мг беклометазона), бронхолитики для снятия приступов удушья. Пациенты основной группы дополнительно получали фенкарол по 50 мг 2 раза в сутки, больные контрольной группы антигистаминные препараты не получали. Всем пациентам проводилось исследование общего анализа крови, функцию внешнего дыхания, осмотр оториноларинголога. Для выявления АР пациенты заполняли анкету:

1. Есть ли у Вас (или была ранее) на что-нибудь аллергия! *да — 4, нет — 0.*

2. Страдает ли кто-нибудь из Ваших родственников (кровное родство) аллергическими заболеваниями, такими как: поллиноз (сенная лихорадка), аллергический насморк, крапивница, бронхиальная астма, atopический дерматит (нейродермит) и др. *да — 4, нет — 0.*

3. Как часто у Вас в течение года "закладывает нос"? *постоянно — 4, часто — 3, иногда — 2, редко — 1.*

4. Как часто у Вас насморк сопровождается чиханьем и зудом в носу? *постоянно — 4, часто — 3, иногда — 2, редко — 1.*

5. Как часто у Вас насморк сопровождается зудом век и слезотечением? *постоянно — 4, часто — 3, иногда — 2, редко — 1.*

6. Как долго у Вас обычно длится насморк? *постоянно — 4, часто — 3, иногда — 2, редко — 1*

7. Испытывали ли Вы приступы затрудненного дыхания и (или) удушья? *да — 4, нет — 0*

8. Замечали ли Вы связь появления насморка с: весенне-летним периодом года (*да — 2, нет — 0*); периодом цветения известных Вам растений (*да — 2, нет — 0*); уборкой квартиры (работой с пылесосом, протирание пыли и пр. (*да — 2, нет — 0*); ночным временем суток, когда Вы спите (*да — 2, нет — 0*); находящимися вблизи

животными (*да — 2, нет — 0*); употреблением некоторых продуктов питания (*да — 2, нет — 0*)

9. Какое из нижеперечисленных утверждений является для Вас верным: я не переношу табачный дым и другие резкие запахи (*да — 2, нет — 0*; когда начинается пора цветения растений, мне постоянно приходится закапывать в нос сосудосуживающие капли (*да — 2, нет — 0*; я постоянно чихаю, когда занимаюсь уборкой квартиры (*да — 2, нет — 0*); стоит мне погладить кошку или собаку, как у меня начинают чесаться глаза иное (*да — 2, нет — 0*); на некоторые продукты у меня появляется кожный зуд (*да — 2, нет — 0*)

10. Рекомендовали ли Вам принимать противоаллергические препараты? *нет, никогда не рекомендовали — 2; да, но без эффекта — 0; да, и был хороший эффект — 4*

Если Вы набрали: менее 10 очков — связь насморка с аллергией маловероятна; от 10 до 15 очков — обсудите вероятность аллергической природы насморка с лечащим врачом; от 16 до 20 — вероятность аллергического насморка высока; от 21 до 25 очков — можно утверждать, что Вы аллергик; более 25 очков — велика вероятность существования и др. аллергических заболеваний.

Результаты и их обсуждения: у обследованных пациентов: 35 набрали более 25 очков, а 5 пациентов — 21–25 очков. Эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов как БА, так и АР, показателям спирометрии.

У всех пациентов до начала лечения отмечалось затруднение носового дыхания, заложенность носа, чихание, выделения из носа, также симптомы: общая слабость и недомогание. Также все пациенты отмечали симптомы БА, использовали β_2 -агонисты короткого действия. У 85% больных было затемнение околоносовых пазух и у 75% больных — эозинофилия крови.

На фоне лечения фенкаролом пациенты основной группы по сравнению с контрольной группой отмечалось достоверное уменьшение основных симптомов заболевания и нормализация показателей функции лёгких.

Выводы. Фенкарол в суточной дозе 100 мг эффективен у больных с персистирующим аллергическим ринитом легкой и средней степени тяжести в сочетании с БА, что подтверждается динамикой клинических симптомов (уменьшение симптомов аллергического ринита, приступов удушья). Препарат хорошо переносится больными, не оказывает серьезных побочных эффектов. Количество приступов удушья и использование β_2 -агонистов меньше у пациентов, которым в комплекс лечения включался фенкарол. Фенкарол может быть рекомендован больным персистирующим аллергическим ринитом в сочетании с БА.

M

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МОНОГАРОВА Н. Е., ГЛУХОВ А. В., СЕМЕНДЯЕВА О. В.,
МИНАЕВ А. А., ЧИБИСОВА И. Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра внутренних болезней № 1

Больные с бронхиальной астмой (БА) довольно часто имеют сопутствующую патологию. Недостаточное внимание к сопутствующим заболеваниям и зачастую неадекватная оценка их влияния на проявление БА являются причиной диагностических и лечебных ошибок.

Цель исследования: определить структуру, особенности клинического течения сопутствующей патологии у больных БА в зависимости от степени тяжести, длительности заболевания, госпитализированных в областной пульмонологический стационар.

Материалы и методы. Обследовано 127 пациентов с БА, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении в 2007–2008 годах. Диагноз БА устанавливался в соответствии со стандартами диагностики и лечения (приказ МЗ Украины № 128, GINA 2008). Всем пациентам проводились общеклинические исследования, спирометрия, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ, спиральная компьютерная томография при наличии показаний, бронхоскопия, 6-минутная проба, аллергологическое обследование (Ig E, кожные пробы).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $47,8 \pm 10,3$ мес. Мужчин было 34%, женщин — 66%. Среди них больных со среднетяжелой БА было 80% и с тяжелой — 20%. БА без сопутствующей патологии выявлена у 6 пациентов (5,5%). Наиболее часто у всех больных, независимо от тяжести БА, выявлялись другие аллергические заболевания (аллергический ринит, пищевая, пыльцевая, бытовая и медикаментозная аллергии), изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (51,9%): ИБС —

34%, гипертоническая болезнь — у 18%, нарушения ритма — 9,4%, постинфарктный кардиосклероз — 3, 0% больных БА сочеталась с ХОЗЛ. Изменения со стороны пищеварительной системы были обнаружены у 37% больных (гастроэзофагальнорефлюксная болезнь — 19%, патология со стороны желчевыводящих путей — у 13%, язвенная болезнь — у 5%).

К особенностям ведения пациентов сочетанной аллергопатологией (БА и аллергический ринит) было использование назальных кортикостероидов и антигистаминных препаратов. Пациенты БА в сочетании с ХОЗЛ получали ингаляционные кортикостероиды в виде монотерапии или в сочетании с β_2 -агонистами пролонгированного действия и тиотропиум бромид. Такая комбинированная терапия способствовала улучшению функции легких и уменьшению симптомов БА. В комплекс терапии больных с выявленными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы включались следующие группы препаратов: антагонисты Са, сартаны, реже использовались ингибиторы АПФ и селективные β -блокаторы. Пациенты с сопутствующей гастроэзофагальной патологией были рекомендованы диетотерапия, возвышенное изголовье головы, в ряде случаев назначались прокинетики и блокаторы протонной помпы. У 29% больных БА было выявлено более 3-х сопутствующих заболеваний.

Выводы. У большинства больных БА, находящихся на лечении в областном пульмонологическом стационаре диагностирована сопутствующая патология, которая влияет на течение основного заболевания и требует коррекции лечения.

АНАЛІЗ ПРИЧИН СМЕРТІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЩО ЗНАХОДИЛИСЬ ПІД ДИСПАНСЕРНИМ НАГЛЯДОМ МОСТОВОЙ Ю. М., СЛЕПЧЕНКО Н. С., ГІЛЬ Л. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Мета: встановити основні причини, що призвели до смерті хворих на бронхіальну астму (БА) які були під диспансерним наглядом.

Матеріали та методи: аналіз медичної документації 14 хворих на БА, що були під диспансерним наглядом та померли в період 2003-2008 рр.

Результати: в одному з районів м. Вінниці де проживає 75 383 чоловік на диспансерному обліку у пульмонолога з приводу БА в період 2003–2008 рр. перебуває (610 ± 6) чоловік. Отож, розповсюдженість БА складає в середньому $(0,81 \pm 0,9)\%$, що є значно нижчою ніж відповідні показники в Україні та Європі. За період спостереження в зв'язку зі смертю з диспансерного обліку було знято 14 осіб, в тому числі 7 жінок, 7 чоловіків. Серед померлих було 11 (78,6%) осіб старше 60 років, 31 — 45 років і 45 — 60 років.

Прогресування БА і пов'язані з ним погіршення функції дихальної та серцевосудинної систем призвело до смерті 4 осіб (28,5%). Важке загострення БА не спостерігалось ні в одного з померлих.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) як причина смерті у хворих на БА була констатована у 5 хворих, що склало 35,7%, з них 2 чоловіки, 3 жінки. У 2 випадках хворі по-мерли від гострого інфаркту міокарду, це були чоловіки один похилого віку, інший віком 47 років. Інші випадки смерті не стосувались ураження якоїсь однієї системи організму, а були наступними: пухлина жовчного міхура, сепсис на тлі цукрового діабету, лімфолейкоз, передозування наркотичних засобів, гостре порушення мозкового кровооточу.

Висновки: на основі аналізу причин смерті хворих на БА, що були під диспансерним наглядом є підстави вважа-

ти, що на сучасному етапі розвитку пульмонології БА не являється життєво загрозливим захворюванням. Поряд з цим спостерігається тенденція, що провідною причиною смерті у хворих на БА є ІХС, яка приєднується протягом перебігу БА і в подальшому призводить до розвитку некорегованої серцевої та легеневої недостатності. Аналіз медичної документації також показав, що ішемічна хвороба серця, яка супроводжує БА, лікувалась вкрай неадекватно. Ліку-

вання не відповідало сучасним узгоджувальним документам щодо курації хворих на ішемічну хворобу серця.

Рекомендації: аналіз причин смертності хворих на БА потребує подальшого вивчення. Вважаємо за необхідне на циклах підвищення післядипломної кваліфікації, що проводяться для пульмонологів, висвітлювати питання сучасної діагностики та лікування ІХС, що вірогідно покращить прогноз у хворих на БА з супутньою ІХС.

АЕРОБІОЛОГІЧНИЙ СПЕКТР ТА СТРУКТУРА ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ У ДІТЕЙ З СЕЗОННОЮ АЛЕРГІЄЮ

НЕДЕЛЬСЬКА С. М., КУЗНЕЦОВА О. Д., БЕССИКАЛО Т. Г.,
ЖИЛЕНКО І. О., ШЕВЧЕНКО О. А., КІЗІЛОВА І. А.

Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської педіатрії

Мета дослідження: вивчити регіональні аспекти сезонних форм респіраторної алергії у дітей на підставі вивчення поширеності, анамнестичних даних, а також аеробіологічних досліджень.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 220 пацієнтів з підтвердженим діагнозом бронхіальної астми (БА) і алергічного риніту (АР) у віці від 5 до 18 років. Контрольну групу склали 15 дітей 1 і 2 груп здоров'я такого ж віку. Групи, що вивчаються, були рандомізовані за статтю, віком, тривалістю захворювання БА. Усім дітям було проведено шкірне алерготестування зі стандартними наборами алергенів виробництва ТОВ "Імунолог" (м.Вінниця, Україна) з урахуванням можливих відстрочених (через 6–8 годин) та пізніх реакцій (через 24–48 годин), анамнестичне опитування. Також проводилися аеробіологічні дослідження вмісту спор грибів роду *Alternaria* і *Cladosporium* у їх взаємозв'язку з концентрацією пилку рослин у період з березня по жовтень.

Результати дослідження. За результатами шкірного алерготестування було виявлено, що у обстежуваних дітей перше місце в структурі гіперчутливості займають пилокві алергени, до яких виявлена сенситизація в 95% випадків. В спектрі сенситизації до пилових алергенів в першу хвилю палінації переважає гіперчутливість до берези (21,6%), в другу — до м'ятлику як основного представника сімейства злакових (43,1%), в третю — до амброзії (64,4%). При цьому більше половини дітей мають позитивні результати шкірних проб до амброзії, і майже половина — до м'ятлику (43,1%), циклахени (48,8%), соняшнику (46,6%), що дозволяє вважати ці алергени головними етіологічними чинниками загострення симптомів сезонної алергії. Серед грибкових алергенів провідні місця займають *Alternaria* (55,9%), *Aspergillus* (41,9%) і *Botrytis* (33,3%). Спектр провідних алергенів, виявлених методом шкірного алерготестування, співпадає з отриманими аеробіологічними даними. Проте, провідна роль в повіт-

ряному спектрі пилку другої хвилі палінації належить шовковиці (її рівень в середньому за 2 роки перевищує концентрацію пилку злакових майже утричі), а у першу хвилю цвітіння ра-зом з березою не менш важливого, а іноді і першорядного значення набуває пилок клену і в'язу.

Загальна концентрація спор грибів за період спостереження в 12,28 разів перевищувала концентрацію пилку рослин (401283 і 36964 відповідно). При цьому 69,8% усіх спор відносилося до роду *Cladosporium*, 9,2% були представниками роду *Alternaria*. 280162 (21%) спор належали до інших видів.

Спори грибів були присутні в повітрі весь період спостереження, їх рівень був дуже варіабельним: від декількох десятків до тисяч в 1м³. З березня по червень кількість спор в середньому складала (676,4 ± 58,8) і в цілому перевищувала рівень пилку (245,6 ± 25,8). З червня концентрація спор почала різко зростати, значно домінуючи над пиловими зернами увесь подальший період моніторингу.

Висновки: сезонні прояви АР і БА можуть бути пов'язані з гіперчутливістю до цвілевих грибів; частота сенситизації до пилових і грибкових алергенів за даними шкірного алерготестування серед дітей і підлітків м. Запоріжжя за останні 4 роки зросла, і складала відповідно 95% і 75% що відповідає аеробіологічним обставинам в регіоні; аеробіологічний моніторинг пилку і спор в повітрі свідчить про важливу роль грибків як складової атмосферного повітря, а значне превалування їх концентрації над вмістом пилку зумовлює необхідність контролю рівня пилку і спор в атмосферному повітрі.

Ми рекомендуємо упроваджувати аеробіологічні дослідження у практичну діяльність алергологів, включати в алергологічну панель для проведення шкірного тестування додаткові алергени з урахуванням результатів регіональних аеробіологічних досліджень.

СТРУКТУРА ПИЛКОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ м. ЗАПОРІЖЖЯ

НЕДЕЛЬСЬКА С. М., ЯРЦЕВА Д. О., БЕССИКАЛО Т. Г.

Запорізький державний медичний університет

Питання пилкової алергії хвилюють дослідників усього світу. Це обумовлено не тільки розповсюдженістю полінозів, які охоплюють до 20% населення і складають близько 29% серед всіх алергічних захворювань, а й різноманітністю їх клінічних проявів. Цей факт іноді призводить до труднощів діагностики або неправильної трактовки симптомів, які мають місце у конкретного хворого, а звідси до неадекватної терапії. Аналіз літературних даних показав, що на сьогодні єдиної класифікації полінозів не існує. Більшість авторів під цим терміном розуміють ринокон'юнктивальний синдром. Але прояви алергії до пилку рослин не обмежуються ураженням респіраторної системи (куди, доречі, відносять і пилкову

бронхіальну астму), охоплюючи шлунково-кишковий, урогенітальний тракти, нервову систему, шкіру та органи почуттів. Тому ми вважаємо за доцільне дослідження структури пилкової алергії.

Метою роботи було дослідити різноманітність клінічних проявів полінозу. Для досягнення цієї мети нами проаналізовано історії хвороби дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні КУ "ЗДМКЛ № 5" за період травень-вересень 2004–2009рр. Позитивними вважалися історії хвороб, які описували загострення тієї чи іншої форми пилкової алергії.

При аналізі історій виявлено наступні клінічні форми пилкової алергії: ізольована бронхіальна астма (ІБА),

бронхіальна астма з ринітом (БА+АР), бронхіальна астма з кон'юнктивітом (БА+АК), бронхіальна астма з ринокон'юнктивітом (БА+АРК), алергічний риніт (АР), алергічний ринокон'юнктивіт (АР+АК). При цьому структура за частотою зустрічаємості наступна: БА+АР — 45,02%, БА+АРК — 18,88%, АР — 15,2%, АР+АК — 9,95%, ІБА — 9,9%, АК — 0,25%. Максимальна кількість хворих на полінози припадає на серпень та вересень, в основному за рахунок бронхіальної астми з ринітом або ринокон'юнктивітом. Але перший пік

полінозів реєструється у червні-липні, для нього властива клініка алергічного риніту та бронхіальної астми.

Таким чином, бачимо, що ізольована бронхіальна астма пилкової етіології — досить часте явище (9,9%), що не суперечить літературними даним, де заявляється 4%. Основну масу полінозів складає сукупність проявів з боку верхніх та нижніх дихальних шляхів та очей, досягаючи у сукупності 63,89%. Це свідчить про досить важкий перебіг пилкової алергії і необхідність пошуків нових терапевтичних стратегій.

ЗНАЧЕННЯ ТРИВАЛОСТІ КОНТАКТУ З АЛЕРГЕНАМИ ТАРГАНІВ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

НЕДЕЛЬСЬКА С. М., ПАХОЛЬЧУК О. П

Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської педіатрії

Згідно з положеннями Міжнародної ініціативи з бронхіальної астми (GINA), метою лікування є покращення якості життя хворого, в тому числі і за допомогою модифікації середовища, яке його оточує. Це підкреслює аксіому про те, що елімінація причинного алергену з оточення дитини — запорука досягнення контролю над захворюванням. Однак роботи закордонних дослідників свідчать, що алергени тарганів стійкі у навколишньому середовищі, та довгий час продовжують знаходитися у приміщенні після вищлення тарганів. У зв'язку з цим нами був проведений аналіз впливу наявності тарганів в приміщеннях, в яких діти проводять більшу частину дня та ночі (будинки, квартири, школи, дитячий садок) в теперішньому та минулому часі, на частоту розвитку у них гіперчутливості до алергенів рудого таргана.

Для вирішення поставленої мети нами було проведено інтерв'ю-анкетування 208 дітей з алергічними захворюваннями, жителів міста Запоріжжя. Анкети були підготовані у відповідності до рекомендацій щодо діагностики алергічних захворювань GINA та Національних протоколів.

Нами виявлено, що 49,04% дітей (102 пацієнта з 208 опитаних), хворих на алергопатологію, контактували з тарганами в минулому та/або на момент дослідження. Найчастіше в оселях та учбових закладах м.Запоріжжя зустрічається рудий тарган або тарган-пруссак *Blattella germanica* — 27,4%, рідше — чорні таргани (*Blatta orientalis*) — 13,9%, ще рідше сполучення рудих з чорними — лише 6,3%.

Отриманий рівень інфектації рудими тарганами приміщень, в яких хворі діти знаходяться більшість часу, співставляється з виявленою нами методом прик-тест частотою підвищеної чутливості до алергенів рудого таргана: 27,4% та 27,5% відповідно.

В житлових та учбових приміщеннях рудий тарган зустрічається лише в сполученні з чорними — у 16,7% випадків, та у 16,7% — тільки чорні. Це пояснюється тим, що, відповідно до літературних джерел, *Blatta orientalis* (чорний тарган) скупчуються переважно в нежитлових приміщеннях подалі від людей, але контакт з ними можливий у старих будівлях, особливості конструкції та стану яких створюють умови для проживання чорних тарганів у близькому для людини оточенні.

Важливим фактором розвитку гіперчутливості до основних алергенів є тривалість експозиції. Результати інтерв'ю-анкетування хворих на АЗ дітей дозволили нам визначити основні місця тривалого перебування пацієнтів, в яких вони контактують з тарганами. 42,8% з 208 респондентів раніше мали постійний контакт з тарганами вдома, у 19,2% опитаних таргани присутні в оселі на момент проведення анкетування, з них у 16,7% таргани були вдома раніше та присутні зараз. 16,7% опитаних регулярно бачать тарганів в школі, з них 5,6% контактують з цими тваринами лише в школі, а 11% мали та мають постійну експозицію алергенів тарганів, як в учбових закладах, так і вдома. Таким чином, більше 1/2 пацієнтів з алергопатологією, у яких була виявлена підвищена чутливість до алергенів рудих тарганів, мали контакт з тарганами вдома та майже 1/5 пацієнтів — в учбових приміщеннях.

Отримані попередні дані спонукали нас дослідити силу та напрям впливу тривалості контакту з тарганами, його місця та виду тарганів на розвиток підвищеної чутливості до алергенів *Blattella germanica*. Для кожного фактора розраховували відносний ризик. Аналіз анкет показав, що переважна кількість дітей нашого регіону має тривалий контакт із кокроач-алергенами.

Наявність в житлі, школі в минулому та теперішньому часі рудих тарганів є валідним фактором ризику ($RR = 2,61-2,94$, $p < 0,01$) для виникнення гіперчутливості до алергенів *Blattella germanica*. Заселеність вказаних приміщень чорними тарганами не є достовірним фактором ризику виникнення підвищеної чутливості, що вивчалась. Однак інфектація домівок обома різновидами комах є фактором ризику виникнення гіперсенситизації до алергенів рудого таргана з високою долею ймовірності (в теперішньому часі — $RR = 3,52$, $p < 0,01$, заселеність тарганами в минулому — $RR = 4,88$, $p < 0,0001$). Отже, наявність тарганів в приміщеннях, в яких діти знаходяться тривалий час, не обов'язкова для формування гіперчутливості, але вона є достовірним фактором ризику розвитку алергії до рудих тарганів.

Отримані дані доводять, що для розвитку підвищеної чутливості у дітей — атопиків наявність в оселі живих тарганів, або їх останків, продуктів життєдіяльності є не обов'язковою, сенситизація може розвинути навіть при експозиції цих комах лише в учбових приміщеннях.

ПЕРЕХРЕСНА РЕАКТИВНІСТЬ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ ДО РУДОГО ТАРГАНА

НЕДЕЛЬСЬКА С. М., ПАХОЛЬЧУК О. П., БЕССИКАЛО Т. Г.,
ТАРАСЕВИЧ Т. В., ШЕВЧЕНКО О. О., КІЗІЛОВА І. А.

Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської педіатрії

У сучасних дослідників все більшу цікавість викликають питання перехресної та комбінованої алергії, бо сучасний стиль життя примушує контактувати людину із все більшим спектром алергенів та речовин. Відомо, що алергени ракоподібних (кліщі домашнього пилу, таргани, криветки, дафнії) мають загальну природу алергенів (білок — тропоміозин, фермент — глутатіонтрансфераза) (Bla g 5, Der p 8 та ін.). Метою нашої роботи стало виявлення перехресної активності між алергенами кліщів роду *Dermatophagoides*, дафній та тарганів у дітей з бронхіальною астмою та/або алергічним ринітом.

Матеріали та методи. Нами проведено алерготестування методом простого прик-тесту у 150 досліджуваних дітей (120 пацієнтів з алергопатологією та 30 практично здорових дітей) з основними групами алергенів: побутовими, пилковими, грибковими, харчовими (виробництва МП "Імунолог", м. Вінниця), а також алергенами рудого таргана (виробництва МП "Імунолог", м. Вінниця).

Провідними факторами гіперчутливості в нашому регіоні є побутові, пилкові та харчові алергени. Підвищена чутливість (ГЧ) до алергенів рудого таргана (АлРТ) виявлена у 27,5% дітей з алергічними захворюваннями, вони склали I групу. У II групу увійшло 87 дітей з алергічними захворюваннями без алергії до рудого таргана.

Гіперчутливість до алергенів кліщів роду *Dermatophagoides pteronissimus* (78,8% проти 51,6%, $p < 0,001$) та дафнії (42,4% проти 21%, $p < 0,01$) була достовірно вищою у пацієнтів з виявленою сенситизацією до рудого таргана.

Для визначення ступеня тісноти зв'язку між рівнем підвищеної чутливості до алергенів рудого таргана та іншими видами алергенів нами були визначені відповідні коефіцієнти кореляції. Статистично валідна позитивна кореляція спостерігалась між частотою виявлення гіперчутливості до алергенів рудого таргана та алергенами дафнії ($r = 0,97$, $p < 0,0001$), а також пір'я подушок ($r = 0,32$, $p < 0,05$), при цьому сила кореляційного зв'язку між рівнем сенситизації до побутових алергенів була сильною та середньою.

Отримані данні свідчать про наявність перехресної імунологічної реактивності різної сили між алергенами рудого таргана, дафнії, що відповідає даним літературних джерел про наявність у цих тварин спільних структурних білків та можливість перехресної алергії між ними. Однак, аналізуючи силу кореляційного зв'язку, нами зроблено висновок про те, що алергени рудого таргана є самостійними екопатогенами, що є підґрунтям щодо вивчення оптимальних методів діагностики гіперчутливості до алергенів *Blattella germanica* та клінічних особливостей перебігу АЗ при підвищеній чутливості до алергенів рудого таргана.

СПЕКТР СЕНСИТИЗАЦІЇ У ДІТЕЙ З РЕСПІРАТОРНИМИ АЛЕРГОЗАМИ ПРИ НАЯВНОСТІ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДО АЛЕРГЕНІВ РУДОГО ТАРГАНА

НЕДЕЛЬСЬКА С. М., ПАХОЛЬЧУК О. П., БЕССИКАЛО Т. Г.,
СОЛОДОВА І. В., МАЗУР В. І., ЖИЛЕНКО І. О., КЛЯЦЬКА Л. І.

Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської педіатрії

Алергічні захворювання являють собою складну медикосоціальну проблему. В умовах швидкого розвитку цивілізації спостерігається стає необхідним моніторинг спектру гіперчутливості до основних груп алергенів, оскільки своєчасне виявлення причинного атопену — запорука успішного лікування.

Нами проведено алерготестування методом простого прик-тесту у 150 досліджуваних дітей (120 пацієнтів з алергопатологією та 30 практично здорових дітей) з основними групами алергенів: побутовими, пилковими, грибковими, харчовими (виробництва МП "Імунолог", м. Вінниця), а також алергенами рудого таргана (виробництва МП "Імунолог", м. Вінниця).

Дослідження показало, що провідними факторами сенситизації у нашому регіоні є побутові, пилкові та харчові алергени. Підвищена чутливість (ГЧ) до алергенів рудого таргана (АлРТ) виявлена у 27,5% дітей з алергічними захворюваннями, вони склали I групу. У II групу увійшло 87 дітей з алергічними захворюваннями без алергії до рудого таргана.

Звертає на себе увагу той факт, що у I групі хворих, які мають підвищену чутливість до алергенів рудого таргана, побутова сенситизація виявлена у 100% випадків (проти 71%

у групі порівняння, $p < 0,001$). Гіперчутливість до інших видів алергенів в обох групах пацієнтів достовірної різниці не має. Найнижчий рівень сенситизації у хворих був до алергенів пліснявих грибків.

Підвищена чутливість до алергенів виключно однієї групи зустрічалась відносно рідко. Серед них алергени у пацієнтів основної групи: лише побутові — 9,1%, у хворих дітей з II-ї групи: побутові — 3,5%, пилкові — 3,5%, харчові — 3,5% (загалом 10,3%). Сенситизація до алергенів 2 груп була виявлена у 24,2% дітей з ГЧ до АлРТ та у 28,7% пацієнтів без ГЧ до АлРТ (різниця не достовірна, $p > 0,05$), проте частота поєднаної гіперчутливості до пилкової та харчової групи алергенів була достовірно вищою ($p < 0,05$) у дітей II групи, які не мали підвищеної чутливості до алергенів рудого таргана.

Частота поєднаної сенситизації до 3 видів алергенів зустрічалась серед пацієнтів I групи у 27,3% випадках та у 35,6% пацієнтів II групи дослідження, до 4 груп алергенів — у 39,4% та 25,3%, відповідно. Однак достовірної різниці між цими даними нами віднайдено не було ($p > 0,05$).

У дітей порівняльної групи на 2 місці, а серед пацієнтів основної групи на 3 місці знаходились епідермальні алергени. Найпоширенішою була сенситизація до епідермальних алергенів котів (30,3% та 51,6%, відповідно), кролів (21,2% та 32,3%) та собак (21,2% та 17,7%). Достовірної різниці між I та II групами виявлено не було ($p > 0,05$).

Найбільш представленим видом харчової сенситизації у дітей з АЗ є гіперчутливість до алергенів цитрусових (66,7% у I групі дітей та 44,8% у II групі), за нею слідує гіперчутливість до алергенів м'яса тварин (36,4% та 33,3%, відповідно), курячого яйця (24,2% та 29,9%, відповідно). Поширеність сенситизації до алергенів риби була майже вдвічі вища у II групі (15,2% та 28,4%, відповідно), однак ця різниця недостовірною ($p > 0,05$). Підвищена чутливість до атопенів курячого м'яса та коров'ячого молока складає не більше 1/5 усіх випадків харчової алергії у дітей з основної та порівняльної груп.

Підвищена чутливість до родів пліснявих грибків (*Aspergillus*, *Fusarium*, *Penicillium*, *Alternaria*) була виявлена

в середньому у 1/3 усіх хворих дітей. При цьому переважала сенситизація до пліснявих грибків, які утворюють спори цілорічно (*Aspergillus*, *Fusarium*, *Penicillium*), гіперчутливість до грибків, які утворюють спори сезонно (рід *Alternaria*) була виявлена приблизно у 1/5 дітей обох груп.

Таким чином, найбільш часто у дітей хворих на астму та/або алергічний риніт обох груп зустрічалась сенситизація до побутових та пилових алергенів, при цьому 90% дітей з основної та порівняльної груп дослідження мали підвищену чутливість до 2 та більше груп алергенів. Найменш поширеним видом гіперчутливості була підвищена чутливість до алергенів пліснявих грибів. При аналізі поширеності підвищеної чутливості до окремих видів алергенів, виявленої методом прикестування, відмічено, що поширеність гіперчутливості до алергенів рудого таргана у дітей з алергопатологією нижча, ніж до побутових, пилових та деяких харчових алергенів, але у 100% випадків ця група хворих має сенситизацію до побутових алергенів.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

НЕСТЕРЕНКО З. В., НАТАЛЬЧЕНКО Г. І.

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ

Н

Актуальність проблеми: високий рівень захворюваності бронхіальною астмою (БА) у дітей, зміна ступеню вираженості симптомів при цій патології, особливості формування ускладнень, тісний зв'язок загострень БА з інфекцією, викликають необхідність вивчення цього явища.

Матеріали та методи. Під спостереженням протягом 2-х років знаходилось 80 хворих з перебігом середньої важкості алергічної форми БА у віці від 3-х до 18 років. Діагноз БА був встановлений згідно сучасному протоколу. У 55 хворих (68,8%) була виявлена пневмонія, викликана атипичними збудниками (ПАЗ). У 29% випадків основним збудником була *Chlamydia pneumoniae* (у дітей до 7 років), у 65,5% — *Mycoplasma pneumoniae* (у дітей старше 7 років); у 3,6% — *Toxoplasma* (пацієнти старше 15 років).

Результати і обговорення: легкий "кашлевий варіант" БА був встановлений у 27,5% пацієнтів, рецидивуюча течія ПАЗ, що провокує загострення БА, відмічена у 32,7% випадків. Течія БА в цих випадках було важчею: пролонгований респіраторний синдром, інтоксикація, більш поліморфна фізикальна картина у легенях. Рецидиви ПАЗ мали місце у всіх пацієнтів старше 12 років, в 3 рази рідше у дітей 8–12 років

(33,3%); і в 6 разів рідше у хворих 3–7 років (16,1%). Прояви легеневої гіпертензії (ЛГ) відмічені у 23 пацієнтів (28,8%). У 77,5% ЛГ мала місце у хворих з БА на тлі ПАЗ; наявність пневмофіброзу (ПФ) та ЛГ — у 18 (22,5%); з них у 6 дітей (33,3%) на рентгенограмі (РГ) і комп'ютерній томограмі (КТ) виявлено формування легневих бул. Пацієнти, що мали загострення БА на тлі ПАЗ, для встановлення контролю БА отримували не тільки необхідну базисну терапію інгаляційними глюкокортикоїдами (ІГК), але і антибактеріальну терапію (АБТ) з використанням макролідів.

Висновки:

1. 27,5% дітей з БА мали в "кашлевий варіант" БА.
2. У 1/3 дітей загострення БА зв'язано з ПАЗ.
3. Частіше причиною ПАЗ була мікоплазмозна інфекція.
4. Рецидивуючий перебіг ПАЗ виявляв у 32,7% хворих.
5. Третина дітей з БА мали ознаки ЛГ, у 77,5% з яких відмічено поєднання БА і ПАЗ.
6. У 22,5% дітей з БА і ПАЗ діагностована ЛГ і ПФ; з яких у 33,3% на РГ і КТ відмічено формування легневих бул.
7. При загостренні БА на тлі ПАЗ показано включення в базисну терапію БА разом з ІГК — АБТ.

ВИВЧЕННЯ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЛЕГКОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ

НЕЙКО Є. М., ПОПАДИНЕЦЬ І. Р., МИГОВИЧ Л. Д.

Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1 з курсом клінічної імунології та алергології

Протягом останнього десятиліття спостерігається тенденція до зростання рівня захворюваності на бронхіальну астму (БА) та важкості її перебігу, що призводить до суттєвого

порушення якості життя, інвалідизації та значних економічних втрат. Важливу роль в патогенетичних особливостях формування хронічного запального процесу при БА відіграють

порушення клітинної і гуморальної ланки імунної системи. Результати вивчення імунореактивності організму у хворих на БА засвідчують виражене зниження показників імунного статусу з формуванням вторинного імунodefіциту.

Мета дослідження: вивчення змін показників фагоцитарної активності лейкоцитів та показників якості життя (ЯЖ) у хворих на персистуючу БА легкого ступеню важкості, в яких загострення БА провокується інфекційними чинниками.

Матеріали і методи. Обстежено 26 хворих на персистуючу БА легкого ступеню важкості, яким призначалася базисна терапія. Середній вік пацієнтів склав $(45,7 \pm 5,3)$ років, із них чоловіків — 12, жінок — 14. Всі хворі знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної клінічної лікарні, м. Івано-Франківськ. Обстеження проводились до і після лікування. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Комплекс досліджень включав: об'єктивне обстеження, загальноклінічні та імунологічні дослідження (фагоцитар-

ний індекс, фагоцитарне число), оцінювання ЯЖ хворих за допомогою опитувальника AQ 20.

Результати дослідження: аналіз результатів імунологічних лабораторних досліджень показав, що у хворих на БА показники фагоцитарної активності лейкоцитів знижуються після курсу лікування, а саме: до лікування фагоцитарний індекс склав $(66,7 \pm 7,4)\%$, а після лікування — $(59,1 \pm 5,2)\%$ ($p < 0,05$); фагоцитарне число $(6 \pm 1,1)$ од. до лікування та $(3,1 \pm 0,5)$ од. — після лікування.

Такі зміни ймовірно пов'язані із застосуванням у даних пацієнтів глюкокортикостероїдів. Вивчаючи якість життя хворих після лікування відзначено, що інтегральний показник зріс на $(1,1 \pm 0,2)$ балів ($p < 0,01$).

Висновок. Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок про доцільність застосування імунomodуючих препаратів на фоні базисної терапії у хворих на персистуючу БА легкого ступеню важкості для покращання їх імунного статусу та зменшення частоти загострень, які пов'язані з інфекційними чинниками.

ВИВЧЕННЯ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЛЕГКОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ

НЕЙКО Є. М., ПОПАДИНЕЦЬ І. Р., МИГОВИЧ Л. Д.

Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1 з курсом клінічної імунології та алергології

Вивченню ізолюваного перебігу бронхіальної астми (БА) та метаболічного синдрому (МС) присвячені численні масштабні дослідження, які дозволили з'ясувати суть цих захворювань, розробити алгоритми їх діагностики та програми лікування і профілактики. Проте, суперечливими і недостатніми є дані літератури про особливості поєднаного перебігу цих захворювань та ефективність протиастматичної терапії у такого контингенту хворих.

Мета: вивчити особливості клінічного перебігу, метаболічних змін та порушення функції зовнішнього дихання у хворих на БА в асоціації з компонентами МС та оцінити вплив гіполіпідемічної терапії аторвастатином на клініко-лабораторні показники у цих пацієнтів.

Матеріали і методи. На базі Івано-Франківської обласної клінічної лікарні обстежено 82 хворих, які були розподілені на 3 групи. До I групи увійшло 22 пацієнти з БА без ознак МС. II групу склали 28 хворих на БА, асоційовану з МС, які отримували базову терапію астми згідно затверджених МОЗ України протоколів лікування. До III групи увійшло 32 хворих на БА, поєднану з МС, яким до базової терапії було додано аторвастатин в дозі 10 мг/д. Всі хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні. Діагностику БА здійснювали згідно наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. МС діагностувався у відповідності до критеріїв, які рекомендовані Міжнародною діабетичною федерацією (2005).

Для оцінки стану пацієнтів та ефективності проведеного лікування застосовували: загально-клінічне обстеження, комп'ютерну спірографію, вивчення стану ліпідного, вуглеводного, та пуринового обмінів, дослідження вмісту С — реактивного білка (СРБ) в плазмі крові при поступленні в стаціонар, через 2 тижні і через 3 місяці після лікування. Антропометричні дослідження проводились за стандартними методиками. Абдомінальне ожиріння, згідно рекомендацій ВООЗ, верифікували за допомогою відношення ОТ до ОС.

Результати дослідження: 1. У хворих на БА, поєднану з МС (II і III групи) ми спостерігали більш виражені порушення об'ємних показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) — зниження ЖЕЛ, ФЖЕЛ в порівнянні з I групою ($p < 0,05$). Згідно отриманих даних, ступінь порушення ФЗД був різним і мало залежав від віку, статі пацієнтів і тривалості захворювання БА. Однак, ми встановили, що більшість показників ФЗД залежало від ОТ, по мірі збільшення якого спостерігалось зниження як об'ємних (ЖЕЛ, ФЖЕЛ), так і швидкісних показників (ОФВ₁, ПОШ, МОШ₅₀, МОШ₇₅) ($p < 0,05$). Після проведеного лікування в усіх групах були зареєстровані позитивні зміни ФЗД, однак в III групі вони були більше виражені, ніж в II. Очевидно це пов'язано з протизапальним ефектом аторвастатину.

2. У 100% досліджених хворих на БА, поєднану з МС (II—III групи), виявлено надлишкову вагу (НВ) або ожиріння, у 83% — збільшення артеріального тиску (АТ), у 88% хворих виявлено порушення ліпідного обміну, у 57% — порушення вуглеводного обміну, у 48% — збільшення рівня сечової кислоти, у 39% — збільшення рівня СРБ. Розподіл ІМТ у II — III групах був наступним: ІМТ 25-29,9 — у 47%, а ІМТ > 30 — у 53% хворих.

Досліджуючи стан ліпідного обміну, ми встановили, що до початку лікування в II та III групі у 94% хворих спостерігались дисліпідемії, в той час, як у I групі — лише у 11% пацієнтів. У хворих I групи рівень ЗХС складав $(3,99 \pm 0,17)$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ — $(2,4 \pm 0,12)$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ — $(1,6 \pm 0,14)$ ммоль/л, ТГ $(0,81 \pm 0,08)$ ммоль/л. У хворих II групи рівень ЗХС складав $(7,14 \pm 0,41)$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ — $(4,08 \pm 0,11)$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ — $(0,42 \pm 0,02)$ ммоль/л, ТГ — $(1,74 \pm 0,07)$ ммоль/л. У хворих III групи рівень ЗХС складав $(6,86 \pm 0,23)$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ — $(4,24 \pm 0,19)$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ — $(0,44 \pm 0,02)$ ммоль/л, ТГ $(1,69 \pm 0,05)$ ммоль/л. При оцінці результатів у пацієнтів I групи показники ліпідного обміну практично не змінилися ні через 2 тижні, ні через 3 місяці після початку лікування ($p > 0,05$). У хворих II групи ліпідні показники

не покращились, деякі – навіть погіршилися. Це свідчить про те, що базисна терапія не має позитивного впливу на жировий обмін. У пацієнтів III групи вже через 2 тижні терапії з включенням до схеми лікування аторвастатину ми спостерігали позитивні результати: рівень ЗХС знизився на 23,3% ($p < 0,05$), рівень ХС ЛПНЩ знизився на 26,9% ($p < 0,05$), рівень ТГ знизився на 4,1% ($p < 0,05$), а рівень ХС ЛПВЩ зріс на 26,7% ($p < 0,05$) від вихідних показників. Через 3 місяці лікування рівень ЗХС знизився на 34,4% ($p < 0,05$), рівень ХС ЛПНЩ знизився на 34% ($p < 0,05$), рівень ТГ знизився на 10,1% ($p < 0,05$), а рівень ХС ЛПВЩ підвищився на 40,5% ($p < 0,01$) від вихідних показників. Крім того, у пацієнтів III групи знизився рівень СРП та рівень глюкози сироватки крові.

Висновок: ІМТ прямо корелює з виразністю симптомів БА. У хворих на БА з ожирінням встановлено збільшення частоти загострень, зростання вмісту ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ, рівня глюкози, АТ, сечової кислоти, маркерів системного запалення, що є несприятливими прогностичними ознаками БА. Базисна терапія БА не має коригуючого впливу на метаболічні порушення в організмі при асоціації БА та МС. Включення аторвастатину до схеми лікування хворих на БА, поєднану з МС сприяє пришвидшенню досягнення контролю за перебігом БА, зменшенню потреби в короткодіючих β_2 -агоністах, зменшує дозу базисних гормональних препаратів, покращує загальний стан та якість життя хворих.

ТЯЖКІ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ. ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

ОВЧАРУК М. В

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, м. Вінниця

Мета дослідження: встановити спектр антиастматичних препаратів, що застосовуються пацієнтами з частими тяжкими загостреннями БА на амбулаторному етапі лікування

Матеріали і методи: Індивідуальне опитування 81 хворого бронхіальною астмою (БА), що 5 і більше разів на рік викликали швидку допомогу (ШД), за спеціально розробленим опитувальником, клініко-функціональне обстеження. Серед проанкетованих хворих було 34 чоловіки та 47 жінок. Розподіл за віком: до 30 років — 3 чоловіки — 3,7%; 31–45 років — 4 чол. — 4,9%; 46–60 років — 26 чол. — 32,1%; після 60 років — 48 чол. — 59,3%. Фармакоепідеміологічний аналіз.

Отримані результати. Лікування БА у всьому світі, і в Україні зокрема, рекомендовано проводити згідно затверджених узгоджувальних документів. В Україні інструктивні документи щодо застосування антиастматичної терапії існують з 1999 року. На даний момент рекомендовано застосовувати наказ № 128, 2007 року. Незважаючи на велику роботу по впровадженню узгоджувальних документів в практичну діяльність лікарів, на жаль, залишається певна частка хворих, які не виконують рекомендації пульмонологів, алергологів, сімейних лікарів. Дуже важливим для розуміння причин, що призводять до тяжких загострень БА (ТЗБА) є з'ясування якості лікування цих хворих на амбулаторному етапі. Нами проведений аналіз використання лікарських анти астматичних засобів у 81 хворого, що 5 і більше разів викликали ШД.

Встановлено, що більшість осіб порушували правила базисної терапії, віддаючи перевагу при лікуванні БА β_2 -агоністам короткої дії та метилксантинам, відповідно 66 чол.

(81,5%) та 35 чол. (43,2%). Виходячи з рекомендацій українських узгоджувальних документів ці ліки застосовуються лише для надання невідкладної допомоги та як допоміжні засоби. Звертає на себе увагу, що досить велика частка пацієнтів, а саме 33 хворих (40,7%), продовжують застосовувати системні глюкокортикостероїди (ГКС), які як відомо рекомендовані лише у випадках відсутності ефекту від застосування інгаляційних ГКС. Інгаляційні ГКС застосовували 49 чол. (60,5%). В основному це були беклометазону дипропіонат та беклофорт, тобто препарати середньої селективності. Флютиказон застосовували лише поодинокі пацієнти. Крім того, при більш ретельному опитуванні встановлено, що інгаляційні ГКС застосовувались короткочасно в неадекватних стану пацієнта дозах. Комбіновану терапію застосовували лише 3 хворих (3,7%), разом з тим 13,6% застосовували системні спразмолітики, які не рекомендовані державними узгоджувальними документами.

Висновки. Таким чином, є підстави вважати, що однією з причин, що призводить до ТЗБА є недотримання пацієнтами рекомендацій фахівців щодо застосування базисних препаратів. В основі цієї причини лежить як матеріальна неспроможність пацієнта так і не розуміння необхідності тривалого базисного лікування. Також, ряд випадків невикористання протизапальної терапії пов'язаний з тим, що лікарі недостатньо володіють інформацією по застосуванню державних узгоджувальних документів з БА в практичній діяльності.

Рекомендації. Наші висновки є підставою для подальшого проведення освітніх програм щодо діагностики та лікування БА як серед лікарів так і пацієнтів.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЯЖКИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ОВЧАРУК М. В

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, м. Вінниця

Мета дослідження: обґрунтувати доцільність перерозподілу коштів, що надаються хворим бронхіальною астмою (БА), а саме збільшити фінансування на закупівлю препаратів базисної терапії, що в подальшому здатне призвести до суттєвого зниження витрат на надання невідкладної допомоги.

Матеріали і методи: звітні документи міської станції швидкої допомоги (ШД) в період 2003–2007 рр., дані економічного відділу міського управління охорони здоров'я м. Вінниця щодо фінансування антиастматичних препаратів для диспансерної групи хворих, звіти обласного медико-статистичного центру щодо захворюваності на БА. Фармако-економічний метод розрахунку прямих витрат. Клінічне спостереження за 12 пацієнтами з важким персистуючим перебігом БА протягом 3-х місяців з моніторингом викликів ШД.

Отримані результати: Проведений нами аналіз засвідчив, що в 2003 р. на надання невідкладної допомоги державою

було витрачено 127, 530 тис. грн. До 2007 р. ця цифра зростала і склала 285, 573 тис. грн. Це можна пов'язати з інфляційними процесами в державі. Збільшення затрат відбулось і за рахунок збільшення долі повторних викликів. Нами вивчені в динаміці витрати на безкоштовні рецепти хворим бронхіальною астмою в м. Вінниця за період 2003-2007 рр. і встановлено, що частка коштів на рецепти з приводу БА до 2006 р. складала в середньому 4 % від загальної суми, а в 2007 р. значно зменшилась і стала 2,5 %, хоча загальна сума, виділена на безкоштовні ліки всіх категорій хворих поступово зростає. Дане явище є нелогічним, так як рівень захворюваності за останні роки залишається незмінним і становить 0,77 % від загальної кількості населення, а первинна захворюваність збільшилась з 2005 до 2007 року на 46 випадків.

Нами проведено дослідження по застосуванню планової терапії у вигляді сальметерол/флутиказону пацієнтами з частими ТЗБА. У 12 пацієнтів протягом 3-х місяців раз на тиждень про-

водилось клінічне обстеження, контролювався прийом базисної терапії, відстежувалась частота прийому швидкодіючих β_2 -агоністів, частота звернень за невідкладною допомогою. На початку обстеження пацієнти до 8 раз на день користувались швидкодіючими β_2 -агоністами короткої дії, а сумарна кількість викликів, зроблених цими хворими, становила 81 протягом 1 місяця. По мірі прийому салметерол/флутиказону у дозі 50/500 мкг двічі на день до кінця 3 місяця лікування кількість використаних препаратів швидкої дії зменшилась до 2-3 на день. Сумарна кількість викликів ШД зменшилась на 49 і становила — 32. Так, якщо врахувати, що на 1 виїзд бригади швидкої допомоги в цей період держава витрачала 105, 3 грн., то за 1 міс. на таких пацієнтів витрачено 8 529,3 грн. Врахувавши, що за 3 місяці спостереження кількість викликів зменшилась на 49, то економія

за цей період склала 5 159,7 грн. Ці дані є ще одним підтвердженням спроможності комбінованої терапії суттєво вплинути на клінічний перебіг важкої неконтрольованої БА, що приводить і до позитивних фармакоекономічних показників.

Висновки. Можемо констатувати, що розподілення державних коштів відбувається без врахування реальної клініко-епідеміологічної ситуації щодо БА.

Рекомендації. Із великої частки державних витрат пацієнтам, що мають важкий неконтрольований перебіг БА, повинні виділятися кошти на планову терапію з метою скорочення затрат на надання інших видів послуг, що не стабілізують стан пацієнта, а лише призводять до прогресування захворювання та відповідно до подальшого збільшення цих самих державних затрат.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ОДИНЕЦ Ю. В., АЛЕКСЕЕВА Н. П.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №2, г. Харьков

До настоящего времени бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания и занимает одно из ведущих мест среди заболеваний конца XX начала XXI столетий. Общеизвестно, что БА — это хронический воспалительный процесс, при котором именно степень выраженности воспаления определяет тяжесть симптомов, характер течения, ремоделирование бронхов, прогноз и развитие осложнений. Не вызывает сомнения, что приступы экспираторной одышки, ночные пробуждения, необходимость постоянного применения лекарственных препаратов, невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок, ограничения в выборе профессии и социальной активности оказывают существенное негативное влияние на качество жизни (КЖ) детей с бронхиальной астмой. Оценка КЖ в медицине зачастую является конечным критерием оценки эффективности лечения, выбора препарата, успешности реабилитационных мероприятий. Это, несомненно, согласуется с провозглашенной ВОЗ концепцией непрерывного совершенствования качества медицинской помощи. В связи с этим улучшение КЖ рассматривается как одна из основных целей лечения этого заболевания. Поскольку в настоящее время не существует методов и лекарственных средств, способных полностью излечить БА, изучение влияния терапии на качество жизни детей, страдающих БА, является очень актуальным.

С этой целью в пульмонологическом отделении ДГКБ № 6 г. Харькова было обследовано 135 детей в возрасте от 6 до 18 лет с диагнозом БА. Всем пациентам была назначена базисная противовоспалительная терапия в дозировках, адекватных степени тяжести заболевания. Согласно цели исследования было изучено качество жизни больных БА при помощи "Краткого общего вопросника оценки статуса здоровья" — русскоязычного аналога общего вопросника SF-36. Вопросник имеет следующие шкалы: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. В зависимости от вида противовоспалительной терапии дети были разделены на две подгруппы: основная — 90 пациентов, которые получали комбинированный препарат Серетид (содержащий ингаляционный кортикостероид флутиказона пропионат и длительно действующий

β_2 -агонист салметерола ксинафоат), и контрольная — 45 пациентов, получавших только ингаляционный кортикостероид флутиказон пропионат. На фоне назначенной противоастматической терапии были отмечены следующие изменения в клиническом течении болезни. У 55 % пациентов основной подгруппы через 1 мес. лечения комбинированным препаратом был достигнут контроль над заболеванием, у остальных 45 % больных отмечались достоверное (по сравнению с исходными значениями) уменьшение количества обострений, ночных симптомов и снижение потребности в приеме β_2 -агонистов быстрого действия ($p < 0,05$). Через 3 мес. проводимой терапии 95 % детей из основной подгруппы, получавшие Серетид, достигли контроля над заболеванием. При этом в течение указанного периода у них отмечалось минимальное количество обострений БА, у 75 % пациентов они отсутствовали, минимальной была потребность в β_2 -агонистах короткого действия (в среднем $0,03 \pm 0,01$), у всех пациентов отсутствовали ночные симптомы, показатель ОФВ₁ превышал 80 % от должных значений (в среднем $92,37 \pm 4,94\%$), а суточная лабильность бронхов не превышала 10 % (в среднем $8,9 \pm 1,87\%$). В то же время только 33,3 % пациентов контрольной подгруппы, получавшие монотерапию ингаляционным кортикостероидом флутиказон пропионат, достигли контроля над заболеванием через 1 мес. и 80 % — через 3 мес. Средняя потребность в применении β_2 -агонистов короткого действия составила ($0,39 \pm 0,28$) ингаляции в сутки. При этом у всех пациентов показатель ОФВ₁ достигал 80 % и более от должных значений (в среднем $84,57 \pm 1,92\%$), а среднее значение суточной лабильности — ($13,2 \pm 5,27\%$). Следует отметить, что все указанные показатели через 3 мес. лечения имели значимую положительную динамику по сравнению с исходными значениями. При сравнении показателей специфического качества жизни пациентов обеих подгрупп было выявлено достоверное повышение показателей, отражающих объем повседневной активности, выраженность основных симптомов БА, а также интегративного показателя качества жизни у пациентов, получавших комбинированную терапию Серетидом ($p < 0,05$). У больных, получавших базисную противовоспалительную терапию более 6-ти месяцев, мы проанализировали показатели физического развития (масса и рост) и содержание кальция в сыворотке крови. Несмотря

на длительность терапии у пациентов обеих групп не зафиксировали нарушений в физическом развитии: дети не отставали в росте от сверстников, показатели массы тела не выходили за пределы 1 σ . Достоверного снижения содержания кальция в сыворотке крови обследованных также не отмечалось.

Таким образом, можно сделать вывод, что качество жизни пациентов, страдающих БА, зависит от вида прово-

димой противовоспалительной терапии. Назначение современных комбинированных препаратов (ИГКС + β_2 -агонист длительного действия) способствует более быстрому достижению контроля над заболеванием и улучшению качества жизни пациентов по сравнению с монотерапией ингаляционными кортикостероидами. Длительная противовоспалительная терапия БА не влияет на физическое развитие детей.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

ОЛЕНИЦЬКА О. С., СУХОПЛЮЄВА Н. І., СТЕПАНЕНКО
Т. І., КРАСНОВА С. П., МАНОХІНА О. Ю., РАЗУМНА Т. В., СТРЕКОЗОВА І. П.

Луганський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 2
Обласна клінічна лікарня, м. Луганськ

Метою дослідження було вивчення впливу Симбікорта в режимі SMART на динаміку показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) 2 ступеня в період загострення

Досліджувані пацієнти були розподілені на дві групи. В І групу увійшли 23 хворих, які отримували інгаляційні бронхолітики за потребою.

До ІІ групи були відібрані хворі, які отримували Симбікорт (будесонід 160 мкг/4,5 мкг формотерола) в режимі SMART по 2 дози 2 рази на добу (вранці і ввечері) та за потребою. Всім хворим було проведено комплексне клінічне та інструментальне обстеження, а також визначався вміст продуктів ПОЛ (малонового діальдегіду — МДА і дієнових

кон'югатів — ДК, активність супероксиддисмутази — СОД).

В обох групах до лікування визначалось підвищення в крові хворих МДА ($8,63 \pm 0,46$), ДК ($3,29 \pm 0,16$) і зниження активності СОД ($2,23 \pm 0,11$), ($p < 0,001$), що свідчило про виснаження системи антиоксидантного захисту.

Після курсу лікування у хворих ІІ групи виявлено покращення всіх показників, у порівнянні з І групою. Визначено достовірне зниження рівня МДА ($4,05 \pm 0,23$), ДК ($1,86 \pm 0,13$) і підвищення активності СОД ($3,95 \pm 0,22$).

Таким чином, Симбікорт підвищує антиоксидантний захист у хворих на БА, знижує ПОЛ, може бути використаний в якості базисної терапії у хворих на бронхіальну астму.

ОЦІНКА ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО РИЗИКУ РЕЗЕКЦІЙНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ОПАНАСЕНКО М. С., ЛЕВАНДА Л. І., КОНОНЕНКО В. А., ТЕРЕШКОВИЧ О. В.,
ВЕРЕМЕЄНКО Р. А., КАЛІНІЧЕНКО М. І., КОНІК Б. М., БИЧКОВСЬКИЙ В. Б., ДЕМУС Р. С.

ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського АМН України", м. Київ

Поєднання туберкульозу з іншими супутніми захворюваннями є актуальною проблемою сьогодення, не виключенням серед яких є бронхіальна астма. За останні роки збільшилась тенденція зростання кількості хворих на туберкульоз в поєднанні з бронхіальною астмою. Незважаючи на широкі можливості консервативних методів лікування туберкульозу, іноді досягнути успіху без хірургічних втручань не вдається.

Протягом минулих 3-х років у нашому відділенні перебувало на лікуванні 15 хворих віком 24–56 років, які потребували оперативного лікування з приводу туберкульозу на фоні бронхіальної астми. Серед них: жінки — 11 (73,3%), чоловіки — 4 (26,7%).

Основним завданням в передопераційному періоді є визначення тяжкості бронхіальної астми і ризику інтра- та післяопераційних ускладнень. Тому необхідно встановити частоту атак, переносимості фізичного і емоційного наванта-

ження, потреби в підтримуючих препаратах, а також наявність провокуючих факторів. Важливим методом оцінки періопераційного ризику є проведення функціональних легеневих тестів, а саме визначення об'єма форсованого видиху за 1 с ($ОФВ_1$), який у хворих на бронхіальну астму знижений і його зменшення знаходиться у відповідності з тяжкістю захворювання. В залежності від його значення серед наших пацієнтів було з легким ступенем тяжкості БА ($ОФВ_1$ — 65-80%) — 9 хворих 60%; з середнім ступенем ($ОФВ_1$ — 50-64%) — 6 хворих 40%). У даної категорії хворих певне прогностичне значення має визначення розрахункової післяопераційної величини $ОФВ_1$ п/о, в залежності від об'єма резекції (одна доля забезпечує 20% вентиляційної здатності): $ОФВ_{1\text{ п/о}} = ОФВ_{1\text{ доо}} \times (1 - 0,2 \times n)$, де $ОФВ_{1\text{ доо}}$ — доопераційний об'єм форсованого видиху, n — кількість видалених долей. Якщо прогнозуємий $ОФВ_{1\text{ п/о}}$ не менше 60% від $ОФВ_{1\text{ доо}}$, то ризик розвитку дихальних ускладнень мінімальний.

Необхідним компонентом передопераційної підготовки є проведення фіброbronхоскопії з метою оцінки стану трахеобронхіального дерева та при необхідності його санації, однією з головних умов профілактики післяопераційних пневмоній у даної категорії хворих.

На передодні оперативного лікування та в періопераційний період не перериваємо систематичного лікування бронхіальної астми. Якщо раніше в період приступів хворий приймав системні кортикостероїди, то їх прийом перед операцією відновлюємо за 24–48 годин і продовжуємо протягом 5–7 після операційних днів, що дає змогу зменшити ризик періопераційних дихальних ускладнень.

Всі хворі були прооперовані в плановому порядку в міжприступний період. Були виконані наступні оперативні втручання: типові сегментарні резекції — 3 хворих (20%); лобектомії — 9 хворих (60%); білобектомії — 2 хворих (13,3%); VATS-резекція долі — 1 хворий (6,7%). Хочемо

відмітити перспективність VATS-оперативних втручань, оскільки больовий синдром менш виражений, а отже зменшена кількість післяопераційних ускладнень.

Маємо зазначити порівняно невисокий рівень частоти інтра- та післяопераційних ускладнень, а саме: інтраопераційний бронхоспазм — 2 хворих (13,3%), збільшення кількості приступів в ранньому післяопераційному періоді — 3 хворих (20%).

Висновок. Ретельне передопераційне обстеження, підготовка сумісно з пульмонологами, фтизіатрами хворих на бронхіальну астму, що потребують оперативного лікування з приводу туберкульозу, визначення періопераційного ризику, застосування сучасних методів хірургічного лікування та анестезіологічного забезпечення дозволяють значно знизити виникнення дихальних та інфекційних ускладнень в інтрата післяопераційному періодах у даної категорії пацієнтів.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ХОЗЛ ТА БРОНХІТ ПИЛОВОЇ ЕТИОЛОГІЇ

ПАНИНА С. С., НУДЬГА Н. П., МАРОЧКІНА В. В., ЄМЕЦЬ М. Н.

Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності, м. Дніпропетровськ

Метою дослідження було виявити відмінності клініко-функціональних характеристик у хворих на ХОЗЛ пилової та не пилової етіології.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 32 хворих на пиловий бронхіт (ПБ) (середній вік — $54,6 \pm 1,21$ років, тривалість захворювання — $14,4 \pm 0,94$ років, пиловий стаж — $22,2 \pm 1,17$ років, середній ОФВ₁ $58,8 \pm 3,4\%$). Парним методом була підібрана група з 32 хворих на ХОЗЛ не пилової етіології, яка була зіставима за основними характеристиками (середній вік $53,3 \pm 1,1$ років, чоловіків, тривалість захворювання $14,8 \pm 1,52$ років, тривалість паління $19 \pm 3,39$ років, середній ОФВ₁ $60,1 \pm 3,68\%$). Оцінювалися скарги хворих, клінічні дані, суб'єктивне відчуття ступеню задишки оцінювалося за допомогою шкали Борга, толерантність до фізичного навантаження оцінювалася за даними 6 хвилинного прогулянкового тесту.

Результати: у хворих ПБ у порівнянні з хворими ХОЗЛ в клінічній картині відмічалися частіші скарги загального характеру слабкість у хворих на ПБ у 65,6% проти 56,3% у хворих на ХОЗЛ ($p < 0,05$), стомлюваність у 46,9% проти 15,6% ($p < 0,01$), пітливість у 25% проти 12,5% ($p < 0,05$), приступи задухи у 53,1% проти 34,38%, ($p < 0,05$) та задишка у 100% проти 87,5%, ($p < 0,05$).

При клінічному обстеженні для хворих ХОЗЛ виявилися більш характерними ознаки емфіземи (коробочний звук при перкусії у хворих на ПБ у 43,8%, у хворих ХОЗЛ — у 78,1%, ($p < 0,05$), а для хворих ПБ — ознаки бронхообструкції (одиночні та множинні сухі хрипи у хворих на ПБ у 50,1%, у хворих ХОЗЛ — у 34,4%, ($p < 0,05$).

Для об'єктивізації суб'єктивного відчуття задишки нами була застосована бальна шкала Борга. При зіставимих даних стадії захворювання та функції зовнішнього дихання, хворі ПБ відмічали більш виражену ступінь задишки у спокої — $(2,3 \pm 0,28)$ бали, що відповідало легкій задишці, проти $(1 \pm 0,27)$ у хворих ХОЗЛ, що відповідало незначній задишці ($p < 0,05$).

Дистанція, яку проходили хворі під час 6 хвилинного прогулянкового тесту, була суттєво менше при ПБ та складала $346,9 \pm 12,68$ м проти $397,9 \pm 27,94$ м при ХОЗЛ ($p < 0,05$). При перерахуванні дистанції у відсотках до належної хворі ПБ проходили значно менший відсоток, ніж хворі ХОЗЛ $(53,5 \pm 6,6\%)$ проти $(67,9 \pm 4,59\%)$, ($p < 0,05$). Це свідчить про більш

виражене зниження толерантності до фізичного навантаження у хворих ПБ у порівнянні з хворими ХОЗЛ.

За шкалою Борга суб'єктивне відчуття задишки після навантаження у хворих ПБ складало $(4,7 \pm 0,24)$ бали проти $(2,8 \pm 0,41)$ балів у хворих на ХОЗЛ ($p < 0,05$), а приріст задишки під час фізичного навантаження в групі ПБ складав $(2,5 \pm 0,21)$ бали, а в групі ХОЗЛ — $(1,9 \pm 0,34)$ бали ($p < 0,05$) (малюнок).

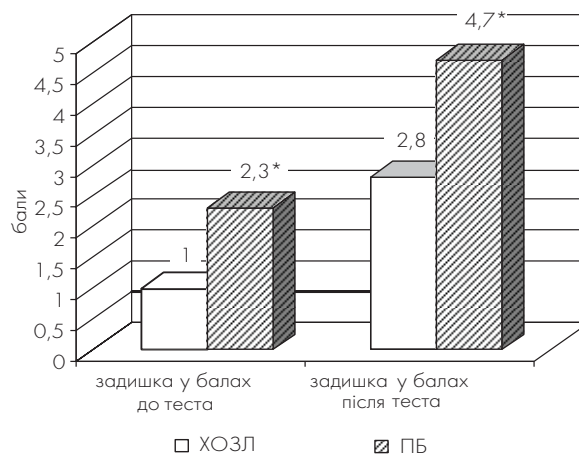


Рис. Показники ступеню задишки за шкалою Борга до та після 6 хвилинного прогулянкового тесту у хворих на ХОЗЛ та пиловий бронхіт

Висновки: таким чином, зіставимих даних стадії захворювання та функції зовнішнього дихання, хворі ПБ у порівнянні з хворими ХОЗЛ мають більш виражені скарги загального характеру, на приступи задухи, більш виражене відчуття задишки та нижчу толерантність до фізичного навантаження. Звертає на себе увагу, що при вірогідно меншій пройденій дистанції хворі на ПБ мали більш виражену ступінь задишки та її приріст під час навантаження, що свідчить про зниження резервних можливостей бронхолегеневої системи.

СТРУКТУРА ЕТИОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ З СУПУТНІМ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

ПАПІНКО Р. М., КРАВЧЕНКО Л. Г.,
КРАВЧЕНКО В. Б., СКРИПНИК В. В.

Одеський державний медичний університет, Одеса

Мета дослідження: Незважаючи на суттєві досягнення в питанні терапії дітей з алергічними захворюваннями найбільш ефективним і дотепер залишаються елімінаційні заходи. У зв'язку з цим метою дослідження поставлено ана-

ліз структури етіологічних чинників при бронхіальній астмі у дітей, сполученій з atopічним дерматитом.

Матеріал і методи: проведено обстеження 100 дітей раннього і молодшого дошкільного віку з

бронхіальною астмою з супутнім atopічним дерматитом. Діагностику чинних алергенів проводили за імуноферментним методом.

Отримані результати: Аналіз структури етіологічних чинників виявив наступну картину. Перше місце посідають трофоалергени, які встановлено у 86 % обстежених. Переважали алергени тваринного походження (коров'яче молоко — 28 %, курячі яйця — 25 %, куряче м'ясо — 18 %, яловичина — 12 %, свинина — 6,5 %, до річної риби — 11 %). Алергія до фруктів найбільш часто визначалась до алергенів яблук — 20 %, бананів — 10 %, до цитрусових — 27 %, з овочевих — до картоплі — 14 %, томатів — 11 %, капусти — 9 %, моркви — 8 %.

Необхідно наголосити на високому рівні сенсibilізації до зернових: пшениці 16 %, вівса та гречі (по 8 %), рису 5 % та насіння соняшника 5 %).

У роботі встановлено наявність сенсibilізації до побутових алергенів у 59 % дітей.

Важливо звернути увагу на високий рівень грибової сенсibilізації — у 47 % дітей виявляли позитивні алергопроби. Найчастіше визначали сенсibilізацію до грибів роду *Candida albicans* 28 %) та *Penicillium notatum* 23 %), менш часто до *Cladosporium herbatum* 13 %), *Rhizopus nigricans* 11 %), *Aspergillus flavus* 10 %), *Aspergillus niger* 8 %), *Alternaria tenia* 7 %). Примітним є факт високого рівня медикаментозної алергії у зазначеного контингенту хворих (29,4 %) на препарати пеніцилінового ряду, цефалоспорины, вітаміни групи В, С, А, ноотропи.

Висновки. З вищенаведеної структури алергенів видно, що більшість обстежених дітей з бронхіальною астмою та супутнім atopічним дерматитом мають сенсibilізацію до кількох алергенів, найбільш часто до харчових, грибкових та медикаментозних.

Рекомендації. Виявлений спектр етіологічних чинників необхідно враховувати при складанні комплексної програми лікування та реабілітації: дієтотерапія, оздоровлення оточуючого середовища, медикаментозна терапія.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА: НОВИЙ ПОГЛЯД НА ПРИЧИНУ ЗАХВОРЮВАННЯ

ПАРХОМЕНКО Н. В., ПРИМУШКО Н. А.,
РОЛІК Л. В., КУРИК Л. М., ТУРЧИНА І. П.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Поняття "астма" та "алергія" тісно пов'язані між собою вже майже 100 років. Говорячи про астму завжди згадують про алергію і навпаки. Провівши аналіз численних досліджень, результати яких опубліковані в літературі, можна зробити висновок, що участь алергічних механізмів доведено лише у 40 % хворих на бронхіальну астму. В інших випадках астму відносять до ендогенного, тобто не пов'язаного з алергією захворювання. Фактором, призводячи до переключення імунітету з Th1 — на Th2-хелперну відповідь й розвитку астми є інфекція. Природно виникає питання: що це за інфекція і як вона пов'язана з алергією та астмою?

Аналіз досліджень останніх років показав, що бактеріологічний вміст дихальних шляхів та кишківника у хворих на бронхіальну астму в періоді загострення складають

грибкові мікроорганізми (більш ніж 80 % всіх випадків). Крім того дріжджоподібні мікроорганізми роду *Candida* спостерігались у 63,3 % випадків, гриби роду *Aspergillus* та *Penicillium* — в 2,3 та 4,1 % випадків відповідно. Отже, найбільш часто в мокротинні хворих на бронхіальну астму висівається грибкова мікрофлора. Практично у всіх хворих мікроорганізми зустрічались в асоціації з бактеріями. А аналіз досліджень на дисбактеріоз кишківника виявило наявність дріжджоподібних грибів роду *Candida* у 99,6 % хворих на бронхіальну астму.

Отже, необхідно проводити розробку методів лікування та профілактики інфекційного компоненту у хворих на бронхіальну астму з метою покращання перебігу та результатів лікування даного захворювання

УРОВЕНЬ ОКСИДА АЗОТА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ КАК МАРКЕР ИНФЕКЦИОННОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ПЕРЦЕВА Т.А., ГАШИНОВА Е.Ю., ЕФИМОВА Н.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия
кафедра факультетской терапии и эндокринологии, г. Днепропетровск

В современной пульмонологии все большее значение приобретают неинвазивные методы диагностики и динамической оценки течения заболеваний органов дыхания. Согласно данным литературы, уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO) у больных с бронхиальной астмой (БА) отражает выраженность воспаления дыхательных путей, связанного с атопией.

Цель данного исследования — определение значимости показателей FeNO для оценки состояния пациентов с неатопической БА.

Материалы и методы исследования. Группу наблюдения составили 20 больных персистирующей БА средней тяжести (8 мужчин, средний возраст $(45,3 \pm 9,6)$ лет, средняя длительность БА $(12,8 \pm 7,3)$ года, постоянно получающие базисную терапию ингаляционными кортикостероидами.

Одним из критериев включения являлся отрицательный результат скарификационных проб со стандартными пылевыми и пищевыми аллергенами. FeNO оценивали при полном контроле заболевания и в период обострения при помощи аппарата Niox Mino (Aerocrine). Всем пациентам проводились общеклинические методы обследования (рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови) и определение функции внешнего дыхания при помощи спирографа MasterLab (Jager).

Результаты. В течение 12 месяцев среднее количество обострений БА в группе наблюдения составило $(1,3 \pm 0,5)$. Средние значения FeNO достоверно отличались при полном контроле БА и его отсутствии и составили $(14,75 \pm 2,75)$ ppb и $(32,6 \pm 3,82)$ ppb соответственно ($p < 0,001$).

Нами не было выявлено достоверной связи между показателями функции внешнего дыхания и уровнем FeNO ни в фазу обострения, ни при полном контроле БА. Однако уровень FeNO повышался при увеличении потребности в

препаратах "скорой помощи" раньше снижения показателей функции внешнего дыхания.

Уровень эозинофилов в периферической крови пациентов достоверно не отличался в период обострения и ремиссии и не был связан с изменениями уровня FeNO.

В тоже время была явлена достоверная средней силы положительная корреляция между уровнем нейтрофилов в периферической крови и FeNO в период обострения БА ($r = 0,78$, $p < 0,001$).

Выводы.

1. Повышение концентрации оксида азота в выдыхаемом воздухе у больных БА без признаков атопии может служить ранним признаком отсутствия контроля заболевания.

2. Увеличение количества нейтрофилов в периферической крови, коррелирующее с повышением концентрации оксида азота в выдыхаемом воздухе, возможно, является маркером инфекционного обострения БА, что требует коррекции тактики ведения таких пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

ПЕРЦЕВА Т. А., ЧУРСИНОВА Т. В.

Днепропетровская государственная медицинская академия,
кафедра факультетской терапии и эндокринологии

Цель исследования: изучить особенности течения бронхиальной астмы (БА) в период беременности, уточнить возможные причины обострения заболевания в гестационном периоде.

Материалы и методы: под наблюдением находились 12 беременных женщин, страдающих БА в возрасте от 20 до 34 лет (средний возраст $(24,8 \pm 1,3)$ года), длительность заболевания составила от 3-х до 15 лет (в среднем $(7,4 \pm 1,2)$ года). Обследование женщин включало в себя сбор жалоб, изучение анамнеза заболевания, объективного статуса, исследование функции внешнего дыхания проводилось при помощи спирометрии. У 1 пациентки наблюдалось интермиттирующее течение БА, 6 больных имели легкое персистирующее течение БА, 5 пациенток — персистирующее течение средней тяжести.

Полученные результаты. Большинство пациенток обращались за медицинской помощью в связи с ухудшением течения БА (9 75%) больных). Анализируя причины ухудшения течения БА в период беременности, выявлено, что у 2-х больных (22,2%) обострения были спровоцированы острыми респираторными инфекциями, 1 больная (11,1%) указывала на сопутствующий гастроэзофагеальный рефлюкс, 2 больные (22,2%) связывали ухудшение течения заболевания с беременностью, 4 пациентки (44,4%) — с отменой базисной противовоспалительной терапии. Ухудшение течения заболевания наблюдалось на 20–34 неделе гестационного периода.

Следует отметить, что все пациентки, страдающие персистирующим течением БА, до беременности принимали базисную противовоспалительную терапию. Однако, после наступления беременности, 5 пациенток самостоятельно отменили прием ингаляционных глюкокортикоидов в связи с боязнью тератогенного действия данного класса препаратов. Анализируя контроль БА у больных, самостоятельно отменивших базисную противовоспалительную терапию, выявлено, что у 1 больной наблюдалось частично контроли-

руемое течение заболевания, появились дневные симптомы БА около 3-х раз в неделю, увеличилась потребность в β_2 -агонистах короткого действия. У 1 больной выявлено неконтролируемое течение заболевания на протяжении 5 дней, которое проявлялось ежедневными дневными симптомами и ежедневной потребностью в β_2 -агонистах короткого действия, развитием ночных симптомов, ограничением физической активности, что заставило пациентку обратиться за медицинской помощью. 2 больные имели неконтролируемое течение БА на протяжении более 7 дней, при исследовании функции внешнего дыхания ОФВ₁ составил 65–75%, поэтому их состояние трактовалось как обострение БА. С данными больными проведена беседа о необходимости продолжения базисной противовоспалительной терапии. С учетом категории безопасности препаратов FDA (Food and Drug Administration), больным был назначен будесонид в дозе от 400–1200 мкг/сут., соответственно тяжести заболевания, а также регулярный прием β_2 -агонистов короткого действия. Пациентки, которые находились в фазе обострения БА, дополнительно принимали преднизолон 40 мг внутрь в течение недели. Возвращение к приему базисной противовоспалительной терапии, регулярный прием β_2 -агонистов короткого действия и короткий курс системных глюкокортикоидов в период обострения БА позволили стабилизировать течение БА во всех случаях.

Выводы. Ведение беременных женщин, страдающих бронхиальной астмой, требует пристального внимания со стороны врача ввиду возможного изменения течения астмы на фоне беременности и влияния основного заболевания на плод. Полученные данные свидетельствуют о тенденции бронхиальной астмы к утяжелению в период гестации. Оптимизация базисной терапии бронхиальной астмы в период гестации позволяет обеспечить контролируемое течение заболевания, что будет способствовать уменьшению частоты осложнений беременности и полноценному внутриутробному развитию плода.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОЗЛ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ПЕРЦЕВА Т. А., ЕФИМОВА Н. А., ГАШИНОВА Е. Ю.

Днепропетровская государственная медицинская академия
кафедра факультетской терапии и эндокринологии, г. Днепропетровск

В последние годы все чаще поднимается вопрос о необходимости дополнительных критериев для проведения дифференциальной диагностики бронхиальной астмы (БА) и ХОЗЛ, особенно в случае, когда результаты тестов на обратимость бронхиальной обструкции сомнительны или не согласуются с клиникой заболевания. Одним из неинвазивных методов оценки состояния дыхательных путей является определение уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе.

Цель данного исследования — сравнение показателей FeNO при БА, ХОЗЛ и у здоровых людей.

Материалы и методы исследования. Группу наблюдения составили 59 человек: 22 пациента с легкой персистирующей БА (полный контроль), 19 больных ХОЗЛ 1 ст. в фазе ремиссии и 18 здоровых субъектов. Все пациенты на момент обследования не получали ингаляционных кортикостероидов и никогда не курили. FeNO оценивали при

помощи аппарата Niox Mino (Aerocrine). Всем пациентам проводились общеклинические методы обследования и определение функции внешнего дыхания при помощи спирометра MasterLab (Jager).

Как видно из представленной таблицы, группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу и основным показателям функции внешнего дыхания. При этом значения FeNO при БА были достоверно выше, а при ХОЗЛ достоверно ниже таковых в контрольной группе ($p < 0,05$).

Результаты. Результаты исследования представлены в таблице

Выводы. У стабильных некурящих пациентов, не получающих регулярно ингаляционные кортикостероиды, уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе вероятно может рассматриваться как дополнительный критерий, облегчающий дифференциальную диагностику БА и ХОЗЛ.

Показатель	БА (n = 22)	ХОЗЛ (n = 19)	Контроль (n = 18)
Количество мужчин	16	14	13
Средний возраст ($N \pm n$, годы)	$42,6 \pm 10,3$	$47,5 \pm 11,0$	$45,8 \pm 10,1$
ОФВ ₁ ($N \pm n$, % к должным)	$84,7 \pm 12,5$	$79,4 \pm 9,2$	$88,6 \pm 6,3$
ФЖЕЛ ($N \pm n$, % к должным)	$95,4 \pm 15,2$	$90,8 \pm 13,7$	$93,9 \pm 12,5$
FeNO ($N \pm n$, ppb)	$29,6 \pm 6,3$	$5,3 \pm 2,3$	$14,4 \pm 3,7$

ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ПЕРЦЕВА Т. О., МИРОНЕНКО О. В., ГАРАГУЛЯ Г. А.

Дніпропетровська державна медична академія,
кафедра факультетської терапії та ендокринології

Мета дослідження: встановити тип порушення функції дихальних м'язів у хворих на бронхіальну астму (БА) залежно від ступеню тяжкості легеневої недостатності та/або стадії захворювання.

Матеріали: обстежено 48 пацієнтів. Хворих на БА було 12, середній вік ($49,78 \pm 5,64$), серед них чоловіків 7 (58,3%), жінок 5 (41,7%), середня тривалість захворювання ($8,7 \pm 4,24$) роки. Хворих на ХОЗЛ — 16 (група порівнювання). Групи подібні за віком та статтю. Усі хворі знаходились у стані нестійкої ремісії. Встановлення діагнозу та стадії ХОЗЛ та БА проводилось згідно з наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія".

Методи дослідження: загальноклінічне обстеження; комп'ютерна спірометрія з визначенням петлі "потік-об'єм"; бронхолітична проба з салбутамолом (відповідь оцінювали через 15 хв. після інгаляції 400 мкг салбутамолу). Методом визначення зворотності є відношення абсолютного приросту показника ОФВ₁ до належного, виражене у відсотках.

Позитивна відповідь оцінюється за умов приросту ОФВ₁ > >12%; оклюзійна спірометрія з визначенням показників максимального тиску у ротовій порожнині у різні фази дихального циклу: інспіраторну — PImax та експіраторну — PE_{max}, а також нейрореспіраторного драйву (P0.1), що вимірюється протягом перших 100 мсек вдиху, та є показником роботи дихального центру.

Усі функціональні дослідження виконано за допомогою апарату Master Screen Body/Diff з додатковим пристроєм для вимірювання максимального тиску у ротовій порожнині під час дихального акту ("Jager", Німеччина).

Результати: у всіх хворих на БА та ХОЗЛ виявлено порушення дихального патерну. Насамперед це стосується показника P0.1. Відмінності його на різних стадіях надано в таблиці. В нормі цей показник не повинен перевищувати 100%. Щодо показника PImax, то з таблиці видно, що у хворих на БА та ХОЗЛ є зворотна закономірність щодо сили

м'язів вдиху. Тобто із зниженням $ОФВ_1$ у хворих на БА знижується і $P_{I_{max}}$ тоді як у хворих на ХОЗЛ обтяження обструкції зумовлює збільшення сили м'язів вдиху. Останнє зумовлено звичайно, на нашу думку, більшою тривалістю захворювання та певною тренуваністю інспіраторної мускулатури у даної категорії хворих. Однак це не може бути справедливим для хворих на БА IV ступеню, оскільки така група хворих у дослідження не включалась у зв'язку з тяжкістю захворювання та наявністю протипоказань для проведення методики оклюзійної спірометрії.

При проведенні біометричного аналізу отримано наступні результати: у хворих на БА зв'язок був прямий помірний ($p = 0,68$) вірогідний ($p = 0,05$); у хворих на ХОЗЛ знайдено вірогідний ($p = 0,05$) дуже сильний зворотний зв'язок ($p = -0,94$) між $ОФВ_1$ та $P_{I_{max}}$.

Висновки: дисфункція дихальних м'язів, та, насамперед, їх інспіраторної групи, наявна у всіх хворих на БА на усіх стадіях захворювань. У індивідуальних лікувально-реабілітаційних схемах необхідно зважувати на тип порушення, що має місце у певного хворого на даній стадії патологічного процесу.

Таблиця. Показники оклюзійної спірометрії у хворих

Показники, %	БА			Група порівняння		
	I ступінь	II ступінь	III ступінь	I стадія	II стадія	III стадія
$P_{0.1}$	$152,34 \pm 13,3$	$166,71 \pm 10,01$	$174,56 \pm 12,73$	$92,07 \pm 12,3$	$82,78 \pm 7,4$	$182,77 \pm 9,4$
$P_{I_{max}}$	$74,85 \pm 2,10$	$55,75 \pm 3,70$	$49,99 \pm 5,30$	$47,22 \pm 3,12$	$51,77 \pm 3,27$	$65,93 \pm 4,41$
$P_{E_{max}}$	$69,65 \pm 4,41$	$71,66 \pm 4,28$	$77,29 \pm 5,33$	$77,45 \pm 2,33$	$83,28 \pm 6,10$	$92,76 \pm 4,21$

Примітка. $P < 0,05$ між групами спостереження

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОДИЛАТАЦІЙНОЇ ВІДПОВІДІ НА САЛЬБУТАМОЛ ТА БЕРОДУАЛ У ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ПЕРЦЕВА Т. О. *, НУДЬГА Н. П. **

* Дніпропетровська Державна Медична академія,

**Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності, м. Дніпропетровськ

В останні роки в світі постійно зростає розповсюдженість ожиріння, що обумовлює особливу увагу до перебігу захворювань у хворих з підвищеною вагою. Відомо, що надлишкова вага навіть у здорових осіб впливає на функцію зовнішнього дихання, а у хворих бронхіальною обтяжує перебіг захворювання.

Метою дослідження було виявити особливості бронходилатаційної відповіді на сальбутамол та беродуал у хворих бронхіальною астмою в залежності від індексу маси тіла.

Матеріали та методи: нами обстежено 106 хворих БА III і IV ступеню (середній вік — $43,6 \pm 1,0$ р., тривалість захворювання — $12,3 \pm 0,8$ р. Хворі були розділені за індексом маси тіла (ІМТ) на 3 групи: I група ($n = 45$) з нормальною масою тіла ($ІМТ < 25$), II група ($n = 33$) з підвищеною МТ ($25 < ІМТ < 30$), III група ($n = 28$) з ожирінням ($ІМТ > 30$). Групи були зіставимі за тривалістю, ступенем важкості та стадією БА, тривалістю глюкокортикоїдної (ГК) терапії per os та дозі у перерахуванні на преднізолон. Для оцінки бронходилатаційної відповіді нами була проведена проба із сальбутамолом (400 мкг) та беродуалом (2 інгаляції). Повторний вимір проводився через 30 хвилин після прийому препаратів. Для статистичної обробки результатів застосовувалися методи кореляційного та одно факторного аналізу.

Результати. При аналізі вихідної спірографії за показниками $ОФВ_1$ та $ФЖЕЛ$ різниці між групами хворих знайдено не було. За даними бронходилатаційної проби з сальбутамолом та беродуалом хворі III-ї групи мали вірогідно нижчі показники приросту $ОФВ_1$, ніж хворі I-ї та II-ї груп ($p < 0,05$), що свідчить про меншу ступінь зворотності бронхіальної обструкції та меншу ефективність бронхолітиків у хворих бронхіальною астмою з ожирінням. При цьому відповідь на введення беродуалу була вищою у порівнянні з відповіддю на введення сальбутамолу у всіх трьох групах, але лише у II-ї групі ця різниця виявилася вірогідною ($24,7 \pm 1,4$ %) проти ($16,6 \pm 1,1$ %) (Див. таблицю).

Для оцінки ступеню впливу надлишкової ваги тіла на бронходилатаційну відповідь нами було проведено факторний аналіз. Показано, що фактор підвищеної ваги вірогідно негативно впливає на ефект введення сальбутамолу ($H = 6,46$, $p = 0,0395$) та беродуалу ($H = 7,94$, $p = 0,0189$) у хворих бронхіальною астмою.

Висновки: фактор підвищеної ваги впливає на бронходилатаційну відповідь хворих бронхіальною астмою: хворі бронхіальною астмою з ожирінням у порівнянні з хворими з нормальною та підвищеною масою тіла мають вірогідно більш низьку відповідь на введення як сальбутамолу, так і беродуалу. В той же час беродуал є більш ефективним препаратом у хворих бронхіальною астмою з підвищеною вагою. Все це обумовлює необхідність врахування ваги тіла хворого бронхіальною астмою під час лікування з метою кращого досягнення астма контролю.

Таблиця. Приріст $ОФВ_1$ при проведенні бронходилатаційної проби з сальбутамолом та беродуалом у хворих бронхіальною астмою в залежності від ІМТ

Групи хворих	Бронходилатаційна відповідь	
	на сальбутамол, %	на беродуал, %
I група	$18 \pm 2,41$	$19,6 \pm 1,53$
II група	$16,6 \pm 2,24$	$24,7 \pm 2,69^{**}$
III група	$9,3 \pm 1,94^*$	$11 \pm 3,64^*$

Примітка: * — вірогідність різниці між I-ю і III-ю групою хворих;

** — вірогідність різниці у групі між бронходилатаційною відповіддю на сальбутамол та беродуал

ДЕЯКІ МАРКЕРИ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

ПОБЕДЬОННА Г. П., ФІЛОНЕНКО К. М., БОРИСОВА С. Ю.

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ

При бронхіальній астмі (БА) розвиток хронічного бронхозапального процесу у дихальних шляхах супроводжують зміни систем підтримання гомеостазу — системи перекисного окислення ліпідів — антиоксидантного захисту (ПОЛ-АОЗ) та продукції цитокінів. Постійне утворення прооксидантів у біологічних середовищах та тканинах організму врівноважується їх дезактивацією за допомогою системи АОЗ. Недостатня відповідь цієї системи призводить до розвитку окислювального стресу і, як наслідок, до виникнення окислювальних пошкоджень у місці його розвитку. Зміни субпопуляційного складу хелперних Т-лімфоцитів при БА супроводжують модифікацію набору цитокінів, що продукуються подтипами клітин, і як наслідок, — до виникнення кількісного і якісного дисбалансу в імунній системі, який підтримує загострення БА.

Метою роботи було вивчення проявів метаболічних порушень — стану системи ПОЛ-АОЗ, метаболітів оксиду азоту та інтерлейкінів (ІЛ) — ІЛ 1 β , ІЛ — 4, ІЛ — 8 у сироватці крові та конденсаті вологи видихнутого повітря (КВВП) хворих на БА тяжкого перебігу у стадії загострення. Об'єктом дослідження були 25 осіб, хворих на БА тяжкого перебігу. Діагноз БА був підтверджений за даними клініко — біохімічного, інструментального (спірографічного, фібробронхоскопічного, ехокардіоскопічного) та алергологічного обстеження.

Результати дослідження показали, що загальна оксидантна активність (ЗАО) у КВВП хворих на персистуючу БА тяжкого перебігу в періоді загострення була вищою за референтну норму у 160 разів. Загальна антиоксидантна активність (ЗАА) КВВП у хворих з тяжким перебігом БА всього у 1,5 рази перевищувала ЗАА здорових осіб. Коефіцієнт ЗАО/ЗАА у хворих перевищував референтну норму у хворих із тяжким перебігом БА у 100 разів. Переважання процесів пер оксидзації ліпідів у КВВП

над активністю АОЗ свідчить про наявність окислювального стресу у ТБД хворих на БА. У хворих із тяжким перебігом БА рівень ДК у сироватці крові зростав у 2 рази, МДА — у 2,6 разів від референтної норми. Показники активності каталази і СОД у пацієнтів із тяжким перебігом БА були нижчими, ніж у пацієнтів з середньотяжким перебігом, причому показник каталази суттєво не відрізнявся від такого у здорових, а величина СОД була на 33 % нижчою за рівень контрольних значень.

Визначення метаболітів оксиду азоту у КВВП показало, що їх вміст у хворих із тяжким перебігом перевищував референтну норму майже у 4 рази. У сироватці крові хворих з тяжким перебігом БА вміст NOx був вищим за показники здорових осіб у 4,42 разів.

Рівні ІЛ-1 β , ІЛ-8 та ІЛ-4 були вірогідно ($P < 0,05$) вищими, ніж у здорових осіб, у сироватці крові і у КВВП.

Таким чином, у хворих на БА тяжкого перебігу у періоді загострення відзначаються системні зміни оксидантного гомеостазу, що проявляються підвищенням загальної оксидантної активності і менш вираженим зростанням загальної антиоксидантної активності, збільшенням співвідношення ЗАО/ЗАА, зростанням вмісту метаболітів оксиду азоту конденсаті вологи видихнутого повітря, у сироватці крові — зростанням показників активності системи перекисного окислення ліпідів — ДК і МДА, тенденцією до підвищення каталази та пригніченням активності СОД при збільшенні вмісту метаболітів оксиду азоту у сироватці крові. Системні зміни цитокінового гомеостазу у хворих із загостренням БА тяжкого перебігу проявляються підвищенням рівня прозапальних ІЛ-1 β ІЛ-8 та ІЛ-4 у сироватці крові та КВВП. Указані зміни оксидантного та цитокінового гомеостазу у хворих на БА тяжкого перебігу мають більшу виразність у ТБД. Ці зміни можна вважати маркерами загострення тяжкої БА.

ПОКАЗНИКИ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ

ПОБЕДЬОННА Г. П. *, РЕВУНОВА Н. В. **, АНДРЕЄВА З. Б. **, КОСТРЮКОВА Л. М., ШТЕНЬКО М. А. **

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ
Луганська обласна клінічна лікарня

Мета дослідження — визнати стан показників Т — і В — системи лімфоцитів у хворих із бронхіальною астмою (БА) різних ступенів тяжкості та вплив базисного лікування на їх динаміку.

Під спостереженням знаходились 87 хворих на БА до та після лікування в умовах стаціонару, із них 32 — із легким, 35 — із середньотяжким (І група) і 20 — із тяжким перебігом (ІІ група). Всі хворі отримували лікування із використанням базисних засобів відповідно ступеню тяжкості згідно з рекомендаціями наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Імунологічне дослідження в крові кількості Т-, В- лімфоцитів виконувалось в тесті із моноклональними антитілами класів CD3+, CD4+, CD8+ и CD22+ (Ortho

Diagnostic Systems Inc., USA) за методикою Фролова В. М. (1986); імуноглобулінів класів А, М, G — згідно з Manchini (1965). Оцінка рівня IgE проводилася за допомогою імуноферментного аналізу із тест-системою ТОВ "Полігност" (Росія, м. Санкт-Петербург). Дослідження вмісту ЦІК у сироватці крові проводили за методом Digeon M. et. al. (1977). Аналіз фракційного складу ЦІК здійснювався за методом Фролова В. М. и соавт. (1986). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб.

До початку лікування у хворих із легким перебігом БА зміни в клітинній ланці імунітету проявлялись незначним зменшенням вмісту тотальних Т- лімфоцитів (CD3+), яке відбувалось, переважно, за рахунок зменшення відносної і

абсолютної кількості Т-клітин із фенотипом CD8+ та тенденцією до зростання в крові абсолютного і відносного вмісту CD22+ -клітин. Наслідком цього було збільшення індексу імунорегуляції у хворих на 16,5% ($P < 0,05$). У всіх хворих із середньотяжким перебігом БА порушення клітинної ланки імунітету характеризувались збільшенням абсолютної і відносної кількості ($P < 0,05$) CD22+ -клітин, відповідно, на 18,2% та 51,4% ($P < 0,05$) та зниженням вмісту CD3+ — клітин у 1,2 рази, причому зниження CD8+ (у 1,3 рази) переважало над зниженням CD4+ (у 1,2 рази). Загальний зміст ЦІК у них в період загострення перевищував референтну норму у 1,7 рази переважно із-за збільшення середньомолекулярної (у 2,4 рази) та дрібно молекулярної (у 2,1 рази) фракцій. У хворих із тяжким перебігом у період загострення стан Т-клітинної ланки імунітету був ще більше пригніченим: кількість CD3+, CD4+, CD8+ була нижчою за референтну норму, відповідно, у 1,6; 1,7 рази, при цьому імунорегуляторний індекс дорівнював належним значенням. Рівень CD22+ — клітин у цих хворих був найвищим і перевищував значення

у здорових осіб у 1,5 рази. У них же відзначався найвищий показник загальних ЦІК за рахунок середньо- та дрібномолекулярної фракцій. У пацієнтів із середньотяжким і тяжким перебігом БА відзначено дисімунглобулінемію збільшення вмісту IgE та IgG ($P < 0,05$) при порівнянні із референтною нормою при відсутності суттєвих змін вмісту IgA та М.

У хворих із легким перебігом БА лікування відновлювало всі показники стану імунної системи. Після лікування із призначенням базисних засобів у пацієнтів I групи відновилися показники Т-лімфоцитів, проте, рівень В-лімфоцитів та IgE залишився підвищеним у 1,2 рази. У хворих II групи курс базисної терапії лише поліпшив показники клітинного і гуморального імунітету в 65,0% випадків, але не відновив їх.

Таким чином, у пацієнтів із бронхіальною астмою відзначаються кількісні зміни Т- і В-системи лімфоцитів, які під впливом базисних засобів відновлюються при легкому і середньотяжкому перебігу і лише частково — у середні терміни стаціонарного лікування — у хворих із тяжким перебігом.

ВПЛИВ СИСТЕМНОЇ ТА ІНГАЛЯЦІЙНОЇ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ПОПЕНКО Н. В

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Мета: вивчити вплив різних видів кортикостероїдної терапії на ремоделювання кісткової тканини хворих на бронхіальну астму з урахуванням ряду індивідуальних параметрів людини

Матеріали і методи: Обстежено 118 хворих на бронхіальну астму (БА) з легким, середньої важкості та важким перебігом, 76 жінок і 42 чоловіків, що приймали системні (преднізолон) та інгаляційні (беклометазону дипріпінат) глюкокортикоїди (ГК), які склали основну групу. В якості контролю були обстежені 64 здорові особи. Вік хворих коливався від 21 до 35 років, а середній вік усіх хворих становив $(28,5 \pm 2,1)$ роки. Середня тривалість прийому ГК складала $(6,9 \pm 0,7)$ років. Інгаляційні ГК приймали — 42 (35,6%), а системні ГК — 76 (64,4%) пацієнтів. Хворі на БА в залежності від наявності остеопенічного синдрому (ОП-синдрому) були розподілені на дві підгрупи: I — хворі із ОП-синдромом (49,2%), II — хворі без ОП-синдрому (50,8%). Діагноз базувався на клініко-анамнестичних даних, результатах біохімічного дослідження вмісту загального кальцію (Са), неорганічного фосфору, лужної фосфатази в сироватці крові, екскреції Са, оксипроліну з добовою сечею, показниках мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). Біохімічні показники визначали уніфікованими методами на апараті "Specific basic" (Фінляндія). Екскрецію оксипроліну з добовою сечею визначали спектрофотометричним методом. МЩКТ досліджувалась рентгеноостеоденситометричним та методом ультразвукової денситометрії на апараті "Achilles" (США). Генетичну схильність до ОП-синдрому визначали за асоціаціями з моногенними ознаками: антигенами груп крові систем ABO, Rh, P, MN та гаптоглобінами крові (Hp), які визначали за загальноприйнятими методиками.

Отримані результати та висновки: У 47,46% пацієнтів, які страждають на БА понад 5 років, має місце зниження

вмісту Са в сироватці крові та підвищення його екскреції з добовою сечею. Суттєве зменшення Са в сироватці крові (в 1,2 рази) та збільшення виведення з добовою сечею Са (в 1,7 та 3,1 рази) порівняно зі здоровими особами, спостерігається через 2 роки після прийому системних ГК у дозі 5 — 15 мг/добу. Зниження вмісту фосфору до $(0,72 \pm 0,01)$ ммоль/л в сироватці крові, порівняно зі здоровими особами $(1,24 \pm 0,03)$ ммоль/л спостерігається у 16,95% хворих на БА. Найчастіше це пов'язано з тривалим прийомом системних ГК. Виявлені зміни свідчать про високу вірогідність ОП-синдрому. Прийом інгаляційних ГК понад 2 роки у дозі 500 — 1500 мкг/добу не впливає на вміст Са у сироватці крові та в добовій сечі, оскільки складає $(2,32 \pm 0,04)$ ммоль/л та $(3,5 \pm 0,03)$ ммоль/добу відповідно. При вивченні змін маркерів ремоделювання кісткової тканини (МРКТ) у хворих з тяжким та середнього ступеню тяжкості перебігом БА, які приймали системні ГК, в залежності від статі виявилось, що ОП-синдром з однаковою частотою зустрічається як у чоловіків так і в жінок. У 93,22% хворих на БА, які мали біохімічні ознаки ОП-синдрому, він був підтверджений методами ультразвукової та рентгеноостеоденситометрії. Разом з тим у 6,78% пацієнтів були виявлені денситометричні ознаки ОП-синдрому при відсутності змін МРКТ. ОП-синдром у хворих на БА розвивається частіше: у чоловіків-носіїв груп крові 0 (I) в 1,7 рази, порівняно з чоловіками без ОП-синдрому та у 2,5 рази, ніж у здорових; у чоловіків-носіїв фенотипу P(-) у 2,1 рази, ніж у чоловіків без ОП-синдрому та в 1,7 рази порівняно зі здоровими; у жінок-носіїв фенотипу N у 2 рази, ніж у жінок без ОП-синдрому та у 3,5 рази порівняно зі здоровими. У чоловіків, хворих на БА з ОП-синдромом було визначено вищий середній бал ендоморфії — $(8,03 \pm 0,79)$ балів порівняно з чоловіками без ОП-синдрому — $(6,92 \pm 0,81)$ балів та $(5,43 \pm 1,05)$ балів у здорових чоловіків.

Таким чином, ОП-синдром розвивається частіше у чоловіків, у яких переважає ендоморфний компонент соматотипу, асоційований з низькими показниками екоморфії: в 1,2 рази порівняно з чоловіками без ОП-синдрому та в 1,5 рази порівняно зі здоровими чоловіками. Установлено, що до групи високого ризику розвитку глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу відносяться чоловіки-носії генетичних маркерів крові 0 (I), P(-), в яких переважає ендоморфний компонент соматотипу і жінки-носії фенотипу N.

Рекомендації: Біохімічні МРКТ залишаються високоінформативними для ранньої діагностики ОП-синдрому у хворих БА, які приймають ГК. Тому їх слід досліджувати, починаючи з 2 року регулярного застосування базисної

терапії. З метою оптимізації діагностики та мінімізації витрат рекомендовано дворівневий алгоритм обстеження хворих БА для попередження розвитку остеопорозу: I етап — біохімічне дослідження МРКТ (дослідження вмісту загального Са та неорганічного фосфору у крові, Са та оксипроліну у добовій сечі), так як найбільш ранніх і чутливих маркерів, II етап — денситометрія. Групами ризику розвитку глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу є хворі БА жінки-носії фенотипу N та чоловіки-носії антигенів крові 0 (I), P(-), у яких переважає ендоморфний компонент соматотипу. Даним контингентам хворих БА слід проводити базисну терапію на фоні препаратів, які стримують розвиток остеопорозу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІОКСИДОНІУ ПРИ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ПРОХОРОВА М. П., БИЧКОВА Н. Г.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, кафедра педіатрії № 2, м. Київ

Проблема бронхіальної астми є однією із актуальних в сучасній клінічній медицині в зв'язку з її зростанням та розповсюдженістю, тяжким перебігом у дитячому віці, труднощами у діагностиці, складністю вибору адекватної індивідуальної терапії.

Мета дослідження: вивчити ефективність поліоксидоніу при комплексному лікуванні бронхіальної астми.

Матеріал і методи: під нашим спостереженням знаходилось 30 дітей з алергічним бронхітом (АБ), 34 — з бронхіальною астмою легкого перебігу (БАЛП), 35 — з бронхіальною астмою середньо-тяжкого перебігу (БАСТП) у віці від 2 до 14 років. Нами визначались показники клітинної та гуморальної ланки імунітету CD3, CD4, CD8, CD4+/CD8+, CD16+, CD22+, IgG, IgA, IgM методом непрямой імунофлюоресцентної реакції з моноклональними антитілами виробництва ЗАТ "Сорбент-сервіс (м. Москва) та чутливість лімфоцитів до імуномодуляторів. У всіх групах хворих характерною була висока чутливість до поліоксидоніу у 88,5% хворих.

Поліоксидоній (ПО) призначали хворим від 1–6 років по 1 суп.1 раз в 48 годин курсом 5–10 суп., 6–12 років по 1 суп.1 раз на добу курсом 10 суп. Інтраназально, сублінгвально із розрахунку 1 капля /кг/добу, внутрішньом'язово — 0,1–0,15 мг/кг/добу.

Поліоксидоній має детоксикаційну, антиоксидантну, мембранопротективну дію.

Отримані результати: У хворих з БАЛП загострення купувалося на 2–3 добу ремісія продовжувалась 8–12 місяців. Характерним було вірогідне підвищення вмісту CD3 — лімфоцитів з $(29,45 \pm 1,65)$ до $(57,80 \pm 0,78)\%$, CD4 — клітин — з $(18,05 \pm 1,25)$ до $(40,35 \pm 0,60)\%$, CD8 — супресорів-цитотоксичних — з $(15,00 \pm 0,88)$ до $(28,55 \pm 0,48)\%$, CD4+/CD8+ з $(1,48 \pm 0,16)$ до $(1,41 \pm 0,02)$, CD16+клітин — з $(20,55 \pm 0,45)$ до $(11,65 \pm 0,17)\%$, CD22+—

лімфоцитів — з $(26,29 \pm 0,67)$ до $(28,75 \pm 0,81)\%$, фагоцитарного індексу з $(50,62 \pm 0,37)$ до $(58,05 \pm 1,03)\%$ та концентрації IgG $(8,07 \pm 0,21)$ до $(12,91 \pm 0,29)$ г/л, IgA $(1,29 \pm 0,05)$ до $(1,92 \pm 0,06)$ г/л, Ig M $(0,87 \pm 0,03)$ до $(1,34 \pm 0,05)$ г/л ($p < 0,001$), що вказує на позитивну динаміку показників клітинної і гуморальної ланки імунітету.

У дітей з БАСТ загострення купувалося на 3–4 добу ремісія була більш подовжуючою до 6–8 місяців. Спостерігалась позитивна динаміка показників імунітету у хворих з БА вірогідне підвищення вмісту CD3 — лімфоцитів з $(30,10 \pm 2,42)$ до $(56,25 \pm 0,80)\%$, CD4 — клітин — з $(16,95 \pm 2,38)$ до $(38,95 \pm 0,86)\%$, CD8+—супресорів — цитотоксичних — з $(15,89 \pm 2,02)$ до $(27,85 \pm 0,57)\%$, CD4+/CD8+ $(1,04 \pm 0,17)$ до $(1,40 \pm 0,01)$, CD16+клітин — з $(19,67 \pm 0,58)$ до $(12,65 \pm 0,26)\%$, CD22+— лімфоцитів — з $(23,19 \pm 1,15)$ до $(25,95 \pm 0,74)\%$, фагоцитарного індексу з $(49,00 \pm 0,59)$ до $(55,70 \pm 0,70)\%$ та концентрації IgG $(7,35 \pm 0,34)$ до $(11,08 \pm 0,57)$ г/л, IgA $(1,01 \pm 0,09)$ до $(1,99 \pm 0,04)$ г/л, IgM $(0,72 \pm 0,05)$ до $(1,11 \pm 0,03)$ г/л ($p < 0,001$).

У пацієнтів з АБ встановлено вірогідне підвищення кількості CD3 — лімфоцитів з $(28,29 \pm 1,69)$ до $(59,85 \pm 0,85)\%$, CD4 — клітин — з $(14,86 \pm 1,61)$ до $(44,35 \pm 0,63)\%$, CD8 — супресорів-цитотоксичних — з $(13,81 \pm 1,38)$ до $(30,15 \pm 0,40)\%$, CD4+/CD8+ $(1,51 \pm 0,29)$ до $(1,47 \pm 0,01)$, CD16+клітин — з $(19,67 \pm 0,58)$ до $(11,9 \pm 0,24)\%$, CD22+—лімфоцитів — з $(21,48 \pm 0,84)$ до $(29,55 \pm 0,78)\%$, фагоцитарного індексу з $(49,23 \pm 0,49)$ до $(62,80 \pm 1,44)\%$ та концентрації IgG $(7,72 \pm 0,44)$ до $(14,04 \pm 0,20)$ г/л, IgA $(1,07 \pm 0,10)$ до $(2,00 \pm 0,03)$ г/л, IgM $(0,73 \pm 0,05)$ до $(1,43 \pm 0,03)$ г/л ($p < 0,001$).

Висновки: таким чином, поліоксидоній нормалізує показники клітинного та гуморального імунітету, фагоцитарну активність нейтрофілів та сприяє імунореабілітації хворих з бронхіальною астмою.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВКЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

ПРОЦЮК Т. Л., ЧИРКА О. В., СУРКОВА Н. М., КОЦУР Л. Д., ГУЛЬКО О. Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра педіатрії № 1
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня
Вінницька міська дитяча лікарня № 1

В Україні не існує єдиного, відповідного стандартам підходу до фармакотерапії бронхіальної астми у дітей (БА). Тому, метою нашого дослідження було вивчити ефективність застосування в клінічній практиці різних моделей фармакотерапії БА у дітей.

Матеріали і методи. Нами були проаналізовані наступні моделі фармакотерапії БА, які застосовувались в клінічній практиці у дітей: 1) монотерапія інгаляційними ГКС, 2) терапія інгаляційними ГКС в комбінації з LABA, 3) терапія інгаляційними ГКС і LABA у вигляді фіксованих комбінацій, 4) монотерапія інгаляційними ГКС в дозах нижче, ніж рекомендовані в GINA, 5) монотерапія інгаляційними ГКС в дозах вищих, ніж рекомендовані в GINA. Проведене за спеціально розробленою анкетною анкетування 893 хворих дітей з 20 населених пунктів Вінницької області та 356 хворих дітей з міста Вінниці віком від 7 до 17 років дозволило провести оцінку ефективності застосування в клінічній практиці різних моделей фармакотерапії БА за 6-ти основним показником, що характеризують контроль над БА: середнє число симптомів у денні години, середня частота пробуджень вночі через симптоми БА, середнє число інгаляцій бронхолітиків для ліквідації симптомів на добу, середнє число загострень БА, середня частота госпіталізацій з приводу БА та число звернень за невідкладною медичною допомогою. По кожному з цих показників моделі порівнювались між собою за допомогою бальної системи: моделі, що мали найвищий показник якості лікування дорівнювали 6 балам, а інші моделі відповідно від 5 до 1 балу в напрямку зниження відносної ефективності.

Отримані нами результати показали, що найбільш ефективними моделями терапії виявились застосування високих доз інгаляційних ГКС або використання комбінованих препаратів Симбікорту чи Серетиду. При цьому хворі, у яких використовувався Симбікорт отримували інгаляційні ГКС в середній дозі у дітей до 12 років становила 162,5 мкг/добу, а у дітей старше 12 років — 248,7 мкг/добу. У хворих на БА дітей, які використовували Симбікорт в цих дозах, частота загострень була значно меншою, ніж у дітей, що отримували низькі і

середні дози інгаляційних ГКС, у тому числі і у вигляді вільних комбінацій з LABA. Ефективність Симбікорту в дозах 162,5 мкг/добу та 248,7 мкг/добу виявились еквівалентними з ефективністю інгаляційних ГКС в дозах вищими за 500 мкг/добу. Отримані нами дані виявили більшу ефективність фіксованих комбінацій інгаляційних ГКС і LABA в складі одного інгалятора, ніж використання цих же засобів у вигляді вільних комбінацій.

Дослідження виявило суттєву різницю в ефективності між двома подібними комбінованими засобами: Симбікортом (Будесонід /Формотерол) і Серетидом (Флутиказон/Салметерол). Зокрема, при лікуванні Симбікортом доля хворих на БА дітей з повною відсутністю симптомів БА виявились суттєво вищою, ніж при використанні Серетиду — 12,9% та 8,7%, відповідно. По цілому ряду параметрів ефективність обох препаратів була майже рівнозначною, проте середнє число симптомів в денні години у хворих, які отримували Симбікорт виявилось вищим, ніж у хворих, що використовували Серетід. Однак, порівняно з Серетидом Симбікорт достовірно більш активно попереджав розвиток загострень БА (співвідношення шансів — 4,7, $p = 0,05$) та, можливо, зменшував число госпіталізацій до лікувальних закладів (співвідношення шансів — 3,2, $p = 0,079$).

Висновки. Таким чином, можна зазначити, що впровадження національних стандартів по фармакотерапії БА приводить до відчутних позитивних результатів, які більш значимі у місті, ніж у сільській місцевості. Клініко-фармакологічний аналіз найбільш розповсюджених у клінічній практиці моделей фармакотерапії БА показав, що найбільші клінічні результати в лікуванні астми у дітей вдається отримати при використанні на сьогоднішній день комбінованих препаратів (інгаляційні ГКС та β_2 -адреностимулятори тривалої дії) або високих доз ГКС. При цьому призначення комбінованих препаратів більш рентабельне, так як збільшує затрати на базисну терапію та приводить до більш суттєвого зниження витрат на терапію загострень і госпіталізації хворих на астму дітей. Використання комбінованої терапії дозволяє покращити відповідь на лікування навіть при використанні більш низьких доз ГКС.

ДІАГНОСТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ХВОРИХ З ОБСТРУКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

ПШЕНИЧНА В. А., КАЗИРІД С. Г., ДРАЧУК Ю. В., ШУМЛЯНСЬКИЙ І. В.

Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В. Поліщука

Мета: серед легеневої патології найбільш вагомими для лікування і прогнозу є обструктивні захворювання легень. Обструктивні порушення, які реєструються при обстеженні функції зовнішнього дихання (ФЗД), реєструються у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальну астму (БА), бронхоектатичну хворобу. Для обструктивних порушень при БА характер-

на значна зворотність. За цією ознакою БА відрізняється від усіх інших обструктивних захворювань легень, але в ряді випадків цю зворотність можна виявити тільки при неодноразовому обстеженні ФЗД протягом тривалого часу. Проведено аналіз електронних карток пацієнтів з обструктивними порушеннями за період 5 років для виявлення хворих на БА.

Матеріали і методи: визначення ФЗД у відділенні функціональної діагностики РОКЛДЦ ім. В. Поліщука проводилось на комп'ютерному спірографі "Пулмовент", для визначення зворотності обструкції використовувались проби з бронхолітиками β_2 -агоністами та холінолітиками). За 2004–2009 рік проведено 13 341 спірографічне дослідження пацієнтам, у 5 486 з них були проведені проби з бронхолітиками. При первинному обстеженні у 2 668 пацієнтів були виявлені обструктивні порушення різного ступеня (20 %). Цим пацієнтам були проведені проби з бронхолітиками, у 1200 хворих (44,9 %) проба була позитивна, третині з них при першому візиті був виставлений діагноз БА. Протягом 5 років проводився моніторинг ФЗД у пацієнтів, які відвідували кабінет пульмонолога. При спостереженні за пацієнтами в динаміці виявилось, що діагноз БА виставлений за клініко-функціональними критеріями протягом цих 5 років ще 240 хворим, у яких при первинному обстеженні були виявлені обструктивні порушення.

Результати: зворотність бронхіальної обструкції при першому функціональному обстеженні була виявлена у 1 200 пацієнтів з обструктивними порушеннями, діагноз БА був виставлений 400 пацієнтам (33 %). При спостереженні за хворими і динаміці протягом 5 років ще у 240 пацієнтів підтвердився діагноз БА, тобто у 53 % пацієнтів з позитивною бронхолітичною пробою при первинному обстеженні виявлена БА. Це дозволяє прогнозувати кількість хворих на БАати до лікування інгаляційні кортикостероїди згідно стандартів лікування БА. Із загальної кількості обстежених (7 528) у 1 % пацієнтів протягом 4-х років з'явилися обструктивні порушення та/або зворотність бронхіальної обструкції, що свідчить про розвиток БА.

Висновки: Для встановлення діагнозу БА клініцист повинен виявити симптоми обструкції дихальних шляхів (анамнестично і при обстеженні ФЗД), довести зворотність виявленої обструкції і виключити альтернативні діагнози. У 50 % пацієнтів з обструктивними порушеннями та позитивною пробою на бронхолітики можна прогнозувати діагноз БА. Довготривалий функціональний моніторинг можливий на базі комп'ютеризованих закладів охорони здоров'я.

ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

РАДЧЕНКО О. М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
кафедра внутрішньої медицини № 2

У світі та на Україні спостерігається постійне зростання захворюваності на бронхіальну астму (Фещенко Ю.И., 2008), а результати лікування її часто не виправдовують сподівань. Ймовірною причиною цього є недостатнє врахування деяких патогенетичних проявів бронхообструктивного синдрому. Описано, що гіперреактивність дихальних шляхів асоційована з аномальним контролем автономної нервової системи, а парасимпатичний (вагальний) компонент бере участь в регуляції бронхіального тону та секреції слизу (Федосеев Г.Б., 1995; Lewis M.J. et al., 2006; Dehkordi O. et al., 2006). Тому ми порівняли стан вегетативної системи в здорових осіб та хворих на бронхіальну астму (БА).

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих на БА середньої важкості та важкого перебігу та 13 здорових людей. Дослідження стану вегетативної нервової системи проведено за спеціальними анкетами (Вейн А.М і співав., 1998), баланс симпатичної та парасимпатичної іннервації був досліджений за анкетой Пухлика С.М. (1998). Визначено ступені вегетативної дисфункції (ВД). У всіх хворих проведено визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД) методом комп'ютерної спірографії та ЕКГ (з аналізом загального вольтажу, частоти серцевих скорочень, тривалості електричної систоли шлуночків (інтервал QT) та процесів реполяризації (інтервал JT), максимального, мінімального інтервалів, їх дисперсії та аналогічних корегованих параметрів). Показники порівняли у хворих з незначною та помірною (до 40 балів) та вираженою (більше 40 балів) ВД. Результати опрацьовані загальноприйнятими статистичними методами.

Результати та обговорення. Несподівано було виявлено, що навіть у групі здорових осіб середня кількість балів за анкетой Вейна А.М. перевищувала норму — $(21,8 \pm 3,9)$, (норма 15 балів). Більш ніж у половини здорових спостерігались напади головного болю (61,5%), оніміння та похолодіння пальців рук і стоп (53,9%). Ще більш виражені зміни виявились у хворих на БА. Загальна середня кількість балів у них за даними анкетування склала $(39,6 \pm 2,7)$ бали, що істотно вище, ніж у здорових ($p < 0,001$). Отже, у всіх хворих на БА можна діагностувати ВД, що перевищує дані Трофімова В. І. та співав. (1985), який виявив нормальні показники стану вегетативної нервової системи у 20% хворих на БА. Ймовірно, це можна пов'язати з погіршенням стану довкілля за 25 років. Під час хвилювання хворі на БА переважно відмічали почервоніння обличчя (53,9%, тоді як збліднення — 15,4%). Оніміння чи похолодіння пальців рук і стоп було тільки дещо рідше, ніж у здорових (61,5%). А от повне оніміння рук і стоп було частішим при БА у два рази (15,4%). Збліднення, почервоніння чи синюшність пальців відмічали 46, % хворих, зміну забарвлення стоп і рук повністю — 7,7%. Відчуття серцебиття, "завмирання" чи "зупинки" серця спостерігала переважна більшість па-

цієнтів — 76,9%. Під час хвилювання підвищене потовиділення відмічали 84,6% обстежених. Крім того, звертає увагу факт, що порушення функції травного тракту було характерно для 69, 2% хворих з бронхообструктивним синдромом. Це створює підґрунтя до додаткового обстеження та є показанням до використання холінолітиків у лікуванні. У 46,2% хворих на БА спостерігались епізоди зомління, майже у кожного хворого (92,3%) був нападодобічний головний біль. Зниження працездатності і швидку втомлюваність у даний час спостерігали 92,3%. Порушення сну відмічали всі хворі на астму.

Встановлено, що зміни основних параметрів ФЗД залежали від ступеня вегетативної дисфункції. Так, основні показники бронхоспазму у хворих на БА з проявами ВД III–IV ступенів були істотно нижчими, ніж в осіб з I–II ступенями. Отже, вегетативна дисфункція чітко корелює зі ступенем порушення ФЗД. За допомогою анкети Пухлика С.М. було виявлено що у хворих на БА спостерігались істотно менші прояви активності симпатичної нервової системи на фоні активації парасимпатичної ланки, що проявляється не тільки зміною абсолютних цифр стигматизації, але і зміною співвідношення симпатичної та парасимпатичної підсистем та наростанням частоти негативного значення індексу Кердо, що є проявом парасимпатичної активації. Параметри ЕКГ хворих на БА з вираженою ВД характеризувались більшими значеннями сумарного вольтажу та довшими значеннями електричної систоли (QT коригований максимальний, не кориговані мінімальний, максимальний інтервали, дисперсія інтервалу) та показником реполяризації міокарду шлуночків (JT середній та коригований).

Висновки. У здорових молодих людей спостерігається перевищення норми анкетного індексу стану вегетативної нервової системи за анкетой Вейна А.М. та співав. (1998), тільки у 46,2% здорових не було виявлено ознак ВД. У всіх хворих на БА спостерігається ВД. Високі ступені ВД супроводжуються нижчими параметрами функції зовнішнього дихання, передовсім, життєвої ємності легень та об'єму форсованого видиху. Виражена вегетативна дисфункція у хворих на БА супроводжується істотними впливами на серцево-судинну систему, що проявляється зменшенням частоти серцевих скорочень, зростанням сумарного вольтажу ЕКГ, подовженням електричної систоли (QT інтервал) та процесів реполяризації (JT інтервал). Прості методи анкетування дозволяють підтвердити у клініці експериментальні дані про перевагу парасимпатичної іннервації при БА, що може бути використано для обґрунтування фармакологічної корекції: особливо холінолітичні препарати показані хворим з високим ступенем вегетативної дисфункції або значним переважанням парасимпатичної ланки.

ПРОБЛЕМА АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХОЗЛ

РАДЧЕНКО О. М. *, МАЗУР М. В., КРАМАРЕНКО Ю. В., МАКАР Б. І.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
кафедра внутрішньої медицини № 2
Міське алергологічне відділення, І клінічна лікарня, м. Львів

Найбільш поширеними хворобами людства є анемії, які часто перебігають приховано, зумовлюють перебіг основної патології, у тому числі хвороб дихальної системи — бронхіальної астми та ХОЗЛ. Негативний вплив анемії на організм зумовлений не тільки гіпоксією, але і зменшенням резистентності до інфекцій (Жданова Е.В. і др., 2002), що має особливе значення для хвороб органів дихання, які перебігають з бронхообструктивним синдромом.

Метою дослідження було визначення поширеності анемії серед хворих на бронхіальну астму (БА) та ХОЗЛ та оцінка загальних адаптаційних реакцій у них.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз 140 історій хвороб стаціонарних хворих на БА та ХОЗЛ (73 чоловіки та 67 жінок). Хворі з онкологічною патологією не включалися у дослідження. Діагноз встановлено за критеріями наказу МОЗ України № 499. Критеріями анемії прийнято рівень гемоглобіну менше 130 г/л у чоловіків (менше 120 г/л у чоловіків, старших 70 років), та менше 115 г/л у жінок. Тип загальних неспецифічних адаптаційних реакцій визначено за Гаркаві Л.Х. та співав. (1998). Стрес, переактивацію та неповноцінну адаптацію об'єднано у дистрес-реакції, реакції активації — у еустрес (Радченко О.М., 2004, 2006).

Результати та обговорення. Серед 140 проаналізованих хворих анемія зустрічалась досить часто — у 39,7%, що перевищує частоту виявлення анемії у популяції. Слід зазначити, що тільки у 11 пацієнтів анемія була винесена у діагноз, а, отже, була предметом діагностичного пошуку. Проте, лікування анемічного синдрому у таких хворих все одно не проводилось. Серед 73 чоловіків анемія зустрічалась майже у половини: 47,9%, хоча зменшення гемоглобіну менше 110 г/л було виявлено лише у 8,2%. Хоча загалом серед 67 жінок синдром анемії виявлявся дещо рідше (31,9%), частота зменшення гемоглобіну менше 110 г/л виявилась майже у чотири рази вищою, ніж у чоловіків (29,0%). Серед усіх

обстежених хворих переважно діагностувався легкий перебіг анемії (94,4%). Анемія середньої важкості спостерігалась у 3,6% хворих. Ретроспективне встановлення характеру анемії було утруднено внаслідок відсутності уваги лікарів до зниження гемоглобіну. Виявилось, що переважно (57%) анемії були нормохромними (ймовірно, анемія хронічного захворювання), а у 23% — гіперхромними (В12-фолієво-дефіцитні), у 20% — гіпохромними (залізодефіцитні).

Аналіз загальних адаптаційних реакцій у хворих на БА та ХОЗЛ на фоні анемії показав, що у 51% таких хворих спостерігались несприятливі типи реакцій, які, за нашими даними, є критеріями затяжного перебігу та неповноцінної нетривалої ремісії (Радченко О.М., 2004). Така ж патологія органів дихання без анемічного синдрому супроводжувалась дистрес-реакціями тільки в 30%. Сприятливі адаптаційні реакції еустресу були зафіксовані у 27% хворих з анемією та 41% пацієнтів без неї.

Парадоксально, але жоден хворий, навіть з анемією середньої важкості, не обстежувався на предмет визначення характеру та причини анемії, не отримував протианемічного лікування та необхідних рекомендацій при виписці з приводу цього стану.

Висновки. Майже у 40% хворих БА та ХОЗЛ перебігають та тлі анемії, переважно нормохромної (57%) легкого ступеня важкості. Гіперхромні та гіпохромні анемії зустрічаються з однаковою частотою (23% та 20% відповідно). У жінок рівень гемоглобіну був нижчим, ніж у чоловіків. Частота несприятливих дистрес-реакцій у хворих на БА та ХОЗЛ на фоні анемії була суттєво вищою. Практичні лікарі навіть на стаціонарному етапі лікування хворих не приділяють належної уваги фоновому анемічному синдрому, що сприяє подальшому прогресуванню анемії, яка, у свою чергу, поглиблює гіпоксію — основний патофізіологічний чинник патології органів дихання, яка перебігає з бронхообструктивним синдромом.

P

ЕОЗИНОФІЛІЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ІНФІКОВАНОСТЮ ЇХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПЛІСНЯВИМИ МІКРОМІЦЕТАМИ ТА СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО ПЛІСНЯВИХ АЛЕРГЕНІВ

РЕКАЛОВА О. М., ІЛЬІНСЬКА І. Ф.,
ТУРЧИНА І. П., ПЕТИШКІНА В. М., ЯСИР С. Г

ДУ "Національний Інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України", м. Київ

Мета дослідження: Вивчити залежність частоти та виразності еозинофілії харкотиння від інфікованості дихальних шляхів хворих на бронхіальну астму (БА) пліснявими мікроміцетами та наявності у них сенсibilізації до пліснявих алергенів.

Матеріали та методи: Частоту та виразність еозинофілії харкотиння було вивчено у 48 хворих з ремісією БА. Вміст

еозинофілів визначали в нативному або індукованому харкотинні, для чого методом роздушеної краплі отримували моношар клітин, фіксували метанолом, фарбували по Романовському-Гімза та підраховували відсоток макрофагів, лімфоцитів, нейтрофілоцитів та еозинофілів. Інфікованість мікроміцетами нижніх дихальних шляхів хворих визначалась мікробіологічним методом шляхом посіву їх

харкотиння на поживне середовище Сабуро. Сенсibilізацію до грибкових алергенів виявляли *in vivo* за результатами шкірних проб до *Aspergillus mxt.* та *Penicillium* (виробництва ТОВ "Імунолог", Вінниця) та *in vitro* — за рівнями специфічних протиаспергільозних Ig E антитіл в сироватці крові методом імуноферментного аналізу з використанням тест-систем ФГУП "Алерген" (Росія).

Результати: Плісняві мікроміцети були виявлені у нижніх дихальних шляхах 6 осіб (12,5%), серед яких еозинofilія харкотиння встановлена в 3 випадках ($50,0 \pm 7,3\%$), — що було рідше, ніж у тих пацієнтів, в харкотинні яких цих мікроміцетів визначено не було (у 39 осіб, або $95,1 \pm 3,2\%$, $p < 0,05$). Проте інтенсивність еозинofilії харкотиння при наявності пліснявих мікроміцетів була виразнішою: у всіх цих хворих вона перевищувала 10,0% (в середньому $32,0 \pm 17,1\%$), а максимальні значення сягали 66,0%. В той же час в групі порівняння вміст

еозинofilів в харкотинні не перевищував 23,0% (в середньому $11,2 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$). Не було встановлено зв'язку частоти еозинofilії харкотиння із наявністю позитивних шкірних тестів до алергенів пліснявих мікроміцетів у хворих на БА. Частота та виразність еозинofilії харкотиння хворих на БА з підвищеними рівнями протиаспергільозних IgE в сироватці крові також не була достовірно вищою: вона мала місце у $(60,0 \pm 11,9\%)$ випадків, тоді як в групі порівняння цей показник дорівнював $(37,5 \pm 11,7\%)$, $p > 0,05$. Відповідно максимальні значення еозинofilії харкотиння сягали 22,0% (в групі порівняння — 13,0%).

Висновок: Частота визначення еозинofilії харкотиння у хворих на БА не залежить від інфікованості нижніх дихальних шляхів пліснявими мікроміцетами та стану сенсibilізації до них. Але інфікованість цими мікроміцетами підвищує виразність еозинofilії харкотиння, — що треба враховувати при призначенні лікування.

ГОРМОНАЛЬНА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ ІЗ ЛОР-ПАТОЛОГІЄЮ

РЕШЕТАР Д. В., ГАБОР М. Л., ПОЛАК Н. І., ЗАДОРЖНА Т. О.

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

Вивчення аспектів патогенезу обструктивних захворювань легень на сучасному рівні неможливе без суттєвого розуміння ролі метаболічних механізмів, і особливо ендокринної регуляції.

Метою даної роботи було вивчення особливостей гормонального забезпечення у хворих на обструктивні захворювання легень (bronхіальна астма — БА та хронічне обструктивне захворювання легень — ХОЗЛ) в поєднанні з ЛОР-патологією.

Матеріали і методи. Було обстежено 84 хворих на БА і ХОЗЛ I ст. важкості віком від 20 до 69 років, які проходили курс стаціонарного лікування в НПО "Реабілітація". Середній вік ($47 \pm 2,5$) років. Із числа обстежених 14 осіб склали контрольну групу (хворі без супутньої ЛОР-патології) і 70 хворих — основну (27 хворих на ХОЗЛ із супутніми алергічними риносинуситами, 18 — із поліпозом носу та 25 — із полінозом).

Кількісний вміст тиреоїдних гормонів (трийодтироніну Т3 та тироксину Т4) в сироватці крові обстежених хворих визначався радіоімунологічним методом з використанням стандартних тест-наборів "Immunotech" (Чехія) на основі радіоізотопу I125.

Отримані результати. Проведені дослідження дали змогу встановити різнонаправлену функціональну активність щитовидної залози. Зокрема, хворі контрольної групи характеризувались гіпертрийодтиронінемією ($1,71 \pm 0,05$) нмоль/л при нормі ($1,2 \pm 0,05$) нмоль/л). У 64% хворих цієї групи рівень Т3 був високим і склав ($1,76 \pm 0,05$) нмоль/л, $p < 0,01$. У 36% хворих відмічено нормосекрецію даного гормону. Пацієнтів із низькою концентрацією Т3 відмічено не було. Розподіл частоти виявлення високих, низьких та нормальних значень Т4 у даного контингенту хворих був майже однаковий: у 36% хворих рівень Т4 був високим ($1,67 \pm 9,3$) нмоль/л, $p < 0,05$), у 28% відмічено низькі ($80,1 \pm 7,9$) нмоль/л, $p < 0,05$, у 36% знаходився в межах норми і склав ($102 \pm 4,47$) нмоль/л.

У хворих ХОЗЛ із круглорічними алергічними риносинуситами спостерігається гіпотироксинемія на фоні нор-

мального вмісту Т3 і відсутність функціональних зв'язків між показниками, що в свою чергу приводять до дисбалансу в тиреоїдній системі. Зокрема, нормосекреція за вмістом Т4 і Т3 відмічена відповідно у 64% та 46% хворих відповідно. Якщо у 32% пацієнтів виявлені знижені рівні Т4 ($76,8 \pm 3,3$ нмоль/л, $p < 0,01$), то за рівнем Т3 ($0,88 \pm 0,03$) нмоль/л такий стан зареєстрований тільки у 15% випадків. Підвищення функціональної активності щитовидної залози з підвищенням викидом в кров тиреоїдних гормонів спостерігалось: за вмістом Т4 ($140,0$ нмоль/л) тільки в одного хворого та за вмістом Т3 ($1,56 \pm 0,04$) нмоль/л, $p < 0,01$) у 39% випадків. Пригнічення функціональної активності щитовидної залози із зниженням інтенсивності утворення Т4 відмічено як у 14 хворих БА ($96,6 \pm 3,81$) нмоль/л, $p < 0,05$, так і у 13 хворих ХОЗЛ ($85,1 \pm 3,4$) нмоль/л, $p < 0,05$ із достовірною різницею між групами.

Як і у хворих попередньої групи, у хворих на ХОЗЛ із супутнім полінозом спостерігається пригнічення функціональної активності щитовидної залози зі зниження вмісту Т4 ($93,5 \pm 3,35$) нмоль/л, $p < 0,05$ за рахунок того, що у 8 (32%) пацієнтів значення цього гормону було низьким в середньому ($74,5 \pm 2,47$) нмоль/л, $p < 0,01$, що нижче в 1,5 рази порівняно показників норми і 1,2 порівняно вихідного його значення. Водночас, у 16 (64%) хворих вміст Т4 ($109 \pm 0,231$) нмоль/л знаходився в межах значень норми і тільки у одного хворого рівень Т4 ($130,5$ нмоль/л) був підвищений. Необхідно відмітити, що різниці по частоті виявлення низьких значень Т4 при БА і ХОЗЛ не було, вона коливалась в межах 30%. Вміст Т3 (в середньому $1,28 \pm 0,04$) нмоль/л) знаходився в межах значень практично здорових осіб.

У хворих на ХОЗЛ із супутнім поліпозом носу при поступленні на лікування встановлений, дисбаланс тиреоїдних гормонів: у 10 (55%) хворих даної групи відмічена функціональна напруга щитовидної залози з підвищенням вмістом у крові Т3 ($1,57 \pm 0,04$) нмоль/л, $p < 0,05$, у 3 (17%) чоловік

зареєстрована гіпотиріодтироніємія ($0,86 \pm 0,04$) нмоль/л і тільки у 5 (28%) випадках спостерігалась нормосекреція ($1,24 \pm 0,05$) нмоль/л цього гормону. Водночас, у 7 (39%) хворих відмічена гіпотироксинемія ($70,7 \pm 3,05$) нмоль/л, у 2 (11%) гіперпродукція даного гормону ($142 \pm 7,4$) нмоль/л, $p < 0,05$ і у 9 (50%) хворих рівень Т4 ($99,6 \pm 3,21$) нмоль/л знаходився в межах значень норми.

Висновки. У хворих на персистуючу БА легкого і середнього-важкого перебігу та ХОЗЛ І ступеню, важкості виявлено різнонаправлену реакцію тиреоїдної системи: у хворих контрольної групи переважає гіпертироїди-

роніємія, у хворих ХОЗЛ супутні алергічні риносинусити та поліноз є фактором, який викликає гіпотиреоз, а поліноз – дисбаланс тиреоїдних гормонів. Зазначені зміни показників тиреоїдних гормонів у даного контингенту хворих здатні впливати на багато важливих біологічних процесів в організмі і бути одними із чинників частих рецидивів хвороби та ускладнювати її перебіг.

Рекомендації. Визначення параметрів функціонального стану щитовидної залози (Т4 і Т3) може бути використаний в якості додаткового тесту для оцінки стану здоров'я хворих на ХОЗЛ та критерієм ефективності реабілітації.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ АТМА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

РИЖКО О. О.

Обласна лікарня, м. Кіровоград

На протязі останніх років в багатьох розділах терапії став впроваджуватись принцип лікування, який оснований на досягненні контролю над захворюванням. Орієнтація на конкретний результат лікування дозволила не тільки суттєво покращити якість життя пацієнта із хронічним захворюванням, але й знизити показники смертності, частоту важких загострень, інвалідизації, що є дуже важливим в сучасних умовах. Стратегічним напрямком чергового перегляду Глобальної стратегії по лікуванню і профілактиці бронхіальної астми GINA 2006-2007 року стало проведення такого обсягу терапії, який дозволив досягнути і підтримувати контроль над хворобою при збереженні нормальної фізичної активності та ефективному попередженню загострень астми.

Для досягнення намічених цілей, необхідно створення і підтримання партнерських відносин між пацієнтом і лікарем, суворим дотриманням положень лікувальної програми. Однак, як показує практика, існує невеликий відсоток пацієнтів із середньо-важким персистуючим не контрольованим перебігом бронхіальної астми, який в силу різних причин утримується від використання базисних засобів. Це можуть бути психологічні установки, фобії, післяінгаляційна іритація, підвищена схильність до орофарингіального кандидозу і інше.

Метою проведеного дослідження став пошук засобів, які б могли хоча б частково замінити нішу базисної терапії.

Матеріали і методи. В якості можливої і приблизної альтернативи був взятий натуральний препарат "Атма" виробництва "Ріхард Бітнер" Австрія, збалансований склад якого представлений комбінацією екстрактів деяких представників альпійської флори. Засіб здійснював комплексний вплив на всі ланки бронхіальної обструкції: набряк, бронхоспазм, гіперсекрецію бронхіального слизу.

Дослідження проводилось у пацієнтів пульмонологічного відділення із бронхіальною астмою персистуючого середнього ступеню важкості не контрольованого перебігу в фазі

загострення. Засіб призначався згідно інструкції по 10 крапель за 30 хвилин до їди пацієнтам основної групи ($n = 20$) в доповнення до терапії представленої β_2 -агоністами короткої дії, метилксантинами подовженої дії, відхаркувальними засобами. Хворі із аналогічною по розміру групі порівняння ($n = 20$) отримували тільки традиційні препарати.

Результати дослідження. В ході лікування, стан пацієнтів обох груп поліпшувався по всім показникам, однак через 1 місяць спостереження в основній групі відмічалось більш виражене зменшення задухи, дихального дискомфорту, толерантності до фізичних навантажень. Також на ($9,2 \pm 1,2\%$) більше в основній групі фіксувався приріст ОФВ₁ і на ($5,9 \pm 1,3\%$) приріст ПШВ. Відмічалась більш виражена позитивна картина об'єктивних даних (перкусія, аускультация, характеристика видиху).

Переносимість препарату оцінювався пацієнтами як добре в більшості випадків. Лише одиничні пацієнти розглядали як недостатньо ефективну дію. Випадків побічних ефектів і лікарських взаємодій не спостерігалось.

За весь час дослідження, пацієнтам основної групи додаткових призначень не виконувалось, в той час, як в групі порівняння при провокаціях, які періодично виникали, з'являлась необхідність в підсиленні лікування шляхом короткотермінового призначення системних кортикостероїдів.

В ході проведеного дослідження був зроблений висновок про достатню ефективність натурального препарату "Атма", який потенціював базисну терапію бронхолітиків. Зазначене призначення давало можливість зменшити медикаментозне навантаження, особливо, у випадках відмови або неможливості проведення терапії інгаляційними кортикостероїдами, полегшити перебіг захворювання, мінімізувати ймовірність і вираженість загострень, покращити рівень комплайнсу, в кінцевому наслідку суттєво поліпшити якість життя пацієнтів.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ДВОХ РЕЖИМІВ ДОЗУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

РИЖКО О. О.

Обласна лікарня, м. Кіровоград

В останніх міжнародних та національних узгоджувальних документах по лікуванню і профілактиці бронхіальної астми головний акцент ставиться на проведенні такого об'єму лікування, який би забезпечував найбільш повний і дієвий контроль за перебігом хронічного захворювання, отримуючи високий рівень якості життя і водночас був би максимально безпечним.

Метою проведеного дослідження стала клінічна оцінка жорсткого та гнучкого режимів дозування при використанні інгаляційних кортикостероїдів у хворих з бронхіальною астмою.

Матеріал і методи. В якості базисного препарату використовувалась порошкоподібна форма "Серофло", виробник фірми "Ципла", представлена комбінацією 50 мкг салмотеролу і 250 мкг флютиказолу пропіонату та пристроєм для доставки порошку — дихалером.

Дизайн дослідження представляв собою 2 групи пацієнтів ($n = 20$) у віці ($35,7 \pm 12,2$) років із персистуючим, середньої важкості не контрольованим перебігом бронхіальної астми у фазі загострення.

Пацієнти першої групи жорстко дотримувались фіксованої дози препарату "Серофло" 50/250 двічі на добу, незалежно від будь-яких обставин, особливо поліпшення самопочуття.

Хворі другої групи — порівняння, мали можливість самостійно змінювати об'єм добової дози препарату, чи частоти його прийому після досягнення покращення самопочуття. В основному, це й був перехід на одноразове використання засобу на добу, або інтермітуючий характер його прийому з інтервалами 1–2 доби між прийомами.

Спостереження за хворими тривало 6 тижнів з щотижневим контролем головних спірометричних показників ПШВ, FEV₁, FVC, оцінки самопочуття, оглядом та об'єктивними даними.

Отримані результати. Через 2 тижні прийому препарату відмічався приріст ПШВ на ($16,3 \pm 2,4$)%, показника FEV₁ на ($8,8 \pm 1,4$)%, ($p < 0,05$), а середні показники FVC залишались майже незмінними. Вже на першому тижні прийому засобу суттєво скоротилась кількість разів використання β₂-агоністів короткої дії до повної їх самостійної відміни на 2-му тижні. Також відмічалось значне зменшення вираженості і тривалості симптомів захворювання до повного їх зникнення на 2–3 тижні прийому. Застосування препарату "Серофло" вело до суттєвого поліпшення всіх складових показників якості життя.

При порівнянні ефективності засобу на 3–6 тижні спостереження відмічалось, що у пацієнтів із жорстким режимом дозування — основної групи досягнутий результат: відсутність нападів задухи, зникнення нічних симптомів, зниження задишки і хрипів було стабільним, без суттєвих коливань, в тому числі, при дії провокуючих факторів.

В той самий час, у пацієнтів із групи порівняння за наявних умов епізодично відмічались поодинокі денні та нічні напади задухи, спостерігались випадки використання β₂-агоністів короткої дії. В кінцевому результаті все це вело до погіршення показників якості життя, необхідності перегляду і підсилення базисної терапії. Причому, такі випадки відмічались по декілька разів у кожного із хворих за весь період спостереження, що свідчило про низький рівень контролю за перебігом захворювання.

Поява симптомів хвороби також вела до погіршення спірографічного профілю, зменшення прохідності бронхів. Удаване спрощення системи прийому препарату не давало бажаних результатів, навіть приводило до компрометації, в деякій мірі як самого препарату, так і базисної терапії в цілому. До того ж при об'єктивній оцінці фармакоекономічних параметри при гнучкому режимі дозування були більш високими, ніж при жорсткому.

Протягом усього періоду спостереження в основній групі повний і достатній контроль досягався у 85% хворих, а в 15% розцінювався як хороший.

Група порівняння демонструвала нестійкий, нетривалий клінічний ефект, який залежав від багатьох зовнішніх і внутрішніх чинників.

Висновки. Таким чином, в ході дослідження було встановлено значну перевагу жорсткого режиму дозування при проведенні базисної комбінованої терапії, як основного предиктору контрольованості безпечного перебігу захворювання. Зазначений підхід до лікування забезпечував сталу медикаментозну ремісію, суттєво покращував якість життя, був економічно доцільнішим, що повністю відповідало сучасним вимогам погоджуваних документів.

Жорсткий режим дозування інгаляційних кортикостероїдів необхідно рекомендувати для забезпечення якісного контролю за перебігом персистуючої бронхіальної астми середнього ступеню важкості не контрольованого перебігу у фазі загострення. Лише при тривалій і стійкій ремісії від 3 до 6-ти місяців можливе поступове зниження дози інгаляційних кортикостероїдів і пролонгованих β₂-агоністів.

МОНІТОРИНГ РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ

САЖИН С. І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Сучасні міжнародні рекомендації з лікування та профілактики бронхіальної астми все частіше застосовують поняття "рівень контролю" захворювання з метою визначення ефективності базисної протизапальної терапії. Так, Глобальна ініціатива з лікування та профілактики бронхіальної астми (GINA-2008) вирізняє повний, частковий контроль та неконтрольований перебіг захворювання. Проте, за винятком визначення об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ₁), решта показників, на яких базується верифікація контрольованості, є суб'єктивними і повсякчас залежать від індивідуальних психологічних особливостей пацієнтів.

Мета дослідження: визначити діагностичну цінність показників лабільності бронхів у підтвердженні частково контрольованого перебігу бронхіальної астми відносно неконтрольованого варіанту захворювання у школярів.

Матеріали та методи. В пульмоалергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) з дотриманням принципів біоетики обстежено 36 дітей шкільного віку з середньотяжким персистувальним перебігом бронхіальної астми. Визначення контрольованості перебігу захворювання проводили за валідним опитувальником (АСТ-тестом) та анкетною, запропонованою Глобальною ініціативою з лікування та профілактики бронхіальної астми. На підставі результатів опитування діти розподілені на дві співставлені за основними клінічними показниками групи: до першої (I) увійшли 20 школярів із частковим контролем хвороби, другу (II) групу сформували 16 дітей з неконтрольованою бронхіальною астмою. Усім дітям визначені вихідні значення ОФВ₁, а також його рівні після дозованого фізичного навантаження (п'ятихвилинний біг) та двох інгаляцій β₂-агоніста швидкої дії (сальбутамолу). Обчислено індекси бронхоспазму і бронходилатації та інтегральний показник лабільності бронхів. Аналіз результатів проводили методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Отримані результати. Встановлено, що в дітей з частково контрольованим перебігом бронхіальної астми вихідний рівень ОФВ₁ становив у середньому $(102,4 \pm 3,0)\%$, у пацієнтів з неконтрольованим варіантом — $(76,2 \pm 3,4)\%$ ($p < 0,05$). Індекс бронхоспазму в дітей I групи дорівнював $(7,0 \pm 1,7)\%$, у дітей II групи — $(13,3 \pm 3,2)\%$ ($p > 0,05$), а індекс бронходилатації — $(9,9 \pm 1,2)\%$ та $(18,0 \pm 2,8)\%$ відповідно ($p < 0,05$). Показник лабільності бронхів у першій групі дорівнював у середньому $(13,5 \pm 1,8)\%$, у другій — $(26,9 \pm 5,0)\%$ ($p < 0,05$).

Вихідний рівень ОФВ₁ з дискримінантною точкою 85% у дітей з частково контрольованим перебігом відносно неконтрольованого варіанту бронхіальної астми характе-

ризувався чутливістю 95,0% (95% ДІ 75,1–99,9), специфічністю — 75,0% (95% ДІ 47,6–92,7), прогностичною цінністю позитивного результату 82,6% (95% ДІ 61,2–95,0), прогностичною цінністю негативного результату 92,3% (95% ДІ 63,9–99,8), відношенням правдоподібності позитивного результату — 3,8. Враховуючи, що використання даного показника дозволяє суттєво збільшити посттестову ймовірність (на 79,1%) для підтвердження відносно контрольованого перебігу бронхіальної астми в дітей, абсолютно виправданими слід вважати рекомендації щодо використання ОФВ₁ як основного параклінічного маркера ступеня контролю захворювання.

Індекс бронходилатації з розподільчою точкою 15% у школярів I та II груп характеризувався чутливістю 85,0% (95% ДІ 62,1–96,8), специфічністю — 56,2% (95% ДІ 29,9–80,2), прогностичною цінністю позитивного результату 70,8% (95% ДІ 48,9–87,4), прогностичною цінністю негативного результату 75,0% (95% ДІ 42,8–94,5), відношенням правдоподібності позитивного результату — 1,9. Використання тесту дає можливість збільшити посттестову ймовірність підтвердження частково контрольованої порівняно з неконтрольованою бронхіальною астмою на 15,5%.

Показник лабільності бронхів при дискримінантній точці 19% у дітей I групи відносно неконтрольованого перебігу захворювання володів чутливістю 75,0% (95% ДІ 50,9–91,3), специфічністю — 62,5% (95% ДІ 35,4–84,8), прогностичною цінністю позитивного результату 71,4% (95% ДІ 47,8–88,7), прогностичною цінністю негативного результату 66,7% (95% ДІ 38,4–88,2), відношенням правдоподібності позитивного результату — 2; застосування даного показника дозволяє підвищити посттестову ймовірність на 16,7%.

Висновок. Таким чином, визначення індексів бронходилатації та лабільності бронхів є чутливими методами моніторингу рівня контролю перебігу бронхіальної астми в дітей шкільного віку, проте поступаються показнику ОФВ₁. Індекс лабільності бронхів дозволяє визначати толерантність до фізичного навантаження та реакцію бронхіального дерева на інгаляцію β₂-агоніста швидкої дії, що може бути використане як один з маркерів рівня контрольованості перебігу бронхіальної астми в школярів.

Рекомендації. Враховуючи достатню чутливість та низьку специфічність індексів бронходилатації та лабільності бронхів у визначенні контрольованості перебігу бронхіальної астми, доцільно використовувати їх в поєднанні з іншими об'єктивними показниками, що характеризують решту типових патологічних процесів при даній патології (атопія, гіперчутливість дихальних шляхів до прямих подразників — гістаміну, метахоліну).

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМ ГАСТРОЕЗОФАГЕЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

СВІНЦІЦЬКИЙ А. С., ШИЛО Г. В., ДЗЕМАН М. І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра внутрішньої медицини № 3, м. Київ.

Мета: розробити алгоритм діагностики та адекватні схеми лікування бронхіальної астми, поєднаної із патологічним гастроєзофагеальним рефлюксом.

Матеріали та методи: під нашим спостереженням знаходилось 57 хворих на бронхіальну астму, у яких нами було діагностовано патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс. Середній вік хворих становив $(37,4 \pm 4,2)$ року. У 34 хворих бронхіальна астма мала легкий персистуючий, у 19 — середньоважкий персистуючий і у 4 пацієнтів — важкий персистуючий перебіг.

Діагностику патологічного гастроєзофагеального рефлюксу здійснювали за розробленим нами способом (Деклараційний патент на винахід 69330 А України, 2004) за сумарним клінічним балом, результатами інструментальних досліджень та визначенням коефіцієнта рівнів аутоантитіл до комплексного тканинного антигену стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. Всі пацієнти отримували антирефлюксне лікування (блоківники водневої помпи: омепразол, рабепразол або лансопразол в добовій дозі 20 мг протягом 4–8 тижнів, гранули кверцетину по 2 г тричі та добу протягом 7 діб, з наступним прийомом альтану в дозі 10 мг тричі на добу протягом 3 тижнів, а також лікування бронхіальної астми згідно стандартів лікування відповідно до ступеня важкості та перебігу захворювання.

Отримані результати: при поєднанні бронхіальної астми та патологічного гастроєзофагеального рефлюксу виявлено ефект взаємного обтяження їх перебігу, а також певна рефрактерність до проводимої традиційної терапії. Рефрактерність обумовлена несприятливим впливом на стан нижнього стравохідного сфінктеру бронхолітиків та надпороговими змінами градієнту тиску в зоні нижнього стравохідного сфінктеру при нападах кашлю. За даними анамнезу тільки у 24 пацієнтів до захворювання на бронхіальну астму були періодичні скарги на печію, а у 11 серед них була діагностована гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. У решти (33 хворих) ознаки патологічного гастроєзофагеального рефлюксу виникли приблизно через 3–5 років занедужання на бронхіальну астму.

Через 4–8 тижнів лікування пацієнтів за вищевикладеною схемою досягали контрольованого перебігу бронхіальної астми у 87,7% хворих (знижувалась потреба хворих в бронхолітиках на фоні зменшення кількості денних і, особливо, нічних нападів задухи, і спостерігалась чітка позитивна тенденція до збільшення ОФВ₁).

Очевидно, що еволюція становлення синдрому взаємного обтяження при поєднаному перебігу бронхіальної астми та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби може мати два різних варіанти в залежності від першочерговості реалізації та експозиції його патогенетичних факторів. Так, бронхоспазм може бути ініційований вагусним рефлексом при викликаному патологічним гастроєзофагеальним рефлюксом подразненні (пошкодженні) слизової оболонки стравоходу або (та) безпосередньою мікроаспірацією кислого шлункового вмісту у верхні дихальні шляхи.

У хворих на бронхіальну астму виникненню патологічного гастроєзофагеального рефлюксу (а також й формуванню кили стравохідного отвору діафрагми) сприяють релаксуючий вплив на нижній стравохідний сфінктер бронхолітиків, що є стандартними засобами лікування пацієнтів із бронхіальною астмою, та надпорогові зміни градієнту тиску в зоні нижнього стравохідного сфінктеру при нападах кашлю. З іншого боку, напади бронхіальної астми самі можуть стати причиною розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, зважаючи на підвищення внутрішньочеревного тиску, що виникає при експіраторній задишці.

Висновки: при поєднанні бронхіальної астми та патологічного гастроєзофагеального рефлюксу має місце не тільки синдром взаємного обтяження перебігу, а й рефрактерність до лікування, що потребує подальшого вивчення і з'ясування механізмів взаємозв'язку з метою призначення найбільш своєчасної і раціональної терапії.

Рекомендації: після підтвердження наявності у пацієнта із бронхіальною астмою патологічного гастроєзофагеального рефлюксу показано застосування в їх комплексному лікуванні протягом 1–2 місяців антирефлюксної терапії та цитопротекторної терапії.

ПРО ДЕЯКІ ЧИННИКИ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ НІЧНОГО АПНОЕ

СВІНЦІЦЬКИЙ А. С.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

У хворих з нічним апное порушення і наступне зникнення потоку повітря в верхніх дихальних шляхах (ВДШ) виникає в результаті западання м'яких частин горла на ділянці між ротовою і носовою порожнинами і голосовою щілиною.

Етіологія цих порушень достатньо складна, і практично не можливо вказати на один, точно визначений механізм, відповідальний за виникнення названих порушень. У хворих з нічним апное в період стану бадьорості має місце підвищен-

ня напруження щелепно-під'язикового м'яза, а також м'яза, що розтягує м'яке небо, що може бути проявом оборонної реакції для збереження прохідності горла при наявності супутньої анатомічної патології. Перехід же від бадьорості до сну пов'язаний з вираженим зниженням активності названих м'язів, що призводить до зменшення прохідності горла. Чинником, що сприяє западанню ВДП, є сусідство анатомічної патології, наприклад, скупчення жирової тканини побли-

зу горла, частіше в задньо-боковій області стінок горла, м'якого піднебіння і язика. Доведено існування кореляції між кількістю жирової тканини в області шиї та інтенсивністю порушень дихання під час сну.

До анатомічних чинників, які зменшують площу поперекового перетину горла, можна також зарахувати набряк слизової оболонки, що викликається мікропошкодженнями. До набряку слизової оболонки також призводить паління, запалення, викликане інфекцією або реакцією на алерген, або іншими пошкоджуючими агентами. На діаметр ВДШ під час сну впливає також позиція тіла: під час сну на спині вектор дії гравітаційної сили сприяє западанню м'якої частини горла. Крім того, пригинання голови до тулуба в значній мірі утрудняє надходження повітря через ВДШ.

На підставі ендоскопічних досліджень встановлено, що у 81% хворих первинним місцем обтурації є носоглотка, у 38% — ротова частина горла і у 22% хворих максимальне звуження виявляється на рівні гортані. На підставі результатів рентгенологічних досліджень передбачається, що патологія кісткових елементів відзначається більш, ніж у половини хворих. Звичайне фізичне дослідження дозволяє часто констатувати патологію в області носа (деформація піраміди носа, викривлення перегородки, поліпи, гіпертрофія носових пазух) або ротової порожнини і горла (подовжене, гіпертрофоване м'яке піднебіння і язичок, гіпертрофія піднебінної мигдалини, значно збільшений язик).

Окрім названих чинників, що відповідають за виникнення порушень дихання під час сну, беруться до уваги також інші теорії, що намагаються пояснити порушення прохідності ВДП. На думку деяких дослідників, змінна напруга м'язів в значно більшій мірі визначається нестабільною активністю дихального центру, ніж безпосередньою гальмівною дією періоду сну. Іншим можливим механізмом вважають відсутність відповідної координації між активністю діафрагми і збудженням груп м'язів, що розширюють горло. Близько у половини хворих у результаті порушення синхронізації скорочень діафрагми і мускулатури горла розвиваються

порушення дихання під час сну за типом апное. Дані літератури свідчать про істотне залучення до патогенезу апное поверхневого напруження слизової оболонки горла, а також змін у структурі його стінок, викликаних натягненням ВДШ стравоходом.

Згідно з даними літератури, чоловіки хворіють в 1,4–10 разів частіше. Серед можливих чинників називають частішу появу в чоловіків ожиріння центрального типу з накопичення жирової тканини в області горла. Той факт, що дві третини жінок з нічним апное знаходяться в періоді постменопаузи, може свідчити про участь ендокринних чинників.

Слід звернути увагу на диференційовану регуляцію напруги м'язів, які підтримують прохідність ВДШ. Показано, що під час сну у жінок тонична напруга щелепно-під'язикового м'язу значно більша, ніж у чоловіків. Однак, не можна виключити, що у жінок порушення дихання не розпізнаються настільки часто, як у чоловіків. Як свідчать наші спостереження, жінки рідше заявляють про типові симптоми у вигляді голосного хрипіння або апное, які у чоловіків вважаються основними причинами звертання за медичною допомогою.

Чергова достатньо типова риса згаданої вище групи хворих — супутня надмірна вага або ожиріння. Згідно з власними даними, з 150 пацієнтів з підозрою на нічне апное, лише у 22% хворих була констатована нормальна величина індексу маси тіла (ІМТ), 56% хворих мали надмірну вагу, у 42% виявлено ожиріння, у 8% хворих величина ІМТ перевищувала 40 кг/м².

До чинників, що підвищують вірогідність прояву синдрому порушень дихання під час сну, відносяться також аномалії будови лицьового відділу черепа, паління, зловживання алкоголем, використання деяких ліків (пропранолол), деякі захворювання органів внутрішньої секреції, наявність синдрому нічного апное в інших членів сім'ї.

Таким чином, порушення дихання під час сну можна розглядати в аспекті змін, пов'язаних з поодинокими апное, а також наслідків і ускладнень, які є результатом повторюваних апное і періодів поверхневого дихання.

РОЛЬ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ФОРМУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ І ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

СВІНЦІЦЬКИЙ А. С

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Реактивність бронхів є наслідком рефлекторного подразнення рецепторів слизової оболонки носа, горла, гортані, стравоходу і бронхів, що є фізіологічною оборонною реакцією дихальних шляхів. При деяких захворюваннях названі реакції можуть бути надмірними і з'являються лише під впливом "порогових" для здорових людей стимулів, що визначається як "гіперреактивність" бронхів, яка є результуючою величиною генетичної схильності і середовищних факторів, головними з яких є вірусні інфекції дихальних шляхів, експозиція до алергенів і паління батьків. При цьому у частини людей спостерігається безсимптомна гіперреактивність бронхів — без подальшого медичного прогнозу, тобто існування гіперреактивності бронхів не є тотожним з клінічними проявами, тим більше — з діагностикою захворювань дихальної системи.

Вважається, що збільшення реактивності бронхів є віддзеркаленням стабільності перебігу бронхіальної астми (БА) ("м'який" перебіг захворювання або адекватне лікування, що

зменшує гіперреактивність). Характерною особливістю астми є той факт, що навіть при оптимальному лікуванні з використанням інгаляційної кортикотерапії не вдається повністю усунути надмірну реактивність бронхів, причиною якої вважається запальний процес, супутній БА.

Збільшення добових коливань максимальної вентиляції легень (МВЛ) є показником дестабілізації астми і повинно означати підвищення гіперреактивності бронхів. У певній частині клінічних випадків ступінь гіперреактивності бронхів при астмі залежить як від початкової прохідності бронхів, так і від різновиду стимулу (наприклад, високий ступінь кореляції спостерігається в тесті з метахоліном). Переважає думка, що при БА, подібно до хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), гіперреактивність визначається прогресуючою перебудовою стінки бронхів. Припускається, що найбільш специфічними для є непрямі стимули, однак, перепорою для їх широкого застосування в епідеміологічних

дослідженнях є мала чутливість. Для визначення ступеня реактивності бронхів запропонований провокаційний інгаляційний тест з манітолом, яким можна замінити, наприклад, гіпервентиляцію сухим повітрям. Негайний "оборонний" ефект відносно непрямих стимулів (наприклад, фізичне навантаження) викликають препарати групи кромонів.

Єдиною групою ліків, дія яких зменшує кількість лейкоцитів і сприяє регенерації епітелію дихальних шляхів (доведено на підставі гістологічного дослідження), є інгаляційні кортикостероїди. Після 4–8 тижнів їх застосування у хворих відзначають зменшення реактивності бронхів. Зазвичай, припинення лікування кортикостероїдами викликає протягом декількох днів повернення реактивності до початкових показників. Тривале зниження реактивності бронхів виникає на тлі пролонгованої інгаляційної кортикотерапії (щонайменше рік). Поліпшення має більш виражений характер при менш прогресуючих формах БА. Зниження реактивності при кортикотерапії пов'язане з гальмуванням перебудови стінок бронхів, особливо зменшенням товщини шару колагену.

Ліки, які використовуються при лікуванні хворих на БА, моделюють реактивність і попереджують скорочення бронхів. β_2 -адrenomіметики короткої дії, окрім розширюючого ефекту, проявляють "оборонну" дію, запобігаючи скороченню бронхів у відповідь на різні стимули. "Оборонна" дія препаратів має меншу тривалість, ніж їх розширюючий ефект, і швидше піддається тахіфілаксії (зменшення ефекту внаслідок хронічного використання препарату, зазвичай в випадку використання так званих загальних агоністів рецептора).

Як свідчать дані літератури та наші власні спостереження, тривале, систематичне застосування великих доз β_2 -адrenomіметиків короткої дії може викликати підвищення гіперреактивності бронхів (подібно до так званого феномена з "віддзеркаленням", що відзначається при різкій відміні препарату). Клінічно значущого підвищення реактивності бронхів не спостерігається при застосуванні або відміні β_2 -адrenomіметиків тривалої дії.

У патогенезі ХОЗЛ істотну роль відіграє прогресуюче обмеження прохідності дихальних шляхів у порівнянні з гострою бронхоспастичною реакцією. Крім того, у частини хворих (головним чином, при формі захворювання, клінічно відповідній хронічному дилатуючому запаленню бронхів) констатується значне підвищення реактивності бронхів та її суб'єктивні прояви. Відомо, що вони виникають через потовщення стінки бронхів у результаті гіпертрофії гладких м'язів і, отже, непропорційно вираженій скоротливій реакції у відповідь на стимул. Частковим підтвердженням цієї гіпотези може бути той факт, що ступінь реактивності бронхів при ХОЗЛ тісніше, ніж при астмі, корелює з початковою величиною МВЛ.

Для дослідження реактивності бронхів при ХОЗЛ більш специфічними є безпосередні стимули: реакція на безпосередні стимули при слабкій (або відсутній) реакції на опосередковані стимули (наприклад, неізотонічні аерозолі) відрізняє ХОЗЛ від БА.

Епідеміологічні дослідження показують, що при ХОЗЛ виражена гіперреактивність бронхів може бути важливим, незалежним прогностичним чинником швидкого прогресування захворювання.

ФУНКЦІЯ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК ПРИ ТРИВАЛОМУ НЕСИСТЕМАТИЧНОМУ ПРИЙОМІ ВИСОКИХ ДОЗ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ

СІДОРОВ А. А., СЛЕПЧЕНКО Н. С., ТОМАШКЕВИЧ Г. І., МОСТОВОЙ Ю. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

На сучасному етапі розвитку пульмонології лікування бронхіальної астми (БА) вимагає регулярного позитивного прийому базисної терапії, одним із компонентів якої є інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС). Ці препарати мають подвійний шлях виведення – печінкою та меншою мірою нирками. Вплив довготривалого застосування ІГКС на функціональний стан печінки та нирок при багаторічному застосуванні ІГКС у науковій літературі висвітлений недостатньо.

Мета. Встановити вплив ІГКС на функціональний стан печінки та нирок у хворих на важку персистуючу форму БА при тривалому несистематичному прийомі ІГКС.

Методи дослідження. Обстежено 25 пацієнтів, в тому числі чоловіків — 9, жінок — 16, середній вік $(57,5 \pm 5,3)$ роки. Усім пацієнтам встановлено діагноз важкої персистуючої БА. Стаж захворювання складає $(23,1 \pm 6,7)$ років. Усі пацієнти тривалий час несистематично приймають високі дози ІГКС (Середня тривалість прийому — $(6,3 \pm 2,5)$ років, не мають захворювань печінки та нирок. При обстеженні хворих використано методи суб'єктивного та об'єктивного методів дослідження, вивчався стан функції зовнішнього дихання (VIASYS micro), визначалися рівні загального, прямого та непрямого білірубину, аланінаміноотрансферази (АЛТ), ас-

парагінаміноотрансферази (АСТ), гамма-глутамілтранспептидази (ГГТ), креатиніну та сечовини у плазмі крові. Вивчався також ліпідний спектр крові (рівні загального холестерину (ЗХС), ліпопаротеїнів високої (ЛПВЩ) та низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ).

Результати. За даними дослідження ФЗД, життєва ємність легень (ФЖЄЛ) складала $(62,3 \pm 5,8)$ % від належних величин, об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) — $(48,3 \pm 7,1)$ %, що відповідає ступеню важкості захворювання.

Рівень креатиніну складав $(75,2 \pm 19,1)$ мкмоль/л, сечовини — $(5,6 \pm 2,4)$ ммоль/л. Ці дані вказують на те, що функція нирок залишається інтактною.

Рівень загального білірубину складає $(13,3 \pm 3,9)$ мкмоль/л, прямого — $(3,1 \pm 0,9)$ мкмоль/л, непрямого — $(10,2 \pm 2,4)$ мкмоль/л. Рівень АЛТ — $(32,5 \pm 7,5)$ од/л (при нормі для чоловіків — 0–45 од/л, для жінок — 0–34 од/л), АСТ — $(29,7 \pm 8,4)$ од/л (при нормі для чоловіків — 0–50 од/л, для жінок — 0–35 од/л). Дані свідчать про відсутність цитолізу у разі тривалого прийому високих доз ІГКС. Рівень ГГТ достовірно перевищував нормативні значення $(87,4 \pm 11,9)$ од/л (при нормі для чоловіків — 0–55 од/л, для жі-

нок — 0–38 од./л). У пацієнтів виключено причини, що могли б призводити до підвищення рівня ГПТ: немає епізодів зловживання алкоголем в анамнезі, діагностованих захворювань печінки, серцевої недостатності.

Одержані рівні загального холестерину, ЛПНЩ, ЛПВЩ, тригліцеридів не дозволяють зробити певних висновків щодо змін ліпідного спектру у цієї категорії пацієнтів.

Висновки. Одержані дані потребують вивчення на більшому контингенті хворих, встановлення їх клінічного та прогностичного значення. Не виключено, що довгот-

ривалий прийом інгаляційних глюкокортикоїдів у високих дозах протягом тривалого часу може сприяти виникненню холестазу.

Рекомендації. У разі подальшого підтвердження виявлених змін на більшому контингенті пацієнтів з важкою персистою бронхіальною астмою є підстави визначати рівень ГПТ до початку комбінованої базисної терапії та моніторувати його у ході лікування. Пацієнти з підвищенням рівня ГПТ підлягають поглибленому обстеженню з ультразвуковим дослідженням та скінтиграфією печінки.

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

СЛЕПЧЕНКО Н. С., ЦИМБАЛЮК Н. В.,
СІДОРОВ А. А., МОСТОВОЙ Ю. М.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Мета дослідження: підвищити ефективність ранньої діагностики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) у хворих на бронхіальну астму (БА), встановити основні чинники, що призводять до розвитку патологічного стану.

Матеріали: проведений ретроспективний аналіз 2260 історій хвороб пацієнтів, що померли протягом 1993–2003 рр. Вивчалися стать, вік пацієнтів, відсоток розбіжностей по діагнозу, частку ТЕЛА в структурі загальної смертності. Проведений аналіз історій хвороби 96 хворих у яких діагностовано ТЕЛА: серед них 80, що вижили внаслідок даного захворювання, та 16, що вижили, але згодом померли внаслідок ТЕЛА.

Методи: клінічний — з вивченням основних суб'єктивних, об'єктивних та додаткових методів обстеження; функціональні методи дослідження — електрокардіографія (ЕКГ), доплерокардіографія (ЕхоКГ), статистичні методи.

Отримані результати: в результаті аналізу 2260 розтинів ТЕЛА діагностовано у 121 померлого, що склало 5,3%. Динаміка показника поширеності ТЕЛА як причини смерті протягом 1993–2003 рр. мала хвилеподібний характер та коливалась від 3,3% до 12,2%. Серед осіб, що померли внаслідок ТЕЛА були 3 хворих на БА, що склало 2,5% від загальної кількості хворих, що померли від ТЕЛА. Прижиттєво діагноз ТЕЛА не був встановлений ні в одного з хворих. Це пов'язано з тим, що ТЕЛА при виникненні у хворого на БА часто імітує її загострення. Посилення задишки, кашлю, погіршення показників функції зовнішнього дихання пов'язувалися з прогресуванням БА. Цим хворим як правило корегувалась протиастматична терапія, не проводилось вивчення показників згортання крові, не призначалась антикоагулянтна терапія. Слід зазначити, що у всіх пацієнтів з БА у яких розвивалась ТЕЛА її виникненню передувало загострення БА, що призводило до тривалої гіподинамії. Серед

супутніх діагнозів у цих пацієнтів були в одному випадку артеріальна гіпертензія, в двох випадках ішемічна хвороба серця з порушенням ритму, у всіх трьох випадках у пацієнтів мав місце тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. Серед 80 пацієнтів, що вижили перенісши ТЕЛА у 2 пацієнтів в анамнезі мала місце БА середнього ступеня важкості, персистоючий перебіг, це були особи чоловічої статі, один віком 54 роки, інший — 57. Погіршення стану цих пацієнтів виникло після фізичного навантаження і проявлялось болями в грудях, посиленням задишки та кашлю. Хворим був попередньо встановлений діагноз гострий коронарний синдром (ГКС) та призначена відповідна терапія, в подальшому при проведенні доплерокардіографії встановлені ознаки субмасивної тромбоемболії легеневої артерії, а лабораторні показники, такі як тропоніни, були негативні.

Таким чином, у цих пацієнтів діагноз ТЕЛА також було встановлено несвоєчасно, виявлені зміни трактувались як такі, що виникли на тлі БА і антикоагулянтна терапія хоч і проводилась з приводу ГКС, але дала позитивні результати тільки в плані прогнозу.

Висновки: Поширеність ТЕЛА за останнє десятиріччя суттєво зросла, що робить проблему ранньої її діагностики актуальною для лікарів всіх спеціальностей. Тромбоемболія легеневої артерії найчастіше проявляється рядом респіраторних розладів, що переважно протікають з ознаками обструкції. В зв'язку з цим, якщо ТЕЛА розвивається у хворих на БА, то виявлені зміни пов'язують з загостренням основного захворювання. Тому, у випадках коли у хворих на БА похилого віку, у яких наявний тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та мали певний період гіподинамії виникають респіраторні розлади слід провести певні обстеження для виключення ТЕЛА, що в подальшому значно знизить смертність від даної патології.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОРЕНЮ СОЛОДКИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

СОЛОНА О. Г., АНДРЕЄВА З. Б., КОСТРЮКОВА Л. М.

Луганський державний медичний університет
Луганська обласна клінічна лікарня, м. Луганськ

Бронхіальна астма (БА) є однією із найбільш розповсюджених патологій органів дихання, яка досить часто сполучається із хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ). Проведення реабілітаційного лікування хворих на БА є необхідним компонентом, що дозволяє зменшити витрати, пов'язані із непрацездатністю і покращити якість життя хворих. Проте, використання традиційних методів реабілітації: спелеотерапії, галоаерозольотерапії не завжди можливо для хворих із-за віддаленості місця знаходження реабілітаційних закладів, або із-за наявності протипоказань до спрямування до них. Відомо, що препарати кореню солодки мають мембранопротекторні, імуностимулюючі, гепатопротекторні властивості та здатність позитивно впливати на бронхозапальні захворювання, що надає можливість використовувати його в реабілітації хворих на БА у поєднанні з ХНХ.

Мета роботи — вивчити вплив реабілітаційної терапії за допомогою екстракту кореню солодки у хворих на бронхіальну астму у поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом.

Матеріали та методи. Під диспансерним наглядом на протязі 1 року після виписки перебували 61 хворий на БА середньотяжкого перебігу у поєднанні з ХНХ, які перебували на лікуванні у алергологічному відділенні Луганської обласної клінічної лікарні на протязі 2005–2008 рр. Діагноз, ступінь тяжкості та об'єм терапії хворим із БА встановлювались згідно рекомендаціям наказу №128 від 19.03.2007 р.

ХНХ діагностували згідно існуючим протоколам (Протокол № 271 від 13.06.2005р.). Для медичної реабілітації указаних хворих був використаний препарат сиропу кореня солодки у дозі по 1 десертній ложці вранці натще на протязі 14 днів після загострення БА. Випадків побічної дії названого препарату зафіксовано не було. Контрольну групу склали 30 здорових осіб.

Результати та їх обговорення. На початку досліджуваного періоду у пацієнтів відзначався респіраторний, астено-невротичний та диспепсичний синдроми. До кінця першого року дослідження у пацієнтів суттєво знизились прояви астено-невротичного синдрому у вигляді зменшення дратівливості, слабкості, та диспепсичного синдрому у вигляді зниження почуття важкості у правому підребер'ї. Суттєвий вплив реабілітаційне лікування надало на респіраторний синдром. У хворих, в середньому на 9,7% поліпшився астма-рахунок. На протязі одного року спостереження кількість загострень БА серед досліджених хворих знизилась, в середньому, на 7,4%. Кількість епізодів клінічної нестабільності ХНХ також зменшилась, приблизно, на 12,8% випадків, що пояснювалось антиоксидантним, імуномодулюючим та антизапальним впливом настойки кореня солодки на бронхолегеневі захворювання.

Таким чином, реабілітаційне лікування із використанням кореню солодки сприяє зниженню кількості загострень БА та епізодів клінічної нестабільності ХНХ.

МОЖЛИВОСТІ КОРРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

СОЛОНА О. Г., РЕВУНОВА Н. В., АКУЛОВА Н. А.

Луганський державний медичний університет,
Луганська обласна клінічна лікарня, м. Луганськ

Серед захворювань органів дихання однією із найбільш розповсюджених патологій є бронхіальна астма (БА). В умовах екологічно несприятливого регіону Донбасу БА достатньо часто має сполучений перебіг із патологією шлунково-кишкового тракту, зокрема із хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ). Значне місце в патогенезі БА і ХНХ надається синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації. Одним з препаратів, що може застосовуватися для усунення проявів цього синдрому, є тіотриазолін (Ті).

Мета роботи — вивчити прояви синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації у хворих на бронхіальну астму у поєднанні із хронічним некалькульозним холециститом та можливість його корекції тіотриазоліном.

Матеріали та методи. Було обстежено 61 хворий на БА середньотяжкого перебігу та супутній ХНХ, які лікувались у алергологічному відділенні Луганської обласної клінічної

лікарні на протязі 2004-2008 рр. Діагноз, ступінь тяжкості та обсяг терапії хворим із БА встановлювались згідно рекомендаціям наказу № 128, від 19.03.2007р. ХНХ діагностували згідно існуючим протоколам (Протокол № 271, від 13.06.2005 р.). За проведеним лікуванням хворі були розподілені на дві групи: основну, до складу якої ввійшло 30 осіб, що отримували лише базисне лікування, та групу порівняння, яку склали 31 хворих, що додатково до базисної терапії отримували Ті в дозі 2,0 мл 2,5% розчину внутрішньом'язово двічі на добу впродовж 10 днів. У сироватці крові визначався вміст середньомолекулярних пептидів (СМП), сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ) та їх корпускулярний об'єм (MCV). Контрольну групу склали 30 здорових осіб.

Результати та їх обговорення. На початку лікування у хворих основної групи та групи порівняння рівень показників СМП, СЗЕ, MCV суттєво не відрізнялись. Рівень СМП у сиро-

ватці крові та сечі цих хворих перевищував показник здорових осіб на 29,7% та на 68,4% відповідно. На початку лікування у пацієнтів обох груп СЗЕ перевищувала референтну норму на 54,2%, а MCV — на 35,0%.

Після проведення лікування у хворих основної групи рівні СМП, СЗЕ та MCV вірогідно знижувались, але значень референтної норми не досягали.

У пацієнтів групи порівняння рівень СМП був нижчим за аналогічний показник хворих основної групи у сироватці крові на 14,5%, у сечі — на 36,7%, і досяг рівня референтної норми.

Показник СЗЕ у хворих цієї групи був на 36,2% нижче за аналогічний показник хворих основної групи і досяг належних значень. MCV у хворих групи порівняння після лікування із додаванням до базисних засобів Ті був на 20,6% меншим за аналогічний показник у пацієнтів основної групи і наблизився до рівня здорових осіб.

Таким чином, лікування із додаванням до базисних засобів тіатриазоліну сприяло відновленню показників СМП, СЗЕ та MCV та усуненню синдрому ендокриної метаболічної інтоксикації у хворих на бронхіальну астму у поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ: ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ З УРАХУВАННЯМ СПЕЦИФІКИ ПАТОГЕНЕЗУ

СТОВБАН М. П., ОСТРОВСЬКИЙ М. М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра госпітальної терапії № 2

Згідно даних ВООЗ за останні роки захворюваність бронхіальною астмою (БА) серед розвинених країн світу зросла більш ніж на 60%. Рівень смертності від даної недуги має схожі тенденції, причому вагомим значення цей показник набуває у людей похилого віку. Саме тому, у сучасній пульмонології особливу актуальність становить проблема поглиблення уявлень про патогенетичні особливості перебігу БА серед такої когорти осіб, а також покращити ефективність лікування даної недуги.

Мета: вичити особливості патогенезу та оптимальні шляхи медикаментозної корекції БА у осіб похилого віку.

Матеріали і методи. В Івано-Франківському обласному клінічному фтизіо-пульмонологічному центрі та обласній клінічній лікарні обстежено 45 пацієнтів похилого віку хворих на БА неалергічного генезу, котрі перебували на стаціонарному лікуванні. Використовуючи клінічні (фізикальні), інструментальні (комп'ютерна спірографія, ЕКГ, пікфлоуметрія, ехокардіоскопія, визначення тиску у малому колі кровообігу), біохімічні (гострофазні показники, маломовний диальдегід, дієновий кон'югат, середні молекули) методи, а також імуноферментне визначення імуноглобулінів і оксиду азоту, нами проведено аналіз перебігу БА.

Результати. Встановлено, що у людей похилого віку хворих на БА значно більшою є гіпертензія у малому колі кровообігу. У обстеженої когорти хворих на БА спостерігається зниження антиоксидантних резервів організму при одномоментній активації ПОЛ. Ці зміни корелюють із більш тяжким перебігом бронхіальної астми. Водночас, діагностовано затруднене дихання, яке призводить до зниження функціональних дихальних показників. Такі особливості патогенезу пов'язані не тільки з перебігом власне БА, але й з розвитком супутньої патології, переважно атеросклеротичного генезу. Зважаючи на це, для лікування БА, поряд із загальноприйнятими напрямками, ми використовували призначення антагоністів кальцію та фенспіриду. В процесі лікування отримано позитивну динаміку не тільки показників функції зовнішнього дихання, але й вагоме покращення параметрів системи антиоксидантного захисту.

Висновки. Оскільки перебіг БА у людей похилого віку супроводжується супутньою патологією атеросклеротичного генезу, то у комплексному лікуванні такої когорти, на нашу думку, доцільним є призначення антагоністів кальцію та фенспіриду.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ІНГАЛЯЦІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

СТУПНИЦЬКА Г. Я., ЦИНТАР Т. П., КОВАЛЕНКО С. В., ДЕНИСЕНКО Т. П.

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Останніми роками у багатьох країнах світу, в тому числі й в Україні, відмічається достовірне збільшення кількості пацієнтів із поєднаною патологією серцево-судинної і дихальної систем. АГ займає одне з перших місць серед серцево-судинних захворювань. Висока частота поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і ХОЗЛ, що зустрічається у 61,7% осіб, хворих на ХОЗЛ, пояснюється високою розповсюдженістю АГ, раннім розвитком атеросклерозу, ростом числа

осіб похилого і старечого віку. На ХОЗЛ страждають переважно пацієнти старшого віку, які мають ряд супутніх захворювань, таких як ІХС і АГ. Деякі автори у своїх дослідженнях доводять, що поєднання ХОЗЛ і гіпертонічної хвороби (ГХ) після приєднання легеневої патології значно зменшує тяжкість ГХ, а клініко-функціональні і лабораторні ознаки ХОЗЛ у даного контингенту хворих свідчать про доброякісний характер перебігу захворювання. Деякі дослідники вказують, що

частота виникнення системної АГ при хронічній пульмонологічній патології коливається у великих межах — від 4 до 27 %.

Метою досліджень було вивчення впливу комплексного лікування з використанням ультразвукових інгаляцій суміші ліпіну з іпратропіумом бромідом і фенотеролом на показники ФЗД та гемостазу у хворих на ХОЗЛ із супутньою АГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 69 пацієнтів, у яких виявлено ХОЗЛ із супутньою АГ (36 хворих на ХОЗЛ із супутньою ГХ і 33 — із ІСГ). Параметри функції зовнішнього дихання у обстежуваних хворих визначали на початку та наприкінці лікування за допомогою комп'ютерного спірографічного апарату "Кардіо плюс" ("Метекол", Україна). Вивчали як загальні параметри ФЗД, так показники кривої "потік-об'єм", за допомогою яких визначали рівень порушення бронхіальної прохідності та її ступінь шляхом співставлення отриманих показників з належними величинами. Загальний коагуляційний потенціал крові визначали за активованим парціальним тромбoplastинним часом. Фібринолітичну активність плазми крові, активність фібринстабілізувального фактора, плазмову концентрацію фібриногену і активність антитромбіну ІІІ визначали за допомогою наборів реактивів фірми "Simko Ltd." (Україна).

Результати та їх обговорення. Ключовим етапом дослідження було вивчення клінічної ефективності використання у комплексній терапії хворих на ХОЗЛ ультразвукових інгаляцій суміші ліпіну з іпратропіумом бромідом і фенотеролом. Як свідчать отримані результати, наприкінці лікування у 88,9 % пацієнтів було відмічено прискорення регресу проявів загострення захворювання: зменшення виділення харкотиння, більш легке її відходження із зменшенням домішок гною в ньому, зниження інтенсивності кашлю і задишки при фізичному навантаженні, зменшення явищ інтоксикаційного синдрому, покращення аускультативної картини в легенях (зменшення кількості сухих і вологих хрипів).

У хворих із супутньою АГ використання інгаляції суміші ліпіну з іпратропіумом бромідом і фенотеролом призводило до зниження частоти дихання зі збільшенням життєвої ємності легень (ЖЕЛ); покращення показників бронхіальної прохідності, що проявлялося збільшенням об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁), форсованої життєвої ємності легень (ФЖЕЛ), співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ. У хворих на ХОЗЛ із ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією (ІСГ) покращення бронхіальної прохідності відбувалося на рівні мілких бронхів, тоді як при поєднанні ХОЗЛ із ГХ збільшувалися такі показники як пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШ_{вд}), максимальна об'ємна швидкість видиху на рівні середніх та дрібних бронхів (МОШ₅₀, МОШ₇₅) та середня об'ємна швидкість видиху (СОШ_{25/75}).

Аналізуючи гемостатичні параметри у хворих на ХОЗЛ із супутньою ГХ нормалізації показників гемостазу не відбувалося, однак хоча вони і залишалися нижчими за контроль, проте достовірно були вищими ніж у хворих контрольної групи, а концентрація фібриногену знижувалась на 6,1 %, перевищуючи контроль на 14,6 %.

Висновки. Отже, включення до лікувального комплексу ультразвукових інгаляцій суміші ліпіну з іпратропіумом бромідом і фенотеролом у хворих на ХОЗЛ із супутньою АГ викликало зниження ЧД; зростання ЖЕЛ; покращення показників бронхіальної прохідності, що проявлялося збільшенням ОФВ₁, ФЖЕЛ, співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ, покращення бронхіальної прохідності спостерігалось на рівні мілких бронхів у хворих на ХОЗЛ із ІСГ, тоді як при поєднанні ХОЗЛ із ГХ збільшувались такі показники як ПОШ_{вд}, МОШ₅₀, МОШ₇₅ та СОШ_{25/75}; покращення основних гемостатичних параметрів.

Перспективами подальших наукових досліджень є вивчення ефективності ультразвукових інгаляцій нових препаратів у хворих на ХОЗЛ із супутніми захворюваннями внутрішніх органів.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

СУШКО В. О., ШВАЙКО Л. І., БАЗИКА К. Д., СОЛОВЕЙ Л. М., РЯЖСЬКА О. С., СТАНДНІЙЧУК О. М., АПОСТОЛОВА О. В.

Відділення пульмонології ДУ "НЦРМ АМН України", Київ

В умовах Чорнобильської катастрофи (ЧК) при комбінованій дії зовнішнього опромінення та інгаляції осколочної суміші радіонуклідів бронхолегенева система стала однією з основних тканин-"мішеней" щодо реалізації стохастичних і нестохастичних ефектів. Одним з проявів інгаляційної дії радіонуклідів є розвиток та прогресування бронхолегеневих захворювань, в тому числі і бронхіальної астми (БА). Це обумовлює актуальність цього питання як з загального біологічного погляду, так і з позицій оптимізації лікування, профілактики та діагностики БА в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС.

Мета роботи — визначити особливості формування БА в учасників ліквідації наслідків ЧК і розробити концепцію методичного забезпечення оптимальної діагностичної, лікувальної, профілактичної та експертної тактики щодо цієї недуги в учасників ліквідації наслідків ЧК.

Методи дослідження: задіяний комплекс сучасних клінічних (спірометрія, рентгенографія, ендоскопія) та лабораторних (морфологічних, імунологічних, мікробіологічних, радіоімунних) методів. Всього в період 1988–2008 років

обстежено 324 УЛНА на ЧАЕС, які приймали участь в ліквідації аварії за умов і на роботах, що уможливлювали інгаляційне надходження радіонуклідів. Документовані дози зовнішнього опромінення в обстежених учасників ЛНА знаходились у діапазоні 2 сЗв — 76 сЗв, дози внутрішнього опромінення в цього контингенту УЛНА на ЧАЕС становили 200–2400 мЗв.

Результати обстеження учасників ЛНА на ЧАЕС дозволили виділити легеневі (спірометричний, морфологічний, бактеріологічний) та позалегеневі (коморбідний, імунологічний, гормонально-регуляторний) компоненти особливостей формування БА в обстеженого контингенту хворих.

Результати дослідження функції зовнішнього дихання свідчать, що бронхообструктивний синдром в УЛНА на ЧАЕС видозмінюється від гіпотонічної дискінезії мембранозної частини трахеї і обструкції дрібних бронхів до тотальної бронхообструкції з низьким рівнем зворотної обструкції. Морфологічні прояви хронічного запального ендобронхіального процесу полягали у виразних порушеннях

регенерації бронхіального епітелію, патологією мікроциркуляції, пошкодженням мукоциліарного апарату, трансформованим фібрилогенезом, порушенням епітеліально-сполучнотканинних взаємовідносин та неспроможністю місцевих механізмів імунного захисту та ознаками інтенсифікації інволюційних реакцій в слизовій оболонці бронхів. Ендобронхіальне середовище у УЛНА на ЧАЕС, недужих БА, переважно контаміноване 2–4 видами представників резидентної й патогенної мікрофлори з різною чутливістю до антибактеріальних препаратів та типовою інвазією мікроорганізмів у власну пластинку слизової оболонки бронхів.

Поряд з БА, у пацієнтів УЛНА на ЧАЕС наявні кілька супутніх захворювань, тобто хронічні обструктивні хвороби легенів є складовою поліорганної патології (традиційною була комбінована патологія серцево-судинної та нервової систем: (на початку ВСД-НЦД, надалі – гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, ранній церебральний атеросклероз, дисциркуляторна енцефалопатія, патологія щитоподібної залози та верхніх дихальних шляхів, гастроезофагорефлюксна хвороба), яка суттєво спричинена порушеннями в інтеграційних системах забезпечення гомеостазу. Це, зокрема, документується трансформацією імунної відповіді з

перевагою депресивних змін на першому етапі й цитотоксичних та імунотоксичних реакцій – у періоді формування віддалених наслідків опромінення. Недостатність запальної відповіді в слизових оболонках бронхів в учасників післяаварійних робіт поєднується з перерозподілом клітин у Т-системі лімфоцитів (зниженням відносного вмісту основних субпопуляцій Т-клітин при порівняно високій кількості цитотоксичних клітин та макрофагів із високою експресією функціонально активних поверхневих антигенів), а також обмеженим надходженням крові по склеротично зміненим судинам, що загалом спричиняє хронізацію патологічного процесу. Майже 100% УЛНА на ЧАЕС, хворі на БА мали високі титри антитіл до персистуючої вірусної інфекції. В УЛНА на ЧАЕС, хворих на БА, без клінічних проявів ендокринної патології нами виявлені порушення гіпофізарно-тиреїдної та гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalової регуляції регуляції.

Наявні особливості формування БА в УЛНА на ЧАЕС мають враховуватися при щорічних диспансерних оглядах цієї категорії хворих та забезпеченні оптимальної діагностичної, лікувальної, профілактичної та експертної тактики як взагалі щодо цієї недуги у УЛНА на ЧАЕС, так і розробці індивідуалізованих програм лікування щодо окремого пацієнта.

МІКРОФЛОРА ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ТА ЇЇ СПЕЦИФІЧНА ФЕРМЕНТАТИВНА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З РАЙОНІВ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

ТАРАСЮК О. О., ШИШКА Г. В., ЧЕРНІЙ М. О.,
ЛОМНИЦЬКА В. Б., СИДОР Л. М., МАЛАХОВ В. К., ШПАТАРЮК О. В.

Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України
лабораторії екологічних проблем людини та санітарної мікробіології

Нормальна мікрофлора верхніх дихальних шляхів, як "біологічний бар'єр" відіграє в організмі людини важливу фізіологічну роль. Специфічними факторами захисту слизової оболонки носоглотки є клітинний і гуморальний імунітет, які стимулюються нормальною мікрофлорою. При дії несприятливих екологічних факторів на організм людини (солі важких металів, деякі індустриальні забруднювачі повітря) в першу чергу змінюються якісні та кількісні показники мікробіоценозів організму, зокрема, мікробна екологія верхніх дихальних шляхів. За таких умов спостерігається збільшення кількості умовно-патогенних і патогенних мікроорганізмів, які володіють специфічною ферментативною активністю і впливають на процес розвитку бронхіальної астми та бронхообструктивного синдрому.

Мета роботи: Вивчити особливості мікробного пейзажу верхніх дихальних шляхів та визначити гістидиндекарбоксилазну активність мікроорганізмів, виділених із ротоглотки хворих на бронхіальну астму, які проживають в районах з техногенним навантаженням.

Матеріали і методи досліджень. Бактеріологічне дослідження мазків із носоглотки проведено у 60 осіб, хворих на бронхіальну астму, що проживали в районах розташування підприємств вугільної промисловості Львівської області. Ідентифікацію мікрофлори проводили на основі вивчення морфологічних, культуральних та біохімічних властивостей мікроорганізмів. Визначення гістидиндекарбоксилазної активності (якісна реакція) проводили на середовищі Moeller з додаванням 1% L-гістидину, посівна доза культур складала 108 КУО/мл середовища, ступінь зміни кольору індикаторів враховували протягом 48–96 годин за 4-бальною шкалою.

Отримані результати. Аналіз якісного та кількісного складу мікрофлори верхніх дихальних шляхів у хворих на бронхіальну астму показав, що індигенна мікрофлора представлена непатогенними *Streptococcus* spp. та *Neisseria* spp. Частота виділення цих мікроорганізмів складає відповідно 100,0% та 99,2% при невисокій інтенсивності колонізації — 3,7 — 3,8 lg КУО/мл (при нормі 5,0–7,0 lg КУО/мл), що свідчить про зниження колонізаційної резистентності цього біотопу. Умовно-патогенна група представлена 12-ма видами мікроорганізмів. 3 найбільшою частотою виділялись

Staphylococcus aureus (64,2%), *Streptococcus pyogenes* (25,8%), *Haemophilus haemolyticus* та *Klebsiella pneumoniae* (20,0%) та гриби роду *Candida* (26,6%). Інтенсивність колонізації цією мікрофлорою коливалась від 3,4 до 4,9 lg КУО/мл. Частота виділення *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* та *Pseudomonas aeruginosa* складала 15,8, 11,6 та 8,3% відповідно. Інтенсивність колонізації цими мікроорганізмами була високою і коливалась від 3,8 до 5,8 lg КУО/мл. В поодиноких випадках, але з високою масивністю обсіменіння слизової оболонки ротоглотки — 6,0 lg КУО/мл, висівалися *Streptococcus faecalis* та *Moraxella*. До випадкових видів, частота виділення яких коливалась від 1,7 до 3,3% можна віднести *Escherichia coli* та *Proteus mirabilis*. Кількість транзитної мікрофлори не перевищувала 3,0 lg КУО/мл.

Дослідження біотопу колонізації умовно патогенної мікрофлори у хворих на бронхіальну астму виявило, що найширший ареал контамінації, який охоплював слизову верхніх дихальних шляхів спостерігався у 3-х видів мікроорганізмів — *Klebsiella pneumoniae* (15,0%), гриби роду *Candida* (25,0%) і найвищою була частота виділення *S. aureus* — 36,6%.

Для вивчення гістидиндекарбоксилазної активності використовували 213 штамів умовно-патогенних мікроорганізмів, виділених з носоглотки хворих на бронхіальну астму. Гістидиндекарбоксилазна активність, яка виражалася середнім балом (2–4) виявлена у 94,0% досліджених штамів мікроорганізмів. Найбільш часто гістидиндекарбоксилаза була виявлена нами у штамів бактерій, які відносяться до псевдомонад, стафілококів, стрептококів, гемофілів, ентеробактерій та грибів роду *Candida*. Найвищий середній бал гістидиндекарбоксилазної активності спостерігався серед штамів *Pseudomonas aeruginosa* (4,0). Високим середнім балом характеризувались штами *Klebsiella pneumoniae* (3,3), *Staphylococcus aureus* (3,2) та гриби роду *Candida* (3,5).

Висновки: Виявлений на фоні екологічного неблагополуччя дисбаланс мікроекології людини, який супроводжується зниженням колонізаційної резистентності та інтенсивним заселенням слизової оболонки поліантибіотикорезистентними гістамінутворючими мікроорганізмами, в значній мірі обумовлює патофізіологічні ефекти бронхіальної астми.

АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ УМОВНО-ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ ВИДІЛЕНИХ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В РАЙОНАХ ЛЬВІВСЬКОГО ВУГІЛЬНОГО БАСЕЙНУ

ТАРАСЮК О. О., ЛОМНИЦЬКА В. Б., КАЛИТА О. О., ПРУНЬКО Т. Д., МОТА Б. Є, ШПАТАРЮК О. В.

Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України

Одним з етіологічних факторів виникнення ускладнень у хворих бронхіальною астмою, що проживають в зоні впливу хімічних чинників, є аеробна та факультативно-анаеробна мікрофлора верхніх дихальних шляхів. Хіміопрепарати, що застосовуються для лікування захворювання, можуть впливати не тільки на збудника в місці локалізації інфекційного процесу, а й на нормальну мікрофлору слизової оболонки макроорганізму, викликаючи дисбіотичні зміни мікроценозу не лише верхніх дихальних шляхів, а й інших біотопів.

Метою роботи було визначити чутливість до антибіотиків умовно-патогенних мікроорганізмів, виділених у хворих на бронхіальну астму з районів Львівського вугільного басейну.

Матеріали і методи дослідження — виділення чистих культур, їх родову та видову ідентифікацію здійснювали з використанням загальноприйнятих мікробіологічних методів у відповідності з даними таксономії мікроорганізмів. Чутливість до антибіотиків визначали дискодифузним методом на середовищі АГВ а також на інших поживних середовищах, якими живляться мікроорганізми.

Отримані результати — Поряд із вивченням видового спектру та кількісних характеристик мікрофлори слизової оболонки носоглотки у хворих на бронхіальну астму було проведено визначення чутливості 264-х штамів умовно патогенних мікроорганізмів до 12 антибіотиків, що відносяться за

хімічним складом до наступних груп: макроліди (еритроміцин, кларитроміцин), цефалоспорины (цефазолін, цефалексин), фторхінолони (офлоксацин, ципрофлоксацин), бета-лактамі антибіотики групи пеніциліну (оксацилін, амоксицилін), аміноглікозиди (гентаміцин, амікацин), тетрацикліни (тетрациклін), рифаміцини (рифампіцин).

Найвища резистентність виділених культур спостерігалась до макролідів (56,4%), високою була резистентність до фторхінолонів, оксациліну та тетрацикліну, найнижча — до цефалоспоринов, рифампіцину та гентаміцину.

Культури, полірезистентні до 4–5 антибіотиків, складали найбільшу кількість, в середньому — 46,9%. У різних видів ця величина коливалась від 15,6 до 56,2%, а у таких видів як *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* та представників сімейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*) переважала кількість штамів, резистентних до 6–7 та більше антибіотиків. В середньому, група штамів, резистентних до 6–7 антибіотиків складала 42,9%.

Таким чином, виявлення значної кількості поліантибіотикорезистентних культур у хворих з бронхолегеневою патологією, має важливе клінічне значення, оскільки вимагає від клініцистів обов'язкового врахування антибіотикограми при виборі відповідного антибіотика для елімінації умовно-патогенних мікроорганізмів з дихальних шляхів

Таблиця. Частота виділення поліантибіотикорезистентних штамів у хворих на бронхіальну астму

Мікроорганізми	Кількість штамів	Кількість резистентних штамів					
		до 1-3 антибіотиків		до 4-5 антибіотиків		до 6-7 та більше антибіотиків	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
<i>Staphylococcus aureus</i>	124	12	9,7 ± 2,6	69	55,6 ± 4,4 < 0.001	43	34,7 ± 4,2 P<0.02
<i>Streptococcus pyogenes</i>	32	5	15,6 ± 6,4	18	56,2 ± 8,7 P<0.001	9	28,2 ± 7,9 P<0.02
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	9	2	22,2 ± 13,8	3	33,3 ± 15,7	4	44,5 ± 16,5
<i>Haemophilus spp.</i>	57	8	14,0 ± 4,5	29	50,8 ± 6,6 P<0.001	20	35,2 ± 6,3
<i>Enterobacteriaceae</i>	32	0	0	5	15,6 ± 6,4 P<0.02	27	84,4 ± 6,7 P<0.001
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10	0	0	0	0	10	100,0 ± 0,0
Всього	264	27	10,2 ± 1,8	124	46,9 ± 3,0 P<0.001	113	42,9 ± 3,0

СУЧАСНИЙ СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

ТАРАСЮК О. О., ШИШКА Г. В., МАЛАХОВ В. К., СИДОР Л. М., ЧЕРНІЙ М. О.

*Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України,
лабораторія екологічних проблем людини*

Згідно з офіційними даними бронхіальна астма зустрічається у 5% мешканців України та має тенденцію до подальшого зросту. Однак, реальні масштаби цього захворювання значно ширші, що обумовлене нечіткими критеріями визначення, недостатньо коректною класифікацією цього захворювання та недостатнім застосуванням стандартизованих функціональних методів визначення бронхіальної обструкції. Також не до кінця з'ясовані причини та не вивчений механізм виникнення цього захворювання. У зв'язку із вищенаведеним, питання аналізу показників захворюваності бронхіальною астмою та розробки лікувально-профілактичних заходів набувають особливої актуальності.

Метою дослідження було визначення інтенсивних показників захворюваності бронхіальною астмою населення Львівської області в основних вікових групах, окреслення найбільш уражених цією хворобою адміністративних територій та виявлення основних тенденцій поширеності цієї нозології.

Матеріали та методи: облікова документація та статистична звітність обласної, районних та міських клінічних лікарень Львівської області по захворюваності бронхіальною астмою, статистичні дані Головного управління статистики у Львівській області по кількості населення в адміністративних районах та населених пунктах районів по різних вікових групах. Використані загальноприйняті статистичні методи визначення інтенсивних показників захворюваності.

Результати досліджень та обговорення. Проведений аналіз інтенсивних показників захворюваності населення бронхіальною астмою на територіях адміністративних районів Львівської області. За останні 5 років спостерігається тенденція до збільшення середньо районних показників поширеності бронхіальної астми у всіх вікових групах. Найбільш чітка тенденція до зросту цього показника серед дитячого населення віком до 14 років — в 1,15 рази та серед підлітків 15–17 років — в 1,2 рази, серед дорослих віком від 18 років — в 1,1 рази.

Серед дитячого населення найвищі показники поширеності бронхіальної астми зареєстровані в Сокальському районі, де даний показник в 1,55 рази перевищує середній показник по районах області та на протязі 5 років зріс майже у 2 рази. Високі показники зареєстровані у Городоцькому, Жовківському та Жидачівському районах, де середні показники перевищують аналогічні по області в 1,5, 1,25 та 1,11 рази відповідно. Причому у Городоцькому районі показники поширеності астми на протязі останніх 3-х років постійно зростають. У Сокальському, Сколівському, Кам'янка-Бузькому та Дрогобицькому районах середній показник поширеності не перевищує середній по районах, однак і тут спостерігається тенденція до зростання. Нижчий рівень цього показника в порівнянні із середнім по району у Перемишлянському, Турківському, Старо-Самбірському та Мостиському районах.

Серед підлітків Львівської області найвищі показники поширеності астми зафіксовані у Сокальському районі, де середній показник за останні 5 років перевищує значення аналогічного показника по районах в 1,33 рази. При цьому поширеність бронхіальної астми серед підлітків з 2002

до 2006 року зроста в цьому районі майже удвічі. У Городоцькому та Дрогобицькому районах показник поширеності серед підлітків перевищує аналогічний показник по районах відповідно в 1,22 та 1,16 разів. Причому у Дрогобицькому, Стрийському та Яворівському районах на протязі 2002–2006 років спостерігався їх ріст. У Самбірському, Жовківському та Старо-Самбірському районах значення показників поширеності бронхіальної астми серед підлітків наближаються до значення середнього показника по районах області. Нижчі значення цих показників порівняно з середнім по районах зафіксовано нами у Мостиському, Миколаївському та Турківському районах.

Аналіз показників поширеності бронхіальної астми серед дорослого населення Львівської області свідчить про те, що найвищий рівень цього показника визначені в Сокальському районі, де даний показник перевищує середньо районний у 1,4 рази. Цей показник також зростає на протязі останніх 5 років. Показники поширеності астми серед дорослих, які перевищують середньо районний показник зафіксовані нами в Золочівському, Городоцькому та Турківському районах. При цьому в цих районах також зберігається тенденція до зростання показників цієї нозології. Показники поширеності астми в Пустомитівському, Миколаївському та Стрийському районах приблизно дорівнюють середньо районному показнику. Значно нижчі рівні поширеності бронхіальної астми серед дорослих спостерігаються в Радехівському, Жовківському, Кам'янка-Бузькому та Жидачівському районах Львівщини.

Ретроспективний аналіз інтенсивних показників поширеності бронхіальної астми на території окремих населених пунктів в зоні розміщення Львівського вугільного басейну, де встановлені найвищі по області рівні захворюваності, засвідчив стійкий зріст поширеності бронхіальної астми у всіх обстежених населених пунктах серед підлітків і тенденцію до зростання цих показників в містах Червоноград та Соснівка серед дорослого та дитячого населення. В окремих населених пунктах Сокальського району зафіксоване значне перевищення показників поширеності бронхіальної астми (на 1 тис населення) в порівнянні з аналогічними показниками по області та Сокальському районі в цілому. Зокрема, в м. Сокаль показник перевищення становив 3,2 та 4,6 серед підлітків, в м. Червоноград — 3,3 та 3,9 разів серед дітей і 2,9 та 4,2 рази серед підлітків, в м. Великі Мости — 2,8 та 4,0 разів серед підлітків, в м. Белз — 3,5 та 4,1 разів серед дітей і 4,0 та 5,8 разів серед підлітків і 3,4 та 3,7 разів серед дорослого населення та в м. Соснівка — 3,8 та 4,5 разів серед дітей і 2,2 та 3,2 разів серед підлітків.

Отже, проведений ретроспективний аналіз показників поширеності бронхіальної астми серед основних вікових груп населення, яке проживає на територіях адміністративних районів Львівщини, свідчить про стійкий ріст цих показників за останні роки, що обумовлює необхідність проводити подальші дослідження з визначення рівнів забруднення цих територій важкими металами, встановленню причинно-наслідкових зв'язків в системі "навколишнє середовище — захворюваність бронхіальною астмою" та вивченню впливу алергізуючих властивостей важких металів на організм людини.

МІКРОЦЕНОЗ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В РАЙОНАХ ЛЬВІВСЬКОГО ВУГІЛЬНОГО БАСЕЙНУ

ТАРАСЮК О. О., ЛОМНИЦЬКА В. Б., КАЛИТА О. О., ПРУНЬКО Т. Д., МОТА Б. Є., ШПАТАРЮК О. В

Львівський НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України

За останні роки проблема алергічних хвороб набула особливої актуальності, значення якої в умовах хімічного пресингу на населення буде постійно зростати. Відомо, що у всьому світі захворювання з алергічним компонентом, зокрема, бронхіальна астма, відносяться до найбільш поширених нозологічних форм. При всіх формах бронхіальної астми мікрофлора суттєво впливає на перебіг хвороби та її прогноз, не лише дихальних шляхів, а й іншого біотопу, зокрема слизової оболонки товстого кишечника.

Метою роботи було дослідити особливості мікроекології слизової оболонки товстого кишечника у хворих на бронхіальну астму, які проживають у районах розміщення підприємств вугільної промисловості.

Матеріали і методи дослідження — виділення чистих культур, їх родову та видову ідентифікацію здійснювали з використанням загальноприйнятих мікробіологічних методів у відповідності з даними таксономії мікроорганізмів. Оцінку ступеню дисбіозу товстого кишечника оцінювали за схемою: — дисбіоз I-го ступеня (початкова стадія дисбактеріозу) характеризується наростанням кількості умовно-патогенних мікроорганізмів при високому рівні біфідобактерій (9 lg); — дисбіоз II-го ступеня (середній ступінь дисбактеріозу) полягає у зниженні кількості біфідобактерій до нижньої границі норми та появі асоціацій умовно-патогенних мікроорганізмів; — дисбіоз III-го ступеня (виражений дисбактеріоз) характеризується зменшенням кількості біфідобактерій (менше 7 lg) та змінами в аеробній мікрофлорі.

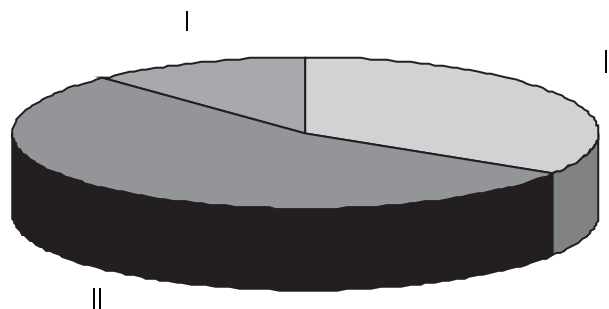
Отримані результати — Аналіз результатів бактеріологічного дослідження виявив високий рівень мікроценотичних зрушень на слизовій оболонці товстого кишечника. Переважали мікроценотичні зрушення II-го ступеня (53,6 %), виражений дисбактеріоз (III ступінь) спостерігався у 34,2 % обстежених. Незначні зміни (дисбіоз I ступеня) були виявлені лише у 12,2 % хворих (рис.)

Мікрофлора товстого кишечника представлена 5-ма видами умовно-патогенних мікроорганізмів на фоні зниження інтенсивності колонізації індигенною мікрофлорою. З най-

вищою частотою висівалися *Klebsiella pneumoniae* (20,3 %), *Staphylococcus aureus* (37,3 %) та гриби роду *Candida* (37,3 %), з інтенсивністю колонізації 4,9–5,8 lg КУО/мл.

Частота виділення лактозовід'ємної та гемолітичної *E.coli* складала, відповідно, 10,2 — 18,6 %, але масивність обсіменіння цими мікроорганізмами була високою та перевищувала 7,0 lg КУО/мл (табл.)

При бактеріологічному обстеженні хворих на бронхіальну астму в період загострення та період ремісії було встановлено, що в період загострення хвороби переважали мікробні асоціації, що склалися з двох видів (32,7 %) та з трьох видів (51,7 %) умовно-патогенних мікроорганізмів. Лише у 3,4 % була виявлена монокультура. Найчастіше спостерігались асоціації із *S. aureus*, *K. pneumoniae* та грибів роду *Candida*. В період ремісії (після медикаментозної терапії) переважала монокультура (58,4 %), а також були виявлені асоціації двох видів умовно патогенних мікроорганізмів (41,6 %).



Примітки: 1. I – перший ступінь дисбіозу;
2. II – другий ступінь дисбіозу;
3. III – третій ступінь дисбіозу.

Рис. Середні показники частоти виявлення ікроекологічних змін товстого кишечника в залежності від ступеня дисбіозу хіт

Таблиця. Показники мікроценозу товстого кишечника у хворих на бронхіальну астму

Мікроорганізми	Частота виділення, в %	Середнє мікробне число, vlg КУО/г
Індигенна мікрофлора		
<i>Bifidobacterium</i> spp.	96,6 ± 2,3	8,2 ± 0,5
<i>Lactobacillus</i> spp.	93,3 ± 3,2	6,3 ± 0,4
<i>E.coli</i>	98,3 ± 1,6	7,8 ± 0,5
Умовно патогенна мікрофлора		
<i>E.coli</i> (лактозовід'ємна)	10,2 ± 3,9	8,1 ± 0,6
<i>E.coli</i> (гемолітична)	18,6 ± 5,0	7,1 ± 0,5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	20,3 ± 5,1	5,8 ± 1,2
<i>S. aureus</i>	37,3 ± 6,2	4,9 ± 0,7
гриби роду <i>Candida</i>	37,3 ± 6,2	5,1 ± 0,9

МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ЕКЗОГЕННОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ

ТКАЧИШИН В. С.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
Кафедра гігієни праці та професійних хвороб

Мета дослідження полягає в розробці схеми розвитку екзогенного алергічного альвеоліту.

Екзогенний алергічний альвеоліт – патологічний процес, що представляє собою реакцію в основному респіраторного відділу легеневої тканини на різні алергени, механізм розвитку якого представлений на схемі, розробленій автором.



Таким чином, концепція патогенезу екзогенного алергічного альвеоліту допускає участь в його розвитку гуморальних та клітинних механізмів імунної відповіді з виникненням III типу алергічних реакцій (тип Артюса, імунотоксичний тип), які відбуваються в легеневої інтерстиції.

Принциповою відмінністю запалення при екзогенному алергічному альвеоліті слід вважати його переважно лімфоцитарно-макрофагальний і ранній нейтрофільний характер. Розвиток екзогенного алергічного альвеоліту – класична реакція Артюса.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ЕКЗОГЕННОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ

ТКАЧИШИН В. С.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
Кафедра гігієни праці та професійних хвороб

Мета дослідження полягає в розробці критеріїв диференціальної діагностики бронхіальної астми та екзогенного алергічного альвеоліту.

Основні критерії диференціальної діагностики бронхіальної астми та екзогенного алергічного альвеоліту представлені в таблиці, розробленій автором.

Критерій	Бронхіальна астма	Екзогенний алергічний альвеоліт
Спадкова обтяженість	Часто	Рідко
Задишка	Пристипи експіраторного характеру	Постійна, посилюється при фізичному навантаженні
Свистяче дихання	Часто	Рідко
Хрипи в легенях	Сухі	Вологі дрібнопухирцеві
Крепітація	Відсутня	Наявна
Еозинофілія в крові та мокроті	Часто	Рідко
Специфічні маркери в мокроті	Кристали Шарко-Лейдена, піралі Куршмана	Немає
Рентгенологічні зміни	Емфізематозні зміни в легенях	Двобічні, дифузні, міліарні тіні, "імпом матового скла"
Зміни функції зовнішнього дихання	За обструктивним типом	За рестриктивним типом
Вміст IgE в сироватці крові	Підвищений	Нормальний
Преципітуючі антитіла	Відсутні	Часто визначаються

Розроблені критерії диференціальної діагностики дозволяють своєчасно встановлювати діагноз, проводити

адекватне лікування цих захворювань та підвищують якість навчального процесу.

ТИРЕОЇДНИЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХООБСТРУКТИВНОМУ СИНДРОМІ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

ТОДОРІКО Л. Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Відсутність відомостей щодо характеру та клінічної значимості тиреоїдної та глюкокортикоїдної дисфункції при хронічному бронхообструктивному синдромі (БОС) перешкоджає формулюванню чітких підходів до діагностики та раціональної корекції бронхолегеневих змін, оскільки біологічна роль ендокринної системи полягає в координації функцій різних органів та систем організму гнучким регулюванням рівня гормонів. Установлення ролі гіпофізу в адаптаційно-регуляторних змінах внаслідок порушень функціональної активності щитоподібної залози (ЩЗ) та дії кортизолу при БОС, ймовірно, дозволить обґрунтувати шляхи корекції виявлених порушень тиреоїдного гомеостазу, що супроводжують перебіг основного захворювання в осіб літнього та старечого віку.

Метою етапу нашого дослідження стала комплексна оцінка функціонального стану гіпофіза, тиреоїдної функції,

вмісту кортизолу в плазмі крові при бронхообструктивному синдромі в осіб літнього та старечого віку.

У всіх хворих із БОС літнього та старечого віку на момент поступлення в стаціонар та в динаміці лікування поряд з опитуванням, фізичним обстеженням, застосуванням загальноприйнятих клінічних, лабораторних, біохімічних, мікробіологічних, імунологічних, фільтраційних, інструментальних досліджень нами було використано комплексне вивчення функціональної активності гіпофізу, тиреоїдної функції ЩЗ, вмісту кортизолу імуноферментним методом. Функція ЩЗ була оцінена, шляхом визначення рівня в плазмі крові вільних фракцій тиреоїдних гормонів (трийодтироніну (vT_3), тироксину (vT_4)), тиреотропного гормону (ТТГ), концентрації антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО), а також обчислення індексу периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів

(в T_3/vT_4) за допомогою імуноферментного аналізу на аналізаторі імуноферментних реакцій RT-2100С ("Rayto Electronics Inc.", Китай) з використанням наборів реагентів (ООО "Хема-Медика", Росія). Визначення проводилися згідно інструкцій за стандартними методиками.

Аналіз результатів дослідження показав, що при БОС спостерігаються істотні порушення тиреоїдного гомеостазу. Так, результати досліджень свідчать, що в осіб літнього та старечого віку має місце гіпертрийодтироніємія (середнє значення (СЗ) рівня vT_3 у загальній рандомізованій вибірці було в 1,8 раза вищим за аналогічний показник у практично здорових осіб (ПЗО), ($p < 0,01$)). Питома вага різних варіантів функціональної активності vT_3 у пацієнтів із ХОЗЛ відносно норми була непропорційною: у 55,1% пацієнтів рівень vT_3 знаходився в межах коливань нормальних величин, однак був вищим за такий у ПЗО — на 28,3%, ($p < 0,05$) і нижчим від СЗ вибірки — на 40,8% ($p1 < 0,01$).

Результати проведених досліджень дають можливість стверджувати, що в обстежуваних хворих на ХОЗЛ старших вікових груп значимою є гіпотироксинемія (у 75,3% випадків) і, не просто зменшення вмісту вільного vT_4 нижче СЗ та аналогічного показника практично здорових осіб (ПЗО), а й відносно нижньої межі індивідуальних коливань (у 42,7%), що можна розглядати як результат посилення периферійного дейодування vT_4 у вільний трийодтиронін (біологічно більш активний гормон, який опосередковує метаболічні ефекти тиреоїдних гормонів (ТГ) на периферії в умовах системного запалення при БОС), що підтверджується одержаними нами результатами вірогідного підвищення його вмісту у плазмі крові. Активізація ЩЗ носить функціональний характер, зумовлена гіпоксичним та метаболічним стресом і направлена на стимуляцію окиснювальних процесів, які знижені в умовах гіпоксії внаслідок БОС.

Враховуючи схожість хімічної структури ТГ та катехоламінів не можна виключити їх безпосередній вплив на бронхи. Порушення метаболізму ТГ у периферійних тканинах може призвести до симптомів гіпотиреозу і, як правило, не відображається на морфологічній структурі ЩЗ. Відсутність адекватної гіпофізарної реакції на зменшення вмісту ТГ, можливо, пов'язана з вірогідно високим рівнем кортизолу в цієї частини пацієнтів, що, ймовірно, сприяє зменшенню синтезу ТГ навіть в умовах установленної нами гіпотироксинемії і може зменшувати прояви субклінічного гіпотиреозу.

За результатами досліджень, у частини хворих із БОС формуються дисфункційні зміни в тиреоїдній системі з перевагою біохімічних ознак гіпертиреозу. Про збільшення гормонсинтетичної активності ЩЗ при ХОЗЛ свідчить вірогідне зростання вмісту vT_3 на тлі гіпертироксинемії. Збільшення співвідношення vT_3/vT_4 може вказувати на переважання утворення vT_3 власне в ЩЗ. Це може бути зумовлено тим, що при гіпоксії в організмі збільшується вміст ТТГ, а під його впливом у ЩЗ збільшується внутрішньотиреоїдне дейодування T_4 у T_3 . Ймовірно, що в осіб старшого віку гіпертиреоз може характеризуватися значним підвищенням чутливості периферійних тканин до ТГ при порівняно невисокій їх концентрації у крові (верхня межа норми), що узгоджується з результатами досліджень, які стосуються власне патології ЩЗ.

Таким чином, у хворих із БОС старшого віку мають місце істотні порушення тиреоїдного гомеостазу, які носять різноспрямований характер і свідчать про приховані порушення функції ЩЗ. Деадаптаційний тиреоїдний синдром проявляється зниженням рівня тироксину, гіпертрийодтироніємією, помірним зростанням периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів на тлі зниження тиреотропної функції гіпофіза.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ "ЛАТРЕН" У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ НА ТЛІ ТИРЕОЇДНОГО ДИСБАЛАНСУ В ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

ТОДОРІКО Л. Д., ШЕСТАКОВА К. Г., АБРАМОВА Н. О.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Фактором ризику виникнення тиреоїдної та глюкокортикоїдної дисфункції внаслідок метаболічно-гіпоксичних розладів на тлі системного запалення при хронічному бронхообструктивному синдромі (БОС) є порушення гемореології крові. Порушення регуляторно-метаболічної функції щитоподібної залози (ЩЗ), наявність глюкокортикоїдної дисфункції у хворих із БОС вносить свої корективи у метаболічні процеси структурно-функціональних змін, які формуються у бронхолегеновому дереві в осіб старшого віку, є передумовами порушення механізмів регуляції агрегатного стану крові, розладів регіонарного та системного кровотоку, що призводить до істотного дисбалансу у функціонуванні багатокomпонентної системи регуляції гомеостазу з активацією низки патогенетичних чинників, які сприяють прогресуванню процесів ремоделювання бронхіального дерева. При цьому спостерігається активація плазматичних компонентів коагуляційного гемостазу, дефіцит секретії чинників протизгортувальної системи та фібринолізу, зниження функцій ендотелію та структурно-функціональних властивостей еритроцитів і тромбоцитів.

Метою дослідження було вивчення показників тиреоїдного гомеостазу та дії кортизолу у хворих із бронхообструктивним синдромом у хворих старшого віку в динаміці лікування препаратом "Латрен".

Дослідження показників тиреоїдного гомеостазу та дії кортизолу в динаміці лікування препаратом "Латрен" виконано у 89 осіб на ХОЗЛ у віці від 64 до 87 років (середній вік — $74,4 \pm 1,2$ роки). Тривалість захворювання на ХОЗЛ склала $(34,4 \pm 1,3)$ роки, переважав перебіг середньої тяжкості, II-III стадії захворювання. Для проведення порівняльного аналізу отриманих даних серед обстежених хворих були виділені групи: група 1 — хворі на ХОЗЛ з біохімічними ознаками еутиреозу; група 2 — хворі на ХОЗЛ з біохімічними ознаками гіпотиреозу, група 3 — хворі на ХОЗЛ з біохімічними ознаками гіпертиреозу. Були обстежені також практично здорові особи (ПЗО) у кількості 14 осіб. Виділені підгрупи: А — хворі до лікування; В — хворі, які лікувалися за стандартною схемою базисної терапії (М-холіноблокатори, β -адреноміметики, муколітики); С — хворі, які крім стандартної терапії отримували препарат "Латрен"

виробництва "ЮРІЯ-фарм" у дозі 200 мл (100 мг) внутрішньовенно, краплинно, упродовж 90 хвилин, 5 раз, через день. У всіх пацієнтів була оцінена функція ЩЗ, шляхом визначення вмісту в плазмі крові кортизолу, тиреотропного гормону (ТТГ), концентрації антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО), вільних фракцій тиреоїдних гормонів (трийодтироніну (vT_3), тироксину (vT_4)), а також обчислення індексу периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів (vT_3/vT_4). Дослідження виконували за допомогою імуноферментного аналізу на аналізаторі імуноферментних реакцій "RT-2100C" ("Rayto Electronics Inc", Китай), використовуючи набори реагентів (ООО "Хема-Медика", Росія), згідно інструкцій, за стандартними методиками.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих літнього та старечого віку із БОС на тлі еутиреозу, у динаміці лікування спостерігається зростання рівня ТТГ у плазмі крові, встановлюється відносна рівновага балансу вільних тиреоїдних гормонів, як у контрольній (1В), так і в основній (1С) групах. Так, рівень ТТГ в групі 1В зріс на 18,5 %, а в групі 1С на 26,6 % відносно таких до лікування. Різниця між показниками контрольної та основної груп становила 11,2 % (в усіх випадках $p < 0,05$). Слід відмітити, що рівень ТТГ у динаміці лікування хворих на ХОЗЛ гр.1С був вірогідно вищим, за такий, у групі ПЗО (на 15,1 %, $p < 0,05$). Натомість, статистично значимої різниці між значеннями показників у ПЗО та гр.1В не зафіксовано. Вміст вільного T_4 у гр. 1С

вірогідно збільшився на 22,1 %, у гр. В — на 18,2 % відносно групи хворих до лікування і вірогідно не відрізнявся від такого показника у ПЗО ($p = 0,102$). Різниця між аналогічними показниками груп 1В та 1С становила 5 %. Зниження рівня vT_3 в динаміці лікування носило статистично значимий характер, однак, значення цього показника також не досягло контрольних величин ПЗО. Рівень vT_3 був вірогідно нижчим, порівняно з показниками гр. 1А у хворих гр.1В — на 25,7 %, у групі 1С — на 28,8 % ($p < 0,05$). Статистично значимої різниці між рівнями вільного трийодтироніну у групах 1В та 1С не виявлено.

Отже, у хворих із БОС з функціональними показниками еутиреозу, у динаміці лікування, встановлюється рівновага тиреоїдного гомеостазу, в основному, за рахунок відновлення тиреотропної функції гіпофіза, зростання вмісту вільного тироксину. Базисна терапія зумовлює зниження периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів, завдяки чому, знижується рівень трийодтиронінемії в плазмі крові літнього та старечого віку. Так, індекс периферійної конверсії достовірно зменшився у гр. 1В на 39,3,7 %, у гр. 1С на 42,2 % і не відрізнявся практично між собою у цих групах хворих. У жодному випадку конверсія тиреоїдних гормонів не досягла рівня показників контрольних величин. Слід зазначити, що у пацієнтів гр.1С, у динаміці лікування з використанням препарату "Латрен", тиреоїдний баланс встановлювався швидше і є більш якісним, про що свідчить рівень ТТГ та тиреоїдна периферійна конверсія.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ СИМБІКОРТУ ТА ПУЛЬМІКОРТУ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

ТОЛСТАНОВ О. К.

Начальник управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації

Результати ряду рандомізованих клінічних досліджень щодо ефективності контролю бронхіальної астми протиастициними інгаляційними препаратами тривалої дії та спостереження практичних лікарів епідеміологічні дослідження дещо відрізняються: від 20 до 40 % хворих відмічають на фоні такої терапії наявність поодиноких нападів задухи упродовж тижня та обмеження працездатності.

Мета дослідження — виявити клінічну ефективність комбінованого бронхолітика формотерол-будесоніду (симбікорт) для контролю перебігу бронхіальної астми та можливість його застосування в комбінації з небулайзерною терапією будесонідом (пульмікортом) при лікуванні загострень бронхіальної астми.

Методи і матеріали. Обстежено 46 пацієнтів у віці 37—59 років; хворих на бронхіальну астму. Середня тривалість захворювання — 11 років. Хворі на початок дослідження не менше 3-х місяців отримували різну проти — астматичну терапію: пролонговані теофіліни, інгаляції глюкокортикостероїдів (ГКС), бета2 — агоністик короткої дії.

Хворі першої групи (26 чоловік) отримували формотерол-будесонід у добовій дозі 1 вдих 2 рази на день, хворі другої групи — інші комплексні інгаляційні препарати тривалої дії (сальметрол-флутиказон у дозі 25/250). При загостренні або нестабільному перебігу бронхіальної астми у пацієнтів першої групи до лікування додавали небулайзерну терапію пульмікортом та проводили SMART — терапію симбікортом.

У пацієнтів другої групи (20 чоловік) лікування загострень проводилось бета2-агоністами короткої дії теофіліном. Ефективність лікування оцінювали за динамікою симптомів бронхіальної астми, показників ФЗД (ОФВ₁). Контроль лікування був проведений через 1 місяць. 84,6 % (22 хворих) першої групи та 80 % (16 хворих) другої групи відмітили покращення стану: відсутність нападів задухи, збереження працездатності, динаміка ОФВ₁ в цих групах була (15-20 %). При загостренні або нестабільному перебігу бронхіальної астми у контрольній групі SMART — лікування симбікортом у комбінації з небулайзерною терапією пульмікортом 4 мг кожні 8 годин призводили до ліквідації симптомів захворювання, позитивній динаміці ОФВ₁. При лікуванні загострень у пацієнтів 2 групи двом пацієнтам було призначено ГКС системної дії (преднізолон — 40 мг на добу).

Висновки:

1. Інгаляційний комплексний препарат у формотерол-будесонід (симбікорт) високоефективний при досягненні контролю над бронхіальною астмою різної важкості. Його ефективність відповідає ефективності препарату сальметрол-флутиказон.

2. При нестабільному перебігу та загостренні бронхіальної астми SMART-терапія симбікортом у комбінації з небулайзерною терапією пульмікортом перевищує за ефективністю інші види терапії, відповідає за ефективністю лікуванню системними ГКС, але значно є безпечнішою.

МЕХАНИЗМЫ И МОДУЛЯЦИЯ ЭКТОПИЗАЦИИ КАЛЬЦИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ НА МОДЕЛИ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

ТРИШИНА С. В., УСОВА Н. Н., ТРИШИН С. В., КУДЕНКО О. В.

*Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,
г. Симферополь, кафедра педиатрии с курсом физиотерапии ФПО*

В настоящее время существует две гипотезы относительно места образования фосфата кальция. Согласно первой, это происходит внутри клетки, второй – во внеклеточном пространстве.

В связи с этим **целью предпринятого исследования** явилось изучение характера эктопизации кальция при бронхиальной астме (БА) в условиях торможения этого катиона внутрь клетки.

Для реализации поставленной цели была воспроизведена модель БА на морских свинках с последующим анализом аутопсийного материала. Для изучения эктопизации кальция был применен гистохимический метод Косса.

Полученные данные свидетельствуют, что для БА характерны включения микроконгломератов солей кальция в паренхиму легкого, чего в норме не отмечается. Лечение подопытных животных существенно меняет гистологическую картину. В частности, в гистохимических препаратах свинок, получавших курс нифедипина, отмечаются включения микро-

конгломератов солей кальция в паренхиме легкого вплоть до пылевидного характера.

Полученные результаты позволяют более определенно утверждать, что первичное образование фосфата кальция происходит преимущественно интрацеллюлярно. Правомочность такого заключения подтверждается резким уменьшением эктопизации фосфата кальция во внеклеточном пространстве вследствие блокады потенциалзависимых кальциевых каналов, вследствие чего ограничивается поступление этого катиона в клетку. Соответственно в этих условиях максимальная комплексовка с фосфатом невозможна. Кроме того, феномен экстрацеллюлярной эктопизации фосфата кальция требует дальнейшего изучения на предмет верификации его участия в инициации процесса склерозирования. В свою очередь, ингибция внеклеточной эктопизации кальция блокаторами потенциалзависимых кальциевых каналов может расширить наше представление о возможных эффектах этих лекарственных средств.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РІВНІВ ІМУНОГЛОБУЛІНУ Е У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА

ФАДЕЄВА Г. А., ПРИСТУПА Л. Н.

Медичний інститут Сумського державного університету, кафедра внутрішньої медицини

Ожиріння супроводжується активацією гуморальної ланки імунітету, тому у хворих на бронхіальну астму (БА) надмірно розвинена жирова тканина підтримує алергічне запалення дихальних шляхів.

Мета: вивчити вміст загального IgE як маркера атопії у хворих на БА із різною масою тіла.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 80 хворих на БА із перебігом середньої тяжкості та тяжким. І групу склали 22 пацієнти із БА та нормальною масою тіла, II групу — 58 хворих на БА із ожирінням. 20 практично здорових осіб (ПЗО) склали контрольну групу.

БА і ступінь її тяжкості діагностували згідно з критеріями GINA (2007). Індекс маси тіла оцінювали за реко-

ментаціями ВООЗ. За допомогою ІФА-наборів досліджували рівні загального IgE ("Полігност", Росія). Дані оброблені методом варіаційної статистики із використанням критерію Ст'юдента.

Результати. Кількість загального IgE в обстежених хворих становила в I-й групі ($240,1 \pm 19,92$) МО/мл, в II-й — ($298,6 \pm 16,32$) МО/мл у порівнянні з його вмістом у ПЗО ($28,2 \pm 3,75$) МО/мл. Таким чином, рівень IgE у хворих на БА із ВО був вищим у порівнянні з пацієнтами I групи ($p < 0,05$), що доводить роль гіперлептинемії та недостатнього синтезу ІЛ-10 в підтримці та в деякій мірі ініціації алергічного запалення в бронхах.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДЕТСКОЇ АЛЛЕРГОЛОГІЇ В ХАРЬКОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ФЕКЛИН В. А., КОЖЕМЯКА А. И.,
КЛИМЕНКО В. А., КОЛИУШКО Е. Г., АДАРЬКОВА Л. М.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики педиатрии №2, КУОЗ ОДКБ № 1, Областной детский аллергоцентр, г. Харьков, Украина

Детская аллергологическая служба Харьковского региона была создана в 1972 году и начиналась с одного кабинета на базе детской городской поликлиники № 7. Сегодня служба представлена детским областным аллергологическим центром, созданным Приказом Управления охраны здоровья Харьковской областной государственной администрации № 118 от 15.02.05 г. на базе ОДКБ № 1. Аллергоцентр включает 40 коек в стационаре, консультативный кабинет приема областных детей при ОДКП и городской аллергологический кабинет на базе городской детской поликлиники № 14. Не смотря на то, что последние годы сделано много для организации специализированной аллергологической помощи детям в Харьковском регионе, но остается большое количество проблем.

Первая проблема — кадровая. Обеспеченность детскими аллергологами в Харьковском регионе составляет 0,15 на 10 000 детского населения, что ниже республиканского показателя (0,2). Обеспеченность детскими аллергокабинетами составляет 0,45 на 100 тыс. населения, что в 3 раза ниже республиканского уровня (1,34/100 тыс.). Что стоит за этими цифрами? Обратимся к простым математическим расчетам. Количество детского населения Харьковского региона на конец 2008 года составило 431 796 детей. В нашем регионе в 1993-2001 годах сотрудниками кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения, пропедевтики педиатрии № 2 ХНМУ было проведено первое в Украине эпидемиологическое исследование (координатор — Огнев В.А) по выявлению частоты аллергических заболеваний (АЗ) у детей, которое позволило выявить истинную (а не по обращаемости, как дает официальная статисти-

стика) распространенность АЗ. Согласно результатам этой научной работы, симптомы АЗ выявлены у 34,6 % детей, т.е. 149 402 пациентов Харьковского региона нуждаются в специализированной аллергологической помощи. Бронхиальной астмой (БА) в нашем регионе страдает $98,25 \pm 2,59$ % детского населения (42 316 больных), атопическим дерматитом (АД) — $50,50 \pm 1,90$ % (22 022 детей) и аллергическим ринитом (АР) — $156,25 \pm 3,15$ % (67 360 пациентов). Таким образом, на одного детского врача — аллерголога сегодня приходится $149\,402 / 6 = 24$ тысячи 900 больных. Ни о каком соблюдении протоколов диагностики и лечения больных в условиях подобной нагрузки речь идти не может.

По выявляемости АЗ в городе нам удалось добиться определенного прогресса: по данным на 2008 год распространенность БА составила 10,03 % и 15,9 %; АР — 6,95 % и 85,0 %; АД — 22,44 % и 97,2 % у детей 0–14 лет и подростков 15–17 лет соответственно (сравните с данными эпидемиологических исследований — это, по меньшей мере, цифры одного порядка). Выявляемость АЗ в районах области остается неудовлетворительной: так, распространенность БА составляет — 4,23 % и 72,4 %; АР — 4,91 % и 92,6 %; АД — 7,19 % и 63,9 % у детей 0–14 лет и подростков 15–17 лет соответственно. Для "приближения" аллергологической помощи к жителям села в ОДКБ № 1 в течение последних 5 лет практикуются выезды детского аллерголога в районные больницы области. За 2008 год сделано 16 выездов, во время которых было проконсультировано 611 детей, из них 528 — из диспансерной группы. Но проблему оказания специализированной аллергологической помощи жителям села подобные выезды не решают, и детская аллергологическая

служба (не только Харьковского региона — это проблема актуальна для всех областей Укоины) нуждается в расширении с учетом увеличивающегося количества больных, страдающих АЗ.

Следующая проблема, логично вытекающая из первой, — недостаточный охват больных аллерготестированием. Особо хочется отметить, что аллерготестирование в Областном детском аллергоцентре проводится современным методом прик-теста и бесплатно — даже в условиях кризиса администрация ОДКБ № 1 нашла возможность выделить деньги на закупку аллергенов в достаточном ассортименте и количестве. Мало детей в области получают специфическую алерговакцинацию — единственным методом лечения БА и АР, который "перестраивает" тип иммунного ответа,

и эффективность которого сегодня доказана методами доказательной медицины.

Выводы:

1. В Харьковском регионе обеспеченность детскими аллергологами и детскими алергокабинетами недостаточная и ниже республиканского уровня.

2. Областной детский алергоцентр при ОДКБ № 1 является организационным и методическим центром оказания помощи детям с алергопатологией, где внедрены современные методики обследования и лечения больных.

3. Необходима широкая разъяснительная работа среди педиатров для увеличения удельного веса больных БА и АР, получающих адекватную современную эффективную терапию — специфическую алерговакцинацию.

ВЕРИФИКАЦИЯ ЭТИОЛОГИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

ФЕКЛИН В. А., КЛИМЕНКО В. А., КАНДЫБА В. П., ДРЕВАЛЬ Д. Т., РОМАНОВА А. С., ХАЛТУРИНА Т. А., ГАЙДАМАКА Л. Н. КЛИМЕНКО В. А., КОЛИУШКО Е. Г., АДРЮКОВА Л. М.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики педиатрии № 2

Наиболее частой причиной рецидивирующего бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей являются заболевания дыхательной системы. Как правило, пациентам с рецидивирующим БОС выставляется диагноз бронхиальная астма. Однако, педиатру следует помнить, что БОС является гетерогенным по своей сути и может быть проявлением заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, нервной системы, глистных инвазий и др. В случаях, когда поражение дыхательной системы является вторичным, рутинная терапия оказывается неэффективной.

Цель работы — повышение эффективности оказания медицинской помощи детям путем совершенствования диагностики.

Задача — описание клинического случая рецидивирующего БОС у ребенка 1,5 лет, обусловленного наличием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Девочка М., 1 год 5 мес. поступила с жалобами матери на наличие у ребенка затрудненного дыхания, сухого навязчивого кашля, беспокойство. Заболевание началось остро за одни сутки до госпитализации, когда внезапно появились вышеуказанные жалобы. Из анамнеза известно, что ребенок в возрасте 1 год 3 месяца перенес острый обструктивный бронхит, который протекал на фоне нормальной температуры; в 1 год 4 мес. — правостороннюю очаговую пневмонию, внегоспитальную, средней степени тяжести, осложненную бронхообструктивным синдромом, ателектазом левого легкого. Заболевание началось остро, протекало без лихорадки. Перинатальный и алергоанамнезы не отягощены. Отец и брат ребенка страдают хроническим гастродуоденитом. При поступлении состояние пациента тяжелое за счет дыхательной недостаточности III степени. Одышка экспираторного типа, тахипное до 70 в минуту. Грудная клетка расширена в переднезаднем размере, экскурсия грудной клетки снижена, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими коробочный звук над всей поверхностью легких с обеих сторон, аускультативно — обилие сухих свистящих и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон.

При лабораторном обследовании хламидиоз, микоплазмоз, муковисцидоз были исключены. При обзорном иммунологическом обследовании — иммунодефицита не выявлено, уровень IgE в пределах возрастной нормы.

Ранний возраст пациента, рецидивирующий характер заболевания, отсутствие лихорадки при обострениях, наличие в анамнезе ателектаза (по-видимому, вызванного аспирацией), отсутствие атопического дерматита у ребенка, неотягощенная по алергии наследственность, наличие в семье хронического гастродуоденита, нормальный уровень IgE и отсутствие эозинофилии в крови, отсутствие физических изменений в легких в межприступный период позволили заподозрить наличие у ребенка гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. При эзофагогастродуоденоскопии выявлены дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс, поверхностный эзофагит.

Таким образом, был выставлен диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни III степени. Назначено лечение: 1) антирефлюксная диета (питание дробное небольшими порциями, пища густой консистенции, исключены механические, термические, химические раздражители, переедание и продукты, которые снижают тонус нижнего пищеводного отверстия — жиры, томаты, шоколад, лук, уксус, цитрусовые), 2) режим (после еды не ложиться, последнее кормление — за 3–4 часа до сна, спать в кровати с приподнятым головным концом, ограничить физические нагрузки и наклоны тела, избегать тесной одежды, тугих поясов), ограничить прием препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного отверстия (теофиллин и т.д.) 3) прокинетики домперидон по 2,5 мг 3 раза в сутки за 15–20 мин. до еды +1 раз перед сном — 4 недели, 4) фосфалюгель по 1 / 2 пакетика после еды 3 раза в сутки через 1 час после еды — 4 недели. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика (катамнез составил 6 месяцев).

Согласно литературных данных, клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни зависят от возраста ребенка. Так, у детей первого года жизни преобладают «внепищеводные» проявления в виде

респираторных расстройств (кашель, дисфония, приступы удушья). По мере роста ребенка на передний план выходят «пищеводные» проявления (боли в подложечной области и за грудиной, усиливающиеся после принятия пищи, диспепсические проявления: дисфагия, отрыжка, изжога, периодически возникающая икота, тошнота, рвота). Отличительной особенностью описанного клинического случая является полное отсутствие у ребенка клинических симптомов со стороны желудочно-кишечно-

го тракта. Только знания врача и настороженность при дифференциальной диагностике способствовали установлению правильного диагноза.

Выводы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей раннего возраста может проявляться клинически рецидивирующим БОС при отсутствии симптомов поражения желудочно-кишечного тракта. Информирование врачей о гетерогенности этиологии рецидивирующего БОС способствует повышению эффективности диагностики.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАТИНІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ФЕШЕНКО Ю.І., ЯШИНА Л.О., ДЖАВАД І.В., ПОЛЯНСЬКА М.О.,
КРАМАРСЬКА Н.В., ПАЛКОВСЬКИЙ С.В., ІЩУК С.Г., ВАДНІВ О.О.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського
АМН України"

Бронхіальна астма (БА) — хронічне запальне захворювання, в основі його лікування полягає протизапальна терапія. Але незважаючи на успіхи, досягнуті в діагностиці та веденні хворих БА, достатній контроль перебігу залишається значною проблемою практичної охорони здоров'я. Тому розробка нових препаратів, пошук нових схем лікування, спроба застосування препаратів, що використовуються при інших захворюваннях, які б могли іншими шляхами, ніж глюкокортикостероїди, зменшувати запалення в повітряпроводних шляхах, спричинити додатковий ефект при бронхообструктивних захворюваннях, є актуальним.

Дослідження останніх років довели, що статини, препарати, що застосовуються для зменшення вмісту холестерину, також мають протизапальні властивості.

Багатоцентрові рандомізовані клінічні випробування показали високу ефективність статинів не тільки в якості гіполіпідемічних засобів, але й засобів, що знижують смертність і попереджують розвиток ускладнень від ІХС та інших судинних захворювань. Є припущення, що позитивні ефекти статинів пов'язані не тільки із пригніченням біосинтезу холестерину в гепатоцитах, що призводить до зниження ХС ЛПНЩ, тригліцеридів, але й наявністю численних плейотропних (pleiotrop (грец.) — більш; tropos — напрямок) ефектів. Плейотропні властивості статинів різноманітні й клінічно настільки суттєві, що їх можна назвати «новим аспірином» (R. Fox, 2002), новим імуномодулятором (F. Mach, 2001), протизапальним засобом (Н. А. Грацианский, 2002). До теперішнього часу виявлене більше двох десятків плейотропних властивостей статинів.

Тому **метою нашого дослідження** було вивчити вплив аторвастатину (синтетичний статин III генерації, субстрат ізоензиму СYP3A4 цитохрома P450) в якості протизапального засобу в комплексній терапії хворих із тяжким перебігом БА, у яких не було досягнуто контроль захворювання при застосуванні високих доз ІКС в комбінації з пролонгованої дії β_2 -агоністом.

Робота виконана за державний кошт.

До початку досліджуваного курсу лікування всі хворі отримували однакову базисну терапію протягом останніх 3-х місяців: сальметерол/ флутиказону пропіонат 25/250 мкг — по 2 інгаляції 2 р/добу, інгаляції сальбутамолу за вимогою.

Дизайн дослідження був побудований таким чином, що одні й ті ж хворі, в залежності від лікування, що їм проводилось в перші та другі 4 тижні спостереження, складали кон-

трольну групу (протягом перших 4-х тижнів досліджувані хворі продовжували прийом сальметеролу/флутиказону пропіонат 25/250 мкг — по 2 інгаляції 2 р/добу, інгаляції сальбутамолу за потребою), та основну — протягом наступних 4-х тижнів до вищезазначеної терапії було додано аторвастатин 10 мг на добу.

Хворі обстежувались тричі — перед початком дослідження, по закінченні перших 4-х тижнів терапії та через 4 тижні прийому комплексного лікування з додаванням аторвастатину.

Протягом усього періоду дослідження хворі вели щоденник самоспостереження, де відмічали симптоми, прийом "швидкодіючого" препарату (сальбутамолу), показання пікової швидкості видиху зранку та ввечері.

Накопичення даних та їх математична обробка проводились за допомогою ліцензійних програмних продуктів, що входять в пакет Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297. Статистична обробка виконувалась за допомогою математичних і статистичних можливостей MS Excel і полягала у визначенні часток (відсотків) та їх середньої похибки з подальшим порівнянням, з метою визначення достовірності відмінностей часток, з використанням t-критерію Ст'юдента.

В дослідженні приймали участь 31 хворий на БА, чоловіків — 7, жінок — 24, середній вік ($55,9 \pm 1,8$) років, ОФВ₁ — $31,7\% \pm 60,0\%$ ($49,5 \pm 1,43$) % від належних.

У всіх хворих діагноз БА був встановлений правильно, підтверджений і клінічно, і функціонально.

Середній вік, в якому з'явилися симптоми астми, становив ($35,6 \pm 2,1$) роки. Тривалість захворювання становила від 3 до 45 років, в середньому ($15,7 \pm 2,2$) роки.

Усі хворі мали ознаки тяжкого недостатньо контролюваного перебігу захворювання.

За результатами досліджень стану місцевого імунітету бронхів шляхом визначення процентного складу лейкоцитів за вмістом еозинофілів, нейтрофілів, лімфоцитів та альвеолярних макрофагів в індукованому харкотинні хворі на БА, які отримували досліджуване лікування, були поділені на 2 групи: у 16 пацієнтів (5 чоловіків та 11 жінок віком від 38 до 71 ($57,9 \pm 2,5$) років) було визначено переважно нейтрофільний тип запального процесу у бронхах (I група), а у 15 пацієнтів (2 чоловіків та 13 жінок віком від 41 до 70 ($53,8 \pm 2,5$) років) — еозинофільний тип (II група).

В групі хворих із переважно нейтрофільним характером запалення продовження прийому базисної терапії, яка про-

водилась хворими впродовж останніх 3-х місяців перед початком дослідження, не призвела до статистичної динаміки клінічних показників. Додання аторвастатину призвело до достовірного ($p < 0,05$) відносно вихідних даних та результатів, отриманих по закінченні перших 4-х тижнів дослідження, зменшення нічних симптомів, кашлю, задишки та загального астма-рахунку, ранкової ПОШвид, нічної та добової потреби в бронхолітиках для зняття симптомів. Збільшилась, але без статистичної достовірності, ПОШвид. ввечері, визначалась тенденція до зменшення денних симптомів.

В групі хворих із переважно еозинофільним типом запалення продовження попередньої терапії також не призвело до змін показників щоденника самопостереження, по закінченні перших 4-х тижнів вони зберігались на вихідному рівні. Додання аторвастатину призвело до дещо менш

вираженої позитивної динаміки, ніж в попередній групі — статистично достовірного ($p < 0,05$) зменшення рахунку задишки, загального астма-рахунку, недостовірного зменшення інших показників, помітного, але недостовірного збільшення ПОШвидиху.

Таким чином, при дослідженні ефективності лікування хворих БА з тяжким перебігом було виявлено, що додання аторвастатину було ефективним, що проявлялось в достовірному ($p < 0,05$) відносно вихідних даних:

- зменшення нічних симптомів, кашлю, задишки та загального астма-рахунку, ранкової ПОШвид, нічної та добової потреби в бронхолітиках для зняття симптомів у хворих із нейтрофільним типом запального процесу у бронхах;
- зменшенні рахунку задишки, загального астма-рахунку у хворих із еозинофільним типом запалення.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛУТИКАЗОНА ПРОПИОНАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

ИГНАТЬЕВА В. И., ГУМЕНЮК Г. Л.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины»

Цель исследования — изучить клинко-функциональную эффективность и переносимость препарата Флохал (1 доза — 50 мкг флутиказона пропионат), назальный спрей, производства фирмы "Ципла Лтд", Индия, у больных персистирующим аллергическим ринитом (АР) с легким и средне-тяжелым течением.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчин, 9 женщин в возрасте 18 — 45 лет). Аллергическая природа заболевания была подтверждена у всех пациентов кожными алерготестами. Препарат назначали в дозе 50 мкг в виде двухкратного впрыскивания в каждую ноздрю 1 раз в день на протяжении 1 месяца. Все пациенты использовали деконгестанты по потребности.

Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов АР, частоте использования деконгестантов, функциональных показателей назальной проходимости по данным риноманометрии (аппарат "Rhinoscreen" фирмы "Erich Jaeger").

Тяжесть клинических симптомов АР оценивали в динамике на основании дневника самонаблюдения пациента и осмотра врача отоларинголога до лечения и на фоне проводимой терапии. Выраженность симптомов обозначали в баллах: 0 баллов — отсутствие симптомов; 1 балл — слабые проявления симптомов; 2 балла — умеренные проявления симптомов; 3 балла — тяжелые проявления симптомов. При проведении риноманометрии анализировались следующие показатели: носовой поток справа (Flow R), сопротивление справа (Resist R), носовой поток слева (Flow L), сопротивление слева (Resist. L), общий носовой поток (Flow Sum).

Результаты исследования: До начала исследования все пациенты предъявляли жалобы на затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, чихание, зуд в носу, обильные слизистые выделения из носа. У 12 (60,0%) больных отмечались симптомы АР средней тяжести и у 8 (40,0%) — легкие.

На фоне проводимого лечения у всех пациентов отмечена положительная динамика клинических симптомов заболевания и функциональных показателей. Ринорея достоверно уменьшалась на 8-й день, заложенность носа — на 9-й день, зуд в носу и чихание — на 10-й день фармакотерапии. К окончанию лечения потребность в использовании деконгестантов сохранялась только у 4 (20,0%) пациентов. У 16 (80%) больных определялась нормализация риноскопической картины. Общий носовой поток увеличился с $(541,7 \pm 18,7)$ мл/сек до $(709,3 \pm 21,1)$ мл/сек ($p < 0,05$), отмечалась выраженная тенденция к снижению сопротивления правого и левого носовых ходов. Все пациенты отмечали улучшение качества жизни — улучшение носового дыхания, уменьшение головной боли, нормализацию ночного сна, повышение работоспособности.

Хорошая переносимость исследуемого препарата наблюдалась у 90% больных. У 2 (10%) пациентов отмечена умеренная сухость в носу, что не потребовало отмены препарата.

Выводы: Флохал (флутиказона пропионат), назальный спрей в дозе 50 мкг в виде двухкратного впрыскивания в каждую ноздрю 1 раз в день на протяжении 1 месяца оказывал выраженное антиаллергическое действие, проявляющееся в положительной динамике клинических симптомов АР, а также показателей риноманометрии. Препарат не оказывал серьезных побочных эффектов и хорошо переносился пациентами.

ГИПОДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЕ

ХОДОШ Э. М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Городская клиническая больница № 13, Харьков

Бронхиальной астмой страдает 5–11% населения любой страны мира. Согласно статистическим данным МЗ Украины в 2002 г. бронхиальная астма выявлена у 0,5% жителей страны (~ 250 000). В 2007 г. распространённость астмы составила — 493,3, а в 2008 — 496,3 на 100 тыс. взрослого населения. Цель исследования: изучить причины гиподиагностических ошибок при бронхиальной астме путём клиничко-поликлинического сопоставления.

Материалы и методы. Изучена 301 история болезни больных в возрасте от 18 до 72 лет. У всех пациентов в результате углублённого обследования впервые диагностирована бронхиальная астма. В то же время больные направлялись в стационар со следующими диагнозами: хронический бронхит — 137 (45,5%) человек, внебольничная пневмония — 72 (23,9%), хроническое обструктивное заболевание лёгких — 61 (20,2%), бронхоэктазы — 18 (5,9%), идиопатический фиброзирующий альвеолит — 11 (3,6%) и врождённая аномалия трахеобронхиального дерева — 2 (0,6%). Все больные жители города. При обследовании учитывались жалобы, анамнез (в т.ч. аллергологический),

факторы риска, наследственность, наличие или отсутствие признаков атопии, предшествующее лечение, сывороточный IgE, наличие/отсутствие хронического ринита, оценивались данные физикального и лабораторно-инструментальных исследований, в частности, КТ ОГК, ФВД а также ответ на противоастматическую терапию при купировании обострений.

Результаты. У всех обследованных больных исключён диагноз направившего учреждения, впервые диагностирована бронхиальная астма различной степени тяжести, получен положительный терапевтический эффект и налажена базисная терапия.

Выводы. Главными причинами гиподиагностики бронхиальной астмы явились: неправильная интерпретация жалоб, аускультативных параметров, анамнеза, совокупных проявлений болезни; недостаточное лабораторно-инструментальное обследование и его отсутствие; имела место установка на безошибочность диагноза и нелогичность выводов, то есть ошибки в суждении, а в целом отсутствие клинического опыта.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ГЕНОМУ НЕЙТРОФІЛІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

ЦИМБАЛІСТА О. Л., КОВАЛЬЧУК Л. Є., ДЕХТЯР В. Б.,
ЯСТРЕБОВА О. С., БАГРИНОВСЬКИЙ Р. І.

Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедри дитячих хвороб факультету післядипломної освіти та медичної біології
з курсом медичної генетики м. Івано-Франківськ

Мета дослідження: вивчення особливостей впливу метаболічних препаратів на функціональний стан геному (ФСГ) клітин у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) на фоні недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали та методи: обстежено 67 дітей (6–11 років), хворих на БА. І групу склали 20 хлопчиків і 15 дівчаток, хворих на БА з проявами НДСТ; II — 15 хлопчиків і 17 дівчаток — без проявів НДСТ. Контрольну — практично здорових 6 хлопчиків і 7 дівчаток. Усі пацієнти отримували базову терапію згідно протоколу лікування. Окрім того, дітям — у Іб та ІІб груп в комплексному лікуванні призначали препарат кардонат, а — у Ів та ІІв — тіотріазолін. Аналізували цитологічні препарати нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові з визначенням індексів: хроматизації (ІХ), ядерцевого (ЯІ), патологічно змінених ядер (ПЗЯ), статевого хроматину (СХ).

Результати обстеження. Виявлено зниження ІХ у всіх дітей, хворих на БА, порівняно з контрольною групою у 1,17 раз ($p < 0,001$). Також, зменшився ЯІ: у І гр. — у 1,88 і у ІІ — у 1,4 рази ($p < 0,001$), більше у дітей з проявами НДСТ ($p < 0,01$), що свідчить про зменшення у них метаболічної активності нейтрофілів. У дівчаток І гр. СХ зменшився у 2,38 і у ІІ — у 1,46 рази ($p < 0,001$) порівняно з контролем. У хлопчиків величина СХ зростала у 1,63 та у 1,49 рази (І і ІІ групи відповідно). Паралельно зріс ПЗЯ у дітей І гр. — у 2,82 ($p < 0,001$) порівняно з контролем і у 1,28 рази ($p < 0,001$) порівняно з дітьми ІІ гр. Окрім того, у дівчаток доведено прямий кореляційний зв'язок між ЯІ-ІХ та ЯІ-СХ ($r=0,43-0,58$; $p < 0,05$); зворотній — між ПЗЯ-ІХ, ПЗЯ-ЯІ та ПЗЯ-СХ ($r=-0,59-0,69$; $p < 0,01$). У хлопчиків прямі кореляції між ІХ-ЯІ, ПЗЯ-СХ ($r=0,62-0,7$; $p < 0,001$); зворотні — між СХ-ІХ, СХ-ЯІ, ПЗЯ-ІХ ($r=-0,51-0,63$; $p < 0,05$). Отже, аналізом показників ФСГ показано суттєвіші порушення транскрипційно-трансляційного апарату нейтрофільних гранулоцитів у дітей з НДСТ. Після курсу лікування у дітей І групи прослідковується залежність змін показників ФСГ нейтрофілів від проведеної терапії. У Іб та ІІв групах спостерігалось покращення більшості індексів, щодо їх вихідного рівня ($p < 0,01-0,001$), а в Іа — тільки ПЗЯ ($p < 0,01$). Індекс хроматизації зріс у всіх дітей Іб та ІІв груп у 1,11 – 1,12 рази, а у Іа — практично не змінився. Взаємозв'язок у дівчаток між вищеназваними по-

казниками доводять сильні кореляції: пряма між ІХ та ЯІ ($r=0,78$, $p < 0,001$); зворотня — між ЯІ та ПЗЯ ($r=0,77$, $p < 0,001$). У хлопчиків — між ІХ та ЯІ прямий середньої сили зв'язок ($r=0,67$, $p < 0,001$) та зворотній сильний між ЯІ та ПЗЯ ($r=0,8$, $p < 0,001$). СХ збільшився у всіх осіб жіночої статі без істотної відмінності між групами. У протележної статі СХ мав тенденцію до зниження у Іб та ІІв групах, а у Іа — до зростання, що може свідчити про недостатній контроль транскрипційно-трансляційних процесів у хлопчиків, хворих на БА на фоні НДСТ. У дітей, хворих на БА без проявів НДСТ, цитологічні показники нейтрофілів периферійної крові в процесі лікування покращились у більшості обстежених, хоча достовірно тільки в ІІб та ІІв групах ($p < 0,05-0,001$). Оцінка отриманих даних хлопчиків та дівчаток разом, показала суттєвіші зміни наступних індексів ІІб групи порівняно з такими ІІа: ІХ ($p < 0,05$) та ПЗЯ ($p < 0,01$), а ІІв порівняно з ІІа групою: ІХ ($p < 0,05$), ЯІ ($p < 0,05$) та ПЗЯ ($p < 0,001$). У хлопчиків різницю відмічено між показниками у дітей, які отримували тільки базову терапію та тими, які додатково приймали тіотріазолін: ІХ зріс в останніх у 1,17 ($p < 0,05$), а ПЗЯ зменшився у 1,38 рази ($p < 0,01$). Важливо відмітити, що у дівчаток, які отримували препарат тіотріазолін індекс гетеропікнотичної Х-хромосоми зріс у 1,5 та у 1,15 раз більше порівняно з такими ІІа та ІІб груп ($p < 0,01$). У хлопчиків СХ у ІІб групі достовірно більше знизився порівняно з ІІв групою ($p < 0,01$). Кореляційний аналіз черговий раз підкреслює прямі зв'язки між ІХ та ЯІ у хлопчиків та дівчаток: ($r=0,81$, $p < 0,001$) та ($r=0,69$, $p < 0,01$) відповідно. Та зворотні кореляції між ІХ та ПЗЯ: ($r=-0,88$, $p < 0,001$) — у хлопчиків та ($r=-0,57$, $p < 0,05$) — у дівчаток, а також між ЯІ та ПЗЯ: ($r=-0,85$, $p < 0,001$), ($r=-0,79$, $p < 0,001$) відповідно.

Висновки: проведений в процесі лікування з призначенням базової терапії комплексний аналіз чотирьох показників ФСГ нейтрофільних гранулоцитів периферійної крові довів позитивну їх динаміку у дітей, хворих на БА без проявів НДСТ, на відміну від пацієнтів, хворих на БА на фоні НДСТ. Включення в комплексне лікування дітей, хворих на БА, препаратів кардонат та тіотріазолін показало позитивний вплив на цитогенетичні показники нейтрофілів, більше виражений у пацієнтів з проявами НДСТ.

ОСНОВНЫЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ЧЕРНЫШЕВА О. Н., ЧЕРНОВА С. А*,
ПИЛИПЕНКО Н. О., БРЫКАЛИН В. П., БОРОВИК И. Г.

НИИ гигиены труда и профзаболеваний Харьковского медуниверситета,

*Харьковская меакадемия последипломного образования, кафедра гигиены труда и профпатологии

Цель исследования: выявить наиболее уязвимые звенья иммунной и других систем организма больных (Б) бронхиальной астмой (БА, 96 человек) профессионального генеза (ПГ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОЗЛ) — группа БА. Данные по БА были сопоставлены с таковыми Б ХОЗЛ (49 человек) и группами контроля. (всего 90 человек).

Установлено, что количество клеток с CD-16 маркерами, то есть активированных Т-лимфоцитов, было повышенным в обеих группах Б и может быть связано с напряженностью компенсаторных механизмов, отвечающих за количественные параметры клеточных популяций. В то же время иммунорегуляторный индекс (ИРИ, CD-4/CD-8) снижен у Б БА, что позволяет говорить о наличии иммунодефицитного (ИД) состояния. Известно, что одной из характерных черт иммунологической реактивности организма при БА является не снижение, а повышение ИРИ, а в данном случае обусловлено, очевидно, сочетанием БА и ХОЗЛ. Показатели чувствительности лимфоцитов к бактериальному агенту (туберкулин — Тб) также снижены. В большей степени снижены функциональные резервы клеток в обеих группах, выявляемые при нагрузке Тб (Патент № 29041 У, 2007) в сравнении с контрольными цифрами (у ХОЗЛ — в 3,5 и БА — в 4,2 раза), что дополняет заключение о наличии ИД не только при БА, но и у Б ХОЗЛ. Однако, наибольшей слабостью у Б БА ПГ отличается неспецифическая резистентность — первая линия защиты и очищения организма. Как показали исследования, у Б БА наблюдается дисбаланс — ослабленная бактерицидная система (НСТ-тест) и гиперактивный фагоцитоз. Положение усугубляется тем, что специфический иммунитет в этом случае также ослаблен. Отсюда — изменения свойств белков тканей, нарушение процесса узнаваемости «своего» и несовершенство элиминационных процессов. В некоторой степени это подтверждается невысоким уровнем у Б БА аутоантител, в частности, к ДНК — нативной, одонитчатой и ее распавшимся фрагментам, а также к АГ щитовидной железы и коллагену, в сравнении с таковым группы ХОЗЛ. Таким образом патогенез БА ПГ и тяжесть течения, в значительной степени определяются недостаточностью иммунной системы организма, а именно она в основном ответственна за структурный гомеостаз организма. В то же время, известно, что БА многофакторное заболевание, что подтверждается наличием связи тяжести течения БА с отклонениями в других системах организма, таких как эндокринной, вегетативного отдела ЦНС, фактора наследственности и других (всего 11). По наличию или отсутствию которых можно говорить о склонности к развитию заболевания и тяжести его течения (патент № 63117А, 2004). В силу слабости гуморального иммунитета, уровень IgE у Б БА невысокий и несколько ниже такового группы ХОЗЛ (соответственно $260,35 \pm 71,2$) и $(274,4 \pm 60,6)$ МЕ). Следует отметить, что обе группы Б — это в основном работающие (Р) в алергоопасных условиях труда, а IgE в этом случае является своего рода адаптогеном и его высокие и

очень высокие уровни, характерные для здоровых Р, позволяют удерживать иммунный статус от срыва. После срыва, когда появляется заболевание с признаками аллергической настроенности организма и ИД, то и этого количества IgE достаточно для запуска каскада патологических реакций. В результате формируется такое состояние, когда гиперфункции почти не наблюдается ни в одном звене иммунитета, а эффекты обструкции ярко выражены. Видимо, поэтому на фоне несовершенства тканевого гомеостаза органици формируется "иммунное воспаление" с эозинофильной инфильтрацией, являющееся информативным показателем наличия аллергического компонента. Однако, относительно структуры клеточных мембран (интенсивность перекисному гемолиз эритроцитов — ПГЭ при возрастающих концентрациях мочевины), сделанное заключение не совсем правомерно. Было установлено (график), что у Б БА происходит инверсия в соотношении скорости гемолиза во 2-й и 4-й точках, указывающая на определенные изменения на уровне микроструктуры этих участков мембран, чего не наблюдалось в контроле, у здоровых Р литейного производства (ЛП) и Б ХОЗЛ. В то же время отклонения в точках 5 и 6 у Б БА, отражающих состояние структуры клеточных мембран в целом, минимальны и близки к таковым контроля и здоровым Р ЛП, в сравнении с Б ХОЗЛ, что может быть свидетельством сохранности структуры и объяснять в какой-то мере обратимость обструкции при БА.

Таким образом, профессиональная БА, которая чаще всего сочетается с наличием ХОЗЛ, отличается значительными изменениями в иммунном статусе, проявляющимися в виде недостаточности во всех его звеньях, что может обуславливать тяжесть ее течения.

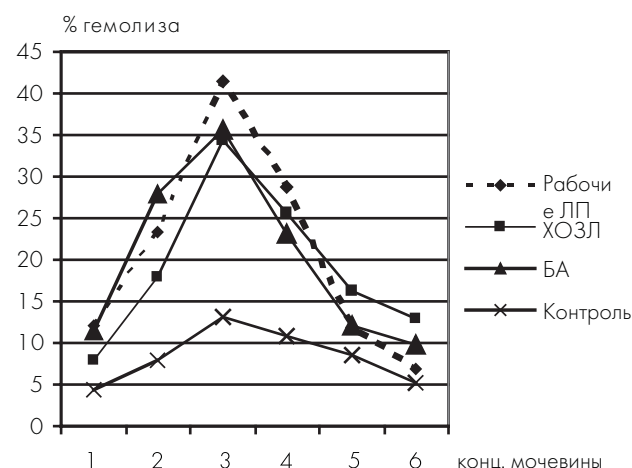


Рис. Показатели ПГЭ у больных БА, ХОЗЛ и здоровых лиц

КОНЦЕНТРАЦІЯ ПРОЗАПАЛЬНОГО (ІЛ-2) ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ (ІЛ-4, ІЛ-5, ЦИТОКІНІВ) У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ТЛІ ЕОЗИНОФІЛІЇ

ЧОП'ЯК В. В., ЛІЩУК-ЯКИМОВИЧ Х. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра клінічної імунології та алергології, м. Львів

Бронхіальна астма (БА) — проблема світового значення, що перебуває у центрі уваги клініцистів різних спеціальностей. За останні роки в усьому світі, в тому числі й Україні, спостерігається тенденція до зростання захворюваності на БА, зміщення її маніфестації на більш ранній вік та тенденція до більш важкого перебігу.

Мета роботи: оцінити особливості рівнів прозапальних (ІЛ-2) та протизапальних (ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-10) цитокінів у хворих на бронхіальну астму з еозинофілією та без еозинофілії.

Нами було обстежено 60 хворих на БА: у 30-ти хворих хвороба перебігала з еозинофілією (чоловіків — 15, жінок — 15, віком від 18 до 70 років), ще у 30 хворих — БА перебігала на тлі нормального абсолютного числа еозинофілів (чоловіків — 16, жінок — 14, віком від 18 до 64 років). Визначення концентрації інтерлейкінів ІЛ-2, ІЛ-4, ІЛ-5 та ІЛ-10 в сироватці крові проводили за допомогою методу імуноферментного аналізу з використанням стандартних наборів реактивів "ІЛ-2", "ІЛ-4", "ІЛ-5" та "ІЛ-10" ("Diacclone", Франція).

Результати: Рівень ІЛ-2 у хворих на БА без еозинофілії був у 2,8 рази вірогідно вищим, ніж у хворих на БА з еозинофілією (відповідно $10,60 \pm 0,26$ пг/мл і $2,48 \pm 0,19$ пг/мл, $p < 0,001$), а концентрація протизапального цитокіну ІЛ-4 у хворих на БА без еозинофілії ($2,69 \pm 0,33$ пг/мл) була в 3 рази нижчою, ніж у хворих на БА з еозинофілією ($8,17 \pm 0,17$ пг/мл, $p < 0,001$). У крові хворих на БА з еозинофілією рівень ІЛ-5 становив $3,79 \pm 0,98$ пг/мл, що в 3,5 рази було вищим, ніж у хворих на БА без еозинофілії ($1,07 \pm 0,07$), $p < 0,01$. Концентрація ІЛ-10 у крові хворих на БА без еозинофілії ($2,79 \pm 0,31$ пг/мл) незначно відрізнялась від його концентрації у крові хворих на БА з еозинофілією ($2,88 \pm 0,39$ пг/мл, $p > 0,05$).

Таким чином, на основі отриманих результатів дослідження підтверджується цитокіновий механізм регуляції патогенезу патологічного процесу щодо впливу ІЛ-4 та ІЛ-5 на проліферацію, диференціацію, дозрівання еозинофілів та їх подальшу участь у формуванні бронхіальної астми.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСОЦІАТИВНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ТЛІ СИНДРОМУ ЧАРДЖ-СТРОССА

ЧОП'ЯК В. В., ЛІЩУК-ЯКИМОВИЧ Х. О., ПОТЬОМКІНА Г. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра клінічної імунології та алергології, м. Львів

Незважаючи на той факт, що синдром Чардж-Стросса (СЧС) рідкісна хвороба, число хворих на цю патологію з кожним роком збільшується в усьому світі, в тому числі й в Україні. До загально прийнятих діагностичних критеріїв СЧС відносяться: бронхіальна астма, гіпереозинофілія, системні прояви васкуліту тощо. Майже в усіх випадках СЧС маніфестує симптомами бронхіальної астми (БА). Патогенез цієї хвороби остаточно нез'ясований, однак відомо, що в розвитку СЧС приймають участь численні механізми, в т.ч. генетичні, цитокінові, секвестральні (мімікрічні), імунодезінтеграційні тощо.

Тому, метою нашої роботи було вивчення клініко-імунологічних асоціативних особливостей у хворих на бронхіальну астму на тлі СЧС.

Під нашим спостереженням знаходились 30 хворих на СЧС (14 чоловіків, 16 жінок у віці 19–78 років), серед яких у 27 хворих (90,0%) зафіксовані симптоми бронхіальної астми, з якими відбувалася маніфестація хвороби. Для діагностики основного патологічного процесу були використані клінічні, інструментальні, загальні лабораторні та імунологічні дослідження. Популяції та субпопуляції лімфоцитів визначали з використанням моноклональних антитіл методом проточної цитофлюориметрії; концентрацію сироваткового ІgE та інтерлейкінів досліджували імуноферментним аналізом (тест-сис-

теми "Diacclone", Франція). Контрольну групу склали здорові особи (36 осіб) відповідного віку і статі.

На основі отриманих результатів комплексного дослідження в хворих на СЧС з симптомами бронхіальної астми було встановлено: у 75,0% хворих — діагностований стійкий гіпереозинофільний синдром (абсолютне число еозинофілів у периферичній крові — більше 0,5 Г/л), у більшості випадків легкого ступеню; збільшення концентрації загального сироваткового ІgE (у 70,0% хворих); гіпергаммаглобулінемія (50,0% випадків); підвищена ШОЕ та високий рівень СРП — у 50,0% хворих. Проведений аналіз показників імунограми показав, що в половини хворих встановлено зниження числа CD3-лімфоцитів, причому в 50% випадків — за рахунок Т-хелперної субпопуляції (CD4⁺) і 45,0% хворих — за рахунок CD8⁺-лімфоцитів. Високий рівень циркулюючих імунних комплексів на тлі зниження загальної комплементарної активності сироватки була зафіксована в 75,0% хворих. У крові всіх хворих виявлені перинуклеарні антинеїтрофільні цитоплазматичні антитіла (pANCA). Концентрація прозапального ІЛ-2, та антизапального ІЛ-5 була вірогідно вищою порівняно із здоровими особами і залежала від ступеня еозинофілії. Високий рівень еозинофілів корелював з високою концентрацією ІЛ-5 ($r = +0,71$) та ІЛ-2 ($r = +0,68$). Аналіз

клініко-імунологічних даних показав, що прояви бронхіальної астми в 2,2 рази, а прояви бронхіальної астми в асоціації з алергічним ринітом — у 3,2 рази частіше зустрічалися в хворих на СЧС з середньо-важким ступенем еозинофільного синдрому порівняно з групою хворих на СЧС з легким ступенем еозинофілії.

Таким чином, у хворих на синдром Чардж-Стросса з проявами бронхіальної астми діагностовано імунодефіцитне порушення за лімфоцитарним типом та встановлений прямий корелятивний зв'язок між важкістю клінічних проявів БА, абсолютним числом еозинофілів, концентрацією про- й антитизапальних інтерлейкінів.

ЛІКУВАННЯ ПЕРСИСТУЮЧИХ ІНФЕКЦІЙ ЗМЕНШУЄ СИНДРОМ БРОНХООБСТРУКЦІЇ

ЧУМАК А. А., ПЛЕСКАЧ О. Я., АБРАМЕНКО І. В.,
БІЛОУС Н. І., УСАТЕНКО Ж. В., ГАСАНОВ А. А.

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

Мета дослідження: дослідити можливість полегшення перебігу бронхіальної астми і бронхообструктивного синдрому шляхом діагностики та етіотропного лікування персистуючих інфекцій.

Матеріали і методи. Проаналізовано матеріали консультативного прийому клінічного імунолога в поліклініці радіаційного реєстру ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України» за 2004-2009 рр. Обстеження на наявність антитіл до вірусів цитомегалії, простого герпесу першого та другого типу, Епштейна-Барр та токсоплазм проводили імуноферментним методом з використанням комерційних діагностичних наборів.

Отримані результати. У сенсibilізованих тварин після щоденного перорального введення NSE протягом 14-30 днів спостерігали дозозалежну затримку розвитку анафілактичного шоку.

У контрольних сенсibilізованих тварин за анафілактичного шоку загибель настає внаслідок порушень діяльності бронхо-легеневої, серцево-судинної систем та печінки. При

цьому рівень одного з медіаторів анафілаксії, потужного вазодилататора оксиду азоту в легенях та печінці знижується, а в серці зростає.

У сенсibilізованих тварин, яким протягом 14-30 днів перорально вводили NSE, вміст нітрит-аніону в органах-мішенях сягав рівня інтактних тварин. Імовірно, що такий ефект може бути зумовлений впливом NSE на NO-синтазу систему судин органів — мішеней.

Крім того, введення NSE перешкоджало накопиченню в органах-мішенях сенсibilізованих тварин кінцевих продуктів вільнорадикального окислення ліпідів, а також спостерігалась активація ферментів антиоксидантного захисту.

Висновок. На підставі проведених досліджень можна вважати, що NSE, регулюючи NO-синтазу систему та коригуючи дисбаланс системи прооксиданти/антиоксиданти, сприяє виживанню піддослідних тварин за анафілактичного шоку. Такий регуляторний ефект NSE відкриває можливість створення на його основі нових профілактичних засобів для пригнічення алергічних реакцій негайного типу.

N-СТЕАРОЇЛЕТАНОЛАМІН – ПЕРСПЕКТИВНА СПОЛУКА ДЛЯ СТВОРЕННЯ ФАРМПРЕПАРАТІВ З АНТИАЛЕРГІЙНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

ЧУМАК А. А.², КІНДРУК Н. Л.¹, БЕРДИШЕВ А. Г.¹,
ГОРІДЬКО Т. М.¹, ГУЛА Н. М.¹, СТОГНІЙ Н. А.¹

¹Інститут біохімії ім О. В. Палладіна НАН України, відділ біохімії ліпідів, м. Київ

² ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України», лабораторія молекулярної біології
відділу клінічної імунології, м. Київ

Мета дослідження: вивчити вплив N-стеароїлетаноламіну (NSE) на формування алергічних реакцій негайного типу для обґрунтування подальшого використання цієї сполуки в нових терапевтичних стратегіях при бронхіальній астмі та інших захворюваннях.

Матеріали і 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 в дозах 6,5 мг/кг та 65 мг/кг. На 15-й день після сенсibilізації вводили внутрішньоочеревинно провокуючу дозу 1 мл тієї ж сироватки. Оці-

нювали клінічні прояви анафілактичного шоку, для дослідження вмісту гістаміну, NO, активності NO-синтаз, каталази, супероксиддисмутази та концентрації ТБК-реактивних продуктів відбирали зразки тканини серця, легень, печінки.

Отримані результати. У сенсibilізованих тварин після щоденного перорального введення NSE протягом 14-30 днів спостерігали дозозалежну затримку розвитку анафілактичного шоку.

У контрольних сенсibilізованих тварин за анафілактичного шоку загибель настає внаслідок порушень діяльності бронхо-легеневої, серцево-судинної систем та печінки. При цьому рівень одного з медіаторів анафілаксії, потужно-

го вазодилататора оксиду азоту в легенях та печінці знижується, а в серці зростає.

У сенсibilізованих тварин, яким протягом 14-30 днів перорально вводили NSE, вміст нітрит-аніону в органах-мішенях сягав рівня інтактних тварин. Імовірно, що такий ефект може бути зумовлений впливом NSE на NO-синтазну систему судин органів — мішеней.

Крім того, введення NSE перешкоджало накопиченню в органах-мішенях сенсibilізованих тварин кінцевих продуктів

вільнорадикального окислення ліпідів, а також спостерігалась активація ферментів антиоксидантного захисту.

Висновок. На підставі проведених досліджень можна вважати, що NSE, регулюючи NO-синтазну систему та коригуючи дисбаланс системи прооксиданти/антиоксиданти, сприяє виживанню піддослідних тварин за анафілактичного шоку. Такий регуляторний ефект NSE відкриває можливість створення на його основі нових профілактичних засобів для пригнічення алергічних реакцій негайного типу.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ

ШУНЬКО Е. Е.¹, ОХОТНИКОВА Е. Н.¹,
ШАРИКАДЗЕ Е. В.¹, СТАРЕНЬКАЯ С. Я.²

¹Институт біохімії ім О. В. Палладіна НАН України, відділ біохімії ліпідів, м. Київ

²ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України», лабораторія молекулярної біології
відділу клінічної імунології, м. Київ

Развитие технологий выхаживания глубоко недоношенных детей привело к снижению летальности и выживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. В то же время внедрение новых методов интенсивной терапии и реанимации новорожденных, включающих применение современной дыхательной аппаратуры, использование инвазивных диагностических и лечебных процедур, "агрессивной" медикаментозной терапии, наряду с повышением выживаемости привело к появлению целого ряда болезней, которых не наблюдалось в дореанимационную эру, вплоть до середины XX столетия. Это относится к такой специфической патологии недоношенных, как бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, некротический энтероколит, которые существенно ухудшают состояние ребенка в ближайшем и отдаленном периодах жизни.

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — хроническое заболевание легких, формирование которого начинается в периоде новорожденности, а последствия сохраняются в течение всей жизни, остается частой причиной летальности и заболеваемости недоношенных детей. Диагноз БЛД определяется при потребности в кислородной поддержке более 36 недель концептуального возраста или более 28 дней жизни в сочетании с патологическими изменениями на рентгенограмме легких (А.Н. Jobe, 2001). По данным Американской академии педиатрии, частота БЛД у детей с массой тела при рождении менее 1500 г составила 26% в Канаде (1996–1997 гг.) и 23% в США (1995–1996 гг.). В основе БЛД лежит воспалительная реакция, возникающая в ответ на действие факторов, повреждающих легочную ткань. Основные причины этого заболевания — незрелость легочной ткани, анти-постнатальная инфекция, действие ятрогенных повреждающих факторов — баротравмы и токсичности кислорода. По данным многочисленных публикаций БЛД является одним из самых значимых факторов, ухудшающих неврологический и функциональный исход у глубоко недоношенных детей. При БЛД отмечаются неврологические нарушения, сенсорные расстройства, снижение росто-весовых показателей к концу 1 года жизни. Несмотря на то, что БЛД более 30 лет служит предметом пристального внимания и изучения неонатологами, эффективность применяемых методов терапии ее мало изучена. До настоящего времени не разработаны общепринятые схемы лечения БЛД. Мало публикаций, посвященных ее комплексному лечению в Украине и странах СНГ. По результатам зарубежных исследований, удовлетворяющих критериям доказательной медицины, эффективность применяемых медикаментов признаётся неудовлетворительной или сомнительной. Основными группами используемых в лечении БЛД препаратов являются различные диуретики, бронходилататоры, кислород и глюкокортикостероиды (ГКС). Поскольку в патогенезе БЛД ведущую

роль играет воспаление, для ее лечения широко использовались ГКС, главным образом, дексаметазон. Однако, недавно опубликованный мета-анализ показал, что полезные эффекты дексаметазона (уменьшение продолжительности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и зависимости от кислорода) кратковременны, а риск непосредственных и долгосрочных осложнений (детский церебральный паралич, задержка психо-моторного развития) — высок. С его использованием у детей с низкой массой тела при рождении связывают повышенный риск непосредственных и отдаленных осложнений, включая нарушения роста и неврологические расстройства. Непосредственные осложнения включают повышение частоты гипергликемии 44%), развитие желудочно-кишечных кровотечений и перфораций 8%), обструктивной гипертрофии миокарда 23%), артериальной гипертензии 9%) и инфекций. Частота детского церебрального паралича среди детей, получавших дексаметазон, составляет 32% (107 из 339) против 15% (52 из 340) среди детей контрольной группы, а частота неврологических нарушений — 41% (140 из 339) и 31% (104 из 340) соответственно (Barrington, 2001). Таким образом, одно из ведущих средств лечения БЛД было дискредитировано. Поэтому продолжается поиск альтернативных гормональных препаратов. Наиболее перспективными в этом плане представляются гидрокортизон и новые ингаляционные формы ГКС. По нашим данным использование при БЛД фликсотиды пропионата (Фликсотид) в небулах в дозе от 2000 до 4000 мкг в сутки позволяет уменьшить длительность кислородотерапии, улучшить показатели парциального напряжения кислорода в крови, снизить степень интенсивности дыхательной недостаточности за счет уменьшения выраженности бронхообструкции в сравнении с детьми, не получавшими ингаляционные ГКС.

Заключение. Применение профилактических методов ведения детей с БЛД привело к снижению ее степени тяжести и частоты летальных исходов. Сегодня преобладают случаи легкого течения БЛД, при которой обычно зависимость от невысоких концентраций кислорода, склонность к задержке жидкости в легких, а рентгенологически иногда едва заметное снижение пневматизации легочных полей и хорошая реакция на диуретики. Однако, несмотря на тенденцию к снижению частоты тяжелых форм БЛД, все же они имеют место в реальной практике и могут в будущем способствовать формированию хронической обструктивной патологии легких, ведущей к тяжелой инвалидизации и социальной дезадаптации детей. Поэтому актуален и перспективен поиск безопасного и эффективного противовоспалительного препарата, что является целью нашей работы. Наш первый опыт применения одного из наиболее безопасных ингаляционных ГКС — Фликсотид у 3 детей внушает определенный оптимизм.



АНАЛИЗ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, НАПРАВЛЕННЫХ ИЗ РАЙОНОВ АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, НА ЮЖНЫЙ БЕРЕГ КРЫМА

ЮСУПАЛИЕВА М.М., САВЧЕНКО В.М.,
ШУБИНА Л.П., БЕЛЯЕВА С.Н.

Крымское Республиканское учреждение "НИИ физических методов лечения медицинской климатологии им. И.М. Сеченова". г. Ялта

Несмотря на достигнутые успехи за последние два десятилетия в лечении больных БА, доступность эффективной терапии в Украине, достичь полного контроля и удержание ремиссии у этой категории больных не удаётся.

Цель исследования — изучить приверженность больных бронхиальной астмой (БА) к базисной терапии и эффективность реабилитационного комплекса в условиях Южного берега Крыма (ЮБК).

Материалы и методы

Обследовано 46 больных БА, поступивших на лечение в пульмонологическое отделение из различных районов АР Крым. Диагноз устанавливался согласно протоколу оказания медицинской помощи больным БА (приказ МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128). Всем больным проведено клиническое, лабораторное, иммунологическое, рентгенологическое обследование, исследование функции внешнего дыхания. Пациенты принимали традиционное климатическое лечение в зависимости от сезона года, дополненное небулайзерной терапией бронхолитических препаратов и аппаратной физиотерапией. Базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) не принимали 11 (23,91%) больных, принимали — 33 (71,74%) больных и 2 (4,35%) больным она была назначена в клинике института.

Результаты

Из 11 больных, не получавших и отказавших получить базисную фармакотерапию, женщин было 7 (63,6%) человек, мужчин 4 (36,4%) человек, средний возраст составил $(49,3 \pm 1,82)$ года, стаж болезни — от 1 до 30 лет, что в среднем составило — $(13,8 \pm 1,45)$ лет. БА 1-й степени диагностирована у 1 (9,09%) больной (в медикаментозной терапии не нуждалась), 2-й степени — у 4 (18,18%) больных, 3-й степени — у 6 (54,55%) больных. Больные с 1-й и 2-й степенью тяжести имели в среднем $(2,9 \pm 0,35)$ приступа удушья в сутки, купированных аэрозольными бронхолитиками, чаще β_2 -агонистом салбутамолом.

35 больных, принимавших базисную терапию ИГКС, были в возрасте от 19 до 67 лет и их средний возраст составил $(49,6 \pm 2,34)$ лет. Из них мужчин было 18 (51,43%), женщин — 17 (48,57%), 2-я степень тяжести диагностирована у одного (2,86%) больного, 3-я — у 27 (77,14%) больных и 4-я — у 7 (20,0%). Стаж болезни у этих больных варьировался от 2 до 35 лет и в среднем составил $(16,6 \pm 1,62)$ лет. У этих больных имели место частые $(6,1 \pm 0,68)$ приступов удушья в сутки) и выраженные приступы удушья, для купирования которых использовалась комбинированная бронхолитическая терапия и, в ряде случаев, системные глюкокортикостероиды. Это свидетельствовало о том, что базисная терапия поступивших на лечение больных была неадекватной.

Следовательно, больные, которые принимали базисную терапию контролирующими препаратами, отличались более тяжелым течением заболевания и большей выраженностью симптомов. Течение заболевания у этих больных было неконтролируемым в силу неадекватной по объёму базисной терапии. Поэтому лечение на курорте требовало коррекции базисной терапии.

После проведенного курортного лечения состояние всех больных улучшилось: сократилась частота приступов до $(1,2 \pm 0,38)$ раза в сутки, уменьшилась суточная потребность в симптоматических лекарственных препаратах, статистически значимо улучшились показатели функции внешнего дыхания. Полного контроля течения заболевания за короткий срок лечения на курорте (16–21 день) достичь не удалось.

Выводы

1. Почти пятая часть (21,7%) больных БА, жителей АР Крым, поступивших на курортное лечение, не принимают базисную терапию. Остальные больные БА (78,3%) принимают ИГКС, как базисную терапию, в неадекватных дозах.

2. Лечение на курорте в специализированном учреждении позволяет улучшить состояние больных за счёт коррекции базисной терапии и осуществления реабилитационных мероприятий.

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ЮСУПАЛИЕВА М. М., ШАТРОВ А. А.,
САВЧЕНКО В. М., ШУБИНА Л.П., КОВАЛЬЧУК С. И.

Крымское республиканское учреждение "НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова", г. Ялта

Цель исследования — разработка новых лечебно-реабилитационных комплексов для больных бронхиальной астмой (БА), включающих гипоксически-гиперкапническую стимуляцию (ГГС), электростимуляцию дыхания (ЭСД), различные варианты лазеротерапии, а также комбинированное

их применение с другими методами физиотерапии: электромагнитные волны сверхвысокой частоты в дециметровом диапазоне (ДМВ), переменное магнитное поле высокой частоты (индуктотермия), синусоидальные модулированные токи (СМТ).

Матеріали і методи. Під наглядом знаходилося 820 хворих БА, переважно з середньої тяжкості перебігу захворювання, в фазі ремісії. Хворі були в віці від 30 до 60 років, жінки становили 60% лікуваних, чоловіки — 40%. Клінічне дослідження і лікування всіх хворих проводилося в умовах Ялтинського курорту в бронхолегочному відділенні НІІ ім. М. Сеченова. Термін перебування в відділенні становив 20–22 дні.

Хворим проведено повне клінічне дослідження, досліджувалася функція зовнішнього дихання (ФВД). З лабораторних методів визначався загальний аналіз крові, проводилося цитологічне дослідження мокроты. В сироватці крові визначалося вміст сироваткових кислот, гаптоглобін, церулоплазмин. Стан імунної системи оцінювали за вмістом в крові Т- і В-лімфоцитів, рівням імуноглобулінів в сироватці крові, циркулюючих імунних комплексів (ЦИК).

Хворі користувалися санаторно-кліматичним лікуванням (аеротерапія) на фоні показанної базисної медикаментозної терапії. При формуванні груп досліджуваних застосовувався спосіб паралельного контролю. Хворим основних груп в курсі реабілітаційних заходів призначалися: ГС, ЕСД, внутрішньовенне лазерне облучення крові (ВЛОК), ендобронхіальна і ендоназальна лазеротерапія з допомогою апаратів, генеруючих монохроматичне червоне випромінювання з довжиною хвилі 0,63 мкм, потужністю 2 мВт ("Алоу-2", "Пульсар").

Методика ГС заключалася в тому, що хворий підключався до спірографа з виключеним поглиначем вуглекислого газу. Збільшення концентрації вуглекислого газу в повітрі спірографа, контролюване з допомогою газоаналізатора, приводило до прогресуючої гіпервентиляції. В час процедури реєструвалася спірограма. Дослідження закінчи-

валося при досягненні вмісту вуглекислого газу в вдихаєму повітрі 5–7%. Курс ГС становив 10–12 процедур.

Для ЕСД використовували апарат "ЕСД-2П". Воздействовали на область двигателісних точок основних пучків діафрагми імпульсним током, з тривалістю імпульсів 0,2–1,0 мілісекунди. Частота слідування пацьок імпульсів відповідавала частоті дихання хворого. Амплітуда напруги 20–50 вольт. Процедури, тривалістю 20–40 хвилин, проводилися щодня або через день, курс — 15 процедур. Методи електротерапії застосовувалися за загальноприйнятими методами.

Результати. Застосування ГС і ЕСД надає різностороннє вплив на хворих, в т.ч. сприяє покращенню показників ФВД, відображають бронхіальну прохідність.

Комбінування в лікувальних комплексах ЕСД з ДМВ, ЕСД з СМТ на грудну клітку і область проекції надпочечників, а також ЕСД з ГС дає більш виражений протизапальний ефект, ніж окреме застосування цих фізических факторів. ВЛОК також має виражений протизапальний вплив.

Імунокоригуючий вплив більш виражений під впливом комплексів, включаючих лазеротерапію або ГС.

Ендобронхіальне і ендоназальне вплив гелій-неоновим лазером сприяє зменшенню явищ ендобронхіту і покращенню трофіки слизових оболонок бронхів. Ендоназальна лазерна терапія більш ефективна при алергіческих ринітосинусопатіях.

Висновки. Включення фізіотерапевтических впливів на фоні базисної медикаментозної терапії хворих БА дозволяє підвищити ефективність курортного лікування в силу їх протизапального, імуномодулюючого і покращуючого бронхіальну прохідність впливу.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В КЛИНИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ЯБЛУЧАНСКИЙ Н. И., МАРТЫНЕНКО А. В., ПАСЬКО Е. Н.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,
кафедра внутренних болезней медицинского факультета

Доклад посвящен фундаментальным основам бронхиальной астмы (БА) через призму диагностических и лечебных возможностей клинического использования технологии вариабельности сердечного ритма (ВСР).

В БА значение принадлежит качеству регуляции органа дыхания, одним из инструментов исследования которого и влияния на который является ВСР.

В ВСР концентрируются вегетативные симпатические и парасимпатические, а также гуморальные влияния, в физиологических условиях действующие как единый неделимый оркестр.

Близкое анатомическое расположение и тесное функциональное взаимодействие ядер блуждающих нервов с ядрами дыхательного центра и контроль последних корковыми структурами, открытыми внешнему миру не только ставит в зависимость от качества дыхания функциональное состояние и возможности легких, но и создает благоприят-

ные возможности улучшению функционального состояния легких при БА через оптимизацию регуляции дыхания.

Протокол исследования ВСР у пациентов с БА предполагает ее оценку в базальных условиях, стресс-тесте, и на наборе частот модуляции дыхания на фоне фармакологической пробы с бета-2-агонистами. Протокол позволяет оценить качество регуляции в целом, качество связи в функциональной активности дыхательных ядер и ядер блуждающего нерва, роль в нарушениях дыхания разных (быстрого, среднего, медленного) звеньев регуляции, возможности улучшения функционального состояния легких через оптимизацию регуляции дыхания.

Новый инструмент улучшения дыхания у пациентов с БА на основе технологии ВСР — биообратная связь через управление характеристиками дыхания (частотой, глубиной, соотношением продолжительности фаз вдоха, выдоха, задержек между фазами вдоха и выдоха).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОЦИТОПРОТЕКТОРОВ ЗАВИСИТ ОТ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ЯКОВЛЕВА О. А., ЖАМБА А. О.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова,
кафедра клинической фармации и клинической фармакологии

Целью данного исследования было сравнение эффективности трёх схем фармакотерапии бронхиальной астмы, в зависимости от разных фенотипов NAT2.

Материалы и методы. Исследование проводили у 138 больных бронхиальной астмой в пульмонологическом отделении ВОКБ, с последующим амбулаторным наблюдением через 1 и 2 месяца. При поступлении и завершении наблюдения проводилось тестирование фенотипа NAT2 с помощью сульфаниламида. Ишемию миокарда диагностировали во время холтеровского мониторирования ЭКГ.

На фоне соответствующей консенсусу базисной терапии БА дополнительно использовали два препарата. Кардонат ("Сперко", Украина) имеет антигипоксическое действие через карнитинный "челночный" механизм. Препаратом лечились 40 пациентов с БА по 1 капсуле 3 р/д, до двух месяцев. Милдронат ("Гриндекс", Латвия), как антиишемический препарат, использовали в двух вариантах: капсулированную форму у 31 пациента в дозе 250 мг (по 1 капсуле 3 раза в день); в другом варианте использовали инъекционное введение препарата (10 дней, в дозе 5 мл 10% раствора) с последующим переходом на капсулированную форму до 20 дней (это группа "ступенчатой терапии", её составляли 25 больных БА). Базисная терапия БА (группа сравнения, без метаболических корректоров) была назначена 30 больным (ИГКС, бронхолитики) и ещё у 12 пациентов использовали плацебо против кардоната. Таким образом, в исследовании

проведен анализ динамики холтеровского мониторирования ЭКГ с учётом активности NAT2 при трёх вариантах фармакотерапии у 138 больных БА.

Результаты исследования. Что касается активности NAT2, то прирост (против исходного) экскреции ацетилированного сульфадимезина был более значимым у медленных ацетилираторов (+65,8%, $p < 0,001$) против быстрых (+15,3%, $p < 0,05$) на фоне применения кардоната в течение двух месяцев, в то время как за этот же срок милдронат вызывал прирост на +41,4%. Базисная фармакотерапия не оказывала никакого влияния на активность NAT2 при обоих фенотипах.

Базисная фармакотерапия БА практически не влияла на результаты холтеровского мониторирования: положительная динамика с уменьшением количества и длительности ишемии миокарда, как и безболевого ишемии, не превышала 7,3–15,75% у медленных и 4,2–23,9% у быстрых ацетилираторов. Наоборот, дополнительное применение кардоната достоверно уменьшало проявления ишемии миокарда, причём в большей мере у быстрых ацетилираторов (динамика для ишемии — 50,4% и 51,07% и для более опасной для прогноза безболевого ишемии — 29,2% и 37,6%), эти результаты достигнуты к двум месяцам комплексной фармакотерапии.

Аналогичная динамика получена от применения милдроната: достигалось уменьшение эпизодов ишемии мио-

карда и их длительность через 2 месяца применения капсульной формы препарата у медленных ацетиляторов на – 25,1 и – 25,9%, соответственно, защита миокарда от безболевой ишемии у них была более выражена (– 45,2 и – 40,4%). У быстрых ацетиляторов снижение этих показателей также колебалось от – 30,0% до – 40,7%, т.е. четкой зависимости от фенотипа NAT2 на фоне применения милдроната не наблюдалось. Применение “ступенчатой терапии” милдронатом за один месяц позволяло приблизиться к аналогичным результатам (положительная динамика с уменьшением ишемии от – 17,3% до – 33,7%), но с большим выигрышем во времени против двух месяцев его применения в капсулах.

Очевидно, более выраженное влияние кардоната, особенно у быстрых ацетиляторов, можно объяснить его механизмом кардиопротекторного действия.

Зависимость эффективности от фенотипа ацетилирования объяснима при большей стимуляции фермента NAT2 именно для группы больных, получавших кардонат, так как карнитин играет роль “челнока” для транспорта энергетических субстратов в митохондриях и образования ацетил-КоА, необходимого для активности NAT2, что и приводило к при-

росту образования и экскреции ацетилированных метаболитов тест-препарата у медленных ацетиляторов.

Что касается темпов снижения кардиотоксичности, то эти же процессы синтеза NAT2 объяснимы с точки зрения детоксикационных возможностей реакцией ацетилирования через NAT2: при быстром фенотипе скорее происходит нейтрализация активных и токсических соединений, при этом фенотипе организм должен иметь большие запасы кофакторов, которые используются и миокардом (АТФ, карнитин).

Выводы:

1. У больных бронхиальной астмой электрофизиологические критерии миокарда неблагоприятны: у них увеличены частота и длительность проявлений ишемии миокарда при холтеровском мониторингировании, базисная фармакотерапия не улучшает эти показатели.

2. Применение в течение двух месяцев в комплексе с базисной терапией кардоната способствует уменьшению частоты и длительности ишемии миокарда, особенно у быстрых ацетиляторов. Менее выраженная защита миокарда наблюдалась от применения милдроната (как в капсулах, так и при ступенчатой терапии), без четкой зависимости от фенотипа ацетилирования.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА

ЯШИНА Л. А., ПОЛЯНСКАЯ М. А., МАТВИЕНКО Ю. А., КРАМАРСКАЯ Н. В.

ГУ “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины”

Цель: сравнить клинико-функциональные особенности тяжелой бронхиальной астмы (БА) в зависимости от типа воспаления.

Материалы и методы: обследовано 59 пациентов (27 мужчин и 23 женщины) с тяжелой БА, средний возраст ($58,7 \pm 11,7$) лет. Тяжесть БА была подтверждена данными анкетирования (частота обострений, обращения за неотложной помощью, частота госпитализаций, средняя длительность обострений, атопический анамнез, объем базисной терапии), показателями спирометрии, состоянием местного иммунитета (клеточный состав индуцированной мокроты). В зависимости от типа воспалительного процесса (по результатам исследования местного иммунитета) пациенты были распределены на 4 группы: в I группе — у 35 (59,3% больных преобладал нейтрофильный тип воспаления, во II-й — 6 (10,2%) больных — эозинофильный, в III — 6 (10,2%) больных — смешанный (нейтрофильно-эозинофильный), в IV — 12 (20,3%) больных — в индуцированной мокроте преобладали мононуклеары (лимфоциты и альвеолярные макрофаги).

Результаты исследования: у всех пациентов была примерно одинаковая степень тяжести заболевания, но в I группе количество пациентов с частыми обострениями (3–4 в течение последнего года) было больше ($80,0 \pm 6,8$)% ($p < 0,05$) по сравнению с II и III группами, в I-й же группе было больше пациентов с более 4-х обострений в год, 3–4-мя госпитализациями и у которых длительность обострений превышала 30 дней. В I группе у ($80,0 \pm 6,8$)% ($p < 0,05$) по сравнению с II, III и IV группами суточная доза ИГКС была наивысшей и ($71,4 \pm 6,1$)% больных ($p < 0,05$) по сравнению

с IV группой пациентов) получали более 3-х курсов системных кортикостероидов в год. В I группе насчитывалось большее количество пациентов, у которых β_2 -агонисты короткого действия были неэффективны.

Во II и III группах был наиболее выражен атопический статус. Во II группе сезонные обострения астмы были чаще по сравнению с I группой — у ($50,0 \pm 20,4$)% больных, ($p < 0,05$); на связь симптомов с аллергенами указывало ($66,7 \pm 6,1$)% больных — ($p < 0,05$) в сравнении с I группой, на непереносимость аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов указывало ($50,0 \pm 20,4$)% больных ($p < 0,05$ между I и II группами).

В III группе сезонность проявлений отмечалась также у ($50,0 \pm 20,4$)% больных, ($p < 0,05$ между I и III группами), и непереносимость аспирина и других НПВС отмечалась у ($50,0 \pm 20,4$)% больных ($p < 0,05$ между I и III группами).

Выводы: полученные результаты усовершенствуют диагностику патогенетических вариантов воспалительного процесса у больных БА с тяжелым течением, не только с помощью обще-клинических и функциональных методов исследования, но и с помощью иммунологических исследований — определения соотношения клеток воспаления — эозинофилов, нейтрофилов, лимфоцитов и альвеолярных макрофагов в мокроте больного. Определение патогенетических вариантов течения заболевания повышает точность диагностики, что позволяет в последующем применить дифференцированный подход к лечению этой группы больных противовоспалительными и бронхолитическими препаратами, в результате чего повышается эффективность базисной терапии.

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ФЗД У ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

ЯШИНА Л. О., ФЕЩЕНКО Ю. І., ПОЛЯНСЬКА М. О.,
ДЖАВАД І. В., КРАМАРСЬКА Н. В., ІЩУК С. Г

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України"

Метою нашого дослідження було вивчити вплив аторвастатину в якості протизапального засобу в комплексній терапії хворих із тяжким перебігом БА, у яких не було досягнуто контроль захворювання при застосуванні високих доз ІКС в комбінації з пролонгованої дії β_2 -агоністом на показники функції зовнішнього дихання та переносимість фізичних навантажень. Робота виконана за державний кошт.

Дизайн дослідження був побудований таким чином, що одні й ті ж хворі, в залежності від лікування, що їм проводилось в перші та другі 4 тижні спостереження, складали контрольну групу (протягом перших 4-х тижнів досліджували хворі продовжували прийом сальметеролу/флютиказону пропіонат 25/250 мкг — по 2 інгаляції 2 р/добу, інгаляції сальбутамолу за потребою), та основну — протягом наступних 4-х тижнів до вищезазначеної терапії було додано аторвастатин 10 мг на добу.

Хворі обстежувались тричі — перед початком дослідження, по закінченні перших 4-х тижнів терапії та через 4 тижні прийому комплексного лікування з додаванням аторвастатину.

Досліджувались показники бронхіальної прохідності (спірометрія з аналізом кривої "потік-об'єм форсованого видиху"), основні об'єми та ємності легень та загальний бронхіальний опір (бодіплетизмографія) на апараті "MasterLab", "Erich Jaeger" (Німеччина). Сила дихальної мускулатури та нейрореспіраторний драйв (P_{lmax} — максимальний тиск на вдосі, P_{Emax} — максимальний тиск під час видиху) та дихальний привід (P_{0,1} — тиск під час вдиху через 0,1 сек.) досліджувались за методикою фірми "Erich Jaeger", Німеччина, на апараті "Masterscope" цієї ж фірми.

Накопичення даних та їх математична обробка проводились за допомогою ліцензійних програмних продуктів, що входять в пакет Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297. Статистична обробка виконувалась за допомогою математичних і статистичних можливостей MS Excel і полягала у визначенні часток (відсотків) та їх середньої похибки з подальшим порівнянням, з метою визначення достовірності відмінностей часток, з використанням t-критерію Ст'юдента.

В дослідженні приймали участь 31 хворий на БА, чоловіків — 7, жінок ± 24, середній вік ($55,9 \pm 1,8$) років, середній ОФВ₁ — ($49,5 \pm 1,43$)% від належних.

У всіх хворих діагноз БА був встановлений правильно, підтверджений і клінічно, і функціонально.

За результатами досліджень стану місцевого імунітету бронхів шляхом визначення процентного складу лейкоцитів за вмістом еозинофілів, нейтрофілів, лімфоцитів та альвеолярних макрофагів в індукованому харкотинні хворі на БА, які отримували досліджуване лікування, були поділені на

2 групи: у 16 пацієнтів (5 чоловіків та 11 жінок віком від 38 до 71 ($57,9 \pm 2,5$) років) було визначено переважно нейтрофільний тип запального процесу у бронхах (I група), а у 15 пацієнтів (2 чоловіків та 13 жінок віком від 41 до 70 ($53,8 \pm 2,5$) років) — еозинофільний тип (II група).

Показники загального опору (R_{tot}, %) мали підвищені значення в обох групах. Під впливом лікування у хворих I групи цей показник при додаванні аторвастатину зменшився достовірно ($p < 0,05$) порівняно з контролем з ($278,84 \pm 33,42$)% до ($198,29 \pm 27,00$)%.

Ємність вдиху мала тенденцію до збільшення, але без статистично достовірних розбіжностей між візитами.

При включенні в комплексну терапію аторвастатину внутрішньогрудний об'єм газу зменшився у хворих I групи з ($113,56 \pm 7,43$)% до ($107,01 \pm 8,17$)% і з ($119,84 \pm 6,04$)% до ($109,53 \pm 7,58$)% у хворих II групи, але без статистично достовірних розбіжностей між візитами.

Залишковий об'єм зменшувався в обох групах хворих при призначенні статину: в I групі з ($138,16 \pm 10,45$)% до ($124,13 \pm 10,12$)%, в II групі — з ($149,38 \pm 8,76$)% до ($135,70 \pm 9,22$)% без статистичної достовірності отриманих розбіжностей.

Загальна ємність легень була нормальною в обох групах хворих.

Включення аторвастатину призвело до збільшення ОФВ₁ у хворих з I групи з ($54,89 \pm 3,38$)% до ($62,42 \pm 3,5$)%, достовірно порівняно з контролем, $p < 0,05$, та статистично недостовірно з ($56,37 \pm 2,97$)% до ($60,85 \pm 4,29$)% в II групі.

Відношення ОФВ₁/ФЖЕЛ збільшилось у пацієнтів I групи від ($60,04 \pm 2,38$)% до ($70,83 \pm 3,96$)% та з ($56,37 \pm 2,97$)% до ($61,12 \pm 3,33$)% в II групі під впливом лікування із додаванням аторвастатину.

Прохідність на рівні середніх та дрібних бронхів збільшувалася, але статистично недостовірно у пацієнтів з БА в обох групах.

При оцінці сили дихальних м'язів виявлено збільшення сили м'язів вдиху під впливом лікування із включенням аторвастатину в усіх досліджуваних хворих, в I групі — достовірно порівняно з контролем, $p < 0,05$. Щодо м'язів видиху, то їх сила була в межах норми у хворих на БА. Функція нейрореспіраторного драйву мала тенденцію до нормалізації у хворих II групи з ($184,13 \pm 31,43$)% до ($153,27 \pm 33,35$)% та не мала значних змін в I групі.

Висновки: додавання аторвастатину було ефективним у хворих БА, що проявлялось в достовірному ($p < 0,05$) відносно вихідних даних:

— покращанню бронхіальної прохідності — збільшення ОФВ₁ з ($54,89 \pm 3,38$)% до ($62,42 \pm 3,5$)%, збільшенні сили м'язів вдиху з ($65,75 \pm 6,82$) до ($81,25 \pm 6,84$)%; у хворих з переважно нейтрофільним характером запалення.

ОПТИМІЗАЦІЯ БРОНХОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ЗУБАНЬ А. Б., ОСТРОВСЬКИЙ М. М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 3
м. Івано-Франківськ

Незважаючи на те, що рівень смертності від бронхіальної астми та астматичних станів впродовж 2001-2007 років в Україні зменшився в 2 рази (з 1,6 до 0,8 на 100 тисяч населення) проблема оптимізації ефективності терапії загострень бронхіальної астми залишається актуальною як у нашій країні, так і за її межами.

Метою дослідження було вивчення ефективності небулайзерної терапії суспензією будесоніда (препарат Пульмікорт, "Астра Зенека", Швеція) середньоважких загострень бронхіальної астми.

Матеріали і методи дослідження: Обстежено 21 пацієнта із загостренням персистуючої бронхіальної астми III ступеня середньої тяжкості. Важкість загострення класифікували у відповідності із критеріями Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Всім хворим призначали суспензію будесоніда в добовій дозі 2 мг через небулайзер перші 5–7 діб до досягнення стабілізації стану поряд із бронхолітичною та при необхідності киснетерапією. Оцінювали клінічні і спірометричні критерії (об'єм форсованого видиху за першу секунду — ОФВ₁), а також прихильність хворих до терапії. Обстежені пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні

у пульмонологічному та профпатологічному відділеннях обласного фтизіопульмонологічного центру, м. Івано-Франківськ.

Результати: Встановлено низький вихідний рівень ОФВ₁ у пацієнтів в межах: 1,13 — 1,46 л. При проведенні хворим небулайзерної терапії суспензією будесоніда (Пульмікорт) відмічено значне покращення як клінічних, так і функціональних показників. До кінця 2-ї доби терапії приріст ОФВ₁ склав 0,35–0,42 л, а на 5–7 добу зріс до 0,57–0,62 л. Окрім цього, зменшилась задишка, кількість свистячих хрипів та частота епізодів утрудненого дихання. На фоні терапії спостерігалось зменшення потреби в препаратах "швидкої допомоги" — в 4–5 разів зменшувалось використання короткодіючих β_2 — агоністів. Слід відмітити добру переносимість і прихильність пацієнтів до терапії за допомогою небулайзерного способу доставки препарату.

Висновки: Таким чином, терапія загострень бронхіальної астми в стаціонарі повинна включати сучасні високоефективні препарати і методи. Застосування небулізованої форми будесоніда (Пульмікорт) дозволяє прискорити настання клінічної ремісії, значно покращує функцію зовнішнього дихання, являється безпечним методом і є альтернативою до призначення системних глюкокортикостероїдів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРОПІУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

ЗУБАНЬ А. Б., ОСТРОВСЬКИЙ М. М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 3
м. Івано-Франківськ

В сучасних умовах антихолінергічні препарати рекомендуються для лікування загострень бронхіальної астми (БА), особливо у випадках важких загострень, та в деяких ситуаціях при стабільному перебігу недуги. Застосування холінолітиків дозволяє усунути бронхоконстрикторний ефект парасимпатичної стимуляції та посилює бронхолітичну терапію в комбінації із β_2 — адrenomіметиками.

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування тіотропію (препарат Спірива, Берінгер Інгельхайм) у комплексній терапії важких і середньоважких загострень бронхіальної астми.

Матеріали і методи дослідження: Обстежено 19 пацієнтів із важким і середньоважким загостренням персистуючої бронхіальної астми III-IV ступеня, яких було рандомізовано на дві групи в залежності від призначеної терапії. Першу групу склали 10 пацієнтів, яким додатково призначалась інгаляція тіотропію в дозі 18 мкг один раз на добу. Другу групу — групу порівняння склали 9 хворих із загостренням БА, що лікувались згідно прийнятих методик без застосування холінолітиків. Лікування загострень проводилось у відповідності із рекомендаціями GINA (перегляд 2007 р.) та Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. "Про затвердження

клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія". Всім хворим призначали короткодіючі β_2 — агоністи через небулайзер, системні глюкокортикостероїди, оксигенотерапію, муколітики. Оцінювали клінічні і спірометричні критерії (об'єм форсованого видиху за першу секунду — ОФВ₁). Контроль спірометрії проведений на 6 добу. Обстежені пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному та профпатологічному відділеннях обласного фтизіопульмонологічного центру, м. Івано-Франківськ.

Результати: Значення ОФВ₁ у пацієнтів першої групи на момент поступлення становило ($36,1 \pm 4,2$)% ($p < 0,05$), другої групи ($37,4 \pm 3,6$)% ($p < 0,05$). В процесі терапії спостерігався достовірний приріст ОФВ₁ порівняно з вихідним значенням показника в обох групах, але переважав у групі тіотропію — ($23,8 \pm 3,2$)% ($p < 0,05$) порівняно із ($18,7 \pm 1,8$)% ($p < 0,05$) у групі контролю. Позитивну динаміку клінічних показників (зменшення кількості сухих свистячих хрипів, диспное) у пацієнтів першої групи вдалось досягнути на ($2,5 \pm 0,3$) ($p < 0,05$) доби швидше, ніж у групі порівняння. Окрім цього, пацієнти, що приймали тіотропій, відмітили зменшення продукції

в'язкого мокротиння та значно скоротили кратність прийому препаратів "швидкої допомоги".

Висновки: Застосування препарату тіотропій (Спирива) в комплексній терапії підвищує клінічну ефективність лікування важких і середньоважких загострень бронхіальної астми III-IV ступеня, що можна пов'язати із

потенціюванням бронходилатуючої дії комбінації холінолітиків і β_2 — агоніста, а також прямим протизапальним впливом препарату через здатність тіотропію зменшувати утворення ацетилхоліна, хемотаксис нейтрофілів та продукцію потужного бронхоконстриктора — лейкотрієна B₄.

ЕФЕКТИВНІСТЬ САЛМЕТЕРОЛУ І ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

КУЖКО М.М., ПРОЦИК Л.М., БЕРЕЖНА І.В., ЗУБРІЙЧУК О.М.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Хронічне обструктивне захворювання легень в теперішній час являє велику медико-соціальну проблему. Поєднання ХОЗЛ з туберкульозом легень приводить до погіршення перебігу захворювання, ускладнює їх лікування. Важкість перебігу, інвалідність та висока смертність від поєднання цих захворювань це одна з невирішених медичних проблем в теперішній час.

Мета дослідження: дослідити ефективність салметеролу і флутиказону пропіонату (Серофло) у хворих на ХОЗЛ III ст в поєднанні з вперше діагнованим туберкульозом легень.

Матеріали та методи: для вирішення мети завдання проводили дослідження функції зовнішнього дихання (при поступленні та у кінці загострення ХОЗЛ), рентгенологічне та бронхоскопічне обстеження. Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові, аналізи харкотиння на мікобактерії туберкульозу методом седиментації та посіву.

Перед проведенням дослідження проводилась інгальційна проба, яка вважалася позитивною, коли різниця між показниками бронхіальної обструкції до та після дослідження складала не менше ніж 25%

Проведено аналіз дослідження у 36 хворих на ХОЗЛ з супутнім туберкульозом легень, віком від 35 до 60 років, з тривалістю захворювання ($9,4 \pm 2,7$) років. Основну групу (ОГ) склали 24 хворі, у яких до комплексного лікування був включений препарат серофло, який застосовували в дозі 50/100мкг/2-чі на добу. До групи контролю (КГ) увійшли 12 хворих на ХОЗЛ, яким була призначена терапія з виключенням бронхолітиків. Хіміотерапія туберкульозу призначалась відповідно до категорії диспансерного спостереження. При непереносимості ізоніазиду, супутніх хворобах та станах, що були перешкодою у застосуванні стандартних доз ізоніазиду,

наявності імунної недостатності до складу анти-мікобактеріальної терапії вводили ізопон (біфункціональний препарат з антимікобактеріальною та імунологічною активністю) у дозі 1,2 г на добу. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати: бронхологічне дослідження 18 хворих ОГ виявило набряк та запалення слизової оболонки II-III ст. Аналогічні дані були отримані при обстеженні хворих контрольної групи.

Після 14–16 днів від початку застосування серофло спостерігали покращання перебігу ХОЗЛ на тлі туберкульозу легень, що проявлялось зменшенням кашлю, задухи, кількості харкотиння. Бронхологічне дослідження показало зменшення явищ запального процесу слизової оболонки бронхів у більшості хворих на поєднану патологію. Клінічні прояви загострення ХОЗЛ повністю були компенсовані на протязі 1 місяця у більшості хворих основної групи. Спостерігали покращання показників зовнішнього дихання, які склали: ЖЄЛ ($71,2 \pm 4,6$), ОФВ₁ ($63,5 \pm 3,3$), ХОШ₂₅ ($33,5 \pm 3,1$); ХОШ₅₀ ($48,1 \pm 2,8$); ХОШ₇₅ ($63,2 \pm 3,1$), ($p < 0,05$) при порівнянні з контролем. Застосування серофло в дозі 50/100мкг/2-чі на добу, у хворих на туберкульоз легень з супутнім ХОЗЛ, призводить у підсумку до покращання перебігу туберкульозного процесу, більш швидкому зникненню інфільтративних явищ, рубцюванню та загоєнню порожнин деструкції, скороченню терміну перебування у стаціонарі, покращання якості життя хворого.

Висновок: нова патогенетично виправдана ефективна схема лікування із застосуванням серофло в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень із загостренням ХОЗЛ дає змогу підвищити ефективність лікування хворих на вказану патологію.

ОЦІНКА ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

НЕЙКО Є. М., ЯЦИШИН Р. І., МИГОВИЧ В. В., МИГОВИЧ Л. Д.

Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1 з курсом клінічної імунології та алергології

Вивченню ізолюваного перебігу бронхіальної астми (БА) та метаболічного синдрому (МС) присвячені численні

масштабні дослідження, які дозволили з'ясувати суть цих захворювань, розробити алгоритми їх діагностики та програ-

ми лікування і профілактики. Проте, суперечливими і недостатніми є дані літератури про особливості поєданого перебігу цих захворювань та ефективність протиастматичної терапії у такого контингенту хворих.

Мета: вивчити особливості клінічного перебігу, метаболічних змін та порушення функції зовнішнього дихання у хворих на БА в асоціації з компонентами МС та оцінити вплив гіполіпідемічної терапії аторвастатином на клініко-лабораторні показники у цих пацієнтів.

Матеріали і методи. На базі Івано-Франківської обласної клінічної лікарні обстежено 82 хворих, які були розподілені на 3 групи. До I групи увійшло 22 пацієнти з БА без ознак МС. II групу склали 28 хворих на БА, асоційовану з МС, які отримували базову терапію астми згідно затверджених МОЗ України протоколів лікування. До III групи увійшло 32 хворих на БА, поєдану з МС, яким до базової терапії було додано аторвастатин в дозі 10 мг/д. Всі хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні. Діагностику БА здійснювали згідно наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. МС діагностувався у відповідності до критеріїв, які рекомендовані Міжнародною діабетичною федерацією (2005).

Для оцінки стану пацієнтів та ефективності проведеного лікування застосовували: загально-клінічне обстеження, комп'ютерну спірографію, вивчення стану ліпідного, вуглеводного, та пуринового обмінів, дослідження вмісту С-реактивного білка (СРБ) в плазмі крові при поступленні в стаціонар, через 2 тижні і через 3 місяці після лікування. Антропометричні дослідження проводились за стандартними методиками. Абдомінальне ожиріння, згідно рекомендацій ВООЗ, верифікували за допомогою відношення ОТ до ОС.

Результати дослідження: 1. У хворих на БА, поєдану з МС (II і III групи) ми спостерігали більш виражені порушення об'ємних показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) – зниження ЖЕЛ, ФЖЕЛ в порівнянні з I групою ($p < 0,05$). Згідно отриманих даних, ступінь порушення ФЗД був різним і мало залежав від віку, статі пацієнтів і тривалості захворювання БА. Однак, ми встановили, що більшість показників ФЗД залежало від ОТ, по мірі збільшення якого спостерігалось зниження як об'ємних (ЖЕЛ, ФЖЕЛ), так і швидкісних показників (ОФВ₁, ПОШ, МОШ₅₀, МОШ₇₅) ($p < 0,05$). Після проведеного лікування в усіх групах були зареєстровані позитивні зміни ФЗД, однак в III групі вони були більше виражені, ніж в II. Очевидно це пов'язано з протизапальним ефектом аторвастатину.

2. У 100% досліджених хворих на БА, поєдану з МС (II-III групи), виявлено надлишкову вагу (НВ) або ожиріння,

у 83% — збільшення артеріального тиску (АТ), у 88% хворих виявлено порушення ліпідного обміну, у 57% — порушення вуглеводного обміну, у 48% — збільшення рівня сечової кислоти, у 39% — збільшення рівня СРБ. Розподіл ІМТ у II — III групах був наступним: ІМТ 25-29,9 — у 47%, а ІМТ > 30 — у 53% хворих.

Досліджуючи стан ліпідного обміну, ми встановили, що до початку лікування в II та III групі у 94% хворих спостерігались дисліпідемії, в той час, як у I групі — лише у 11% пацієнтів. У хворих I групи рівень ЗХС складав $(3,99 \pm 0,17)$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ — $(2,4 \pm 0,12)$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ — $(1,6 \pm 0,14)$ ммоль/л, ТГ $(0,81 \pm 0,08)$ ммоль/л. У хворих II групи рівень ЗХС складав $(7,14 \pm 0,41)$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ — $(4,08 \pm 0,11)$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ — $(0,42 \pm 0,02)$ ммоль/л, ТГ — $(1,74 \pm 0,07)$ ммоль/л. У хворих III групи рівень ЗХС складав $(6,86 \pm 0,23)$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ — $(4,24 \pm 0,19)$ ммоль/л, ХС ЛПВЩ — $(0,44 \pm 0,02)$ ммоль/л, ТГ $(1,69 \pm 0,05)$ ммоль/л. При оцінці результатів у пацієнтів I групи показники ліпідного обміну практично не змінилися ні через 2 тижні, ні через 3 місяці після початку лікування ($p > 0,05$). У хворих II групи ліпідні показники не покращилися, деякі навіть погіршилися. Це свідчить про те, що базисна терапія не має позитивного впливу на жировий обмін. У пацієнтів III групи вже через 2 тижні терапії з включенням до схеми лікування аторвастатину ми спостерігали позитивні результати: рівень ЗХС знизився на 23,3% ($p < 0,05$), рівень ХС ЛПНЩ знизився на 26,9% ($p < 0,05$), рівень ТГ знизився на 4,1% ($p < 0,05$), а рівень ХС ЛПВЩ зріс на 26,7% ($p < 0,05$) від вихідних показників. Через 3 місяці лікування рівень ЗХС знизився на 34,4% ($p < 0,05$), рівень ХС ЛПНЩ знизився на 34% ($p < 0,05$), рівень ТГ знизився на 10,1% ($p < 0,05$), а рівень ХС ЛПВЩ підвищився на 40,5% ($p < 0,01$) від вихідних показників. Крім того, у пацієнтів III групи знизився рівень СРП та рівень глюкози сироватки крові.

Висновок: ІМТ прямо корелює з виразністю симптомів БА. У хворих на БА з ожирінням встановлено збільшення частоти загострень, зростання вмісту ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ, рівня глюкози, АТ, сечової кислоти, маркерів системного запалення, що є несприятливими прогностичними ознаками БА. Базисна терапія БА не має коригуючого впливу на метаболічні порушення в організмі при асоціації БА та МС. Включення аторвастатину до схеми лікування хворих на БА, поєдану з МС сприяє пришвидшенню досягнення контролю за перебігом БА, зменшенню потреби в короткодійних β_2 -агоністах, зменшує дозу базисних гормональних препаратів, покращує загальний стан та якість життя хворих.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ І ФУНКЦІЯ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ПАСЬКО О. М., ЯБЛУЧАНСЬКИЙ М. І., МАРТИНЕНКО А. В.

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, кафедра внутрішніх хвороб медичного факультету

Мета дослідження: встановити особливості змін варіабельності серцевого ритму (ВСР) та їх зв'язок зі значеннями показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) з метою діагностики порушень нейрогуморальної регуляції у пацієнтів з бронхіальною астмою (БА).

Матеріал і методи: 140 пацієнтів з БА в клінічних групах: за статевим ознакою (чоловіки, $n = 58$; жінки, $n = 82$); за віком (до 40 років, $n = 17$; 40-60 років, $n = 69$; старше 60 років, $n = 44$); за

тривалістю БА (< 5 років, $n = 80$; 5-10 років, $n = 32$; > 10 років, $n = 27$); залежно від величини початкових значень ОФВ₁ ФВД (ОФВ₁ $> 80\%$ належного $n = 9$; ОФВ₁ 60-80% належного $n = 67$; ОФВ₁ $< 60\%$ належного $n = 56$); залежно від величини початкових значень потужності спектру ТР ВСР (ТР ВСР > 1000 мс², $n = 52$, ТР ВСР < 1000 мс², $n = 88$). Визначення показників ВСР за допомогою комп'ютерного електрокардіографа "Cardiolab+" XAI: Тр (total power) — загальна потужність спектру в діапазоні

від 0 до 0,40 гц в мсек², LF/HF (безрозмірна величина) – відношення потужностей низькочастотної і високочастотної областей спектру. Визначення функції зовнішнього дихання (ФВД) (Яшина Л.А., 2003) за допомогою комп'ютерного спірографа "SpiroCom" ХАІ: ФЖЕЛ % від належних значень (форсована життєва ємкість легенів), ОФВ₁ % від належних значень (об'єм форсованого видиху за 1 секунду). Терапія відповідно наказу № 499 МОЗ України до ступеню тяжкості захворювання і стадії терапії БА. Пацієнти з персистуючою БА легкому ступеню тяжкості щодня отримували будесонід в дозі 250–500 мкг/доб.; як препарати невідкладної симптоматичної допомоги – салбутамол. Пацієнти з персистуючою БА середньому ступеню тяжкості щодня отримували будесонід в дозі 500–1000 мкг/доб., салметерол і/або салбутамол. Пацієнти з важкою персистуючою БА отримували щодня будесонід в дозі 1000 – 1500 мкг/доб., салметерол і/або салбутамол. Отримані результати оброблялися після формування баз даних в "Excel". Статистичні процедури виконувалися за допомогою програм "Excel", "Mathcad 2001 Profession", "STATISTICA for Windows. Release 6.0". Використовувалися параметричні (математичне очікування – М, стандартне відхилення – SD) і непараметричні критерії. Достовірність розбіжностей між групами і підгрупами пацієнтів оцінювалися за допомогою непараметричної статистики – Т-критерію Вілкоксона (для зв'язаних сукупностей) і Q-критерію Розенбаума (для незалежних сукупностей).

Отримані результати. У пацієнтів із БА має місце зниження загальної потужності спектру ВСР ритму за рахунок потужності усіх утворюючих її ланок при підвищенні співвідношення LF/HF, які являються відображенням їх клінічного стану та функції зовнішнього дихання. Показники ВСР по-

в'язані з віком пацієнтів, тривалістю захворювання і базальними значеннями показників ФЗД. Вони нижчі у чоловіків і більші у жінок, вищі – у віці до 40 років та нижчі – у віці після 40 років. Для пацієнтів з ОФВ₁ > 80 % від належного характерна збережена нейрогуморальна активність з високими показниками ФВД і ВСР, яка знижується при ОФВ₁ < 80 %. Рівні показників ФВД і ВСР у пацієнтів з БА пов'язані з потужністю ТР ВСР і виявляються вищими при ТР > 1000 мс², та нижчими при ТР ≤ 1000 мс². Терапія БА має модифікуючий вплив на показники ВСР, під час якої вони збільшуються, при цьому статеві розбіжності в їх значеннях зменшуються. Терапія позитивно позначається на показниках ВСР у пацієнтів різного віку, причому для пацієнтів у віці до 40 і від 40 до 60 років характерний більш виражений процентний приріст цих показників, ніж у пацієнтів після 60 років. Приріст показників ВСР на етапі терапії найбільш виражений в групі пацієнтів з ОФВ₁ > 60 % та при ТР > 1000 мс².

Висновки: показники ВСР виявляються однаково значимими з показниками ФВД і клінічними ознаками БА і тому мають використовуватися як в її діагностиці, так і контролі ефективності терапії.

Рекомендації. Для підвищення якості діагностики і контролю терапії БА до комплексу функціональних досліджень рекомендовано включати дослідження варіабельності серцевого ритму. У хворих на БА вікової групи > 60 років мають місце порушення нейрогуморальної регуляції, асоційованих із зниженням показників функції зовнішнього дихання та варіабельності серцевого ритму, та у пацієнтів з початковими значеннями ОФВ₁ < 60 % і ТР < 1000 мс² слід чекати виражених регуляторних порушень, що необхідно враховувати при терапії.

ШЛЯХ ОПТИМІЗАЦІЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ ТЯЖКОМУ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

СТОВБАН М. П., ОСТРОВСЬКИЙ М. М., КУЛИНИЧ-МІСЬКІВ М. О.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 3, м. Івано-Франківськ

Мета: вивчити ефективність застосування суспензії пульмікورتу для усунення загострення бронхіальної астми

Матеріали і методи: в процесі дослідження нами обстежено 30 хворих, середній вік становив (40,7 ± 11,8) років із тяжким загостренням бронхіальної астми, яким в комплексну схему лікування (регламентовану наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.) ще додавалися інгаляції небулайзерного пульмікорту по 2 мг 2р/д з інтервалом у 6 годин протягом 7 діб. Порівняльну групу склали 20 хворих, середній вік яких склав (38,7 ± 9,8) років із тяжким загостренням бронхіальної астми, що отримували у складі комплексної терапії тільки системні глюкокортикостероїди всередину у поєднанні з інгаляціями беродуалу в дозуванні – 2 інг 3р/добу. Всім пацієнтам щодня визначали пікову швидкість видиху (ПШВ) з допомогою пікфлоуметрії.

Результати: на основі проведеного дослідження нами встановлено, що у групі хворих, котрі отримували пульмікорт,

бажане клінічне покращення у вигляді зменшення задишки, зниження потреби в інгаляціях β₂-агоністів короткої дії в 3-4 рази, зменшення вираженості фізикальних ознак бронхообструктивного синдрому було відмічено на (3,4 ± 0,4) добу. Приріст показників ПШВ до цього часу в першій групі склав (360 ± 80) мл, в другій – тільки (220 ± 30) мл. Аналогічна клінічна динаміка у хворих, які не отримували пульмікорт, була досягнута пізніше тільки на (5,8 ± 0,7) добу р < 0,05 перебування в стаціонарі. При цьому, середній ліжко-день у хворих, котрі отримували у складі комплексної терапії пульмікорт, склав (12,7 ± 1,3), на відміну від порівняльної групи, де даний показник рівний (16,2 ± 1,1) р < 0,05.

Висновки: таким чином, включення небулайзерного пульмікорту до складу комплексної терапії тяжкого загострення бронхіальної астми дозволяє усувати загострення даної патології в швидші терміни і скоротити перебування хворих в стаціонарі

НОВИЙ ПОГЛЯД НА АКТУАЛЬНУ ПРОБЛЕМУ — ІВАБРАДИН ПРИ ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ НА ФОНІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

СТОВБАН М.П., ОСТРОВСЬКИЙ М.М., ВАРУНКІВ О.І.

Івано Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №3, м. Івано-Франківськ

Мета: вивчити клінічну ефективність застосування антагоністу if- рецепторів — івабрадину в лікуванні хронічної ІХС на тлі БА середньої тяжкості.

Матеріали і методи: у досліджувальній групі пацієнтів із поєднанням ішемічної хвороби серця (ІХС) (стенокардія ФК II–III, безбольова ішемія міокарду) і бронхіальної астми (БА) середньої тяжкості (n = 20) проведено 8-тижневе дослідження впливу івабрадину на клінічний перебіг ІХС і БА, показники ЕКГ і ехокардіографії, а також досліджувався стан функції зовнішнього дихання (ОФВ₁). Середній вік хворих — (58,7 ± 10,6) років. Івабрадин призначали в дозі 5–7,5 мг/добу при паралельному інгаляційному лікуванні БА кортикостероїдами в середніх дозах, із рекомендованим застосуванням фенотеролу "на вимогу". Клінічні і функціональні показники оцінювали до застосування івабрадину та через 4 і

8 тижнів лікування. Для оцінки динаміки показників проведеного лікування використаний метод статистичного аналізу по Вілкоксону.

Результати: ми встановили, що застосування івабрадину достовірно зменшувало частоту нападів стенокардії у хворих з поєднанням ІХС і БА та не робило істинного впливу на ОФВ₁. Через 8 тижнів лікування івабрадином відмічена чітка тенденція до покращення систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка.

Висновки: отже, використання антагоністу if- рецепторів — івабрадину достовірно ефективно і безпечно при лікуванні хронічної ІХС на фоні БА середньої тяжкості, значно покращує клінічний перебіг стенокардії та функцію діастолі і систолі міокарду лівого шлуночка, і поряд з цим не здійснює негативного впливу на показники функції зовнішнього дихання.

ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ, ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИВОРТИНА

КИРЕЕВА Т. В., БОГАЦКАЯ Е. Е., НАЗАРЕНКО А. П.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Бронхообструктивный синдром является наиболее частым поводом для вызова скорой медицинской помощи в Украине. Частота звонков по поводу приступа удушья составляет примерно 3–4% от всех вызовов СМП. Больные бронхиальной астмой (БА) и хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) при обострении имеют выраженный бронхообструктивный синдром, требующий неотложной терапии.

Согласно требованиям приказа МОЗ Украины № 128, купирование приступа затрудненного дыхания любой степени тяжести начинается с применения β₂-агонистов короткого действия. Из всех доставочных устройств в экстренной ситуации эффективнее всего — небулайзер. При применении рекомендована следующая схема лечения: в первый час проводят три ингаляции салбутамола (вентолина) по 2,5–5 мг каждые 20 минут. При недостаточном эффекте β₂-агонистов в течение первого часа назначаются кортикостероидные препараты системно и ингаляционно. Рекомендовано сочетание в небулайзерной терапии одновременное введение салбутамола и будесонида (вентолин и пульмикорт). Это позволяет снизить дозы бета-агонистов и уменьшить гиперреактивность бронхов. Наибольшие преимущества такой комбинации выявлены у больных бронхиальной обструкцией (БА, ХОЗЛ) с ОФВ₁ < 30% от индивидуального лучшего по-казателя или должной величины и продолжительность обострения более 24 часов, у пациентов пожилого возраста, а также при тяжелом обострении БА, вызванном приемом β-адреноблокаторов. Назначение системных кортикостероидов (СКС) на догоспитальном этапе в табле-

тированной форме (1мг преднизолона на 1 кг веса больного) или парентерально пульс-терапия высокими дозами (метилпреднизолон 1000 мг в/в капельно).

В клинической практике у 30% пациентов с тяжелым бронхообструктивным синдромом развивается клиника легочной гипертензии, подтверждающаяся повышением центрального венозного давления и приводящая к сердечной недостаточности. Назначения препаратов, донаторов оксида азота (NO) позволит предупредить это осложнение.

Тивортин — отечественный препарат, производства ТОВ "Юрія-Фарм", является раствором незаменимой аминокислоты Л-аргинина. Аргинин является разносторонним клеточным регулятором, влияющим на различные функции организма в критической ситуации, субстратом для NO синтетазы, катализирующей синтез NO в эндотелиоцитах, приводящий к гипотензивному эффекту. В условиях развивающейся гипоксии тканей при выраженной бронхиальной обструкции оказывает антиоксидантный, цитопротекторный эффекты и снижает легочную гипертензию.

Собственные наблюдения. 8 пациентов (6 мужчин, 2 женщин, средний возраст (43,5 ± 9,7) лет), находились в отделения реанимации и интенсивной терапии отделение городских больниц № 16 с тяжелым обструктивным синдромом. Из них — 2 пациента госпитализированы с тяжелым обострением БА и 6 пациентов с обострением ХОЗЛ. У всех пациентов в клинике преобладали симптомы выраженной дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Тахипное ЧДД 30–36 в 1 мин, одышка, цианоз, SaO₂ менее 80%, тахикардия, ЧСС более 110 уд. в 1 минуту, гипотония

менее 90/60 мм ртст. У 3 пациентов, гипертензия более 150/100 у 2 пациентов. При катетеризации подключичной вены — центральное венозное давление 75-80 мм вод.ст. было у 3 пациентов и отмечалось повышение венозного давления более 90 мм вод.ст у 5 пациентов. С первых минут пребывания в отделении пациенты получали небулайзерную терапию (вентолин и пульмикорт) и СКС согласно стандартам. В течении первых 4 — х часов у 3-х пациентов практически купирован бронхообструктивный синдром, исчезла одышка. У 5 пациентов самочувствие улучшилось, но сохранялась одышка и тахикардия. ЦВД держалось в пределах 90 мм вод.ст. Назначение тивортин 4,2% — 100,0 в/в капельно по 15 кап в минуту (на протяжении 2 часов) на фоне прово-

димой небулайзерной и кортикостероидной терапии, привело к улучшению самочувствия, снижению ЦВД до 80 мм вод.ст., снижению ЧСС до 92 — 96 уд в 1 мин. ЧДД до 24 в 1 мин. На 2 сутки 4 пациентов переведены в терапевтическое отделение. На 3-и сутки — 3, на 4-е сутки переведен 1 пациент.

Выводы.

- небулайзерная терапия, является высокоэффективными, безопасными и экономически оправданными способами неотложной помощи больным БА и ХОЗЛ.
- назначение тивортин 4,2% 100,0 в/в капельно позволяет уменьшить легочную гипертензию и снизить риск развития сердечной недостаточности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОСТАВКИ ПРЕПАРАТОВ В НЕБУЛАЙЗЕРАХ "OMRON", СОГЛАСНО ТРЕБОВАНИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО СТАНДАРТА NE13544-1

КУПРИЕНОК П. А.

ООО "Интернешнл Медикл Эквипмент" (официальный представитель компании OMRON в Украине), г. Киев, Украина

Цель: Спрогнозировать, какое количество лекарственного вещества, заправленного в небулайзер, будет доставлено в заданные отделы дыхательных путей.

Главное отличие небулайзера от ингалятора состоит в том, что небулайзер — это прибор, генерирующий частицы аэрозоля, которые способны оседать в нижних отделах легких. Массовая доля таких частиц в обычных ингаляторах незначительна. В связи с этим в небулайзерной терапии, по отношению к применяемому препарату, существует главный вопрос: **"Какое количество (масса) лекарственного препарата, заправленного в небулайзер, будет доставлено в заданные отделы дыхательных путей?"**. Кроме этого для экстраполяции результатов лечения одной группы больных на другую для врача чрезвычайно важна информация, каким методом производилась оценка размеров частиц, поскольку на современном этапе она строго регламентирована. Осаждение препарата в дыхательных путях (депозиция) — один из главных параметров, определяющих эффективность ингаляционной терапии. В зависимости от применения различных средств доставки лекарственных препаратов депозиция колеблется от 4 до 60% отмеренной дозы.

Европейские Клинические Руководства, выпущенные Европейским Респираторным Обществом в 2001 году³ рекомендовали производителям аэрозольной техники следовать методикам Европейского стандарта (prEN 13544-1) при тестировании их продукции со стандартными растворами или суспензиями, поскольку эти методики разработаны для максимально точного воспроизводства клинических условий.

Известно, что **основным фактором, который определяет депозицию частиц в дыхательных путях, является размер частиц аэрозоля. В аэрозольной медицине принято использовать следующие понятия:**

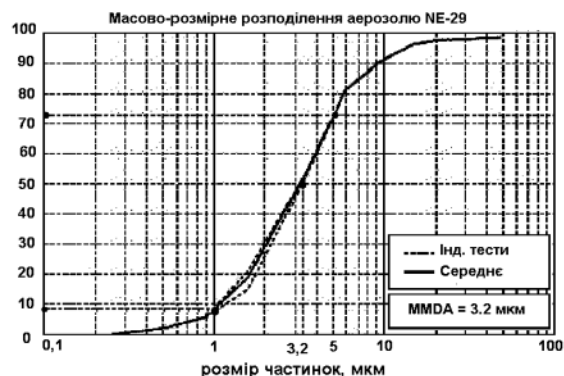
- Массово-медианный аэродинамический диаметр частиц (Mass Median Aerodynamic Diameter: MMAD) — определяется тем, что половина массы аэрозоля сосредоточена в частицах большего диаметра от показателя MMAD, а вторая половина — в частицах меньшего диаметра от показателя MMAD.

- Респирабельные частицы (согласно NE13544-1) — это частицы с аэродинамическим диаметром <5 мкм.

Частицы диаметром 5–10 мкм оседают в верхних дыхательных путях, 2–6 мкм — достигают нижних дыхательных путей, 0,5–3 мкм — оседают в альвеолах и бронхиолах, менее 0,5 мкм — не оседают вообще (они как выдыхаются, так и выдыхаются).

В связи с тем, что существует четкая зависимость между легочной депозицией аэрозоля и клиническим эффектом препарата, то для прогнозирования недостаточно знать только параметр MMAD. Для прогнозирования количества препарата, который останется в тех или иных отделах легких, необходимо иметь график распределения массы аэрозоля по размерам частиц.

В инструкциях к компрессорным небулайзерам C28, C29, C30 производства торговой марки OMRON такие графики приводятся. Это дает возможность прогнозировать такой важный параметр, как респирабельная фракция.



Из приведенного графика (взято из инструкции небулайзера OMRON C29) можно четко определить, что параметр MMAD имеет ~3,2 мкм, а респирабельная фракция выбранных частиц (1-5) мкм составляет более 70%. Согласно

стандарта EN13544-1 респірабельна фракція частиц до 5 μm должна составлять не менее 50 %.

Приведенный график получен компанией OMRON с помощью каскадного импактора, что соответствует требованиям стандарта EN13544-1.

Рекомендации: Для прогнозирования доставки препарата целесообразно использовать небулайзеры, в инструкциях которых указано, что они соответствуют требованиям Европейского Стандарта EN13544-1 и имеют график распределения массы аэрозоля по размерам частиц.

ЕФЕКТИВНІСТЬ САЛМЕТЕРОЛУ І ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

КУЖКО М.М., ПРОЦИК Л.М., БЕРЕЖНА І.В., ЗУБРІЙЧУК О.М.

ДУ "Національний інститут фізичної та пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України", м. Київ

Хронічне обструктивне захворювання легень в теперішній час являє велику медико-соціальну проблему. Поєднання ХОЗЛ з туберкульозом легень приводить до погіршення перебігу захворювання, ускладнює їх лікування. Важкість перебігу, інвалідність та висока смертність від поєднання цих захворювань це одна з невирішених медичних проблем в теперішній час.

Мета дослідження: дослідити ефективність салметеролу і флутиказону пропіонату (Серофло) у хворих на ХОЗЛ III ст в поєднанні з вперше діагностованим туберкульозом легень.

Матеріали та методи: для вирішення мети завдання проводили дослідження функції зовнішнього дихання (при поступленні та у кінці загострення ХОЗЛ), рентгенологічне та бронхоскопічне обстеження. Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові, аналізи харкотиння на мікобактерії туберкульозу методом седиментації та посіву.

Перед проведенням дослідження проводилась інгаляційна проба, яка вважалася позитивною, коли різниця між показниками бронхіальної обструкції до та після дослідження складала не менше ніж 25 %

Проведено аналіз дослідження у 36 хворих на ХОЗЛ з супутнім туберкульозом легень, віком від 35 до 60 років, з тривалістю захворювання ($9,4 \pm 2,7$) років. Основну групу (ОГ) склали 24 хворі, у яких до комплексного лікування був включений препарат серофло, який застосовували в дозі 50/100мкг/2-чі на добу. До групи контролю (КГ) увійшли 12 хворих на ХОЗЛ, яким була призначена терапія з виключенням бронхолітиків. Хіміотерапія туберкульозу призначалась відповідно до категорії диспансерного спостереження. При непереносимості ізоніазиду, супутніх хворобах та станах, що були перешкодою у застосуванні стандартних доз ізо-

ніазиду, наявності імунної недостатності до складу антимікобактеріальної терапії вводили ізофон (біфункціональний препарат з антимікобактеріальною та імунологічною активністю) у дозі 1,2 г на добу. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати: бронхологічне дослідження 18 хворих ОГ виявило набряк та запалення слизової оболонки II-III ст. Аналогічні дані були отримані при обстеженні хворих контрольної групи.

Після 14–16 днів від початку застосування серофло спостерігали покращання перебігу ХОЗЛ на тлі туберкульозу легень, що проявлялось зменшенням кашлю, задухи, кількості харкотиння. Бронхологічне дослідження показало зменшення явищ запального процесу слизової оболонки бронхів у більшості хворих на поєднану патологію. Клінічні прояви загострення ХОЗЛ повністю були компенсовані на протязі 1 місяця у більшості хворих основної групи. Спостерігали покращання показників зовнішнього дихання, які склали: ЖЕЛ ($71,2 \pm 4,6$)%, ОФВ1 ($63,5 \pm 3,3$)%, ХОШ25 ($33,5 \pm 3,1$ %; ХОШ50 ($48,1 \pm 2,8$)%; ХОШ75 ($63,2 \pm 3,1$)%, ($p < 0,05$) при порівнянні з контролем. Застосування серофло в дозі 50/100мкг/2-чі на добу, у хворих на туберкульоз легень з супутнім ХОЗЛ, призводить у підсумку до покращання перебігу туберкульозного процесу, більш швидкому зникненню інфільтративних явищ, рубцюванню та загоєнню порожнин деструкції, скороченню терміну перебування у стаціонарі, покращання якості життя хворого.

Висновок: нова патогенетично виправдана ефективна схема лікування із застосуванням серофло в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень із загостренням ХОЗЛ дає змогу підвищити ефективність лікування хворих на вказану патологію.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА): КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ОБОСТРЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ТЕРАПИИ

ПЕРЦЕВА Т. А., КИРЕЕВА Т. В.

Днепропетровская государственная медицинская академия
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии

Цель исследования: определить наиболее значимые критерии тяжести обострения БА, подобрать терапию согласно современным требованиям.

Материалы и методы. 16 пациентов (11 мужчин, 7 женщин, средний возраст $(33,5 \pm 9,7)$ лет), поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии отделения городских больниц № 6 и № 16 в связи с тяжелым обострением БА. Оценивалось наличие сопутствующей патологии, длительность заболевания, частота и регулярность посещения врача, используемые медикаменты, а также выраженность клинической симптоматики исход и осложнения.

Результаты. Диагноз бронхиальной астмы был установлен у всех пациентов более 12 месяцев перед госпитализацией. Согласно приказу МОЗ Украины № 128 (март 2007 года), бронхиальная астма была у 8 пациентов (1 группа) частично контролируемая и у 10 пациентов (2 группа) не контролируемая. По данным анамнеза в 1 группе получали низкие дозы ИГКС и короткие бета-агонисты по требованию, наблюдались терапевтами по месту жительства 1 раз в году, на консультации у пульмонолога не были в течение года (спирометрия также за год не проводилась). Во 2 группе пациенты постоянно не получали базисной терапии в течение года (СКС только периодически), а только короткодействующие бронхолитики. Наличие хронической инфекции верхних и нижних дыхательных путей было выявлено у 7 пациентов группы 1 и у всех в группе 2. В клинике тяжелого обострения преобладали симптомы выраженной дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности (тахипное, нестабильная гемодинамика, тахикардия, явления гипоксии). Наиболее информативным показателем, отражающим

гипоксию, сатурацию кислорода (SaO_2). Гемодинамические нарушения коррелируют с показателями центрального венозного давления (ЦВД). При наличии высоких цифр ЦВД (более 80 вод. ст) быстрее развивалась острая правожелудочковая недостаточность, что требовало коррекции терапии. Терапия тяжелого обострения БА проводилась согласно стандартам с использованием небулайзерной терапии и пульс-терапии СКС на фоне низкопоточной кислородотерапии. При высоком ЦВД (более 80 мм вод. ст.) назначался тивортин 4,2 % 100,0 в/в для профилактики гипертензии малого круга кровообращения.

Выводы. Клинически значимыми факторами риска развития тяжелого обострения БА являются наличие инфекционных заболеваний дыхательных путей, отсутствия должного наблюдения со стороны врача и отсутствие навыков самоконтроля со стороны пациента. Основной причиной каждого тяжелого обострения следует считать – отсутствие адекватной терапии БА. Назначение и коррекция терапии БА, согласно принятым стандартам (приказ №128), позволяет улучшить контроль БА и предупредить обострение. Своевременная госпитализация и современные подходы к терапии обострения БА значительно снизили летальность (в 2008 г. летальности при обострении БА в Днепропетровском регионе – нет). Использование небулайзерной терапии бронхолитиками (вентолин 2,5 мг) в комбинации с ИГКС (пульмикорт – 0,5 мг) в лечении обострения БА позволяет уменьшить объем инфузионной терапии и быстрее купировать обструктивный синдром. Применение тивортина при повышении ЦВД позволяет предупредить развитие осложнений (правожелудочковой недостаточности).

ІНТРАОПЕРАЦІЙНИЙ БРОНХОСПАЗМ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ДИХАННЯ

ОПАНАСЕНКО М. С., КОНОНЕНКО В. А.,
ЛЕВАНДА Л. І., ТЕРЕШКОВИЧ О. В.,

ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України»,
відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики, м. Київ

Інтраопераційний бронхоспазм (ІБС) є важливою проблемою в сучасній анестезіології взагалі, а під час оперативних втручань на органах грудної порожнини особливо, оскільки мають місце два основних моменти: патологічна скомпроментованість органів дихання і безпосереднє оперативне втручання на них. Серед факторів ризику виділяють також професійні шкідливості: вдихання пилу, диму, токсичних парів, тощо. В будь-якому разі, коли діагностовано бронхоспазм, необхідно перевірити справність роботи апаратури та виключити стани, що можуть його імітувати. У сумнівних

випадках під час проведення диференційної діагностики ІБС лікувально-діагностичне значення має бронхоскопія.

Матеріали і методи. Нами проведено ретроспективний аналіз 27 випадків ІБС. Всім хворим в передопераційному періоді було проведено загально-клінічне обстеження, фібробронхоскопія та дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД). Серед хворих переважали чоловіки – 18 (66,7%), жінок було – 9 (33,3%). Серед них у віці 20-29 років було – 1 хворий (3,7%); 30-39 років – 3 хворих (11,11%); 40-49 років – 7 хворих (25,93%); 50-59 років – 10 хворих

(37,31%); старше 60 років — 6 хворих (22,22%). Таким чином, ІБС частіше виникає у чоловіків і у хворих 50 років і старше (59,2%).

За наявністю дихальної недостатності та змін функції зовнішнього дихання хворі були розподілені на такі групи: ДН 0–8 хворих (29,63%); ДН Іст. — 14 хворих (51,8 5%); ДН ІІст. — 5 хворих (18,52%). Таким чином, серед хворих, у яких в ході операції виникав ІБС переважали пацієнти з ДН Іст. Серед хворих з наявністю дихальної недостатності зміни ФЗД за рестриктивним типом були у 8 хворих (29,63%); зміни ФЗД за обструктивним типом — 6 хворих (22,22%); зміни ФЗД за змішаним типом — 5 хворих (18,52%).

Розподіл хворих за патологією та видами оперативного втручання виявився наступний: туберкульоз легень — 15 хворих (55,56%), онкологічна патологія — 9 хворих (33,3%), неспецифічні ураження — 3 хворих (11,11%). Необхідно зазначити, що хронізація процесу, його тривалість, розповсюдженість та наявність ускладнень значно підвищують ризик виникнення цього патологічного стану. Серед усіх хворих, в яких виникав ІБС нами було відмічено наявність: супутньої легеневої патології — 6 хворих (22,22%); двостороннє ураження легень — 6 хворих (22,22%); серцево-судинна патологія: 12 хворих (44,4%); паління — 18 хворих (66,7%); ожиріння — 3 хворих (11,11%).

На основі власних спостережень можна сказати, що основними факторами ризику для розвитку інтраопераційного бронхоспазма були: бронхіальна астма — 3 хворих (11,11%); ХОЗЛ — 3 хворих (11,11%); двосторонні дисемінації легень — 6 хворих (22,22%); нещодавно перенесені респіраторні інфекції — 2 хворих (7,41%); паління, більш ніж 1–2 пачки на добу — 18 хворих (66,7%); ожиріння — 3 хворих (11,11%); психоемоційний стан — 1 хворий (3,7%); ішемічна хвороба серця — 7 хворих (25,92%); гіпертонічна хвороба — 5 хворих (18,52%). Слід відмітити, що поєднання декількох факторів підвищує ризик виникнення даного ускладнення (за нашими даними це відмічено в 21 хворого (77,78%)).

Основні етіологічні чинники виникнення інтраопераційного бронхоспазма у даної групи хворих можна розділити на наступні групи: а) маніпуляції на дихальних шляхах — 15 хворих (55,56%) — інтубація трахеї, подразнення біфуркації трахеї інтубаційною трубкою або відсмоктуючим катетером, недостатній рівень анестезії — 1 хворий (3,7%), б) медичні препарати: бета-блокатори (гальмують бета-2 опосередковану бронходилатацію) — 4 хворих (14,81%); інгібітори холінестерази, якщо їх мускариноподібний ефект не повністю блокований антихолінергічними препаратами — 1 хворий (3,7%); нестероїдні протизапальні препарати у хворих на аспіринзалежну астму — 1 хворий (3,7%); препарати для наркозу, що сприяють звільненню гістаміна (барбітурати, морфін, d-тубокурарин) — 2 хворих (7,41%); в) хірургічна стимуляція (ноцицептивні імпульси, які виникають під час роботи на корені легень, можуть бути пусковим фактором рефлекторного бронхоспазму — 3 хворих (11,11%)).

Результати лікування та їх обговорення. Наша терапевтична тактика базувалася на використанні: 1) поглиблення анестезії за рахунок застосування препаратів, що мають потужну бронходилатуючу дію: введення в/в анестетика — кетаміну в дозі 3–5 мг/кг, а потім 100–200 мг/год, який є препаратом вибору; збільшення концентрації інгаляційного анестетика у суміші, що подається на вдосі ізофлюран, енфлюран. 2) бета-2 адреноміметики — стимулюють аденілілциклазу, каталізуючи перетворення АТФ в цАМФ, який перешкоджає

вивільненню бронхозвужуючих субстанцій, розслабляють гладку мускулатуру дихальних шляхів. 3) сальбутамол у вигляді дозованого аерозольного інгалятора (більш ефективним є розпилення за допомогою небулайзера). 4) сальбутамол в/в струминно 4 мг/кг, потім в/в інфузія 5–10 мг/хв. 5) інгібітори фосфодіестерази: метилксантини — р-н еуфіліну 2,4% в дозі 5 мг/кг в/в струминно повільно, потім 0,5–0,8 мг/кг/год. 6) глюкокортикоїди — преднізолон в дозі 1–2 мг/кг або дексаметазон 0,1–0,2 мг/кг. 7) адреналін — препарат першого ряду при тяжких випадках та анафілаксії.

Параметри вентиляції при інтраопераційному бронхоспазмі під час анестезії, поруч з медикаментозною корекцією, є не менш важливим лікувальним моментом. Головна мета при цьому — це спрямувати всі зусилля на покращення оксигенації, шляхом поліпшення вентиляційно-перфузійних співвідношень, та запобігання перерозтягнення та перероздування альвеол, щоб уникнути катастрофи баротравми: при наявності ознак гіпоксії необхідно здійснити подачу 100% кисню; забезпечити низькочастотну вентиляцію (8–12 вдихів/хв) та змінити співвідношення вдих/видих до 1/1,5, що дозволить домогтися рівномірного розподілу газової суміші на вдосі та її достатньої евакуації під час видиху; встановити достатній дихальний об'єм — 10–12 мл/кг, якщо ризик баротравми високий, то зменшити до 8–10 мл/кг; застосувати ПТКВ (позитивний тиск в кінці видиху) — 5–10 мм вод.ст. з метою стабілізації внутрішньо-альвеолярного тиску; у разі виникнення значної проблеми проведення ШВЛ необхідно застосувати ручну вентиляцію.

За нашими даними перебіг бронхоспазму в даній групі хворих спостерігався: легкого ступеня — 22 хворих (81,48%); середнього ступеня — 4 хворих (14,81%); важкого ступеня — 1 хворий (3,7%).

У 23-х випадках (85,2%) бронхоспазм було куповано і розпочато оперативне лікування через 15–40 хвилин. В 3-х (11,11%) випадках під час роботи на корені легень було введено в корінь легень місцевий анестетик — лідокаїн, поглиблена анестезія та призупинено втручання на 5–10 хвилин, а потім знову відновлено. В 1 випадку (3,7%) ліквідація бронхоспазма потребувала застосування ручної вентиляції, через 1 годину стан хворого було стабілізовано і прийнято рішення про відстрочення оперативного втручання.

По закінченні операцій у всіх хворих не було ознак бронхоспазма. Екстубація, яка виконана до відновлення рефлексів дихальних шляхів, попереджає бронхоспазм при пробудженні. Введення лідокаїну в/в болюсно в дозі 1,5–2 мг/кг або у вигляді тривалої інфузії в дозі 1–2 мг/хв дозволяє усунути рефлекс дихальних шляхів при пробудженні. В якості профілактики даного ускладнення в момент екстубації у хворих на бронхіальну астму та ХОЗЛ, можливе застосування бета-2 адреноміметиків або їх поєднання з глюкокортикоїдами.

Висновки

Для профілактики виникнення ІБС необхідна ретельна передопераційна оцінка факторів ризику виникнення даного патологічного стану. Своєчасне виявлення, адекватна оцінка тяжкості ІБС та ефективно застосовані медикаментозні та інструментальні заходи, направлені на відновлення прохідності дихальних шляхів та нормалізацію вентиляційно-перфузійних співвідношень, дозволяють в подальшому уникнути важких наслідків та продовжити оперативне втручання. Об'єм призначеної терапії має залежати від ступеня вираженості ІБС та його клінічних проявів.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

СОЛДАТЧЕНКО С. С., ДОНИЧ С. Г., ИГНАТОНИС И. П., УЛЬЧЕНКО И. Г., МАЛЬЧЕНКО А. Г.

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии имени И. М. Сеченова, г. Ялта

В 2008 году Крымским республиканским НИИ им. И. М. Сеченова осуществлен проект внедрения небулайзерной терапии на станции скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП) г. Симферополя, включивший в себя следующие этапы: оснащение бригад СНМП пикфлоуметрами, небулайзерами, а также небулизированными формами бронхолитиков; обучение врачей СНМП современным алгоритмам оказания помощи больным с приступом бронхиальной астмы (БА) и технике небулайзерной терапии; контроль за эффективностью внедрения проекта путем анализа специально разработанных для этой цели карт, заполняемых врачом на вызове.

Цель исследования – разработать систему мероприятий по повышению эффективности а лечения больных БА на этапе скорой медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 442 больных БА, разделенных на 2 группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести БА. В 1-ю группу вошли 230 больных с традиционным внутривенным введением эуфиллина и глюкокортикостероидов, 2-ю группу составили 212 больных, у которых проводились ингаляции салбутамола (раствор ВЕНТОЛИН™ небулы™, 2,5 мг/2,5 мл, GlaxoSmithKline) через струйный ингалятор PARI BOY с небулайзером LL (фирма PARI GmbH, Германия).

Результаты исследования. У больных 1-й группы приступ удушья был купирован в 195 (84,7 %) случаях. При легком приступе эффективность традиционной терапии составила 92,4 %, при среднетяжелом – 86,2 %, при тяжелом – 78,7 %. У 35 (15,3 %) пациентов лечение было неэффектив-

ным, в связи с чем они были госпитализированы в пульмонологический стационар. Повторный вызов СНМП в течение 3 часов осуществлен у 26 (11,3 %) больных. Побочные эффекты зафиксированы у 110 (47,8 %) пациентов, в том числе тахикардия и желудочковая экстрасистолия – у 82 (74,5 %), головокружение – у 23 (21,5 %), тремор рук – у 34 (30,9 %).

Во 2-й группе приступ удушья был купирован у 201 (94,8 %) пациента. При легком приступе эффективность небулайзерной терапии составила 98,7 %, при среднетяжелом – 93,5 % и при тяжелом – 92,7 %. Небулайзерная терапия оказалась неэффективной лишь у 10 (5,2 %) больных 2-й группы, госпитализированных в пульмонологический стационар. Повторный вызов СНМП в течение 3 часов имел место в 10 (4,7 %) случаях. Побочные эффекты отмечены у 9 (4,2 %) больных в виде тахикардии и экстрасистолии (80,5 %), тремора рук (26,4 %), головокружения (17,6 %). Подобные изменения в большинстве случаев (94,2 %) имели место у пациентов, получивших от 4 до 25 ингаляций бета₂-агонистов через дозированные аэрозольные ингаляторы в течение 1-4 часов до приезда бригады СНМП. После лечения только 27 (1,8 %) больных 2-й группы в течение 3 часов вызывали бригаду СНМП повторно.

Выводы. Лечение обострений БА на этапе скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП) ингаляциями небулизированного салбутамола, по сравнению с традиционным инъекционным и пероральным применением бронхолитических препаратов, позволяет уменьшить количество повторных вызовов бригад СНМП (на 9,5%) и госпитализаций больных БА (на 10,1 %).