

– ОФВ₁ збільшився на 13,4 %, що свідчило про значне зменшення бронхообструкції;

– відбувалися нормалізація лейкограми, зникнення або суттєве зменшення ознак запального процесу, відновлення пригнічених показників Т-системи імунітету; покращання клітинного складу індукованого харкотиння і функціонального стану гранулоцитів місцевого захисту.

Укладачі: Фещенко Ю.І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф., Яшина Л.О., д-р мед. наук, проф., Ігнат'єва В.І., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Гуменюк Г.Л., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Полянська М.О., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Туманов А.М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Сідун Г.В., мол. наук. співроб., Джавад І.В., мол. наук. співроб., Москаленко С.М., тел. 275 05 41

Рецензенти: Гаврисюк В.К., зав. клініко-функціональним відділенням Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, д-р мед. наук, проф., Ніколаєва О.Д., доцент кафедри фтизіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, канд. мед. наук.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України: академік АМН України, д-р мед. наук, проф. Ю.І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В.М. Мельник

Відповідальний за випуск: Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 04 02, 275 05 41, Факс: (044) 275 21 18.

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського

УДК: 616.248-085:615.835.5

Випуск із проблеми
“Фтизіатрія і пульмонологія”

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Інституту
фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф.Г. Яновського АМН України,

протокол № 1

від 12.12.2006 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТЯЖКУ
ПЕРСИСТУВАЛЬНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ
ЗАСТОСУВАННЯМ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ
(інформаційний лист)**

Пропонується для використання в практиці профільних установ області (міста) спосіб лікування хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму, який розроблений та апробований в Інституті фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, суть якого полягає у тому, що на тлі застосування базисної комбінованої терапії середніми дозами інгаляційного кортикостероїду у поєднанні з β_2 -агоністом у пролонгованій формі, додатково призначають ацетилцистеїн у дозі 600 мг 1 раз на добу до стабілізації клінічних симптомів бронхіальної астми, покращання показників функції зовнішнього дихання і нормалізації показників системного та місцевого імунітету.

Відомо, що бронхіальна астма (БА) – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке спричинене значною кількістю клітин та медіаторів запалення. Основними клітинними елементами запалення являються еозинофіли, опасисті клітини, Т-лімфоцити, макрофаги. Бронхообструктивний синдром при БА зумовлений спазмом гладкої мускулатури бронхів, набряком їх слизової оболонки, дискринією. Гіперреактивність бронхів, як специфічна, так і неспецифічна – основна універсальна патофізіологічна ознака БА, яка лежить в основі нестабільності дихальних шляхів.

Особливу проблему складає ведення хворого на тяжку персистувальну БА.

Для тяжкої персистувальної БА (ступінь 4) характерні наступні клінічні симптоми до початку лікування:

- постійна наявність денних симптомів;
- часті загострення;
- часті нічні симптоми;
- обмеження фізичної активності зумовлене БА;
- ОФВ₁ або ПОШ_{вид} < 60 % від належних;
- добові коливання ПОШ_{вид} або ОФВ₁ > 30 %.

На сучасному етапі розвитку медицини лікування хворих на тяжку персистувальну БА включає застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів у високих дозах

(беклометазон або будесонід – 1000 – 2000 мкг на добу, або флутиказон – 500 – 1000 мкг на добу) в поєднанні з інгаляційними β_2 -агоністами пролонгованої дії (сальметерол) або ж призначають фіксовану комбінацію в одній лікарській формі сальметеролу (25 мкг в 1 дозі) та флутиказону (250 мкг в 1 дозі) – по 1 - 2 дози 2 рази на добу.

Проте у ряді випадків відмічається резистентність до високих доз інгаляційних стероїдів (> 2000 мкг беклометазону; 1600 мкг будесоніду, 1000 мкг флутиказону на добу) в поєднанні (або без) з пролонгованими β_2 -агоністами або теофіліном.

Суть способу лікування хворих на тяжку персистувальну бронхіальну астму, який пропонується до впровадження, полягає в тому, що хворим на тяжку персистувальну бронхіальну астму на тлі застосування базисної комбінованої терапії середніми дозами інгаляційного кортикостероїду у поєднанні з β_2 -агоністом у пролонгованій формі, додатково призначають ацетилцистеїн у дозі 600 мг 1 раз на добу до стабілізації клінічних симптомів бронхіальної астми, покращання показників функції зовнішнього дихання і нормалізації показників системного та місцевого імунітету, в результаті чого підвищується ефективність лікування даної категорії хворих.

Застосування запропонованого способу виявилось більш ефективним, ніж лікування лише базисною інгаляційною фармакотерапією за наступними показниками:

- клініко-функціональна ефективність збільшилась на 13,3 %;
- загальний астма-рахунок зменшився на 50,8 %, що свідчило про стабілізацію клінічних симптомів захворювання;
- кількість інгаляцій екстреної медикаментації (сальбутамолу) в день зменшилась на 55,3 %;
- форсована життєва ємність легень зросла через 2 місяці лікування на 17,4 %;