

зменшення задишка за шкалою Борга до проведення тесту на 1,0 бал та після тесту – на 1,0 бал.

Комплексна терапія добре переносилася хворими і не супроводжувалася розвитком побічних ефектів, що дозволяє рекомендувати розробку для практичного використання.

Укладачі:

Фещенко Ю. І., акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.;
Яшина Л. О., зав. відділенням діагностики, терапії і клінічної фармакології захворювань легень, д-р мед. наук, проф.; Зволь І. В., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Ігнат'єва В. І., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Гуменюк Г. Л., старш. наук. співроб., д-р мед. наук; Москаленко С. М., наук. співроб., канд. мед. наук; Опімах С. Г., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Полянська М. О., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Власова Н. А., лікар; Галай Л. А., лікар (НІФП НАМНУ).

Рецензенти:

Дзюблик О. Я., завідуючий відділенням технологій лікування неспецифічних захворювань легень НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.;
Зайков С. В., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.

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

Відповідальний за випуск:

Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”,
03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК 616.248-085:616.155.34-002

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 11
від 15 грудня 2020 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З
НЕЙТРОФІЛЬНИМ ТИПОМ ЗАПАЛЕННЯ**
(інформаційний лист)

Київ 2020

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного та терапевтичного профілю спосіб лікування хворих на бронхіальну астму з нейтрофільним типом запалення, який розроблений у відділенні діагностики, терапії і клінічної фармакології захворювань легень НІФП НАМНУ, суть якого полягає у призначенні в якості базисної терапії інгаляційного ультрадрібнодисперсного глюкокортикостероїду, тіотропія броміду через Респімат в стандартних терапевтичних дозах та додатково протягом перших 10 днів – інгаляції 10,0 % розчину ацетилцистеїну через небулайзер, в результаті чого підвищується ефективність лікування даної категорії хворих.

Бронхіальна астма (БА) є гетерогенним хронічним запальним захворюванням дихальних шляхів. В основі цієї гетерогенності значну роль відіграє тип запалення дихальних шляхів (еозинофільний, нейтрофільний або малогранулоцитарний). У зв'язку з цим запропоновано виділяти окремі ендотипи захворювання. Ендотипом називають підтип захворювання, який характеризується унікальним патофізіологічним механізмом, що, в значній мірі, визначає відповідь на лікування.

Не дивлячись на успіхи в лікуванні БА, залишається частка пацієнтів, у яких досягнути контрольованого перебігу захворювання не вдається. До таких пацієнтів належать хворі на БА з нейтрофільним типом запалення з наявністю обструкції дрібних бронхів (максимальна об'ємна швидкість видиху на рівні 25 % життєвої ємності легень (MEF_{25}), що залишилася до кінця видиху < 50,0 %) та фіксованої бронхообструкції (співвідношення об'єму форсованого видиху за 1 сек. (FEV_1) до форсованої життєвої ємності легень (FVC) – $FEV_1/FVC < 70,0$ %).

Згідно наказу МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі» стандартом базисної терапії БА є інгаляційна форма фіксованої комбінації глюкокортикостероїду та бета-2-агоністу тривалої дії (будесонід + формотерол), яку застосовують в стандартній терапевтичній дозі відповідно тяжкості захворювання.

Проте сучасні методи лікування БА не враховують патоморфологічні та функціональні особливості у хворих з нейтрофільним типом запалення (з наявністю обструкції дрібних бронхів, фіксованої бронхообструкції). При виявленні порушень на рівні дрібних бронхів доцільним є призначення протизапальних препаратів в доставкових пристроях, які здатні створити високу концентрацію ліків в периферичних відділах бронхів (наприклад, респімат, керовані вдихом інгалятори, дрібнодисперсні аерозолі). Муколітики знижують в'язкість слизу та покращують в'язкопружні властивості мокротиння, що полегшує очищення дихальних шляхів та сприяє цільовій доставці бронхолітиків та протизапальних засобів у дрібні бронхи.

Суть способу, що пропонується, полягає у призначенні в якості базисної терапії інгаляційного ультрадрібнодисперсного беклометазону дипропіонату 250 мкг та формотеролу 12 мкг двічі на добу, тіотропія броміду 5 мкг у вигляді двох інгаляцій через доставковий пристрій Респімат один раз на добу. Протягом перших 10 днів лікування додатково призначають інгаляційно через небулайзер ацетилцистеїн по 3 мл 10,0 % розчину 1 раз на добу вранці.

Застосування способу, що пропонується, порівняно з існуючим стандартом, коли використовують лише комбінований препарат будесоніду 320 мкг з формотеролом 9 мкг двічі на добу, дозволило досягти:

- клініко-функціональної ефективності у 93,3 % пацієнтів;
- покращання контролю над симптомами БА, що виявлялося у збільшенні сумарної бальної оцінки тесту з контролю над астмою (ACT) на 6 балів, зменшенні сумарної бальної оцінки опитувальника з контролю симптомів астми (ACQ) на 1,2 бала та зменшення частоти загострень;
- покращання якості життя хворих, що підтверджувалося зменшенням рахунку симптомів на 20 балів за результатами опитувальника якості життя госпітала святого Георгія;
- покращання бронхіальної прохідності на рівні дрібних бронхів та зменшення фіксованої бронхообструкції, коли відбувалося збільшення MEF_{50} на 12,7 %, MEF_{25} на 8,5 % та FEV_1/FVC на 8,9 %;
- підвищення толерантності до фізичного навантаження, про що свідчило збільшення кількості пройдених метрів 6MWT на 46 м,