

– збільшення MEF_{25} % з 19,1 % до 31,9 %, що свідчило про значне зменшення бронхообструкції на рівні дрібних бронхів.

Метод застосування ультрадрібнодисперсного глюкокортико-стероїду в базисній терапії хворих на БА з нейтрофільним типом запалення добре переносився пацієнтами і не супроводжувався розвитком побічних ефектів. Метод є простим у використанні та легкодоступним для практикуючого лікаря.

Укладачі:

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

Рецензенти:

Дзюблик О. Я., завідуючий відділенням технологій лікування НЗЛ 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

Тираж 100 прим.

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

УДК 616.248-085:615.835.56

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 8
від “24” вересня 2019 р.

**ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАДРІБНОДИСПЕРСНОГО
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДУ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ
НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З НЕЙТРОФІЛЬНИМ ТИПОМ
ЗАПАЛЕННЯ**
(інформаційний лист)

Київ 2019

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного та терапевтичного профілю метод застосування ультрадрібнодисперсного глюкокортикостероїду в базисній терапії хворих на бронхіальну астму (БА) з нейтрофільним типом запалення, який розроблений та апробований у відділенні діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень НІФП НАМНУ, суть якого полягає у призначенні в якості базисної інгаляційної терапії ультрадрібнодисперсного глюкокортикостероїду (ГКС) в комбінації з формотеролом відповідно до ступеня тяжкості нейтрофільної БА з урахуванням функціональних особливостей захворювання (з наявністю обструкції дрібних бронхів, фіксованої бронхообструкції).

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

На теперішній час немає консенсусу щодо чіткого визначення кількості нейтрофілів в мокроті, який дозволяє визначити нейтрофільний тип запалення. За даними різних авторів нейтрофільне або змішане (нейтрофільно/еозинофільне) запалення зустрічається приблизно в 20–22 % випадків, а в когорті тяжкої БА ці типи запалення домінують. У більшості хворих з нейтрофільним типом запалення існуючі стандарти лікування виявляються недостатньо ефективними. Саме тому, ця категорія хворих має неконтрольований перебіг захворювання, потребує дообстеження та призначення патогенетично обґрунтованого лікування.

Нейтрофільне запалення асоціюється з частими респіраторними інфекціями в анамнезі, більш тяжким перебігом захворювання. Потенційні тригери – інфекції (що викликають

гострий нейтрофільний бронхіт), гастроєзофагальний рефлюкс із аспірацією, риносинусити. Гранулоцити, включаючи еозинофіли та нейтрофіли, спричиняють ремоделювання бронхів – нейтрофіли інфільтрують епітелій дихальних шляхів і підслизові залози на всіх рівнях бронхіального дерева – від проксимальних до дистальних його відділів. Їх активація призводить до вивільнення гранульованих протеїнів, які беруть участь у розвитку перибронхіального фіброзу. Нейтрофільне запалення дихальних шляхів асоціюється з гіршими показниками легеневої функції, більшою легеневою гіперінфляцією та потовщенням стінок бронхів. Тому розробка методу лікування нейтрофільної БА з урахуванням функціональних особливостей захворювання є актуальною.

Сучасні методи лікування БА не враховують патоморфологічні та функціональні особливості у хворих з нейтрофільним типом запалення (з наявністю обструкції дрібних бронхів, фіксованої бронхообструкції). Саме для таких хворих доцільно застосовувати відомі на теперішній час ультрадрібнодисперсні ГКС, які мають мас-медіанний аерозольний діаметр (ММАД) частинок – 1,1 мкм, що дозволяє лікарському засобу проникати через найбільші звуження трахеобронхіального дерева та в дрібні бронхи.

Тому за методом, що пропонується, у хворих на БА з нейтрофільним типом запалення, в якості базисної інгаляційної терапії призначають комбінацію 250 мкг ультрадрібнодисперсного беклометазону та 12 мкг формотеролу двічі на добу відповідно до ступеня тяжкості нейтрофільної БА (з наявністю обструкції дрібних бронхів, фіксованої бронхообструкції). За стандартним методом призначали комбінований препарат – 320 мкг будесоніду та 9 мкг формотеролу двічі на добу.

Застосування методу, що пропонується, порівняно з існуючим стандартом дозволило досягти:

- клініко-функціональної ефективності у 80 % хворих;
- збільшення значення тесту з контролю над астмою (АСТ) – на

3,2 бали та кількості пройдених метрів за тестом з 6-хвилинною ходьбою (6MWT) – на 17 м, що свідчило про стабілізацію клінічних симптомів захворювання та підвищення толерантності до фізичного навантаження;