

**Укладачі:** Речкіна О. О., зав. відділенням, д-р мед. наук;  
Стриж В. О., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Руденко С. М.,  
наук. співроб., канд. мед. наук; Промська Н. В., лікар (НІФП  
НАМНУ)

**Рецензенти:**

Ячник А. І., головний науковий співробітник клініко-функціональ-  
ного відділення НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.;  
Уманець Т. Р., гол. наук. співроб. відділення захворювань органів  
дихання та респіраторних алергозів у дітей ДУ «Інститут педіатрії,  
акушерства і гінекології НАМН України», д-р мед. наук

**Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:**  
академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Фещенко Ю. І.

**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](mailto: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: 616.248.036-053.6:616.233-003.7:615.835.56

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського,  
протокол № 8  
від “22” вересня 2020 р

**МЕТОД МОНИТОРИНГУ РІВНЯ КОНТРОЛЮ  
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ШЛЯХОМ  
ІНГАЛЯЦІЙНИХ ПРОБ ІЗ БРОНХОЛІТИКАМИ  
КОРОТКОЇ ДІЇ  
(інформаційний лист)**

*Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного, педіатричного профілю та загальної мережі (сімейні лікарі) метод моніторингу рівня контролю бронхіальної астми у підлітків шляхом інгаляційних проб з бронхолітиками короткої дії, який розроблений та апробований у відділенні дитячої пульмонології та алергології НІФП НАМНУ, суть якого полягає у додатковому проведенні бронходилатаційної проби з комбінованим бронхолітиком короткої дії у підлітків при контрольованій та частково контрольованій бронхіальній астмі. Метод пропонується вперше, аналоги відсутні.*

Основною метою моніторингу бронхіальної астми (БА) є досягнення та підтримка її контролю. Комплекс заходів щодо оцінки рівня контролю БА передбачає проведення спірометрії та визначення зворотності бронхіальної обструкції, для чого застосовують бронходилатаційну пробу з бронхолітиком короткої дії сальбутамолом. Але, при цьому не враховують особливість сальбутамолу, як селективного агоністу  $\beta_2$ -адренорецепторів, що, без сумніву, сприяє пропуску випадків «прихованого» бронхоспазму, наприклад, коли в патогенезі БА домінують холінергічні механізми регуляції бронхомоторних відповідей. Діагностика «прихованого» бронхоспазму є надзвичайно важливою, оскільки дозволяє попередити або знизити ризики розвитку загострення БА в майбутньому. Тому на практиці для його ідентифікації окрім бронходилатаційної проби з сальбутамолом додатково використовують пробу з іншим бронхолітиком короткої дії, у складі якого поєднані  $\beta_2$ -агоніст фенотеролу гідробромід і м-холіноблокатор іпратропію бромід (Ф-ІТБ). Бронходилатаційні проби та характер відповіді на них оцінюють за величиною індексу бронходилатації (ІБД). При  $\text{ІБД} \geq 12,0$  % бронходилатаційну відповідь на пробу рахують позитивною та діагностують порушення вентиляції за обструктивним типом, а рівень контролю БА вважають недостатнім. При  $\text{ІБД} < 12,0$  % бронходилатаційну відповідь вважають негативною та діагностують відсутність порушень вентиляції, що використовують для підтвердження

контрольованого перебігу БА. Показання до проведення проби з Ф-ІТБ не розроблені.

Метод моніторингу рівня контролю БА у підлітків, що пропонується, здійснюють наступним чином. Всім підліткам, хворим на контрольовану або частково контрольовану БА, проводять бронходилатаційну пробу з сальбутамолом. За приростом об'єму форсованого видиху за першу секунду ( $\text{ОФВ}_1$ ) встановлюють ІБД. Додаткову пробу з Ф-ІТБ призначають, якщо встановлене значення ІБД у пробі з сальбутамолом буде знаходитись у межах:

- від 10,5 % до < 12,0 % при контрольованій БА;
- від 8,0 % до < 12,0 % при частково контрольованій БА.

Додаткову бронходилатаційну пробу з Ф-ІТБ виконують на наступний день після проби з сальбутамолом за загально прийнятою методикою з використанням 1 вдиху з дозованого аерозольного інгалятора, 1 доза якого містить фенотеролу 50 мкг + іпратропія бромід 20 мкг.

В інших випадках негативних відповідей хворих підлітків на бронхолітичну пробу з сальбутамолом ( $\text{ІБД} < 10,5$  % для контрольованої БА та  $\text{ІБД} < 8,0$  % для частково контрольованої БА) додаткову пробу з Ф-ІТБ не проводять, оскільки ризик наявності «прихованого» бронхоспазму в подібних ситуаціях є мало імовірним. Значення вищенаведених коливань ІБД встановлено за допомогою регресійного аналізу даних, отриманих від хворих на БА підлітків з контрольованим та частково контрольованим перебігом захворювання.

Застосування запропонованого моніторингу рівня контролю бронхіальної астми у підлітків шляхом інгаляційних проб з бронхолітиками короткої дії різних фармакологічних груп дозволить підвищити точність діагностики рівня контролю астми за рахунок виявлення випадків «прихованого» бронхоспазму при контрольованій БА до 20,0 %.

Метод моніторингу простий у виконанні, не потребує додаткових ресурсів, легко доступний для практичної медичної мережі.