

Берінгер Інгельхайм) з фіксованою комбінацією $\beta 2$ -адреноміметик/глюкокортикоїд у хворих на тяжку персистуючу бронхіальну астму.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 16 пацієнтів з тяжкою персистоючою бронхіальною астмою IV ступеня, яких було розподілено на дві групи залежно від призначеної терапії. Першу групу склали 8 пацієнтів, яким призначалась терапія: флютиказону пропіонат 500 мкг/сальметерол 50 мкг по 1 інгаляції двічі на добу та додатково пролонгований холінолітик тіотропію бромід у дозі 5 мкг один раз на добу. Другу групу – групу порівняння склали 8 хворих з БА, які отримували фіксовану комбінацію флютиказону пропіонат 500 мкг/сальметерол 50 мкг по 1 інгаляції двічі на добу. Всім хворим дозволялось використання короткодійних $\beta 2$ -агоністів на вимогу. Оцінювали клінічні і спірометричні критерії (об'єм форсованого видиху за першу секунду – ОФВ₁). Контроль спірометрії проведений на 14 добу. Обстеження пацієнтів проведено на базі обласного фтизіопульмонологічного центру, м. Івано-Франківськ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Показник ОФВ₁ у пацієнтів першої групи на момент обстеження становив $46,2 \pm 5,3\%$ ($p < 0,05$),

другої групи – $45,7 \pm 4,6\%$ ($p < 0,05$). Призначена терапія привела до достовірного покращення ОФВ₁ порівняно з вихідним значенням показника в обох групах, але переважав у групі тіотропію – $65,9 \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$) порівняно з $61,2 \pm 4,1\%$ ($p < 0,05$) у групі контролю. Позитивну динаміку клінічних показників (зменшення денних та нічних симптомів, інтенсивності ядухи, приступів кашлю) вдалось досягнути швидше в першій групі, ніж у групі порівняння. Окрім цього, пацієнти, які приймали тіотропій, відмітили зменшення продукції в'язкого мокротиння та значно скоротили кратність прийому $\beta 2$ -агоністів короткої дії.

ПІДСУМОК

Застосування пролонгованого холінолітика тіотропію (Спірива РеспімаТ) у комплексній терапії хворих на тяжку бронхіальну астму поряд з комбінацією флютиказону пропіонат 500 мкг/сальметерол 50 мкг підвищує клінічну ефективність лікування, що можна пов'язати з потенціюванням бронходилататорного ефекту внаслідок поєднання дії холінолітика і $\beta 2$ -агоніста/глюкокортикоїд, а також прямим протизапальним впливом препарату через здатність тіотропію зменшувати продукцію ацетилхоліну.



УДК 616.24-003.6-007.272-036.1-008-058.243.2:622.012:669.013

*Р.В. Рубцов,
Т.А. Ковальчук,
П.С. Базовкін*

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ПНЕВМОКОНІОЗУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧО-МЕТАЛУРГІЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

*ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»
SE «Ukrainian Research Institute of Industrial Medicine»*

Мета дослідження – оцінити особливості деяких клінічних проявів та функціонального стану легень за показниками спірометрії при пневмоконіозі (ПК) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) у

працівників гірничо-металургічної промисловості в сучасних умовах виробництва.

Методи досліджень: клінічні з визначенням ураженості задишки (у балах) за шкалою Міжнародної Дослідницької Ради (МДР),

самопочуття (у балах) за Тестом Оцінки Хвороби (ТОХ), статистичні з визначенням середніх значень, їх похибки та достовірності різниці в працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості в процесі клінічного спостереження та їх порівняння в 635 осіб, хворих на пневмоконіоз (ПК), ПК в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та ХОЗЛ професійної етіології за 2012–2016 роки.

Встановлено особливості клініко-функціональних показників у хворих на професійні захворювання легень, які працювали в гірничо-металургійній промисловості. У хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ вираженість задишки в балах за шкалою МДР перевищує аналогічні в групі з ПК та ХОЗЛ відповідно на 15,0% та 9,6%. Оцінка самопочуття хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ за шкалою ТОХ у балах також вказувала на його суттєве перевищення, ніж у групах порівняння: на 21,4% більше, ніж у хворих на ПК, та на 19,3% більше, ніж у хворих на ХОЗЛ. Об'ємні спірометричні показники: життєва та форсована життєва ємність легень (ЖЄЛ) та (ФЖЄЛ) у працівників з поєднаним перебігом ПК та ХОЗЛ, навпаки, були відчутно менші, ніж в інших хворих: при ПК – на 10,7% та 10,9%, при ХОЗЛ – на 19,3% та 13,2%. Показник, який визначає ступінь обструкції бронхів – об'єм форсованого видиху за секунду (ОФВ₁) – у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ був меншим, ніж у хворих на ПК (на 15,2%), та на 14,1% меншим, ніж у хворих на ХОЗЛ. Швидкісні показники видиху, що визначають ступінь та локалізацію обмеження потоку

повітря в бронхах, вказують на те, що у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ вони, у цілому, були найнижчими. Пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШ_{вд.}) була меншою порівняно з хворими на ПК на 18,3% та на 19,7% менше, ніж у хворих на ХОЗЛ. При порівнянні з хворими на ПК та ХОЗЛ показники максимальної об'ємної швидкості видиху на рівні 25% від ФЖЄЛ (МОШ_{25%}) були меншими відповідно на 22,3% та на 9,8%, МОШ_{50%} на 28,3% та 1,9%, МОШ_{75%} на 14,2% та на 14,0%. Відношення ФЖЄЛ до ОФВ₁ у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ було також меншим, ніж у хворих на ПК (на 6,3%), та на 6,4% перевищувало аналогічний показник у хворих на ХОЗЛ. Бронходилятаційний тест (БДТ), проведений у всіх обстежених працівників, показав, що найменший приріст ОФВ₁ після застосування бронходилятатора короткої дії був у групі хворих на ПК. Цей показник у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ був більшим, ніж у хворих на ПК (17,9%), однак був у 4,3 разу меншим, ніж у хворих на ХОЗЛ.

Визначення особливостей клінічних проявів та функціональних порушень легень у хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ дозволить правильно оцінити спрямованість та ризики ускладнень цих захворювань. На основі отриманих даних розробити та впровадити комплекс заходів, спрямованих на своєчасну діагностику, лікування та профілактику поєднаної форми цієї професійної патології легень у працівників основних професій гірничо-металургійної промисловості, розробити рекомендації з раціонального використання трудових ресурсів.

