

С. Г. Опімах, В. І. Ігнат'єва, М. О. Полянська, І. В. Зволь, С. М. Москаленко, Н. А. Власова

ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПШІ НА АЛЬВЕОЛЯРНУ ВЕНТИЛЯЦІЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Одними із патофізіологічних порушень при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) є розлади газообміну, в том числі за рахунок зниження ефективності альвеолярної вентиляції. Лікування хворих на ХОЗЛ передбачає проведення базисної медикаментозної терапії для зниження поточних симптомів та майбутніх ризиків.

Мета роботи — оцінити вплив базисної терапії на ефективність альвеолярної вентиляції у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи

Для оцінки ефективності альвеолярної вентиляції обстежено 100 хворих на ХОЗЛ (30 — з II, 45 — з III та 25 — з IV стадією) за допомогою капнометрії ("Oxuson Pro", "Cardinal Health", Німеччина). Унікальна можливість капнометрії визначати вільні від вуглекислого газу порції повітря протягом видиху та інтегрування з пневмотахометром дозволяє визначити: об'єм хвилинної вентиляції легень (VE), об'єм «мертвого» простору (Vde) та його частку в дихальному об'ємі (Vde%VT). В дослідженні ефективності базисної терапії прийняло участь 15 хворих на III та IV стадії ХОЗЛ, котрі отримували комбіновану терапію: флутиказону пропіонат 1000

мкг, сальметеролу 100 мкг, тіотропіуму бромід 18 мг на добу. Через 3 місяці від початку терапії хворим проведено повторну капнометрію.

Результати

VE виявився найвищим у хворих на ХОЗЛ IV стадії — $(12,6 \pm 0,6)$ л/хв., а найнижчим — у хворих на ХОЗЛ II стадії $(11,1 \pm 0,4)$ л/хв., $p < 0,05$. У хворих ХОЗЛ III стадії VE складав $(12,2 \pm 0,5)$ л/хв. Vde%VT був найвищим у хворих ХОЗЛ IV стадії — $(37,2 \pm 1,4)$ %. У хворих ХОЗЛ III стадії цей показник складав $(31,3 \pm 1,2)$ %, а при II стадії — $(27,5 \pm 1,1)$ %. Таким чином, ефективна альвеолярна вентиляція (Va) у хворих на ХОЗЛ IV стадії складає $(7,9 \pm 0,4)$ л/хв., у хворих на ХОЗЛ III стадії — $(8,38 \pm 0,3)$ л/хв., а у хворих на ХОЗЛ II стадії — $(8,05 \pm 0,3)$ л/хв. До призначення терапії середній показник VE у досліджуваних 15 хворих складав $(12,15 \pm 0,39)$ л/хв., а після лікування — $(12,00 \pm 0,31)$ л/хв. без статистично достовірної різниці показників. Під впливом терапії значно та статистично достовірно зменшилась Vde%VT з $(35,36 \pm 1,75)$ % до $(29,80 \pm 1,49)$, $p = 0,0001$. Як наслідок, це обумовлює покращення альвеолярної вентиляції, котра до лікування складала $(7,95 \pm 0,33)$ л/хв., а після лікування

— $(8,32 \pm 0,39)$ л/хв., $p < 0,05$. Приріст V_a при цьому складає 4,7 % без збільшення хвилинної вентиляції легень, а покращення газообміну відбувається без підвищення «ціни дихання».

Висновки

Збільшення об'єму хвилинної вентиляції супроводжується

покращенням альвеолярної вентиляції та має пристосувальне значення у хворих на ХОЗЛ III стадії. При IV стадії ХОЗЛ зростання VE частково іде за рахунок безкорисної вентиляції «мертвого» простору зі зниженням ефективної альвеолярної вентиляції. Призначення базисної терапії хворим на ХОЗЛ III та IV стадії сприяє збільшенню альвеолярної вентиляції на 4,7 %.
