

Діагностування патогенетичних варіантів перебігу тяжкої персистоючої БА даним способом дозволяє окреслити, який тип місцевого запалення переважає у обстежуваних хворих і застосувати диференційований підхід до лікування протизапальними і бронхолітичними засобами, а також сприятиме розробці нових методів лікування на підставі оцінки імунологічних показників запалення.

Укладачі: Фещенко Ю.І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф., Яшина Л.О., д-р мед. наук, проф., Джавад І.В., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Полянська М.О., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Матвієнко Ю.О., канд. біол. наук, ст. наук. співроб., Крамарська Н.В., мол. наук. співроб., Москаленко С.М., наук. співроб., Іщук С.Г., мол. наук. співроб., Палковський С.В., мол. наук. співроб., тел. 275 05 41

Рецензенти: Кужко М.М., зав. від. фтизіопульмонології НІФП, д-р мед. наук, проф., Шуба Н.М., д-р мед. наук, проф. каф. терапії та ревматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України: академік АМН України, д-р мед. наук, проф. Ю.І. Фещенко

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

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України”, 03680, 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.

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського АМН України”

УДК: 616.248-002-092-07

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського,
протокол № 6
від “19” травня 2009 р.

**СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ВАРІАНТІВ
ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ
ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ
(інформаційний лист)**

Київ 2009

Пропонується для використання в практиці профільних установ області (міста) спосіб діагностики патогенетичних варіантів запального процесу у хворих на тяжку персистуючу бронхіальну астму, який розроблений та апробований в Державній установі “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України”, суть якого полягає у дослідженні стану місцевого імунітету бронхів шляхом визначення відсоткового складу лейкоцитів за вмістом еозинофілів, нейтрофілів, лімфоцитів та альвеолярних макрофагів в індукованому харкотинні хворого у ранковій годині.

Бронхіальна астма (БА) – це гетерогенне захворювання, зумовлене хронічним запальним процесом у дихальних шляхах. У хворих на тяжку персистуючу БА спостерігають неоднорідні зміни у слизовій оболонці бронхів. Визначення патогенетичних варіантів запального процесу бронхів у хворих на тяжку персистуючу бронхіальну астму сприяє підвищенню точності діагностики, що дозволяє застосовувати диференційований підхід до лікування, в результаті чого підвищується ефективність базисної терапії.

Суть способу діагностики патогенетичних варіантів запального процесу, який пропонується до впровадження, полягає в дослідженні індукованого харкотиння хворого за такою процедурою.

Перед процедурою дорослий пацієнт отримує 400 мкг сальбутамолу через дозуючий інгалятор для попередження бронхоспазму. Метод індукованого харкотиння – отримання харкотиння після інгаляції 3-5 % гіпертонічного розчину NaCl за допомогою небулайзера протягом 5-30 хвилин, під час або після якої пацієнт намагається відкашляти харкотиння. Інгаляції проводяться сеансами по 7 хв., загальна тривалість інгаляції звичайно не перевищує 30 хв. Через кожні 7 хв. інгаляції концентрацію гіпертонічного розчину підвищують на 1 %, тобто послідовно використовують 3-, 4-, 5 % сольові розчини. При появі респіраторних симптомів (ядуха, свистяче дихання) інгаляцію припиняють. Після першого сеансу інгаляції і надалі після кожного наступного сеансу

пацієнти повинні ретельно сполоснути ротоглотку і намагатися відкашляти харкотиння в спеціальний посуд. При отриманні задовільного зразку харкотиння процедуру припиняють.

Дослідження харкотиння проводять не пізніше 2 годин після отримання матеріалу, протягом всього цього часу зразки харкотиння зберігають при 4°C. В мазках індукованого харкотиння підраховують процентний склад лейкоцитів за вмістом – еозинофілів, нейтрофілів, лімфоцитів та альвеолярних макрофагів. Після чого розраховують коефіцієнти співвідношення цих клітин, а саме:

$$K_{\Gamma} = E_{\phi} / N_{\phi}, \text{ де}$$

K_{Γ} – гранулоцитарний коефіцієнт,

E_{ϕ} – відсоток еозинофілів,

N_{ϕ} – відсоток нейтрофілів;

$$K_{\text{м}} = (A_{\text{м}\phi} + L_{\phi}) / (E_{\phi} + N_{\phi}), \text{ де}$$

$K_{\text{м}}$ – моноклеарний коефіцієнт,

$A_{\text{м}\phi}$ – відсоток альвеолярних макрофагів,

L_{ϕ} – відсоток лімфоцитів,

E_{ϕ} – відсоток еозинофілів,

N_{ϕ} – відсоток нейтрофілів;

і при значенні $K_{\Gamma} < 0,8$ та $K_{\text{м}} < 1$ діагностують нейтрофільний тип запального процесу, при значенні $K_{\Gamma} > 1,2$ та $K_{\text{м}} < 1$ – еозинофільний тип запального процесу, при значенні $1,2 \geq K_{\Gamma} \geq 0,8$ та $K_{\text{м}} < 1$ – змішаний еозинофільно-нейтрофільний тип запального процесу, а при значенні $1,2 \geq K_{\Gamma} \geq 0,8$ та $K_{\text{м}} \geq 1$ діагностують резидивний тип запального процесу.

Дослідження місцевого імунітету бронхів виявляє неоднозначні характеристики запалення при приблизно однаковій тяжкості перебігу захворювання у хворих на тяжку персистуючу бронхіальну астму. Визначення патогенетичних варіантів запального процесу у хворих на тяжку персистуючу БА за способом, який пропонується до впровадження, дозволяє застосувати індивідуально ефективні схеми лікування серед осіб з клінічно схожим перебігом БА