

Встановлена наявність статистично достовірного прямого зв'язку середньої сили між приростом об'єму форсованого видиху за 6 сек після проби з сальбутамолом і приростом загального носового потоку після проби з галазоліном ($r = 0,378$, $p < 0,05$).

Застосування передньої активної риноманометрії відкрило нові можливості діагностики аеродинамічних порушень носової порожнини у хворих на БА, дозволило виділяти серед хворих на БА із тяжким перебігом групу хворих з наявністю вираженого патологічного нособронхіального рефлексу, обумовленого патологією і анатомічними особливостями верхніх дихальних шляхів, в якій можна прогнозувати неконтрольований перебіг захворювання і необхідно застосовувати додаткові методи лікування на тлі базисної медикаментозної терапії БА.

Укладачі: Фещенко Ю. І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф., Яшина Л. О., д-р мед. наук, проф., Ігнат'єва В. І., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Гуменюк Г. Л., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Полянська М. О. канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Джавад І. В., канд. мед. наук, ст. наук. співроб., Іщук С. Г., мол. наук. співроб., Поточняк О. В., мол. наук. співроб., Чумак І. В., Савельєва Л. А., Загребельний Р. М. (НІФП).

Рецензенти:

Дзюблик О. Я., зав. від. технологій лікування НЗЛ НІФП, д-р мед. наук, проф., Свінцицький А. С., завідуючий кафедрою госпітальної терапії № 2 Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, д-р мед. наук, проф.

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

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

Відповідальний за випуск: Національний Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 04 02, Факс: (044) 275 21 18

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 100 прим.

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

імені Ф. Г. Яновського АМН України”

(НІФП)

УДК 616.248-07.211-002

Випуск із проблеми
“Фтизіатрія і пульмонологія”

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Національного Інституту
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського АМН України,
протокол № 2
від “16” лютого 2011 р.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПЕРЕДНЬОЇ АКТИВНОЇ
РИНОМАНОМЕТРІЇ В ОБСТЕЖЕННІ ХВОРИХ НА
БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ
(інформаційний лист)**

Київ 2011

Пропонується для використання в практиці профільних медичних закладів області (міста) метод передньої активної риноманометрії для діагностики аеродинамічних порушень верхніх дихальних шляхів у хворих на бронхіальну астму (БА) із тяжким перебігом, який розроблений та апробований у відділенні діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”, суть якого полягає у застосуванні відповідного діагностичного тесту з послідуєчим дослідженням приросту загального носового потоку при проведенні передньої активної риноманометрії.

Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні хворих на БА, що постійно удосконалюються, актуальною, соціально та економічно значимою проблемою залишається неконтрольована, тяжка БА. Однією із причин неконтрольованого перебігу БА може бути нелікований алергічний риніт (АР) або інша патологія ЛОР-органів. Просвіт носових ходів є визначальним у створенні опору порожнини носа, що становить 40 % від загального опору дихальної системи в цілому. Опір, який виникає в носових ходах, впливає на розвиток позитивного та негативного тиску в грудній та черевній порожнинах, що є необхідним для оптимального функціонування легень та серцево-судинної системи.

Загальноприйняті клінічні та рентгенографічні методи дослідження верхніх дихальних шляхів дозволяють встановити діагноз, але не дають повного уявлення про аеродинамічні порушення верхніх дихальних шляхів та їх вплив на бронхообструкцію.

Передня активна риноманометрія на сьогодні є найбільш ефективним методом дослідження аеродинамічних особливостей порожнини носа у хворих з різноманітною патологією носоглотки і дозволяє об'єктивно оцінювати ефективність лікування верхніх дихальних шляхів в динаміці. У той же час, можливості методу без дослідження в динаміці суттєво обмежені для діагностики захворювання і суб'єктивні в оцінці. Це пояснюється тим, що одним з найважливіших показників, що характеризують аеродинаміку, у тому числі в дихальних шляхах, є опір повітряному потоку. Провідність –

величина зворотна опору. За законами фізики останній залежить від площі поперечного перерізу носових ходів, який у всіх людей різний, що не дозволяє розрахувати і використовувати в методи риноманометрії стандартні показники. Відносний носовий діаметр у нормі коливається в межах 0,8 - 0,99 см. Зменшення його нижче 0,69 см призводить до вираженого утруднення носового дихання.

Суть методу, що пропонується, полягає в дослідженні показників риноманометрії в динаміці в залежності від мети дослідження, а саме:

– з метою діагностики захворювань носоглотки проводиться дослідження показників риноманометрії до і після відповідного діагностичного тесту. Для діагностики загострення АР застосовують фармакологічні проби з антигістамінними препаратами та глюкокортикостероїдами, провокаційні тести, а для діагностики вазомоторного риніту (ВР) – деконгестанти;

– з метою вибору препарату для лікування захворювання, риноманометрія проводиться до і після проби з відповідним лікарським засобом. Повторна риноманометрія в цих пробах проводиться через термін відповідний досягненню максимального клінічного ефекту для досліджуваного препарату;

– для оцінки ефективності консервативного або хірургічного методу лікування дослідження проводиться до і після проведеного лікування. При досягненні приросту загального носового потоку більше 20,0 % проба вважається позитивною.

Проведені дослідження показали, що у 46 (76,6 %) із 60 досліджуваних хворих на БА із тяжким перебігом було визначено утруднене носове дихання. У 22 (36,7 %) із них діагностовано АР, а у 24 (40,0 %) – ВР. Хронічний риніт у 18 (30,0 %) хворих на БА із тяжким перебігом поєднувався з викривленням носової перетинки. Із анатомічних особливостей найбільш часто спостерігалось звуження носових ходів і збільшення язичної мигдалини. У хворих як на ВР, так і АР спостерігалися виражені вазомоторні розлади у порожнині носа. Приріст загального носового потоку після проби з судинозвужуючим засобом – галазоліном значно перевищував діагностичний поріг – 20,0 % і складав на вдосі 49,9 % від вихідного значення, а на видосі – 56,8 %.