

Винахід відноситься до медицини, а саме до пульмонології. Відомий спосіб діагностики активності ендобронхіту шляхом огляду слизової трахеї і бронхів за допомогою фібробронхоскопа (Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г. Бронхопульмонология. - М.: Медицина, 1982. - 400с.).

Недоліком цього способу є:

- обмеження огляду бронхів дрібної генерації (сегментарних, субсегментарних і т.д.) унаслідок набряку слизової, зворотної чи незворотної бронхоконстрикції, що утрудняють оцінку активності ендобронхіту в дистальних відділах трахеобронхіального дерева (ТБД);

- активність ендобронхіту оцінюється на підставі суб'єктивних критеріїв візуально, на підставі огляду слизової трахеї і бронхів.

Ціль способу - можливість діагностики активності ендобронхіту, що дозволяє прогнозувати перебіг патологічного процесу і здійснювати контроль проведеної терапії.

Суть винаходу полягає в тому, що для оцінки активності ендобронхіту в хворих на хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) використовувалося визначення в конденсаті вологи видихуваного повітря (КВВП) змісту ендобронхіальних пептидів середньої молекулярної маси.

Термін «середньомолекулярні пептиди» (СМП) використовується для позначення речовин з молекулярною масою 500-5000 дальтон. До даної групи відносяться в тому числі пептидні гормони і, зокрема речовини, що беруть участь у розвитку бронхолегеневого запалення: тиролиберин, соматостатин, вазопресин, адренортикотропний гормон, ліпотропин, ангіотензин, брадикінін, калідин, серотонін, ендорфіни, енкефаліни, внутрішньоклітинні біологічно активні ді- і трипептиди (глутатіон, карнозин, ансерин) і ін., - одночасно є медіаторами APUD-системи (аббревіатура дифузійної нейроендокринної клітинної організації синтезуючої біогенні аміни і пептидні гормони) [Василенко Д.В., 2000]. Однотипність змін, а так само зв'язок між збільшенням у сироватці крові концентрації СМП і інтенсивністю процесів вільнорадикального окислювання ліпідів [Яворская В.А., 2000], виразністю імунодефіцитного стану [Лобода В.Ф., 2003], зміною метаболічного й інших систем гомеостазу дозволила розглядати збільшення концентрації СМП як маркер синдрому «ендогенної (метаболічної) інтоксикації» [Громашевська Л.Л., 1997]. Даний факт припускає визначення рівня СМП у КВВП як об'єктивний показник активності запального процесу в ТБД у хворих на ХОБ.

Новим у пропонованому винаході, є можливість об'єктивної оцінки активності ендобронхіту шляхом визначення зміни змісту СМП у КВВП. Істотною новизною є те, що рівень СМП у КВВП інтегрально відбиває активність запального процесу в бронхах різних генерацій дозволяючи характеризувати активність ендобронхіту в дистальних відділах ТБД.

В умовах обласного пульмонологічного відділення обстежено 39 хворих на ХОБ у віці 35-60 років. Відповідно до регламентованого МОЗ України критеріями захворювання у всіх обстежених була діагностована II стадія ХОБ. Проведені інструментальні і лабораторні дослідження у всіх випадках підтверджували запальний процес що активно протікав у ТБД. Фібробронхоскопічне дослідження виявляло дифузійний характер ушкодження слизової трахеї і бронхів з розвитком катарального, катарально-гнійного і гнійного ендобронхіту, відповідно в 14, 16 і 9 обстежених.

Субстратом для вивчення активності ендобронхіту був КВВП що формується диспергаційним шляхом. У перші й останні 1-2 дня перебування хворих у стаціонарі в отриманому за стандартною методикою КВВП визначалася концентрація СМП [Николайчик В.В. і співав., 1991]. Результати визначення рівня СМП у КВВП у хворих на ХОБ були зіставлені з даними, отриманими при обстеженні 25 практично здорових осіб порівнянних за статтю і віком.

Проведене дослідження виявляло збільшення змісту СМП у КВВП у хворих на ХОБ при активному ендобронхіті. Зокрема, у пацієнтів з катарально-гнійним і гнійним ендобронхітом що активно протікав рівень СМП у досліджуваному біологічному субстраті вірогідно перевищував зміст таких у практично здорових осіб, відповідно, у 2,0 і 3,3 рази. Крім того, величина аналізованого показника зростала в міру збільшення активності ендобронхіту, складаючи при катарально-гнійному запаленні слизової $0,65 \pm 0,05$ г/л, гнійному $-1,05 \pm 0,08$ г/л ($P < 0,05$), у практично здорових осіб $- 0,32 \pm 0,03$ г/л ($P < 0,05$).

До моменту виписки зі стаціонару в результаті комплексного лікування в досліджених хворих було досягнуто клінічне поліпшення - ослаблення симптомів інтоксикації, інтенсивності кашлю, задишки. Повторне бронхоскопічне дослідження в 66,7% випадків не виявляло візуальних ознак ендобронхіту що активно протікав. Однак було відзначено, що в 65,4% випадках відновлення нормальних параметрів візуальної картини слизової ТБД у пацієнтів зберігався збільшений зміст СМП у КВВП.

Таким чином, визначення змісту СМП у КВВП дозволить характеризувати виразність і динаміку змін активності ендобронхіту, поглибити уявлення про роль порушень СМП у виникненні і прогресуванні хронічних неспецифічних захворювань легень. Можливість визначення СМП у динаміці і контроль ефективності проведених лікувальних заходів обумовлюють можливість скорочення термінів перебування хворих із хронічними неспецифічними захворюваннями легень у стаціонарі.