

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ПРИ РІЗНОМУ ФУНКЦІОНАЛЬНОМУ СТАНІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Л. Д. Тодоріко

Буковинський державний медичний університет МОЗ України,
58000 Чернівці

Обстежено 356 осіб віком від 64 до 87 років із хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ, переважно II–III стадії), в яких визначали функціональну активність щитоподібної залози. Проаналізовано особливості клінічного перебігу ХОЗЛ залежно від варіанту тиреоїдної дисфункції. Встановлено, що ознаки тиреоїдної дисфункції притаманні 27,5 % пацієнтів і супроводжуються відповідними клінічними проявами, що є достатнім аргументом для рекомендації скринінга тиреоїдного гомеостазу з визначенням тиреотропного гормону та вільного тироксину в пацієнтів з бронхообструктивною патологією з метою диференційної діагностики гіперкапнії, гіпоксемії та раннього виявлення тиреоїдного дисбалансу.

Однією з найскладніших проблем геронтологічної практики є поліморбідність [6]. Взаємовплив захворювань, інволютивні процеси природного старіння і лікарський патоморфоз значно змінюють клінічну картину і перебіг захворювання, характер і тяжкість ускладнень, погіршують якість життя пацієнта, обмежують або утруднюють лікувально-діагностичний процес [2,10]. Оскільки у віковій групі старше 50 років спостерігається найбільша поширеність хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) та гіпотиреозу [4,11,14], переважного значення набуває проблема поєднання ХОЗЛ та дисфункції щитоподібної залози (ЩЗ). Враховуючи широке розповсюдження, в останні роки тиреопатій, які можуть супроводжуватися підвищеною, нормальною або пониженою тиреоїдною секре-

цією [1,15], інтерес до цієї патології зберігається у лікарів різних спеціальностей. Порівняно новою є проблема прихованих порушень функції ЩЗ. Згідно з даними ВООЗ, 1570 млн. чол. (30 % населення земної кулі) мають ризик розвитку йододефіцитних захворювань, в т. ч. 500 млн. людей проживають у регіонах з тяжким дефіцитом йоду і високою розповсюдженістю ендемічного зобу [13]. Частота зустрічаємості субклінічного гіпотиреозу становить у середньому 6 % загальної популяції, у 5–6 разів перевищуючи поширеність явного гіпотиреозу [3]. В осіб старшого віку значення цього показника становлять більше 12 % [7]. Згідно з даними літератури, в йододефіцитних регіонах основною причиною тиреотоксикозу в осіб літнього та старечого віку є вузловий токсичний зоб [17]. Як засвідчують деякі дослідники, до розвитку гіперфункції ЩЗ призводить вогнищева автономна функціональна тиреоїдна тканина [8]. Тому проблема ранньої діагностики тиреопатій, які у ряді випадків можуть виступати в якості компенсаторних та адаптаційних механізмів при основному захворюванні, та шляхи їх корекції залишаються актуальними.

Аналіз дослідження тиреоїдної функції при бронхолегеневій патології у вітчизняній літературі практично відсутній. На сьогодні зустрічаються окремі розрізнені відомості, які допускають, що недостатня функція ЩЗ може бути предиктором прогресування бронхолегеневої патології та чинником, що обтяжує перебіг бронхообструктивного синдрому [10]. Особливості клініки ХОЗЛ у поєднанні з синдромом "прихованої" тиреопатії у пацієнтів літнього та старечого віку можуть призводити до ситуації коли хворий отримує фактично посиндромне лікування, що значно знижує його ефективність.

Мета дослідження — встановлення особливостей перебігу ХОЗЛ в літньому та старечому віці при різному функціональному стані ЩЗ.

Обстежувані та методи. Обстежено 356 осіб (305 чоловіків та 51 жінка) віком від 64 до 87 років із ХОЗЛ переважно II–III стадії (діагноз та стадію встановлено згідно з наказом МОЗ України № 198 від 19 березня 2007 р.) та 44 практично здорові особи того ж віку (контрольна група).

Були використані соціологічні та клінічні методи дослідження (анкетування, опитування) з використанням шкали оцінки клінічних симптомів. Всіх хворих опитували згідно з розробленою нами "Шкали оцінки клінічних симптомів при ХОЗЛ у хворих старшого віку", "Шкали оцінки вираженості симптомів дисфункції ЩЗ у хворих із ХОЗЛ літнього та старечого віку" та "Анкети якості життя для хворого із ХОЗЛ старшого віку".

Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) вивчали за допомогою комп'ютерної спірографії на апараті "PNEUMOSCOPE" фірми JEGER (Німеччина) із використанням проби зі стандартним бронхолітиком, проби з вдиханням кисню, гіпоксичної проби та із затримкою дихання. У всіх пацієнтів вивчали функцію ЩЗ шляхом визначення рівня в плазмі крові тиреотропного гормону (ТТГ), концентрації антитіл до тиреопероксидази (АТ-ТПО), вільних фракцій тиреоїдних гормонів — трийодтироніну (vT_3), тироксину

(вТ₄), а також обчислення індексу периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів (вТ₃/вТ₄). Дослідження виконували за допомогою імуноферментного аналізу на аналізаторі імуноферментних реакцій *RT-2100C* ("*Rayto Electronics Inc.*", Китай), використовуючи набори реагентів (ООО "Хема-Медика", Росія) згідно зі стандартною інструкцією.

Достовірність відмінностей оцінювали за *t*-критерієм Стьюдента.

Результати та їх обговорення. Аналіз показників функціональної активності ЩЗ і тиреотропної функції гіпофіза в осіб літнього та старечого віку при ХОЗЛ показав високу питому вагу тиреоїдної дисфункції. За отриманими нами результатами функціонального дослідження ЩЗ та тиреотропної функції гіпофіза пацієнтів із ХОЗЛ було розподілено на п'ять груп (таблиця). До I групи увійшли 258 осіб (72, 5%) з еутироїдною функцією ЩЗ: рівні вТ₃ та вТ₄ були в межах фізіологічних коливань, рівень ТТГ не виходив за межі нормальних значень; II групу склали 45 осіб (12,8 %) з біохімічними ознаками субклінічного гіпотиреозу: хоча рівні вТ₄ і Т₃ були на нижній межі норми, концентрація ТТГ була значно підвищеною; до III групи увійшли 15 пацієнтів (4,2 %) з біохімічними ознаками маніфестного гіпотиреозу: рівень вТ₄ — знижений, рівень ТТГ — підвищений, титр позитивних АТ-ТПО — високий (майже в 6 разів достовірно вищий за верхню межу норми); до IV групи увійшли 22 хворих (6,1 %) з біохімічними ознаками субклінічного гіпертиреозу: рівень ТТГ — значно знижений, рівні вТ₃ і вТ₄ — в межах норми; V групу склали 16 хворих (4,4 %) з біохімічними ознаками маніфестного гіпертиреозу: рівні вТ₄ і Т₃ — підвищені, концентрація ТТГ — знижена, титр АТ-ТПО — високий (див. табл.).

Таким чином, результати дослідження рандомізованої вибірки дозволили встановити ознаки тиреоїдної дисфункції у 27,5 % пацієнтів із ХОЗЛ літнього та старечого віку. Найбільш частим видом функціонального порушення став транзиторний субклінічний гіпотиреоз (клінічний синдром, зумовлений стійким зниженням рівня тиреоїдних гормонів у крові або недостатністю їх біологічного впливу на тканини-мішені) — 12,8 %, що практично збігається з отриманими нами величинами його поширеності серед осіб старшого віку по Чернівецькій області (13,3 %). Індивідуальні відмінності рівня ТТГ були істотно меншими, ніж його міжіндивідуальна варіація, яка і визначає показники розповсюдженості різних рівней ТТГ в популяції обстежуваних пацієнтів із ХОЗЛ. Міжіндивідуальні відмінності рівня ТТГ в якійсь мірі пояснюють той факт, що в одних пацієнтів з ознаками субклінічного гіпотиреозу визначаються різноманітні порушення, які властиві для дефіциту тиреоїдних гормонів, а в інших — ні.

Характеристика обстежених за допомогою "Анкети якості життя для хворого з ХОЗЛ старшого віку" базувалася на таких компонентах, як функціональний стан, фізичне та психічне здоров'я, життєздатність, соціальний статус. До проблеми якості життя ми підходили з позицій суб'єктивізму, тобто визначальне значення мала самооцінка індивідуума.

Розподіл хворих із ХОЗЛ літнього та старечого віку за станом активності ПЦЗ та тиреотропної функції гіпофіза

Показник (межі фізіологічних коливань)	Контрольна група (n = 44)	Хворі із ХОЗЛ (n = 356)				
		Група I (n = 258, 72,5 %)	Група II (n = 45, 12,8 %)	Група III (n = 15, 4,2 %)	Група IV (n = 22, 6,1 %)	Група V (n = 16, 4,4 %)
ТТГ, (0,3–4,0 мМО/л)	2,14±0,06	1,85±0,12*	5,79±1,02****	7,87±1,06*****	0,178±0,03***** ^{ααββ}	0,123±0,04***** ^{αααββγ}
вТ ₄ , (12–18 пмоль/л)	19,26±0,68	14,14±0,76*	12,24±0,23***	9,12±0,64***** ^α	15,24±1,16* ^{αβ}	23,44±1,25*** ^{ααββγγ}
вТ ₃ , (2,5–5,8 пмоль/л)	3,57±0,12	5,77±1,02**	3,24±0,23**	2,77±1,02**	6,45±1,02** ^{αβ}	9,77±1,14***** ^{ααββγγ}
вТ ₃ /вТ ₄	0,185±0,001	0,408±0,002***	0,264±0,003***	0,303±0,007*** ^α	0,422±0,001*** ^{ααββ}	0,416±0,006*** ^{ααββ}
АТ-ТПО, (10–30 МО/мл)	19,55±10,52	2,65±0,29***	15,12±0,17****	189,12±10,08***** ^{ααα}	8,41±0,18**** ^{ααβββ}	89,12±1,14***** ^{αααββγγ}

Примітки: * — $P < 0,05$, ** — $P < 0,01$, *** — $P < 0,001$ порівняно з контрольною групою; ^α — $P < 0,05$, ^{αα} — $P < 0,01$, ^{ααα} — $P < 0,001$ порівняно з гр. I; ^β — $P < 0,05$, ^{ββ} — $P < 0,01$, ^{βββ} — $P < 0,001$ порівняно з гр. II; ^γ — $P < 0,05$, ^{γγ} — $P < 0,01$, ^{γγγ} — $P < 0,001$ порівняно з гр. IV.

Аналіз анкет щодо психологічного стану обстежуваних дозволив встановити наявність цереброастеничного, астено-невротичного, астено-депресивного, іпохондричного синдромів, які поглиблюють негативне ставлення пацієнтів до процесу лікування та ускладнюють процедуру опитування. Шляхом аналізу анкет було також встановлено, що астено-депресивний синдром спостерігався у пацієнтів з тяжким перебігом ХОЗЛ та постійними ознаками тиреоїдної гіпофункції (тобто у II–III групах). Іпохондричний мав місце переважно у IV–V групах. Пацієнти із ХОЗЛ на фоні еутиреоїдного функціонального стану ЩЗ характеризувалися астено-невротичним та цереброастеничним синдромами. Наявність психологічних порушень в хворих призводила до того, що терапевти, не володіючи основами геріатрії, направляли їх до невропатологів. В жодному з описаних випадків не була призначена консультація ендокринолога. Така тактика викликала незадоволення пацієнта, недовіру до лікаря і як результат — небажання повторно його відвідувати.

Порушення інтелектуально-мнестичних функцій та наявність старечого недоумства виключили з рандомізованої вибірки практично 34 % респондентів. За результатами анкетування встановлено, що нинішній хворий із ХОЗЛ літнього та старечого віку має відносно високий середньо-освітній рівень; тому переважна більшість пацієнтів за інтелектуальними характеристиками здатна в тій чи іншій мірі на співробітництво з лікарем.

Аналіз результатів опитування обстежених показав, що пацієнти не вважали можливим лікувати значну частину своїх захворювань та інтуїтивно виділяли лише ті, які обмежували пересування. Так, при тому, що 96,4 % опитаних знали, що хворіють на ХОЗЛ, маніфестною ознакою в них була задишка; кашель із харкотинням сприймався як другорядна скарга, клінічні ознаки тиреоїдної дисфункції заявлялися лише у випадку наявності кардіального симптомокомплексу або анемічного синдрому.

Встановлено, що найбільш типовими для ХОЗЛ у пацієнтів літнього та старечого віку були такі ознаки, як кашель різного характеру із харкотинням, задуха, а також аускультативні ознаки, які увійшли до бронхолегеневого симптомокомплексу, що узгоджувалося з даними інших дослідників [9]. Аналіз кашлю за шкалою клінічних симптомів при ХОЗЛ в осіб літнього та старечого віку показав, що він турбував 304 хворих (85,4 %); 8 осіб (2,3 %) не скаржилися на кашель а 44 хворих (12,3 %) не могли оцінити характер кашлю. На виділення харкотиння скаржилося 293 хворих (82,3 %): кількість харкотиння до 15 мл/добу спостерігалася у 23,6 % пацієнтів, в межах 15–30 мл/добу — у 54,5 %, більше 50 мл/добу — у 4,2 % хворих. За характером харкотиння було слизистим у 42,2 % хворих, слизисто-гнійним — у 34,7 %, гнійним — у 5,4 % хворих.

Нами було встановлено, що характер і вираженість кашлю залежали не тільки від стадії захворювання, а й від функціонального стану ЩЗ (рис. 1). Так, короткочасні напади малопродуктивного кашлю з важким виділенням невеликої кількості в'язкого харкотиння (до 15 мл/добу) на

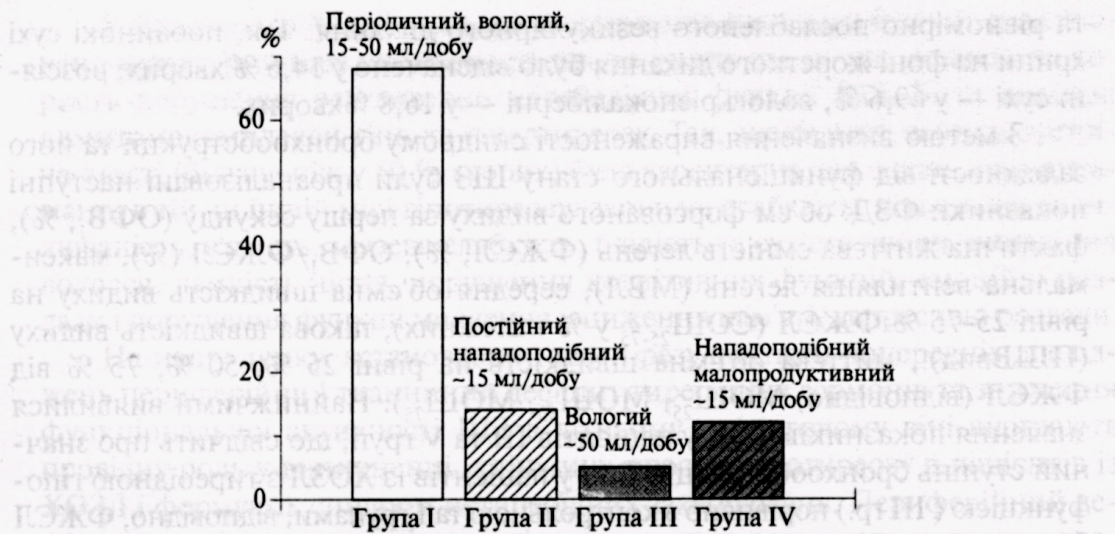


Рис. 1. Характеристика кашлю у хворих літнього та старечого віку при ХОЗЛ з різним функціональним станом ЩЗ.

фоні вираженої бронхообструкції турбували переважно пацієнтів IV–V груп (11 %) і переносилися хворими важко. Вологий характер кашлю (в деяких випадках навіть з пінистим харкотинням) в кількості більше 50 мл/добу був притаманний хворим III групи (4,2 %). Продуктивний, постійний кашель з виділенням харкотиння до 15 мл/добу був визначений у 12,6 % пацієнтів II групи. Окремі епізоди продуктивного кашлю з виділенням харкотиння до 30 мл/добу були характерні для більшості пацієнтів I групи (57,6 %). Не виявлено вірогідної залежності характеру кашлю від статі ($r = 0,228$, $P > 0,05$). Тривалість ХОЗЛ впливала на характер кашлю також незначно ($r = 0,477$, $P = 0,04$).

Загалом, як показало клінічне обстеження, скарга на кашель домінувала практично в більшості пацієнтів, а її характер залежав від ступеня тиреоїдної дисфункції. Найбільш тяжким цей симптом був у хворих IV–V груп, оскільки супроводжувався нападами ядухи внаслідок вираженої бронхообструкції, що, імовірно, на нашу думку, пов'язано зі встановленою нами вираженою гіпокортизолемією на фоні гіпертиреозу.

Задуха турбувала 282 хворих (79,3 %), причому переважну частину з них — при фізичному навантаженні (226 осіб/80,1 %), а в спокої — 56 осіб (19,9 %). Такий симптом, як задуха, залежав від варіанту тиреоїдної дисфункції незначно. Практично всі хворі II — V груп мали задуху, виражену в тій чи іншій формі ($r = 0,361$, $P > 0,05$). У хворих з тяжким кашлем (IV–V гр.) вираженість задухи дещо зростала ($r = 0,458$, $P = 0,05$). Задуха чітко корелювала з тяжкістю перебігу захворювання ($r = 0,776$, $P < 0,05$).

Клінічний аналіз показав, що аускультативні ознаки ХОЗЛ були притаманні всім хворим досліджуваної вибірки. Характер хрипів вар'ював від поодиноких сухих до вологих різнокаліберних на фоні подовженого видиху

та рівномірно послабленого везикулярного дихання. Так, поодинокі сухі хрипи на фоні жорсткого дихання було відзначено у 14,6 % хворих, розсіяні сухі — у 69,6 %, вологі різнокаліберні — у 16,8 % хворих.

З метою визначення вираженості синдрому бронхообструкції та його залежності від функціонального стану ЩЗ були проаналізовані наступні показники ФЗД: об'єм форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$, %), фактична життєва ємність легень ($ФЖЕЛ$, %), $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ (%), максимальна вентиляція легень (МВЛ), середня об'ємна швидкість видиху на рівні 25-75 % $ФЖЕЛ$ ($СОШ_{25-75}$ у % належних), пікова швидкість видиху (ПШВвид.), миттєва об'ємна швидкість на рівні 25 %, 50 %, 75 % від $ФЖЕЛ$ (відповідно, $МОШ_{25}$, $МОШ_{50}$, $МОШ_{75}$). Найнижчими виявилися значення показників ФЗД у пацієнтів III та V груп, що свідчить про значний ступінь бронхообструкції. Так, у пацієнтів із ХОЗЛ з тиреоїдною гіпофункцією (III гр.) порівняно з контрольною та I групами, відповідно, $ФЖЕЛ$ була зниженою на 97,8 % та на 50,0 %, $ОФВ_1$ — у 2,5 рази та на 64,3 %, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ — на 53,3 % та 25,4 %, $СОШ_{25-75}$ — у 5,8 разів та у 2,4 рази, $ПОШ$ вид. — у 2,7 рази та на 52,9 %, $МОШ_{25}$ — у 7,0 разів та у 3,4 рази, $МОШ_{50}$ — у 7,1 разів та у 2,6 рази, $МОШ_{75}$ — у 4,6 рази та у 2 рази, $ПОШ$ вд. — на 24,1 % та 33,3 %, МВЛ — у 4,1 рази та на 67,2 %. У пацієнтів із ХОЗЛ та біохімічними ознаками тиреоїдної гіперфункції (V група) порівняно з контрольною та I групами, відповідно, $ФЖЕЛ$ була зниженою на 70,9 % та 20,6 %, $ОФВ_1$ — у 2,4 рази та на 61,4 %, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ — на 39,3 % та 14,0 %, $СОШ_{25-75}$ — у 3,0 рази та на 32,0 %, $ПОШ$ вид. — у 2,2 рази та на 25,1 %, $МОШ_{25}$ — у 2,8 рази та на 34,5 %, $МОШ_{50}$ — у 3,4 рази та на 24,1 %, $МОШ_{75}$ — у 2,5 рази та на 10,2 %, $ПОШ$ вд. — на 13,1 % та 21,5 %, МВЛ — у 2,6 рази та на 3,6 %.

Таким чином, тиреоїдна дисфункція (як гіпо-, так і гіпер-) у пацієнтів із ХОЗЛ відображається на стані бронхіальної прохідності, про що свідчать отримані нами вірогідні відмінності між показниками ФЗД у хворих з еутиреозом та з тиреоїдним дисбалансом. У всіх обстежуваних хворих значення показників ФЗД достовірно відрізнялися від таких у контрольній групі.

Для обстежених нами хворих характерним було різномаїття скарг, зумовлене не лише ХОЗЛ, а й тиреоїдною дисфункцією. Значна частина пацієнтів мала важко диференційовані скарги (а саме такі, які могли свідчити як про наявність гіпоксемії, гіперкапнії на фоні ХОЗЛ, так і про той чи інший варіант тиреоїдного дисбалансу). При підозрі на знижену функціональну активність ЩЗ у пульмонологічного хворого перш за все необхідно провести скринінг нейро-ендокринних та кардіальних проявів. Доведено, що головний мозок дуже чутливий до дефіциту тиреоїдних гормонів [5]. Анкетування за створеною нами шкалою вираженості симптомів тиреоїдної дисфункції підтвердило, що встановлений імуноферментним методом тиреоїдний дисбаланс у частини пацієнтів із ХОЗЛ супроводжувався клінічними ознаками тиреоїдної дисфункції.

У пацієнтів із ХОЗЛ літнього та старечого віку нами було проаналізовано характер та міру вираженості тих чи інших ознак, які свідчать на користь порушення регуляторно-метаболічної функції ЩЗ. Були виділені симптомокомплекси гіпо-та гіпертиреозу. Так, найбільша частота зустрічаємості (більше ніж у 50 % хворих) була характерна для ознак, які притаманні в тій чи іншій мірі гіпотиреозу: загальна слабкість, підвищена втомлюваність, в'ялість, м'язева слабкість, блідість та сухість шкіри, випадіння волосся, ламкість нігтів, порушення когнітивних функцій, емоційні розлади і порушення функції мислення, зниження пам'яті, депресивні розлади.

На нашу думку, встановлений нами результатами попередніх досліджень периферійний тканинний дефіцит тиреоїдних гормонів та зниження функціональної активності ЩЗ в літньому та старечому віці відіграють провідну роль у виникненні клінічних проявів гіпотиреозу в пацієнтів із ХОЗЛ і формують синдром нетиреоїдних захворювань. Периферійний дефіцит тиреоїдних гормонів, що підтверджується результатами деяких досліджень [18], може відігравати важливу роль в розходженні між клінічною картиною гіпотиреозу і нормальними лабораторними тестами, а також рівнем ТТГ.

В осіб літнього та старечого віку при ХОЗЛ із формуванням біохімічних ознак гіпертиреозу зазначені клінічні особливості перебігу такої коморбідності, яка проявляється тим, що такі звичайні симптоми тиреотоксикозу, як зоб, тахікардія, схуднення, пітливість, тремор рук і тіла, підвищена збудливість, були виражені незначно або були відсутніми (екзофтальм). У клінічній картині, як правило, домінують психічні розлади: апатія, депресія, дратівливість, плаксивість, метушливість, відсутність апетиту, порушення серцевого ритму, відчуття серцебиття, набряки кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Підвищена чутливість до адренергічної стимуляції при тиреотоксикозі може збільшувати частоту шлуночкових аритмій (особливо при наявності ознак супутньої серцево-судинної патології). Оскільки клінічними проявами маніфестних форм гіпо- і гіпертиреозу є ознаки кардіальної патології [5,16], нами був виділений кардіальний симптомокомплекс, який при ХОЗЛ спостерігався у вигляді порушення ритму, тахікардії, відчуття серцебиття, перебоїв у роботі серця, болю в ньому, набряків кінцівок тощо.

Таким чином, слід зазначити, що в розвитку клінічних проявів синдрому нетиреоїдних захворювань при ХОЗЛ надзвичайну роль відіграють адаптаційні можливості організму, які з віком істотно знижуються, а під дією гіпоксії та хронічного метаболічного стресу внаслідок ХОЗЛ та вікових порушень вегетативної регуляції тонууса бронхів формується виражений тиреоїдний дисбаланс. Це призводить до того, що внаслідок спільності деяких патогенетичних механізмів у пацієнтів літнього та старечого віку клінічні ознаки ХОЗЛ та гіпофункції ЩЗ мають багато спільних рис. Як для гіпотиреозу, так і для бронхообструктивного синдрому загальними є блідість шкірних покривів, схильність до набряків, сонливість, підвищен-

на втомлюваність, м'язова та загальна слабкість, сухість шкіри, ламкість нігтів, емоційні розлади і порушення когнітивних функцій, інертність. Однак для клініки гіпотиреозу притаманні такі ознаки, як мерзлякуватість, депресивні розлади, випадіння волосся, сухість та блідість шкіри, анемічний синдром [12], що спостерігалися в тій чи іншій мірі у 24,7 % обстежуваних. Синдром гіпертиреозу маніфестував у 10,5 % пацієнтів через схуднення, пітливість, підвищену збудливість, порушення ритму серця з тахікардією тощо.

Аналіз вираженості бронхолегеневого та тиреоїдного симптомокомплексів залежно від функціонального стану ЩЗ показав, що в пацієнтів I групи домінує помірно виражений, середньої тяжкості бронхо-легеневий симптомокомплекс у (93,7 % хворих); ознаки тиреоїдної дисфункції були притаманні 4,2 % пацієнтів, кардіальний симптомокомплекс був характерним для 2,1 % осіб. У хворих II групи спостерігали тяжкий перебіг ХОЗЛ із наступними симптомокомплексами: вираженим бронхолегеневим (у 78,4 %), тиреоїдної гіпофункції (у 14,7 %), кардіальним (у 6,9 %). Тяжкий перебіг ХОЗЛ з вираженим бронхо-легеневим симптомокомплексом (у 61,7 % випадків), значимими клінічними ознаками гіпотиреозу (у 26,4 %) та кардіальною симптоматикою (у 11,9 %) визначався у пацієнтів III групи. Найвиразніший бронхо-легеневий симптомокомплекс з тяжкою бронхообструкцією спостерігали у пацієнтів IV–V груп (у 78,4 % хворих), кардіальний та тиреоїдної гіперфункції — у 12,2 % та 9,4 %, відповідно. Як видно з рис. 2,

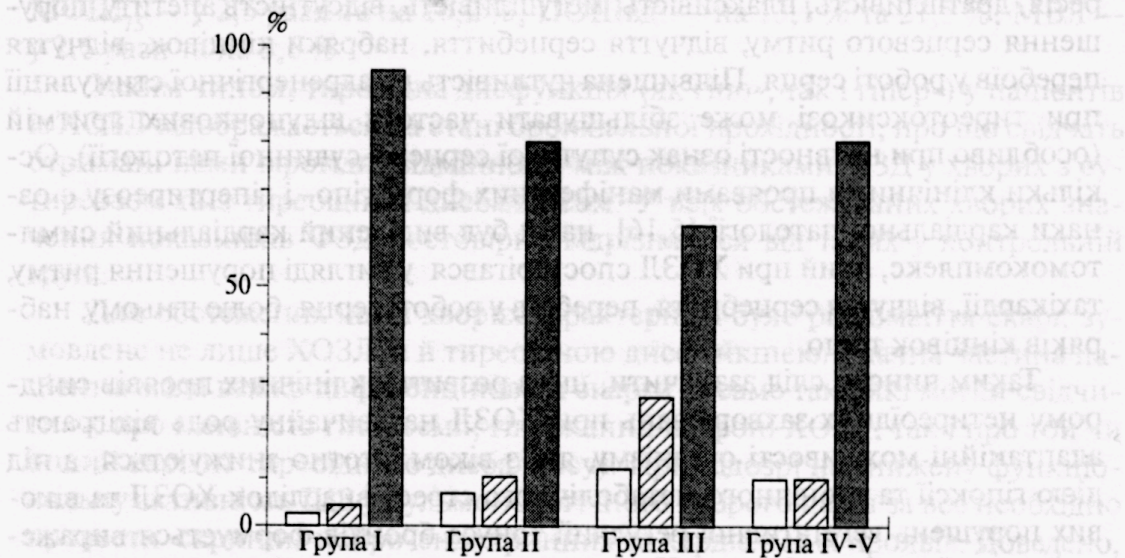


Рис. 2. Питома вага основних симптомокомплексів у хворих літнього та старечого віку при ХОЗЛ з різним функціональним станом ЩЗ: світлі стовпчики — кардіальний синдром, заштриховані — синдром тиреоїдної дисфункції, темні — бронхолегеневий синдром.

труднощі діагностики варіантів тиреоїдної дисфункції в літньому та старечому віці при ХОЗЛ зумовлені переважанням в усіх групах обстежуваних симптомів бронхолегеневого симптомокомплексу.

Отже, незважаючи на удаване розмаїття симптоматики, діагностика гіпотиреозу, особливо в старшому віці, представляє труднощі. За даними ряду дослідників [1,4], в перший рік від початку розвитку ідіопатичної тиреоїдної дисфункції правильний діагноз верифікувався у 34 % пацієнтів, а у 9 % хворих до початку адекватної терапії проходить більше 10 років, що зумовлено неправильним трактуванням самим пацієнтом своєї хвороби. Відсутність широких досліджень та єдиного погляду на патогенетичні механізми розвитку тиреоїдних порушень при ХОЗЛ з клінікою безпосередньо гіпотиреозу перешкоджає розробці раціонального алгоритму діагностики та лікування і призводить, як правило, до симптомокомплексного, але не патогенетичного лікування.

Таким чином, результати дослідження доводять, що труднощі визначення гіпотиреозу в осіб старшого віку при ХОЗЛ обумовлені наступними чинниками:

- повільним та поступовим розвитком з наростанням симптоматики, яка непомітна як для самого хворого, так і для оточуючих;
- множинністю, "маскоподібністю" та мімікрічністю проявів гіпотиреозу, що пролонгують час діагностичного пошуку, і як наслідок, призводять до більш пізнього початку медикаментозної корекції;
- різноманітністю симптоматики з приєднанням до процесу практично всіх органів та систем організму.

Все це призводить до прогресування основного захворювання з розвитком ускладнень.

Висновки

1. Виявлена за результатами біохімічного та клінічного дослідження достатньо висока частота виникнення тиреоїдної дисфункції різного комбінованого патогенезу в осіб літнього та старечого віку при ХОЗЛ з високою схильністю до гіпофункції ЩЗ свідчить про серйозність та масштабність проблеми формування супутнього синдрому нетиреоїдного захворювання і є достатнім аргументом для рекомендації скринінга тиреоїдного гомеостазу у пацієнтів з бронхообструктивною патологією з метою диференційної діагностики проявів гіперкапнії, гіпоксемії та раннього виявлення тиреоїдного дисбалансу. Труднощі діагностики варіантів тиреоїдної дисфункції в літньому та старечому віці при ХОЗЛ зумовлені переважанням в усіх групах обстежуваних пацієнтів проявів бронхолегеневого симптомокомплексу.

2. Мінімальний обсяг скринінга тиреоїдної дисфункції у пацієнтів із ХОЗЛ старших вікових груп має включати в себе визначення тиреотропного гормону та вільного тироксину незалежно від стадії захворювання та характеру запального процесу з частотою один раз на рік. Такому обсте-

женню підлягають хворі з наявністю відповідних скарг (мерзлякуватість, сонливість, депресивні розлади, анемічний синдром тощо), які визначаються за допомогою шкали вираженості симптомів тиреоїдної дисфункції.

3. Обов'язковому скринінгу з додатковим визначенням антитіл до тиреопероксидази при ХОЗЛ мають підлягати особи жіночої статі старшого віку (в яких є хоча б декілька ознак симптомокомплексу тиреоїдного дисбалансу) у зв'язку з більш високою частотою розвитку у них аутоімунної патології ЩЗ з формуванням субклінічного та маніфестного гіпотиреозу.

Литература

1. *Абрамова Н. А., Фадеев В. В., Герасимов Г. А.* Зобогенные вещества и факторы //Клин. и эксперим. тиреоидология. — 2006. — № 1. — С. 3–8.
2. *Авдеев С. Н.* Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 104–116.
3. *Доскина Н. А.* Гипотиреоз у пожилых людей // Рус. мед. журн. — 2008. — № 1. — С. 34–37.
4. *Ехнева Т. Л., Веселова В. Н., Норинская В. М.* Динамика заболеваемости и смертности населения Украины старше трудоспособного возраста за 10-летний период (1996–2005 гг.) // Пробл. старения и долголетия. — 2006. — 15, № 3. — С. 247–262.
5. *Катеренчук В. І., Берегова О. П.* Серцево-судинні маски гіпотиреозу //Внутрішня медицина. — 2007. — № 3. — С. 50–55.
6. *Кулишов С. К., Яковенко А. М.* Возрастные аспекты полиморбидности (сочетание ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа, панкреатобилиарной патологии): триггерные факторы, лечение // Пробл. старения и долголетия. — 2006. — 15, № 3. — С. 263–280.
7. *Стронгин Л. Г., Корнева, К. Г. Петров А. В. и др.* Развитие диффузного токсического зоба на фоне предшествующего гипотиреоза // Пробл. эндокринологии. — 2007. — 53, № 3. — С. 38–41.
8. *Тимченко А. М., Місюра К. В.* Динаміка розповсюдження тиреоїдної патології серед населення в регіонах з різним ступенем йодного дефіциту та напрямки профілактики // Міжнар. ендокринолог. журн. — 2007. — № 3. — С. 32–35.
9. *Фещенко Ю. И.* Существует ли возможность улучшить и продлить жизнь пациентов с ХОЗЛ // Здоров'я України. — 2007. — № 15–16. — С.26.
10. *Чучалин А. Г.* ХОЗЛ и сопутствующая патология // Рус. мед. журн. — 2008. — № 3. — С. 7–14.
11. *Яшина Л. Я.* Как сохранить функцию легких и избавить больных от одышки при ХОЗЛ? // Пульмонология. — 2007. — № 18. — С. 30–31.
12. *Akarsu S., Kilic M., Yilmaz E. et al.* Frequency of hypoferritinemia, iron deficiency and iron deficiency anemia in outpatients // Acta Haematol. — 2006. — 116. — P. 46–50.
13. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules // Endocr. Pract. — 2006. — 12. — P. 63–102.
14. *Andreassen H., Vestbo J.* Chronic obstructive pulmonary disease as a systematic disease: an epidemiological perspective // Eur. Respir. J. — 2003. — № 22. — P. 2–4.
15. *Davidson A., Diamond B.* Autoimmune thyroid diseases // Curr. Opin. Rheumatol. — 2007. — 19, № 1. — P. 44–48.
16. *Gallegos A., Bevan N. J.* Central tolerance: good but imperfect // Immunol Rev. — 2006. — 209. — P. 290–297.

17. *Livinska L., Kowalska A.* Percutaneous ethanol infections in the treatment of nodular thyroid disease — fourteen years of experience // *Endokrynol. Pol.* — 2005. — **56**, № 1. — P. 83–89.
18. *Visser J.* The elemental importance of sufficient iodine intake: a trace is not enough // *Endocrinology.* — 2006. — **147**. — P. 2095–2097.

Надійшла 10.09.2008

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES IN THE ELDERLY AND SENILE PATIENTS AT VARYING FUNCTIONS OF THE THYROID

L. D. Todoriko

Bukovyna State Medical University Ministry of Health Ukraine,
58000 Chernivtsi

Functional activity of the thyroid gland was investigated in 356 persons aged 64–87 with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) mainly stages II or III. The peculiarities of clinical course of COPD were analysed depending on the variant of thyroid dysfunction. The signs of thyroid dysfunction were found to be typical for 27.5% of patients; they were accompanied with related clinical signs, which is a substantial argument for recommending a screening of the thyroid homeostasis with determination of thyrotropine and free thyroxine in patients with pulmonary pathology for differential diagnosis of hypercapnia, hypoxemia and early detection of the thyroid imbalance.

Целью работы стало исследование особенностей клинического течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в зависимости от варианта нарушения функции щитовидной железы. Исследовано функциональное состояние щитовидной железы у 356 пациентов в возрасте 64–87 лет с ХОБЛ преимущественно II или III стадий. Особенности клинического течения ХОБЛ были проанализированы в зависимости от варианта нарушения функции щитовидной железы. Признаки нарушения функции щитовидной железы были обнаружены у 27,5% пациентов; они сопровождались клиническими признаками, что является существенным аргументом для рекомендации скрининга тиреоидного гомеостаза с определением тиротропина и свободного тироксина у пациентов с патологией легких для дифференциальной диагностики гиперкапнии, гипоксемии и раннего выявления дисбаланса щитовидной железы.

© Н. Р. Ірвінга, Ю. В. Ботвіна, А. В. Дячина, А. П. Колісників, 2008
Обстеження в клінічній лабораторії кафедри клінічної ендокринології та діабетології Буковинського державного медичного університету м. Чернівці