

Зміни щитоподібної залози та дії кортизолу при хронічних обструктивних захворюваннях легень: особливості патогенезу та удосконалення лікування хворих старших вікових груп

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Клінічна характеристика хворих

Аналіз поширеності ХОЗЛ по Чернівецькій області в осіб старше 60 років щодо всіх бронхолегеневих захворювань, чисельність яких складає 32 463 чол. становить 40,8 %, що свідчить про високі показники захворюваності та розповсюдженості ХОЗЛ серед населення літнього та старечого віку Чернівецької області. За результатами нашого аналізу (5-ти річний моніторинг контингенту пацієнтів із БОС Чернівецького обласного госпіталю для інвалідів війни та обласного геріатричного центру), частота розвитку БОС зростає з 4 % для осіб молодого віку і до 44 % у чоловіків і 28 % у жінок у віці 80 і старше років. Контингент обстежуваних хворих був відібраний після попереднього аналізу амбулаторних карт пацієнтів, що знаходилися на диспансерному обліку обласного госпіталю інвалідів війни м. Чернівці з 2002 по 2008 рік. В основу клінічного дослідження покладено комплексне вивчення і спостереження за 420 пацієнтами із ХОЗЛ літнього та старечого віку упродовж 3-5 річного періоду, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні обласного госпіталю для інвалідів війни, пульмонологічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги (м. Чернівці). За даними анамнезу пацієнти не мали захворювань ЦЗ у минулому. Дизайн дослідження відповідав відкритому порівняльному рандомізованому спостереженню. У цілому, об'єктом дослідження стали 356 хворих на ХОЗЛ (діагноз та стадію встановлено згідно з наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. [138]), 64 пацієнти не було рандомізовано за різними причинами. Вік хворих коливався від 61 до 94 років, а середній вік становив $78,4 \pm 5,4$ % роки. Відповідно до класифікації ВООЗ [25] літнім вважали вік від 60 до 74 років, старечим від 75 до 89, старше 90 років - довгожителі. Серед обстежених хворих було 183 (51,9 %) особи літнього та 173 (48,6 %) особи старечого віку (старший вік). Особи чоловічої статі становили 80,3 % (286 чол.), жіночої статі - 19,7 % (70 чол.) [(рис. 2.1.1)]. Пацієнти, які приймали пероральні глюкокортикоїди склали 11,6 % (44 чол.). За тяжкістю перебігу обстежувані пацієнти були розподілені у дві підгрупи: ХОЗЛ I-II стадії - 252 чол. (71,6 %) та III стадії 104 чол. (28,4 %). Курців було 212; стаж куріння - $32,3 \pm 1,1$ роки; індекс пачка/рік становив $24,3 \pm 4,2$ роки. За результатами опитування хворих та аналізу первинної медичної документації тривалість захворювання на ХОЗЛ становила $24,4 \pm 1,3$ роки.

Рис. 2.1.1. Розподіл хворих на ХОЗЛ залежно від віку, статі, стадії захворювання.

Тип загострення ХОЗЛ визначали згідно класифікації N.R. Antoniesen [402] залежно від наявності основних симптомів загострення: посилення задухи, збільшення об'єму харкотиння та посилення його гнійності (або поява її) та додаткових критеріїв (посилення кашлю, підвищення температури тіла). У більшості пацієнтів (78 %) переважало середньо-тяжке загострення, переважно інфекційного характеру (80 % випадків), (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Розподіл хворих на хронічні обструктивні захворювання легень за типом загострення

Тип загострення	Кількість хворих на ХОЗЛ (n=356)
I тип - наявність у хворого всіх трьох вініпегських критеріїв загострення (посилення задухи, збільшення об'єму харкотиння та посилення його гнійності)	93 (26 %)
II тип - наявність 2-х ознак з 3-х вініпегських критеріїв	185 (52 %)
III тип - наявність тільки одного з 3-х вініпегських критеріїв (можливо на тлі одного малого)	78 (22 %)
Контрольну групу склали 24 практично здорових особи (ПЗО) літнього та старечого віку, віком від 60 до 82 років, що на момент обстеження не мали ознак	

маніфестації загострення соматичної патології. Середній вік склав $72,1 \pm 1,6$ роки. Осіб чоловічої статі було 70,6 % (17 чол.), жіночої - 27,3 % (7 чол.). Дослідження проведені у 10 практично здорових осіб (ПЗО) молодого (30-44 роки) та 10 осіб зрілого (45-59 роки) віку, згідно класифікації ВООЗ [25].

Усі дослідження здійснювали за єдиною схемою: під час надходження хворого у клініку, у динаміці лікування запропонованими схемами фармакотерапевтичної корекції та фізичної реабілітації (у окремої частини пацієнтів через 3 і 6 місяців спостереження).

Вивчення динаміки задишки проводилося за допомогою анкети "Оцінка ступеня задишки у хворого на ХОЗЛ" (додаток А). У зв'язку з тим, що задишка є основною причиною, яка обмежує фізичну активність пульмонологічних хворих літнього та старечого віку і є найбільшим фактором впливу на їхню якість життя ми оцінили цей показник за дискретною шкалою Борга, шкалою MRC та 6-хвилинним тестом [227, 276, 397, 406, 490, 500]. Для оцінки задишки при повсякденній активності використовували шкалу MRC (Medical Research Council) [490] у балах, (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Оцінка задишки у хворих на ХОЗЛ за шкалою MRC [490], (у балах)

Бали	Характеристика задишки
0	задишка тільки при енергійному (напруженому) фізичному навантаженні
1	при швидкій ході по рівній місцевості або при підйомі на невелику висоту
2	із-за задишки можливою є хода по рівній місцевості повільніше ніж у людей такого ж віку, або є змушена зупинка при ході по рівній місцевості у звичному для пацієнта темпі
3	пацієнт зупиняється із-за задишки через 100 м або через декілька хвилин ходи по рівній місцевості
4	пацієнт із-за задишки не виходить з дому або задихається при одяганні і роздяганні

Оцінка переносимості фізичного навантаження, що визначалася як здатність забезпечити максимальне поступлення кисню під час навантаження, об'єктивізувалася через оцінку фізичного стану пацієнта при застосуванні тесту з 6-ти хвилинною ходою [227, 378, 397]. Цей тест оцінює інтегральну реакцію всіх систем, які беруть участь у виконанні фізичної роботи (дихальної, серцево-судинної, системної і периферійної циркуляції крові, м'язової системи і м'язового метаболізму, нейрогуморальної регуляції).