

Шестакова Е.Г. Эпидемиологическое, клиничко-патогенетическое обоснование организации этапного лечения и реабилитации больных преклонного и старческого возраста с хроническим бронхитом. Рукопись.

На соискание научной степени кандидата медицинских наук. 14.01.02 -Внутренние болезни. Ивано-Франковская государственная медицинская академия. Ивано-Франковск, 2001.

SUMMARY

Shestakova K.H. Epidemiological and Clinical-Pathogenetic Grounds for the Organization of Stage Treatment and Rehabilitation of Senile and Aged Patients with Chronic Bronchitis. Manuscript.

Dissertation for a competition of a Candidate of Medical Sciences degree on a specialty 14.01.02. - Internal Diseases. Ivano-Frankivska State Medical Academy. Ivano-frankivsk, 2001.

The dissertation presents a comparative analysis of epidemiological, clinical-instrumental indexes in senile and aged patients with complicated chronicle bronchitis and concomitant cardio- and cerebral diseases. In has been shown that clinical-functional groups (categories) may be distinguished among the patients depending on the superiority of a kind of pathology in the clinical picture. The symptom-complex expression depends on the equilibrium in the oxidant-antioxidant system. Individual schemes for the rehabilitation-stage treatment of the categories of patients have been suggest ed which provide the algorithm of a dispensary examination of patients and the schemes of basic medicamental treatment of chronic bronchitis and simultaneous prophylaxis of concomitant circulatory diseases.

Key words: senile and old age, chronic bronchitis, rehabilitation, antioxidants, erythrocyte, erbisol.

АННОТАЦИЯ

Диссертация содержит сравнительный анализ эпидемиологических, клиничко-инструментальных показателей у больных преклонного и старческого возраста с осложненным хроническим бронхитом и сочетанными кардио-, церебральными заболеваниями. Показано, что у пациентов возможно выделять клиничко-функциональные группы (категории) в зависимости от преимущества в клиничке той или иной патологии. Выраженность симптомокомплексов зависит от равновесия в системе оксиданты-антиоксиданты. Предложены индивидуальные схемы реабилитационно-этапного лечения категорий больных, которые предусматривают алгоритм диспансерного наблюдения за больными, схемы базисного медикаментозного лечения хронического бронхита, направленные на одновременное профилактическое лечение сопутствующих заболеваний органов системы кровообращения.

Показано, что в условиях неготовности амбулаторно-поликлинической службы осуществлять адекватное динамическое наблюдение за больными с полиморбидной патологией существуют проблемы дифференциальной диагностики осложнений хронического бронхита с клиническими проявлениями хронической недостаточности мозгового кровообращения, хронической сердечной недостаточности. Доказана нецелесообразность применения классификации хронического обструктивного европейского респираторного товарищества у больных преклонного и старческого возраста с сочетанной кардио-, церебральной патологией. Исследована специфика

клинических симптомов указанных заболеваний. Выделены основные симптомокомплексы, которые облегчают дифференциальную диагностику кардиореспираторных заболеваний у больных преклонного и старческого возраста, а именно, бронхолегочный, кардиальный, неврологический. Изучена возможность распределения больных преклонного и старческого возраста с осложненным хроническим бронхитом и сопутствующими кардио-, церебральными заболеваниями в определенные клинко-функциональные группы (категории), которые отличаются выраженностью симптомокомплексов. Исследованием показателей функции внешнего дыхания доказана целесообразность такого распределения больных на категории.

На основе эпидемиологических исследований доказаны несоответствия в показателях распространенности хронического бронхита, летальности, инвалидизации. На основе сравнительного анализа показателей здоровья у инвалидов преклонного и старческого возраста и больных без признаков инвалидности доказано, что существует гипердиагностика цереброваскулярной патологии и гиподиагностика хронического бронхита.

Исследованы патогенетические особенности системы оксиданты-антиоксиданты в категориях больных и показана способность к компенсаторным реакциям данной системы.

Проанализировано современное состояние реабилитационной помощи больным преклонного и старческого возраста с хроническим бронхитом. Доказана целесообразность выделения оригинальных этапов медико-санитарной помощи больным с хроническим бронхитом. Обоснованы функции и предназначение гериатра поликлиники в системе медико-санитарных учреждений.

С учетом особенностей патогенеза и клинических проявлений хронического бронхита в той или иной категории больных, а также возможностей современных лечебно-профилактических учреждений оказывать геронтологическую помощь больным, предложена оригинальная схема реабилитационно-этапного лечения больных преклонного и старческого возраста с хроническим бронхитом. Указанная схема предусматривает алгоритм тактики участкового терапевта в отношении больного в состоянии ремиссии, обострения и критических состояниях. Предусмотрена школа пациентов по обучению их простейшей технике самодиагностики и поведению при различных состояниях здоровья.

Предложены усовершенствованные схемы общепринятых схем базисного медикаментозного лечения хронического бронхита, которые предполагают снижение случаев полипрагмазии и основаны на особенностях изменений системы оксиданты-антиоксиданты в различных категориях больных. Обосновано применение эрбисола в базисном лечении хронического бронхита у больных с тяжелым течением хронического бронхита.

Доказана клиническая, экономическая эффективность предложенных схем, а также возможность разработки индивидуальных программ динамического наблюдения за больными преклонного и старческого возраста с различной сочетанной патологией. **Ключевые слова.** Преклонный и старческий возраст, хронический бронхит, реабилитация, антиоксиданты, эритроцит, эрбисол.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

ШЕСТАКОВА Катерина Григорівна

УДК: 616.23.+612.67.+616.233-002

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ, КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ТА
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА
СТАРЕЧОГО ВІКУ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ**

14.01.02 - внутрішні хвороби

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Івано-Франківськ - 2001

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Буковинській державній медичній академії МОЗ України

Захист дисертації відбудеться "16" листопада 2001 року об 11.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 20.601.01 Івано-Франківської державної медичної академії (76000, м. Івано-Франківськ, вул.Галицька, 2).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Івано-Франківської державної медичної академії за адресою: м. Івано-Франківськ, вул.Галицька, 7.

Автореферат розісланий "15" жовтня 2001 року.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми.

В осіб старших вікових груп основними є хвороби органів кровообігу та дихання (В.В. Безруков та співавт., 1998). Серед останніх переважає хронічний бронхіт (ХБ), який сприяє прискореному постарінню людини, розвитку легеневої недостатності, інвалідизації та передчасній смерті (Т.В. Свідер та співавт., 1995). Проблеми диференційної діагностики ускладнень ХБ, та супровідних захворювань органів системи кровообігу (насамперед, ішемічної хвороби серця (ІХС) та цереброваскулярної патології (ЦВП), значно утруднюють процес діагностики основного захворювання. Вузька спеціалізація лікарів призводить до несвоєчасної діагностики ускладнень досить поширених хвороб та призначення симптоматичного лікування. Дільничним терапевтам, які у переважній більшості не підготовлені з питань геріатрії та геронтології, складно визначити обсяг медикаментозного реабілітаційного лікування хворих на ХБ із супровідними кардіо-, церебральними захворюваннями, що спричиняє до поліпрагмазії. Не досліджувалися проблеми ранньої діагностики ХБ у пацієнтів із віковими психосоматичними розладами та пов'язаними з цим складнощами опитування. Для практичного лікаря залишаються проблемними питання диференційної діагностики дихальної недостатності (ДН) та хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Аналіз сучасних тенденцій свідчить про переорієнтацію на позалікарняні форми медобслуговування (Л.І. Дворецький, 1997), на переміщення стаціонарної допомоги з лікарні до дому (В.М. Коваленко, 1998). Однак, в умовах поєднання патології та зниження якості життя пацієнтів існують диспропорції між потребами хворих у медичній допомозі та спроможністю лікувальних закладів надати таку допомогу (Ю.І. Нестеров та співавт., 1998). Насамперед, з причин низької якості диспансеризації хворих похилого віку на хронічні захворювання легень (ХЗЛ), та відсутності медико-організаційної доктрини геронтологічної амбулаторно-поліклінічної служби (Є.М. Захарченко, 1994). Все зазначене свідчить про актуальність даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконане у контексті науково-дослідної роботи кафедри госпітальної терапії і клінічної фармакології Буковинської державної медичної академії "Вільнорадикальне окиснення, метаболічні зміни та особливості механізмів компенсації та декомпенсації при деяких захворюваннях системи травлення, цитопенічних синдромах на Буковині (у т.ч. в умовах факторів екологічної агресії) та обґрунтування диференційованого лікування, реабілітації, профілактики" (реєстраційний номер 0196У006738).

Мета дослідження: розробити, обґрунтувати та впровадити оригінальну організаційну модель реабілітаційно-етапного лікування (РЕЛ) хворих похилого та старечого віку на ХБ із супровідними кардіо-, церебральними захворюваннями.

Задачі дослідження:

1. Дослідити стан здоров'я хворих похилого та старечого віку на ХБ через аналіз показників поширеності, захворюваності, смертності, інвалідизації; дослідити вплив захворювань на якість життя пацієнтів.
2. Виділити клініко-функціональні групи (категорії) хворих геронтологічного віку на ХБ та супровідні кардіо-, церебральні захворювання на основі аналізу особливостей клініко-, функціонального стану систем зовнішнього дихання, серцевого, мозкового кровообігу, пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ), глутатіонової системи захисту та морфофункціональних властивостей еритроцитів .
3. Розробити алгоритми медикаментозного реабілітаційно-етапного лікування виділених груп (категорій) хворих.
4. Апробувати і дослідити клінічну та економічну ефективність запропонованої схеми РЕЛ хворих похилого та старечого віку на ХБ.

Об'єкт дослідження. Хворі похилого та старечого віку на хронічний бронхіт.

Предмет дослідження. Епідеміологія ХБ, якість життя хворих, клініка ХБ, функція зовнішнього дихання, система окисланти-антиоксиданти, морфофункціональні властивості еритроцитів.

Методи дослідження. Використовували епідеміологічні, соціологічні (анкетування), клініко-функціональні методи. Для дослідження особливостей змін процесів окисланти-антиоксиданти, та морфофункціональних властивостей еритроцитів визначали вміст відновленого глутатіону (ВГ) венозної крові титраційним методом за О.В.Травіною в модифікації І.Ф.Мещишена, І.В.Петрової (1983), малонового альдегіду (МА) без ініціації за Ю.А.Владимировим, О.Г.Арчаковим (1972). Активність глутатіонпероксидази (ГП), глутатіонредуктази (ГР) та глутатіон-Б-трансферази (ГТ) - за І.Ф.Мещишеним (1987). Функціональний стан еритроцитів оцінювали за їх здатністю до деформації (ДЕ) за модифікованим методом Tannert і Lux в модифікації З.Д.Федорової, М.О.Котовщикової (1989, 1981). Відносну в'язкість еритроцитарної суспензії (ВВЕС) - за методом О.Ф.Пирогової, В.Д.Джорджикія у модифікації З.Д.Федорової, М.О.Котовщикової (1989). Ступінь спонтанного агрегатоутворення еритроцитів *in vivo* (КАЕ) - за методом В.А.Лапотнікова, Л.М.Хараша (1982).

Наукова новизна одержаних результатів.

1. Вперше проведено епідеміологічне, клініко-патогенетичне обґрунтування *алгоритму диспансерного спостереження* за хворими похилого та старечого віку на ХБ із супровідними кардіо-, церебральними захворюваннями, який передбачає обсяг базового медикаментозного лікування, тактику дільничного терапевта у випадках ремісії, загострення бронхіту, етапи реабілітації. Дістало подальший розвиток твердження, що геріатрична амбулаторно-поліклінічна допомога повинна базуватись на індивідуальному підході до хворого, як до пацієнта з *поліморбідною патологією*, а координатором програми динамічного спостереження повинен бути *дільничний терапевт*.

2. Сформовані клініко-функціональні групи (*категорії*) хворих похилого та старечого віку на хронічний бронхіт із супровідними кардіо-церебральними захворюваннями на основі виділення основних клінічних симптомокомплексів; доведено, що індивідуальність останніх обумовлена певними морфологічними змінами.
3. Обґрунтовані та запропоновані оригінальні диференційовані алгоритми медикаментозного лікування зазначених категорій хворих. Удосконалені існуючі схеми базисного реабілітаційного медикаментозного лікування хронічного бронхіту, з урахуванням наявної поєднаної патології.
4. Розроблений і запропонований новий обґрунтований ефективний *принцип етапності* лікування хворих похилого та старечого віку на хронічний бронхіт із урахуванням супровідних кардіо-церебральних захворювань, що сприяє підвищенню результативності РЕЛ та покращенню якості життя хворих. Обґрунтовані та запропоновані задачі та функціональні зв'язки геріатра поліклініки та геріатричного відділення стаціонару.

Практичне значення одержаних результатів. Запропонована схема базового медикаментозного лікування різних категорій хворих дозволяє скоротити економічні витрати на лікування, та компенсаційні витрати з причин інвалідності. Запропонована школа пацієнтів дозволяє покращити якість життя хворих через підвищення здатності їх до самопомоги. Розроблений оригінальний принцип етапності дозволяє уникати поліпрагмазії та надає дільничному терапевту алгоритм тактики щодо хворого похилого та старечого віку на хронічний бронхіт. Показники інтенсивності ПОЛ, стану факторів протирадикального захисту (системи глутатіону та зв'язаних з ним ферментів), показники функціонального стану еритроцитів та порушень мікроциркуляції можуть використовуватись як додаткові критерії для діагностики здатності до компенсації, прогнозу хворих на хронічний бронхіт та контролю за ефективністю лікування. Доведена ефективність застосування вітчизняного препарату ербісолу у лікуванні хворих з важким хронічним обструктивним бронхітом. За розробленими дослідником алгоритмами лікування працює поліклініка Чернівецького обласного шпиталю для інвалідів Вітчизняної війни, центральні районні поліклініки Чернівецької області. За матеріалами дисертації на базі інституту геронтології АМНУ опубліковані методичні рекомендації для лікарів: організаторів охорони здоров'я, терапевтів дільничних, сімейних, пульмонологів, інтернів, студентів випускних курсів, які впроваджені на республіканському рівні. Наслідком дослідження є те, що вперше в Україні створена координаційна рада із спеціалістів Буковинської державної медичної академії та Чернівецького обласного управління охорони здоров'я з питань розробки та впровадження стандартів профілактики, лікування, реабілітації геронтологічних хворих Буковини. В плані виконання Програми президента України "Здоров'я літніх людей" на основі результатів роботи при активній участі автора (як обласного позаштатного геріатра), були розроблені першочергові завдання геронтологічної служби Чернівецької області на **2000-2001** рік, якими, в тому числі, передбачено комплексний підхід до лікування, реабілітації хворих похилого та старечого віку із поліморбідною патологією.

Впровадження результатів дослідження. Результати дослідження впроваджені в практику роботи лікувально-профілактичних установ Донецької, Одеської, Івано-Франківської, Харківської, Київської, Луганської, Чернівецької областей. Висновки і практичні рекомендації використовуються на лекціях та практичних заняттях терапевтичними кафедрами Буковинської державної медичної академії, Донецького державного медичного університету, Луганського медичного університету, Київської академії післядипломної освіти.

Особистий внесок здобувача полягає у виборі теми, визначенні мети, розробці методології епідеміологічного, соціального, клінічного, функціонального дослідження. Методологія цитохімічного, фільтраційного дослідження визначена разом з науковим керівником. Патентно-інформаційний пошук, огляд літератури, набір та обробка

фактичного матеріалу, розподіл хворих на групи, проведення лікування, теоретичне узагальнення отриманих результатів, підготовка до друку і практичне їх застосування, статистична обробка матеріалу, формулювання висновків та практичних рекомендацій виконані автором самостійно.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації доповідалися та обговорювалися на XIV з'їзді терапевтів України (22-25 вересня 1998 р., Київ); I українській конференції "Мікроциркуляція та її вікові зміни" (19-21 травня 1999 р., Київ); конференції гастроентерологів (25-26 травня 1999 р., Дніпропетровськ); III Національному конгресі геронтологів та геріатрів (26-28 жовтня 2000 р.) - виступ на пленарних засіданнях; науково-практичних конференція Буковинської державної медичної академії (1999 2000 р.).

Публікації. За темою дослідження опубліковано 14 наукових праць, серед них 5 статей, у т.ч. 5 у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 4 тези доповідей, 4 інформаційних листа, 1 методична рекомендація.

Структура та обсяг дисертації. Дослідження побудоване у традиційному стилі і складається з вступу, огляду літератури, опису методів та матеріалів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків. Обсяг дисертації 219 сторінок друкованого тексту. Робота включає 12 рисунків, 12 таблиць. Список джерел містить 380 найменувань, у тому числі 105 латиною.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал та методи дослідження. Досліджено показники поширеності, захворюваності, первинної інвалідності, летальності серед осіб віком старших за 55(60) років в популяції 170000 осіб Чернівецької області. Особливості клініки ХБ досліджувались у 1993-2000 рр. методом випадкової виборки на базі Чернівецького обласного шпиталю для інвалідів війни в популяції 12 934 хворих на ХБ, у тому числі 900 інвалідів.

Клініко-функціональне дослідження проведено серед 272 хворих на ХБ (з них 110 мешканців села). Вік пацієнтів: 60-74 роки - 170 осіб (з них 93 жінки); 75 років і старші -102 особи (з них 32 жінки). Середній вік хворих становив $75,25 \pm 5,49$ років (А, $p < 0,05$). Дослідження якості життя хворих вивчалось шляхом анкетування 120 хворих на ХБ.

Давність ХБ становила $19,46 \pm 0,91$ (Д, $p < 0,05$) років, ІХС $13,78 \pm 0,46$ (А, $p < 0,05$) років, церебрального атеросклерозу $12,20 \pm 0,38$ (Д, $p < 0,05$) років. Мали обструктивну форму бронхіту 118 (43,4%) осіб. Ускладнення ХБ: емфізема легень у 213 хворих (78,3%), дифузний пневмосклероз у 157 (57,7%), сегментарний пневмосклероз у 105 (38,6%), пневмофіброз у 7 (2,6%), хронічна дихальна недостатність 0-I ступеня у 148 (54,4%), II ступеня у 99 (36,4%), хронічне легеневе серце у 21 хворого (7,7%). Ускладнення підтверджені інструментальними методами діагностики (рентгенологічним, спірографічним, електрокардіографічним тощо), а також даними 8-річного динамічного спостереження за пацієнтами. Всі 272 пацієнтів хворіли на супутню ІХС та ЦВП різного ступеню важкості.

Спірографічне обстеження провели 150 хворим, ехокардіографічне - 43, реоенцефалографічне - 37, цитохімічне та морфофункціональне - 57 хворим на ХБ віком $73,9 \pm 0,6$ (т) років. Контрольна група становила 20 умовно здорових осіб такого ж віку.

Результати дослідження. В загальній структурі хвороб пенсіонерів переважають захворювання системи кровообігу та дихання - відповідно $41,46 \pm 0,47\%$ (Д, $p < 0,05$) та $14,03 \pm 0,13\%$ (Д, $p < 0,05$); у інвалідів непрацездатного віку відповідно $44,08 \pm 1,59\%$ (Д, $p < 0,05$) та $9,47 \pm 0,70\%$ (Д, $p < 0,05$). Проте, у загальній структурі хвороб інвалідів питома вага ХБ вдвічі вища, ніж серед пенсіонерів (відповідно $8,27 \pm 1,06\%$ та $4,41 \pm 0,09\%$); питома вага ЦВП також вища - відповідно $10,76 \pm 3,62\%$ (Д, $p < 0,05$) та $6,00 \pm 0,38\%$ (Д, $p < 0,05$); питома вага ІХС незначно вища ($24,09 \pm 1,94\%$, Д, $p < 0,05$; $20,07 \pm 1,11$, Д, $p < 0,05$). Це навело на думку про недостатню діагностику ХБ та гіпердіагностику ЦВП в

осіб непрацездатного віку, про складності диференційної діагностики ускладнень ХБ та кардіо-, церебральних захворювань. Анкетування показало, що в умовах незадовільної реєстрації хвороб, а також наявності соціальної, психічної, фізичної дезадаптації літніх пацієнтів, необхідно створити для дільничного терапевта алгоритм динамічного спостереження за хворими на ХБ.

Детальний аналіз скарг, об'єктивного стану 272 хворих на ХБ, результати інструментальних дослідження показав складності диференційної діагностики ускладнень ХБ (гіпоксії, гіперкапнії) та клінічних проявів хронічної недостатності мозкового кровообігу (ХНМК) й хронічної серцевої недостатності (ХСН). Отримані нами дані підтвердили результати дослідників про те, що задишка може бути еквівалентом стенокардії та серцевої недостатності (С.Й.Волошинівська, Г.М.Косован, В.М.Белюсова та ін., 1998), що неврологічна симптоматика може бути клінічним проявом стенокардії (W.B.Abrams, M.H.Beere, K.Beckolu, 1995), що клінічні ознаки недостатності лівого шлуночка важко відрізнити від клінічних ознак обструктивних захворювань легень (Б.Р.ОаїБег, M.J.I.Dunn, 1994), що діагностична значимість об'єктивного обстеження при бронхітах незначна (І.І.Мягков, П.С.Назар, 1994; С.І.Овчаренко, 1996), що пульмональні та кардіальні клінічні симптоми (задишка, сухий кашель, кардіалгія, тахікардія) можуть бути проявами гіпервентиляційного синдрому внаслідок захворювань центральної нервової системи (ССАРе^оп, 1991; О.М.Колошко, 1999), тощо.

Клінічне дослідження дало змогу виділити основні симптомокомплекси у хворих на ускладнений ХБ та супровідні кардіо-, церебральні захворювання: *бронхолегеневий, кардіальний, неврологічний*. Надалі показано, що за важкістю стану хронічно хворих можна розподіляти в наступні клініко-функціональні групи (категорії): **I категорія** - хворі легкого (середнього) стану з помірно (середньо) виразними бронхо-легеневим, кардіальним, неврологічним симптомокомплексами. **II категорія** - хворі важкого стану з причин кардіо-, церебральних захворювань з помірно (середньо) виразним бронхо-легеневим, виразними кардіальним та (або) неврологічним симптомокомплексами. **III категорія** - хворі важкого стану з причин ХБ з виразним бронхо-легеневим симптомокомплексом і можливо виразними кардіальним, церебральним симптомокомплексами. **IV категорія** - хворі важкого стану з причин як ХБ, так і кардіо-, церебральних захворювань, - у пацієнтів всі симптомокомплекси виразні. **V категорія** - пацієнти з будь-яким співвідношенням захворювань, не здатні на зворотний зв'язок з лікарем (з причин деменції, віддаленості помешкання від лікувального закладу, бідності тощо).

Подальше функціональне та біохімічне дослідження показало, що у хворих різних категорій спостерігалися неоднорідні зміни зовнішнього дихання та процесів ПОЛ та антиоксидантної системи захисту (АОС) (Див.Табл.1.).

Таблиця 1.

Вміст малонового альдегіду та активність глутатіонзалежних ферментів у крові хворих похилого та старечого віку на хронічний бронхіт та супровідні кардіо-, церебральні захворювання

При тому, що рівень МА у хворих III категорії, наприклад, був на 21,69% вищим ($p < 0,001$), ніж у умовно здорових, спостерігали високий рівень гіпоксемії: парціальний тиск кисню в артеріальній крові (PaO_2) у спокійному стані становив $43,29 \pm 3,73$ мм рт.ст. (Д, $p < 0,05$). Зростання рівня МА у хворих супроводжувалося також зростанням об'єма форсованого видиху та парціального тиску кисню в артеріальній крові і свідчило про те, що утворення МА є компенсаторною реакцією, спрямованою на покращення перфузійних відношень, змінених на фоні вікової напруги кардіореспіраторної системи (Л.Е.Кривенко, Б.І.Гельцер, 1998).

Водночас зростання ІДЕ у хворих на ХБ на 22,2% ($p > 0,05$) порівняно з умовно здоровими було, на нашу думку, наслідком компенсаторної реакції еритрона на гіпоксію.

Парадоксальні зміни КАЕ, коли зростання МА не супроводжувалося зростанням КАЕ свідчили про збережені адаптаційні можливості організму, перш за все, за рахунок еритроцитарних мембран. У хворих на ХБ під дією оксидного стресу спостерігалось, мабуть, певне пожвавлення адаптаційних реакцій, а саме, зменшення напруги мембран еритроцитів й зниження здатності останніх до агрегації, при цьому підвищувалася здатність еритроцитів до деформації. Тому ІДЕ у хворих на ХБ зростав. Вірогідне зменшення ВВЕС у хворих з перевагою ХБ (на 41,98% порівняно з умовно здоровими) ми також розцінювали як компенсаторну реакцію на гіпоксемію, можливо, також і на зростання рівня оксиду азоту в крові. Так, ріст МА супроводжувався посиленням у хворих активності ВГ ($r = +0,716$, $p < 0,001$). Останній є антиоксидантом із тіоловими групами, і вони посилювали утворення оксиду азоту (Н.Ю.Івашкіна, 2000). У свою чергу, глутаматзалежні рецептори кори блокувалися під дією оксиду азоту (І.В.Комісаров, 1998), що, на наш погляд, і давало клініку церебрального симптомокомплексу у хворих з перевагою ХБ, тобто, клінічні прояви енцефалопатії.

Тобто, в умовно здорових осіб на фоні старечої гіпоксії та впливів вегетативної нервової системи, зростання рівня МА супроводжувалося компенсаторними реакціями у вигляді змін морфофункціональних властивостей еритроцитів, а у хворих компенсаторні механізми порушувалися. Дійшли висновку, що у пацієнтів похилого та старечого віку на ХБ зміни в системі оксиданти-антиоксиданти спрямовані на покращення функції зовнішнього дихання та зниження рівня гіпоксемії. Проте патогенетичні зміни неоднорідні в певних категоріях хворих і обумовлюють виразність тих чи інших симптомокомплексів. При визначенні обсягу базисного медикаментозного лікування хворих на ХБ необхідно враховувати індивідуальність виявлених змін. А оскільки загальнохарактерним у патогенезі ХБ є зміни рівноваги в антиоксидантній системі, базисну терапію ХБ слід доповнювати засобами з антиоксидантною, антигіпоксантажною дією, а також засобами, покращуючими мікроциркуляцію.

На основі епідеміологічного, соціологічного, клініко-функціонального, цитохімічного, фільтраційного дослідження, було обґрунтовано алгоритм РЕЛ хворих на ХБ із визначенням обсягу патогенетичного базисного медикаментозного лікування ХБ з урахуванням супровідних кардіо-, церебральних захворювань. Запропоновано включати в базисну терапію хворих в залежності від категорії додатково до загальноприйнятої (а саме, беродуалу (при підтвердженій обструкції) 1-2 доз двічі на день; лазолвану по 0,03 г двічі на день) також цинаризин по 0,025 г тричі на день, як протисклеротичний, антигіпоксантажний та покращуючий мозковий кровообіг засіб; тривалий курс аевіту по 1 мл внутрішньом'язово через день 20 ампул, або декамевіт тричі на день як метаболічний та антиоксидантний засіб, при перевагах ІХС - еналаприл 0,005 г двічі на день, а при перевагах церебро-васкулярної патології пірацетам 0,4 г тричі на день (або аміналон 0,25 г тричі на день).

При загостреннях ХБ застосовували ербісол (2,0 мл внутрішньом'язово о 21.00 протягом 20 днів), теком (по 2 капсули тричі на день). Призначали ербісол враховуючи те, що у досліджуваних з клінічною перевагою ХБ змінюються властивості еритроцитів в більшій мірі, ніж у хворих з перевагою кардіо-, церебральних захворювань. Після лікування ербісолом у всіх досліджуваних спостерігалось підвищення активності ВГ від $5,66 \pm 0,17$ до $6,45 \pm 0,94$ мкмоль/г Нб (m), $t = 0,827$, $p > 0,05$. Ми спостерігали також зростання рівня МА у хворих на ХБ важкого перебігу від $8,08 \pm 0,20$ до $8,27 \pm 0,18$ мкмоль/л (m), $t = 0,706$, $p > 0,05$; у хворих IV категорії від $5,75 \pm 0,18$ до $6,93 \pm 0,07$ мкмоль/л (m), $t = 6,110$, $p < 0,001$. Активність ВГ також зростала вірогідно: у хворих III категорії від $5,54 \pm 0,10$ до $6,82 \pm 0,24$ мкмоль/г Нб (m), $t = 4,923$, $p < 0,001$, у хворих IV категорії від $5,02 \pm 0,36$ до $6,25 \pm 0,08$ мкмоль/г Нб (m), $t = 3,335$, $p < 0,001$. Такі результати не суперечили даним про позитивну дію ербісолу на систему оксиданти-антиоксиданти, враховуючи зростання активності ВГ. А у хворих IV категорії підвищення рівня МА ми розцінювали як підвищення адаптаційних резервів. Можливо, що у таких пацієнтів активація моноцитів та

T-лімфоцитів атеросклеротичних бляшок призводила до вивільнення цитокінів і лейкотрієнів (Г.В. Дзяк, Є.А. Коваль, 1996), які й викликали зростання чисельності радикалів (Ю.А. Зозуля, А.Н. Сенько, 2000).

Проведене дослідження підтвердило дані про те, що ербісол підвищує рівень катехоламінзв'язуючої функції еритроцитів та їх морфофункціональні властивості (Т.М. Христич Т.М., Л.Д. Годоріко Л.Д., 2000), а зміни мікроциркуляції та реологічних властивостей крові відіграють значну роль у патогенезі ішемічних дисциркуляцій (І.П. Волошин, В.І. Тайцлін, 1991). Крім того, ербісол скорочує термін стаціонарного лікування (О.Р. Демченко, 1999). В основі дії ербісолу лежить також активація клітин макрофагального ряду, які відіграють визначальну роль у процесах репарації й регенерації клітин бронхолегеневого дерева (А.Н. Ніколаєнко, 1994). Ербісол позитивно впливає на вуглеводний обмін, на функціональний стан міокарду, на процеси ліпопероксидації (П.Н. Боднар, Н.І. Лопушенко, 1999).

Надалі на основі аналізу анкетування хворих, дослідження поширеності кардіореспіраторних захворювань, можливостей забезпечення медичною допомогою хворих, матеріальної спроможності пацієнтів задовольнити потреби в реабілітації, запропоновані оригінальні етапи РЕЛ хворих. Невід'ємною частиною схеми РЕЛ є запропонована школа пацієнтів (так звана рівнева підготовка хворих). В контексті запропонованої схеми РЕЛ окрім рекомендацій для хворого, його родичів, дільничного терапевта передбачено місце та роль геріатра поліклініки. Запропоновані також покази для направлення хворих на той чи інший етап лікування, а саме, районну, обласну лікарню, спеціалізований диспансер. Доведено, що впроваджена схема РЕЛ призводить до зростання довіри хворого дільничному лікарю, зменшує випадки самолікування загострень ХБ, відчуття безпорадності у хворих, знижує інвалідизацію, зменшує випадки госпіталізації у відділення стаціонару, скорочує термін стаціонарного лікування, призводить до стабілізації стану здоров'я хворих та має певний економічний ефект.

ВИСНОВКИ

1. Серед осіб непрацездатного віку, хворих на ХБ, найпоширенішими супровідними захворюваннями, які ускладнюють своєчасну діагностику ХБ, є ІХС та ЦВП. Соціально-економічні, психофізіологічні особливості хворих спричиняють до їх низької активності по відвідуванню поліклініки, а сучасна система амбулаторно-поліклінічної допомоги не адаптована до пацієнта непрацездатного віку із поліморбідною патологією, не враховує його низьку якість життя.

2. В умовах поліморбідної патології у хворих старшого віку з метою полегшення диференційної діагностики ускладнень ХБ та супровідних КЦЗ необхідно виділяти основні симптомокомплекси: бронхолегеневий, кардіальний, неврологічний. Диференційну діагностику захворювань необхідно проводити з урахуванням виразності того чи іншого симптомокомплексу. Індивідуальний підхід до пацієнта забезпечується шляхом розподілення хворих на 5 категорій, що характеризуються виразністю симптомокомплексів: **I категорія** - хворі *легкого стану* (середньої важкості) з помірно (середньо) виразними симптомокомплексами; **II категорія** - хворі *важкого стану* з причин кардіо-, церебральних захворювань із помірно (середньо) виразним бронхолегеневим, виразним кардіальним та (або) неврологічним симптомокомплексами; **III категорія** - хворі *важкого стану* з причин ХБ з виразним бронхолегеневим і можливо виразним кардіальним, церебральним симптомокомплексами; **IV категорія** - хворі *важкого стану* з причин як ХБ, так і кардіо-, церебральних захворювань з виразними симптомокомплексами; **V категорія** - пацієнти з будь-яким співвідношенням захворювань, не здатні на зворотний зв'язок з лікарем з різних причин (деменція, відсутність родичів, віддаленість помешкання від лікувального заставі, ампутації кінцівок, бідність тощо).

3. У хворих похилого віку на ХБ спостерігаються зміни системи оксиданти-антиоксиданти, а саме, зростає рівень МА, знижується активність ВГ. По мірі поважчення перебігу ХБ або супутніх кардіо-, церебральних захворювань змінюються реакції утворення МА та активність глутатіонзалежних ферментів, що характеризує процеси напруги та виснаження системи протирадикального захисту. Зміни в системі оксиданти-антиоксиданти спрямовані на покращення функції зовнішнього дихання та зниження рівня гіпоксемії. Здатність до компенсації порушується за умов змін морфофункціональних властивостей еритроцитів, гіперкапнії та гіпоксемії. Клінічні категорії хворих обумовлюються своєрідними змінами в системі оксиданти-антиоксиданти.

4. Базисні схеми реабілітаційного медикаментозного лікування ХБ у осіб старшого віку, які доповнені засобами з антиоксидантною, антигіпоксантною дією, є патогенетично обумовлені, спрямовані на спільну патогенетичну ланку кардіореспіраторних захворювань і тому знижують випадки поліпрагмазії. Хворим із важким перебігом ХБ правомірне застосування ербісолу по 2 мл в/м 1 раз на добу о 21 год. через 2-3 години після їжі курсом 20 днів як засобу, що підвищує адаптаційні можливості системи оксиданти-антиоксиданти.

5. Запропонований принцип розподілу хворих на 5 категорій із використанням алгоритму тактики дільничного терапевта підвищує активність хворих по відвідуванню поліклініки, зменшує чисельність госпіталізацій з приводу загострень ХБ, скорочує ліжко-день, підвищує ступінь довіри дільничному лікарю, скорочує економічні витрати на лікування.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Хворих похилого та старечого віку на ХБ необхідно розподіляти у 5 клініко-функціональних груп (категорій), в залежності від виразності бронхолегеневого, кардіального, неврологічного симптомокомплексів, а також медико-соціальних особливостей.

2. Програма динамічного (диспансерного) спостереження за хворими похилого та старечого віку на ХБ, яка здійснюється дільничним терапевтом, повинна бути індивідуальна для кожної з п'яти категорій хворих.

3. Основним завданням геріатра поліклініки є корекція індивідуальної схеми РЕЛ шляхом визначення клінічної категорії хворого на ХБ.

4. Базисні медикаментозні схеми реабілітаційного лікування ХБ у пацієнтів старшого віку із супровідними карді-, церебральними захворюваннями необхідно доповнювати антиоксидантними, антигіпоксантними засобами. Хворим на ХБ важкого перебігу (третя, четверта категорії) у базисне лікування необхідно включати ербісол по 2 мл в/м 1 раз на добу о 21 год. через 2-3 години після їжі курсом 20 днів.

5. Визначати ефективність РЕЛ необхідно з урахуванням самооцінки хворими особистого стану здоров'я.

6. Доктрину диспансерного спостереження за непрацездатними пацієнтами необхідно розробляти в напрямку розподілення пацієнтів на клініко-функціональні групи (категорії) з різноманітними варіантами поєднання множинних захворювань.

ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ

1. Шестакова Е.Г., Христич Т.Н., Безруков В.В. Реабилітація больньк хроническим бронхитом пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе //Проблемы старения и долголетия. - 1998. - Т. 7, № 4. - С. 367 -369.
2. Шестакова К.Г. Нові підходи до вторинної профілактики хронічних бронхітів у осіб похилого та старечого віку //Буковинський медичний вісник. - 1998. - № 4. - С. 101 - 105.
3. Шестакова К.Г. Вплив системи рівневої підготовки хворих на хронічний бронхіт похилого та старечого віку на деякі соціально-клінічні показники //Лікарська справа. - 1999. - № 1. - С. 139 - 143.
4. Христич Т.М., Шестакова К.Г., Краков'яцька Н.В. Профілактика і лікування кандидомікозного дизбактеріозу при хронічному бронхіті у хворих старшого віку //Лікарська справа. - 1999. - № 3. - С. 109 - 111.
5. Шестакова К.Г. Деякі медико-соціальні проблеми інвалідності осіб старшого віку //Лікарська справа. - 2000. - № 2. - С. 124 - 128.
6. Христич Т.М., Шестакова К.Г. Пероксидне окиснення ліпідів, глутатіонова система захисту, морфофункціональні властивості еритроцитів в осіб похилого віку, хворих на хронічний бронхіт із супровідною кардіо-, церебральною патологією //Буковинський медичний вісник. - 2001. - №1. - С. 117 - 121.
7. Шестакова К.Г. Вплив стану здоров'я на самооцінку та соціально-фізичне самопочуття хворих на хронічний бронхіт старшого віку //Матеріали XIV з'їзду терапевтів України. - Київ. - 1998. - С. 75 - 76.
8. Шестакова К.Г., Кізлик С.В., Христич Т.М. Вплив беродуалу на деякі показники зовнішнього дихання у хворих на хронічний бронхіт старшого віку //Тези XIV з'їзду терапевтів України. - Київ. - 1998.- С. 21.
9. Особливості лікування хворих на хронічний бронхіт старшого віку з супутньою цереброваскулярною патологією. Шипот А.В., Шестакова К.Г., Шичкова А.В. та ін. //Тези XIV з'їзду терапевтів України. - Київ. - 1998. - С. 21 - 22.
10. Коломоець М.Ю., Коваленко С.В., Шестакова К.Г. Відносна в'язкість та здатність еритроцитів до деформації при хронічному обструктивному бронхіті у хворих зрілого та похилого віку //Матеріали Української наукової конференції з міжнародною участю "Мікроциркуляція та її вікові зміни". - Київ. - 1999. - С. 57.
11. Христич Т.М., Шестакова К.Г., Троян М.Ф., Довганюк Н.В. Метод профілактики і лікування кандидамікозу при хронічному бронхіті у хворих похилого віку /Інформаційний лист. -Укрмедпатентінформ. - № 72 - 98. - Київ, 1998.
12. Христич Т.М., Тодоріко Л.Д., Ніколаєнко О.М., Шестакова К.Г. Спосіб лікування хронічного обструктивного бронхіту з супутньою кардіocereбральною патологією у хворих похилого віку /Інформаційний лист. - Укрмедпатентінформ. - № 152 - 99. - Київ, 2000.

13. Безруков В.В., Христич Т.М., Шестакова К.Г. Методика навчання самоконтролю за станом здоров'я у осіб старшого віку хворих на хронічний бронхіт /Інформаційний лист. -Укрмедпатентінформ. - № 9 - 2000. - Київ, 2000.

14. Безруков В.В., Христич Т.М., Шестакова К.Г. Організація диспансерного спостереження та вторинної профілактики хронічного бронхіту у хворих старшого віку /Інформаційний лист. -Укрмедпатентінформ. - № 10 - 2000. - Київ, 2000.

15. Безруков В.В., Христич Т.М., Шестакова К.Г. Організація реабілітаційного лікування хворих на хронічний бронхіт похилого та старечого віку на амбулаторно-поліклінічному етапі /Методичні рекомендації. - Чернівці: Золоті литаври, 2000. - 24 с.

АНОТАЦІЯ

Шестакова К.Г. Епідеміологічне, клініко-патогенетичне обґрунтування організації етапного лікування та реабілітації хворих похилого та старечого віку на хронічний бронхіт. Рукопис. На здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. 14.01.02 -Внутрішні хвороби. Івано-Франківська державна медична академія. Івано-Франківськ, 2001.

Дисертація містить порівняльний аналіз епідеміологічних, клініко-інструментальних показників у хворих похилого та старечого віку з ускладненим хронічним бронхітом та супровідними кардіо-, церебральними захворюваннями. Показано, що у пацієнтів можливо виділяти клініко-функціональні групи (категорії) в залежності від переваги у клініці тієї чи іншої патології. Виразність симптомокомплексів залежить від рівноваги в системі оксиданти-антиоксиданти. Запропоновані індивідуальні схеми реабілітаційно-етапного лікування категорій хворих, які передбачають алгоритм диспансерного спостереження за хворими, схеми базисного медикаментозного лікування хронічного бронхіту, спрямовані на одночасне профілактичне лікування супровідних захворювань органів системи кровообігу.

Ключові слова. Похилий та старечий вік, хронічний бронхіт, реабілітація, антиоксиданти, еритроцит, ербісол.