

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації та
патентно-ліцензійної роботи

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

Про нововведення в системі охорони здоров'я

УДК:616.233-077.272-02:616.831-005-02-053.9-08-035

Спосіб лікування хронічного
обструктивного бронхіту
з супутньою кардіоце-
ребральною патологією
у хворих похилого віку

Випуск по проблемі
“Геронтологія та геріатрія
Затверджено
ПК”Геронтологія та геріатрія”
Протокол № від

НАЧАЛЬНИКУ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

Пропонується для використання в практиці профільних медзакладів області (міста) спосіб лікування хворих похилого віку на хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) із супутньою кардіоцеребральною патологією (КЦЗ). Запропонована методика передбачає залежність об'єму медикаментозного лікування від категорії, до якої відноситься хворий.

Тривалий перебіг ХОБ у хворих похилого віку супроводжується супутніми кардіоцеребральними захворюваннями, в т. ч. і хронічним легенеvim серцем.

Порушення функції зовнішнього дихання при ХОБ обумовлене поєднанням органічних і функціональних змін бронхіального дерева. Органічні зміни бронхів – це незворотні гіперпластичні і фіброзні процеси з наступним їх стенозуванням і облітерацією. Розвиток емфіземи призводить до редукції судинної сітки в нездатних до газообміну ділянках легеневої тканини, що супроводжується перерозподілом кровотоку у збереженні функціонуючі ділянки легень. Виникають виражені вентиляційно-перфузійні порушення, гіпоксемія і гіперкапнія. Ці розлади вентиляції і газообміну обумовлюють розвиток дихальної недостатності з легеневою гіпертензією і формуванням легеневого серця, при декомпенсації якого прогресує серцева недостатність в т. ч. і у великому колі кровообігу.

Внаслідок хронічної дії гіпоксії та інтоксикації, виникають розлади енергетичного забезпечення серця (знижується синтез АТФ та його транспорт до ефекторних структур), які обумовлюють зменшення скоротливої здатності міокарду. Знижується концентрація міоглобіну в міокардіоцитах, в зв'язку з чим киснева заборгованість міокарду значно збільшується, а вироблення макроергів в мітохондріях зменшується. Важливе значення у формуванні кардіоцеребральної патології (внаслідок прогресування застійної серцевої недостатності при хронічному обструктивному бронхіті) належить порушенням діастолічної функції правого шлуночку за рахунок зменшення венозного притоку крові до правих відділів серця обумовленого підвищенням внутрішньогрудного тиску.

Альвеолярна гіпоксія, крім спазму легеневих судин викликає збільшення хвилинного об'єму крові і порушення її реологічних властивостей. Підвищується інтенсивність утворення еритроцитарних і тромбоцитарних мікроагрегатів, збільшується в'язкість крові, що поглиблює морфофункціональні зміни органів, в

т. ч. серця і судин. Все вище означене потребує нового підходу до медикаментозного лікування ХОБ з супутніми КЦЗ. Хворі на хронічний обструктивний бронхіт з КЦЗ були розподілені на 4 категорії.

До 1 категорії віднесли хворих похилого віку на хронічний обструктивний бронхіт легкої та середньої важкості перебігу захворювання і кардіocereбральною патологією легкого перебігу. Об'єм базисної медикаментозної терапії довготривалого курсу включає в себе групи препаратів:

Бронхолітики – беродуал (фенотерола –0,5 мг і атровента - 0.02 мг), початок дії препарату через 30 сек, максимальний ефект через 1-2 години; тривалість дії препарату перевищує 6 годин. Призначають по 1-2 вдихи x 3 рази на добу.

Відхаркуючі – амброксола гідрохлорид (лазолван) по 0,03 мг x 3 рази на добу, а потім двічі на добу.

Імунорегулятори – Ербісол (препарат розроблений в НПЦ “ЕРБІС” м.Київ) по 2 мл в/м щоденно о 21 годині вечора, через 2-3 години після їжі, курсом 20 ін'єкцій;

Метаболічна терапія:

а) антиоксиданти – аевіт (комбінація вітамінів А і Е), капсули по 0, 2 г x 3 рази на добу;

б) препарати, які покращують реологічні властивості крові. Перевагою з цієї групи засобів користується вітчизняний препарат Теком, розроблений в інституті фтизіатрії і пульмонології. Призначають препарат по 2 капсули (1-3 рази на добу (під час їжі).

г)

До 2 категорії відносяться хворі з хронічним обструктивним бронхітом легкої та середньої важкості перебігу захворювання та кардіocereбральною патологією важкого перебігу. Базисна медикаментозна терапія таких пацієнтів включає в себе:

Беродуал – по 1-2 вдихи x 3 рази на добу;

Лазолван - по 0,03 г x 3 рази на добу;

Ербісол - по 2 мл в/м о 21 годині, 20 ін'єкцій на курс;

Метаболічна терапія:

а) із антиоксидантів пропонується вітчизняний препарат тіотріозолін.

Призначають по 1 таб. (0,1 г) x 3 рази на добу, курсом 30 днів;

б) теком - по 2 капс. x 3 рази на добу;

в) еналапріл - по 0,005 x 2 рази на добу.

До 3 категорії відносять хворих з важким перебігом хронічного обструктивного бронхіту та кардіocereбральною патологією легкої та середньої важкості перебігу. Пропонується наступний об'єм медикаментозної терапії:

1) Бронхолітики:

а) беродуал - по 2 вдихи 3-4 рази на день;

б) для посилення бронходилатуючого ефекту підключають метилксантини пролонгованої дії, які є найбільш безпечні для хворих похилого віку і мають триваліший ефект. Рекомендується теопек - по 0, 15 г x 1-2 рази в день перші два дні терапії, потім дозу збільшують до 0,3 г x 2 рази на добу.

2) Амброксол – по 0,03 г x 2 рази на добу;

3) Ербісол - по 2 мл в/м 2 рази на добу о 17 та 21 годинах 10 днів і 10 днів по 2 мл 1 раз на добу о 21 годині;

4)Метаболічна терапія:

- а) олігогал-Se - по 1 капсулі х 1 раз на добу ;
- б) теком - по 2 капс. х 3 рази на добу;
- в) еналапріл - по 0,0025 х 2 рази на добу.

4 категорія включає в себе пацієнтів з важким перебігом хронічного обструктивного бронхіту та кардіocereбральної патології. Об'єм медикаментозної базисної довготривалої терапії складається з наступних груп препаратів:

Бронхолітики:

- а) беродуал - по 2 дози х 3-4 рази на добу;
 - б) теопек - по 0,3 г х 2 рази на добу;
- Амброксол - по 0,03 х 2 рази на добу;
Ербісол по 2 мл в/м двічі на добу о 17 та 21 годині;

Метаболічна терапія:

а) геріавіт- Фарматон (який містить в своєму складі стандартизований екстракт женьшеня, вітаміни А,С,Д,В1, В6, Е, В12, В2, нікотінамід, кальція пантотенат, рутин, залізо, мікроелементи, в дозах, які відповідають добовій потребі в них людського організму) х по 1-2 капсули на добу;

- б) теком - по 2 капс. х 3 рази на добу;
- в) ніфідіпін - по 1-2 таб. (0,01-0,02) х 3-4 рази на добу;
- г) еналапріл - по 0,005 х 2 рази на добу.

Запропонована схема лікування хворих похилого віку на ХОБ ускладнений КЦЗ враховує не тільки стадію перебігу основного захворювання, а й ступінь важкості супутніх кардіocereбральних порушень. Такий підхід забезпечує адекватність призначення необхідних лікових засобів з врахуванням складних перехресних патогенетичних ланцюгів формування клінічних синдромів і спрямований на конкретного хворого. Саме така організація об'єму медикаментозної терапії дає змогу терапевту реалізувати системний підхід до лікування хворих похилого віку на ХОБ з КЦЗ, що значно підвищує якість їх лікування. Методика доступна для реалізації в будь-якому лікувальному закладі.

Інформаційний лист складено за матеріалами галузевого ДІФ України
УКЛАДАЧІ: д.м.н. Христич Т.М., к.м.н. Тодоріко Л.Д., к.б.н. Ніколаєнко О.М.,
Шестакова К.Г.

/Буковинська державна медична академія, Чернівецький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни, НППЦ"Ербіс"/

Відповідальний за випуск: проф. А.Р. Уваренко

Підписано до друку Друк. Арк. Обл.вид. арк. Тираж прим. Замовлення
№ Фотоофсетна лаб. Укрмедпатентінформ
МОЗ України

252650, м. Київ-22, МСП, вул. Горького , 19/21