

С.І. Треумова

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Клінічні особливості перебігу хронічного легеневого серця на фоні хронічної обструктивної хвороби легень у осіб похилого і старечого віку

У статті розглянуті особливості клінічного перебігу хронічного легеневого серця на фоні хронічної обструктивної хвороби легень у осіб похилого і старечого віку. Проаналізовано показники суб'єктивного і об'єктивного обстеження цих хворих порівняно з ідентичними даними пацієнтів середнього віку.

Ключові слова: хронічне легеневе серце, похилий і старечий вік, хронічна обструктивна хвороба легень.

Вступ

Хронічне легеневе серце (ХЛС) — одне з найчастіших ускладнень хронічної обструктивної хвороби легень (ХОХЛ) яка належить до основних проблем у клініці внутрішніх хвороб, особливо серед осіб похилого і старечого віку (Коркушко О.В. та співавт., 2000; Феценко Ю.И., Гавришук В.К., 2004; Редчиц И.В. и соавт., 2005; Конопольова Л.Ф., Руденко Ю.В., 2009).

Необхідність вивчення ХЛС у хворих похилого (60–74 роки) та старечого (75–89 років) віку зумовлена тим, що це ускладнення є однією з основних причин їхньої смерті. У літературі питання клінічного перебігу ХЛС у цих хворих викладено недостатньо (Hansell A.L. et al., 2003; Кокосов А.Н. (ред.), 2005).

Мета дослідження — оцінка особливостей клінічної картини ХЛС бронхолегеневого генезу.

Об'єкт і методи дослідження

Із 371 обстеженого пацієнта із ХЛС відібрано 102 хворих похилого і старечого віку (основна група): 64 чоловіки, 38 жінок, середній вік — 68,4±2,0 року. Серед цих осіб у 36 (35,3%) діагностовано стадію компенсації (1-ша підгрупа), у 66 (64,7%) — стадію декомпенсації (2-га підгрупа). У всіх 102 хворих ХЛС розвинулося на фоні ХОХЛ: II стадія діагностована у 28 (27,4%), III стадія — у 54 (52,9%), IV стадія — у 20 (19,7%) пацієнтів.

До 1-ї та 2-ї підгруп групи порівняння увійшли по 32 учасники з ХЛС середнього віку (45–59 років), відповідних за статтю і тяжкістю перебігу захворювання до представників 1-ї та 2-ї підгруп основної групи відповідно.

Аналіз даних анамнезу і результатів клінічного обстеження здійснювали за розробленою картою спостереження хворого на ХЛС. При цьому вивчали скарги пацієнтів, анамнез хвороби і життя, об'єктивні дані методом огляду, пальпації, порівняльної і топографічної перкусії, аускультатії.

Критеріями виключення були наявність стенокардії, інфаркту міокарда, гіпертонічної хвороби.

Результати обстеження оцінювали методами параметричної статистики. Для оцінки достовірності різниці використовували критерій Ст'юдента. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Клінічна симптоматика ХЛС залежить від перебігу основного захворювання (ХОХЛ), його стадії (компенсації, декомпенсації), віку пацієнтів.

Симптоми клінічного перебігу захворювання згруповано у два синдроми: інтоксикаційний і бронхолегеневий (табл. 1, 2).

Збільшення у хворих на ХЛС похилого і старечого віку порівняно із хворими на ХЛС

середнього віку таких симптомів, як загальна слабкість, головний біль, запаморочення, сонливість, пов'язано з ознаками легеневої та серцевої недостатності, що зумовлено здебільшого віковими змінами з боку інших органів і систем, вираженою гіпоксією та гіпоксемією.

Так, загальну слабкість у хворих похилого віку 1-ї групи виявляли на 30,9% частіше, ніж у хворих середнього віку ($p < 0,01$), а у хворих 2-ї групи — на 19,3% ($p < 0,01$). Серед осіб основної групи (як у стадії компенсації, так і у стадії декомпенсації) достовірно частіше, ніж у хворих групи порівняння, виявляли головний біль (на 12,8 і 38,3% відповідно), запаморочення (на 13,1 і 56,8% відповідно), зниження апетиту.

Основним симптомом бронхолегеневого синдрому була задишка при фізичному навантаженні, яку виявляли серед

Таблиця 1 Клінічна характеристика інтоксикаційного синдрому у хворих на ХЛС похилого і старечого віку та групи порівняння

Клінічний симптом	Хворі на ХЛС середнього віку (група порівняння)		Хворі на ХЛС похилого і старечого віку (основна група)	
	1-ша підгрупа (n=32)	2-га підгрупа (n=32)	1-ша підгрупа (n=36)	2-га підгрупа (n=66)
	Підвищена температура тіла	1 (3,1)	2 (6,3)	2 (5,6)
Загальна слабкість	15 (46,9)	20 (62,5)	28 (77,8)**	54 (81,8)**
Пітливість	6 (18,8)	5 (15,6)	8 (22,2)	24 (36,4)**
Зменшення маси тіла	2 (6,3)	3 (9,4)	9 (25,0)***	42 (63,6)***
Головний біль	11 (34,4)	12 (37,5)	17 (47,2)*	50 (75,8)***
Запаморочення	10 (31,3)	8 (25,0)	16 (44,4)*	54 (81,8)***
Зниження апетиту	5 (15,6)	4 (12,5)	10 (27,8)*	38 (57,6)***
Сонливість вдень, безсоння	7 (21,9)	6 (18,8)	14 (38,9)**	50 (75,8)***

У табл. 1 і 2: достовірність різниці показників хворих на ХЛС із порівняльною групою: * ($p < 0,05$); ** ($p < 0,01$); *** ($p < 0,001$).

Таблиця 2 Клінічна характеристика бронхолегеневого синдрому у хворих на ХЛС похилого і старечого віку та групи порівняння

Клінічний симптом	Хворі на ХЛС середнього віку (група порівняння)		Хворі на ХЛС похилого і старечого віку (основна група)	
	1-ша підгрупа (n=32)	2-га підгрупа (n=32)	1-ша підгрупа (n=36)	2-га підгрупа (n=66)
	Задишка у стані спокою	3 (9,4)	5 (15,6)	8 (22,2)**
Задишка при фізичному навантаженні	12 (37,5)	10 (31,3)	18 (50,0)*	41 (62,1)**
Кашель сухий	6 (18,8)	7 (21,9)	6 (16,7)	52 (78,8)***
Кашель вологий	4 (12,5)	4 (12,5)	3 (8,3)	10 (15,2)
Відчуття хрипів у грудній клітці	5 (15,6)	8 (25,0)	11 (30,6)*	42 (63,6)**

хворих похилого віку як у стадії компенсації (1-ша група), так і декомпенсації (2-га група) частіше на 12,5 і 30,8% відповідно, ніж у осіб середнього віку. Також виявлено достовірну різницю за такими симптомами, як задишка у стані спокою, відчуття хрипів у грудній клітці, сухий кашель (у хворих на ХЛС у стадії декомпенсації) (див. табл. 2).

При об'єктивному обстеженні стан 5 (13,9%) хворих на ХЛС 1-ї підгрупи основної групи оцінено як задовільний, у 26 (72,2%) — середньої тяжкості, у 5 (13,9%) — тяжкий. Серед хворих на ХЛС у стадії декомпенсації (2-га підгрупа основної групи) не було жодного у задовільному стані, водночас у 2-й підгрупі групи порівняння таких налічувалося 24 (75,0%). Стан середньої тяжкості виявлено у 48 (72,7%) пацієнтів похилого та старечого віку із декомпенсованим ХЛС, при цьому у відповідній підгрупі групи порівняння — у 6 (18,8%) осіб.

Про недостатність кровообігу свідчили такі ознаки, як периферичні набряки, збільшення печінки, набухання шийних вен, ціаноз. Периферичні набряки відзначали у 15 (41,7%) хворих 1-ї підгрупи основної групи та у 52 (78,8%) хворих 2-ї підгрупи основної групи ($p < 0,05$), водночас в аналогічних підгрупах групи порівняння — у 10 (31,3%) і 14 (43,8%) осіб. Ціаноз виявлено у 20 (55,6%) хворих на ХЛС похилого та старечого віку 1-ї підгрупи та у 50 (75,8%) пацієнтів того ж віку 2-ї підгрупи. Збільшення розмірів печінки за Курловим відзначено відповідно у 19 (52,8%) і 58 (89,7%) хворих на ХЛС основної групи ($p < 0,05$) та у 9 (28,1%) і 11 (34,4%) ($p < 0,05$) — осіб групи порівняння.

Майже у всіх хворих основної та порівняльної груп при перкусії вислухано легенеий звук із тимпанічним відтінком, а при аускультаті — ослаблене везикулярне чи жорстке дихання.

Висновки

Результати проведеного порівняльного аналізу клінічних суб'єктивних та об'єктивних симптомів у обстежених нами групах хворих на ХЛС свідчать, що у хворих похилого і старечого віку частіше спостерігаються загальні симптоми, ознаки дифузної емфізми легень, недостатності кровообігу, ніж у осіб середнього віку.

Список використаної літератури

- Кокосов А.Н. (ред.) (2005) Пульмонология в пожилом и старческом возрасте. Мед Масс Медиа, Санкт-Петербург, 712 с.
- Козюльова Л.Ф., Руденко Ю.В. (2009) Хроническая легочная болезнь. Укр.: Амосова К.М. (ред.) Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2, Знання, Київ, с. 158–178.
- Корчушко О.В., Чеботарьов Д.Ф., Колінковський Ш.Г. (2000) Геріатрія в терапевтичній практиці. Здоров'я, Київ, 768 с.
- Редниц М.В., Треунова С.И., Редниц Б.И. (2005) Хроническое легочное сердце и пожилой возраст. IV Национальный конгресс геронтология и гериатрия Украины. Тезисы докладов. Київ, 11–13 жовтня. Проблемы старения и долголетия, 14 (приложение): 198.
- Фещенко Ю.И., Галарюк В.К. (2004) Хроническое обструктивное заболевание легких классификация, диагностика, лечение. Ліки України, 7–8: 22–25.
- Hennell A.L., Walk J.A., Soriano J.B. (2003) What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple cause coding analysis. Eur. Respir. J., 22(5): 808–814.

Клинические особенности течения хронического легочного сердца на фоне хронической обструктивной болезни легких у лиц пожилого и старческого возраста

С.И. Треунова

Резюме. В статье рассмотрены особенности клинического течения хронического легочного сердца на фоне хронической обструктивной болезни легких у лиц пожилого и старческого возраста. Проанализированы показатели субъективного и объективного обследования этих больных в сравнении с идентичными данными пациентов среднего возраста.

Ключевые слова: хроническое легочное сердце, пожилой и старческий возраст, хроническая обструктивная болезнь легких.

Clinical features of chronic pulmonary heart disease with chronic obstructive pulmonary disease in elderly and senile age patients

S.I. Treunova

Summary. In the article the clinical features of chronic pulmonary heart disease with chronic obstructive pulmonary disease in elderly and senile age are presented. Indicators of subjective and objective examination of these patients were analyzed in comparison with data of identical middle-aged patients.

Key words: chronic pulmonary heart, elderly age, chronic obstructive pulmonary disease.

Адреса для листування:

Треунова Світлана Іванівна
36024, Полтава, вул. Шевченка, 23
Українська медична стоматологічна академія, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)

Одержано 17.08.2012

Реферативна інформація

У жінки з избыточною масою тіла ризик розвитку ряду захворювань може передаватися внукам



Получены данные о возможности отсутствия проблем со здоровьем, связанных с ожирением, у первого поколения потомства женщин с избыточной массой тела с последующим развитием данной патологии у детей во втором поколении. В исследовании ученых из Эдинбургского института (University of Edinburgh), Великобритания, получены данные о воздействии умеренно избыточной массы тела женщины на массу тела их внуков при рождении, а также на риск развития у них сахарного диабета, при отсутствии негативных эффектов избыточной массы тела женщины на состояние здоровья их детей.

Данные получены в ходе экспериментов на лабораторных животных. Установлено, что у лабораторных мышей риск развития ожирения передается через поколение при отсутствии воздействия на состояние здоровья потомства первого поколения.

Подтверждение выявленных особенностей наследования патологии в ходе дальнейших клинических испытаний у людей

может повлиять на популяционную политику систем здравоохранения стран мира в отношении проблемы ожирения.

Причины защищенности потомства первого поколения от наследования патологии окончательно не выяснены. По мнению ученых, среди возможных причин могут быть различия в приросте массы тела матерей в период беременности или специфичность их рациона питания в этот период.

Изучение эффектов воздействия указанных факторов у людей — в рамках онтогенетического программирования — является сложной, но выполнимой задачей.

В клинических исследованиях по изучению влияния ожирения на потомство у людей должны быть учтены дополнительные факторы — наследственность, окружающая среда, социальные и культурные факторы.

С учетом прогрессирующего роста распространенности ожирения в мире понимание последствий этого явления для будущих поколений, в том числе в аспекте общественного здоровья, является крайне актуальным.

University of Edinburgh (2013) Obese mums may pass health risks on to grandchild. ScienceDaily, June 5 (<http://www.sciencedaily.com/releases/2013/06/130605104430.htm>).

Ольга Федорова