

Таблица 2

Показатели периодического дыхания во сне у недоношенных новорожденных с перинатальным поражением ЦНС Me [Q₁; Q₃]

Продолжительность апноэ	I группа (n = 66)	II группа (n = 93)	p
	продолжительность относительно всего сна, Me [Q ₁ ; Q ₃] (сек)		
апноэ до 10 сек	968 [440,5; 1901]	319 [177,5; 869]	p<0,01
апноэ от 10 до 20 сек	649 [382,5; 911]	88 [33; 371]	p<0,05
апноэ более 20 сек	158,5 [77,25; 429,75]	0	p<0,05

Такие респираторные паузы сопровождались клиническими проявлениями (брадикардия, акрацианоз, мышечная гипотония), самостоятельное дыхания восстанавливалось после проведения тактильной стимуляции. Между гестационным возрастом новорожденных и количеством апноэ в течение сна выявлена обратная корреляционная связь ($r = -0,42$, $p = 0,01$).

Выводы. 1. При динамическом реопневмографическом мониторинговании у всех недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС наиболее часто встречается хаотический и периодический ритм дыхания, отражающий незрелость центральных механизмов регуляции. Между гестационным возрастом новорожденных и количеством апноэ в течение суток выявлена обратная корреляционная связь средней силы.

2. Вставочные вдохи, выявленные у детей обеих групп, возможно рассматривать как компенсаторно-приспо-

собительную реакцию на гипоксию. Глубокое дыхание в начальных стадиях гипоксии сопровождается смешиванием воздуха «мертвого» пространства с альвеолярным воздухом, в результате чего содержание углекислого газа в альвеолярном воздухе уменьшается, содержание кислорода - повышается.

3. Наиболее длительные по времени респираторные паузы, сопровождавшиеся клиническими проявлениями встречались у новорожденных с гипоксическим геморрагическим поражением ЦНС, что позволяет отнести этих детей в группу риска по реализации жизнеугрожающих состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кельмансон И.А. Сон и дыхание детей раннего возраста / И.А. Кельмансон. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 392 с.
2. Кораблева Н.Н. Холтеровское мониторирование ЭКГ с записью реопневмограммы у новорожденных в раннем неонатальном периоде / Н.Н. Кораблева, А.В. Кораблев, Э.Н. Третьяков // Педиатрия. – 2009. – №1 – С.43-48.
3. Лышова О.В. Внешнее дыхание и ритм сердца (атлас динамических реопневмограмм и электрокардиограмм) / О.В. Лышова, В.М. Провоторов. – СПб: ИНКАРТ, 2006. – 271с.

Соловйова Г.О. ВАРИАНТИ ДИХАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

Резюме. У статті наведені результати динамічного реопневмографічного моніторингування 159 недоношених дітей з перинатальним ураженням ЦНС. Виявлено періодичне дихання з наявністю респираторних пауз у всіх обстежених, причому достовірна більша тривалість апноє у новонароджених з гіпоксично-геморагічним ураженням ЦНС. Між гестаційним віком та кількістю апноє впродовж доби виявлена зворотній кореляційний зв'язок середньої сили.

Ключові слова: недоношений новонароджений, апноє, диспноє, реопневмографія

Solovyova G. A. RESPIRATORY PATTERN TYPES IN PREMATURE INFANTS WITH PERINATAL DISORDERS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Summary. The article presents the results of dynamic rheopneumographic monitoring of 159 premature infants with perinatal disorders of the CNS. There are periodic breathing with respiratory pauses in all the patients, and significantly longer duration of apnea in infants with hypoxic-hemorrhagic lesions of the CNS. Between gestational age and the number of apnea during the day found an inverse relationship of medium strength.

Keywords: premature infant, apnea, dyspnea, rheopneumography

Рецензет: проф. Третьякевич З.М.

УДК 616.24-036.12-036.2(470.341-21)

ГЕНДЕРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ (ЛУГАНСК)

Дикая Э.А.¹, Базалева Н.И.²

¹ – Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицины, ДЗ «Луганский государственный медицинский университет», Украина (зав.каф. доц. Налапко Ю.И.)

² – Луганская городская поликлиника № 11, Украина (главный врач – Ляскевич П.Г.)

Резюме. Проведен анализ структуры диспансерных групп больных с хронической обструктивной болезнью легких, проживающих в промышленном центре, за 2009-2011 годы. Выявлены гендерные и возрастные особенности этих групп.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гендерные различия, группа диспансерного наблюдения

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется большой распространенностью. Этим заболеванием страдают примерно 600 миллионов человек на Земле. За последние два десятилетия проявляется стойкая тенденция увеличения смертности вследствие ХОБЛ, а именно, каждые десять лет количество умерших от этой болезни людей увеличивается примерно в 2 раза. ВОЗ подтверждает тот факт, что в 2020 году хронические формы ХОБЛ будут занимать третье–четвертое место в структуре причин смертности всего населения земли [1].

В Украине ХОБЛ как отдельное заболевание начали рассматривать всего несколько лет назад. По данным «Европейской белой книги легких» (2003), Украина относится к числу стран с наиболее высоким уровнем смертности вследствие осложнений этого заболевания [2]. По статистике, в Украине от ХОБЛ страдает около 1% населения. На самом деле украинцев, страдающих от этого недуга, около 6% от общего количества жителей страны. Частое развитие обострений у больных ХОБЛ приводит к более низкому качеству жизни за счет снижения функции легких. Следует отметить, что основной причиной, приводящей к смерти пациентов с ХОБЛ, является дыхательная недостаточность. Обострения любой этиологии у пациентов с любой степенью тяжести заболевания, могут являться причиной осложненного течения и летальности ХОБЛ [3].

К сожалению, следует констатировать, что «болезнь перестала обращать внимание на пол». Ранее в большинстве проводимых эпидемиологических исследований распространенность ХОБЛ была значительно выше среди мужчин по сравнению с женщинами, что можно объяснить различным воздействием факторов риска, а именно табакокурения. Например, распространенность ХОБЛ у мужчин старше 45 лет колеблется от 7,8 до 19,8% [4].

Вместе с тем в настоящее время в развитых странах распространенность ХОБЛ почти одинакова среди женщин и

среди мужчин. Через 5 лет, по мнению специалистов, женщин с ХОБЛ будет даже больше, чем представителей сильного пола. Это связано с резким увеличением числа молодых курящих женщин [5, 6].

Чаще ХОБЛ развивается у лиц старше 40 лет, для нее характерно медленное усиление интенсивности основного симптома – одышки. Это объясняет позднее обращение пациентов за медицинской помощью, когда уже сформированы стойкие изменения бронхолегочной ткани, ограничена эффективность терапии и увеличиваются расходы на лечение [7].

В странах СНГ истинная распространенность ХОБЛ до сих пор неизвестна, что требует дальнейших исследований в этой области медицины. Кроме того, мало проводится исследований по изучению распространенности, факторов риска ХОБЛ, ее гендерных и возрастных особенностей с позиций клинической эпидемиологии и доказательной медицины в условиях крупного промышленного города. В то же время получение достоверных данных о распространенности ХОБЛ в каждом регионе и стране должно стать приоритетным направлением здравоохранения при планировании профилактических и лечебных мероприятий.

Целью исследования было изучение гендерных особенностей распространенности ХОБЛ среди взрослого населения промышленного города.

Материал и методы. Проводилась оценка диспансерной группы больных с ХОБЛ, которые проходят динамическое наблюдение в Луганской городской поликлинике № 11 (к поликлинике прикреплено 44 тысячи взрослого населения Ленинского района г. Луганска) за 2009-2011 годы. Диагноз ставился в соответствии с критериями GOLD (2010 г.) и инструкцией МЗ Украины (приказ № 128 от 19.03.2007). Клинически у больных ХОБЛ выявлялись хронический кашель с выделением мокроты, одышка, признаки частично необратимой обструкции дыхательных путей. Степень тяжести ХОБЛ оценивали на основании резуль-

татов клинического и функционального обследований [8].

Статистическую обработку проводили с помощью кси-квадрата Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Диспансерная группа больных ХОБЛ составляла в 2009-2011 годах 2-3% от общего количества населения, прикрепленного к поликлинике (таблица 1).

Таблица 1

Распределение пациентов диспансерной группы с ХОБЛ по полу и возрасту

Годы	Всего	до 55 лет			после 55 лет		
		м	ж	всего	м	ж	всего
2009	1153	525 (84)	103 (16)*	628 (54)	201 (38)	324 (62)*	525 (46)
2010	1097	495 (85)	89 (15)*	584 (53)	189 (37)	324 (63)*	513 (47)
2011	1274	573 (84)	107 (16)*	680 (53)	211 (36)	383 (64)*	594 (47)

Примечание. В скобках %.* – статистически значимые различия распределения между мужчинами (м) и женщинами (ж) внутри возрастной группы; # – статистически значимые различия распределения между возрастными группами ($p \leq 0,05$ для χ^2)

Полученные данные согласуются с результатами эпидемиологических исследований, проведенными в промышленных центрах [9, 10, 11]. Это свидетельствует о том, что наблюдается гиподиагностика ХОБЛ на амбулаторном этапе, связанная, в первую очередь, с отказом пациентов серьезно относиться к своему здоровью. Большинство больных обращаются к врачу только тогда, когда болезнь переходит в стадию средне-тяжелого или тяжелого течения.

Структура диспансерной группы была следующей (табл. 1). По возрастным группам пациенты разделились на лиц молодого и среднего возраста (до 55 лет – 1-я группа) и пожилого (после 55 лет – 2-я группа). Группы были практически равными, однако по гендерному признаку внутри возрастных групп были выявлены статистически значимые отличия. Так в первой группе преобладали мужчины (около 80 %), а во второй – женщины (около 60 %). Такое распределе-

ние по гендерному признаку в первой группе соответствует данным других исследований [2, 5, 6]. Увеличение доли женщин с ХОБЛ во второй группе может быть следствием того, что женщины пожилого возраста более ответственно относятся к своему здоровью и чаще обращаются к врачам за помощью, а кроме того, следствием естественной убыли населения, особенно среди мужчин. Смертность мужчин выше, чем у женщин в 4,3 раза [12].

Каждый год среди пациентов поликлиники впервые выявляются и включаются в диспансерную группу новые больные с ХОБЛ (в соответствии с приказом МОЗ Украины «О диспансеризации населения» от 27.08.2010 № 728). Ежегодно выявляется около 100 таких больных (таблица 2). Нужно отметить, что в 2011 году их количество составило 139 человек, что больше по сравнению с предыдущими годами.

Таблица 2

Распределение впервые выявленных пациентов с ХОБЛ по полу и возрасту

Годы	Всего	до 55 лет			после 55 лет		
		м	ж	всего	м	ж	всего
2009	113	44 (49)	46 (51)	90 (80)	12 (52)	11 (48)	23 (20)#
2010	104	38 (50)	38 (50)	76 (73)	7 (25)	21 (75)*	28 (27)#
2011	139	43 (39)	68 (61)	111 (80)	8 (29)	20 (71)*	28 (20)#

Среди впервые выявленных пациентов с ХОБЛ преобладают лица молодого и среднего возраста (70-80 %).

В первой группе количество мужчин и женщин одинаковое (около 50 %), только в 2011 году количество женщин увеличилось до 61% по сравнению с предыдущими годами. Во второй возрастной группе число женщин больных ХОБЛ значимо увеличилось: в 2010 году до 75 %, в 2011 – до 71% по сравнению с

2009 годом, когда оно составляло только 48 % от общего количества впервые выявленных больных данной возрастной группы.

Наметившаяся в 2011 году тенденция к увеличению впервые выявленных больных с ХОБЛ указывает как на улучшение диагностики данного заболевания в поликлинике, так и на усиление санитарно-профилактических мероприятий среди населения.

Известно, что ключевой фактор риска ХОБЛ – это курение. Согласно современным данным, в состав табачного дыма входят 7000 органических и неорганических соединений, обладающих выраженным раздражающим действием на слизистую оболочку бронхов (оксид углерода, синильная кислота, мышьяк, канцерогенные смолы, радиоактивные вещества). Ядовитые ингредиенты табачного дыма повреждают мерцательный эпителий, нарушают процессы самоочищения бронхов, поэтому не менее вредно пассивное курение [2, 5, 6].

В нашем исследовании было отмечено, что среди пациентов обеих возрастных групп курильщики составили около 800 человек: 2009 год 786 (68,2 %); 2010 – 715 (65,2 %); 2011 – 882 (69,2). Среди мужчин курение отмечало около 90 % пациентов, из них 35,4 % больных являлись экскурльщиками. У женщин активное курение было лишь в 8 % случаев. Однако 34,5 % женщин с ХОБЛ были пассивными курильщиками.

Вторым по значимости фактором риска ХОБЛ являются экологические и профессиональные вредности [13]. Развитию заболеваний органов дыхания способствует большая загрязненность атмосферного воздуха, особенно в индустриальных центрах, каким и является город Луганск, различными химическими веществами – двуокисью серы и азота, полициклическими углеводородами, свинцом, ртутью, бензином, сажей, радиоактивными веществами [9, 10].

Более 1/3 пациентов диспансерной группы с ХОБЛ имели профессиональный контакт с пылью более года (мужчин – 48,2 % от общего количества мужчин с ХОБЛ; 25,6 % – женщин).

У большинства (около 70 %) больных диспансерной группы в анамнезе были отмечены либо хронические заболевания верхних дыхательных путей (хронический тонзилит, хронический ринит), либо частые респираторные заболевания.

Повышенная распространенность ХОБЛ при хронических заболеваниях верхних дыхательных путей, по всей видимости, связана с тем, что при хроническом тонзиллите, очаге хронической инфекции, облегчается проникновение инфекции в бронхиальное дерево, а при хроническом рините происходит нарушение обезвреживания микроорганизмов и выведения пылевых и химических

аэрозолей из верхних дыхательных путей [9].

Выводы. 1. Группа диспансерного наблюдения больных с ХОБЛ представлена в одинаковой мере, как лицами среднего, так и пожилого возраста. Однако среди более молодых пациентов преобладают мужчины (около 80 %), а среди пожилых – женщины (около 60 %).

2. Ключевыми факторами риска ХОБЛ для пациентов анализируемой диспансерной группы в промышленном центре можно считать кроме загрязненности атмосферного воздуха, курение (активное преимущественно для мужчин и пассивное – для женщин), профессиональные вредности (пыль), синдром гиперреактивности бронхов.

3. Для снижения представительства больных с ХОБЛ среди населения промышленного центра необходимо повысить качество профилактических мероприятий (антитабачные программы, соблюдение санитарно-гигиенических норм и внедрение новых производственных технологий).

4. Для улучшения ранней диагностики ХОБЛ на этапе первичной медицинской помощи следует рекомендовать обязательное исследование легочной функции у курящих людей и людей с профессиональными вредностями труда, а также всех лиц с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей с явными и скрытыми формами дыхательной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. A disease model descriptive of progression between chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and community-acquired pneumonia: roles for underlying lung disease and the pharmacokinetics / pharmacodynamics of the antibiotic / T.M. File, S.V. Monte, J.J.Schentag [et al.] // Int J Antimicrob Agents. – 2009. – Vol. 33. – P. 58-64
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Workshop, 2003.-19p.
3. Авдеев С.Н. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации / С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймаканова // Пульмонология. – 2008. – №1. – С. 5–13.
4. Celli B.R. Chronic obstructive pulmonary disease. From unjustified nihilism to evidence-based optimism / B.R. Celli // Proc American Thoracic Society. – 2006. – № 3. – P. 58–65
5. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень ВОЗ №315. – Ноябрь, 2012 г. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/ru/>
6. Овчаренко С.И. Особенности хронической обструктивной болезни легких у женщин [Электронный ресурс] / С.И. Овчаренко, В.А. Капустина // CONSILIUM MEDICUM UKRAINA. – 2012. – № 5. – Режим доступа к журналу: <http://www.consilium-medicum.com.ua/issues/188/701/>
7. Raheison C. Epidemiology of COPD / C. Raheison, P.O. Girodet // European Respiratory Revue. – 2009. – № 18. – P. 213-221.

8. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ. / под ред. А. Г. Чучалина. — М., 2008. — 99 с.
9. Жестков А.В. Эпидемиология и факторы риска хронической обструктивной болезни легких в крупном промышленном центре Среднего Поволжья / А.В. Жестков, В.В. Косарев, С.А.Бабанов, А.В. Глазиков // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2009. — № 1. — С. 42-44
10. Постникова Л.Б. Распространенность хронической обструктивной болезни легких в крупном промышленном центре (Нижегород) / Л.Б.Постникова, В.А.Костров,

- М.В.Болдина, Н.В.Зеляева // Пульмонология. — 2011. — № 2. — С. 5-8
11. Костюк И.Ф. Гендерные особенности течения хронической обструктивной болезни легких пылевой этиологии / И.Ф.Костюк, В.В.Бязрова, Н.П.Стеблина, В.Л.Прохоренко // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології. - 2012. - №4. - С. 4-8
12. Atlas of health in EUROPE WHO EURO. - 2003. -112 P.
13. Zanobetti A. Particulate air pollution and survival in a COPD cohort / A. Zanobetti, M.A. Bind, J. Schwartz // Environ. Hlth. — 2008. — № 7. — P. 48-51.

Діка Е.А., Базалєєва Н.І. ГЕНДЕРНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУП ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ОБСТРУКТИВНУ ХВОРОБУ ЛЕГЕНІВ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ ЦЕНТРІ (ЛУГАНСЬК)

Резюме. Проведено аналіз структури диспансерних груп хворих з хронічними обструктивними захворюваннями легень, що проживають в промисловому центрі, за 2009-2011 роки. Виявлені гендерні та вікові особливості цих груп.

Ключові слова: хронічна обструктивна хвороба легень, гендерні розбіжності, група динамічного спостереження

Dika E.A., Bazaleeva N.I. OBSERVATION OF THE PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE, LIVING IN A LARGE INDUSTRIAL CENTER (LUGANSK)

Summary. The analysis of the dispensarization structure of groups of the patients with COPD living in a large industrial center for time period 2009-2011 is provided. Gender and age features of these groups are identified.

Keywords: COPD, gender features, groups of dispensary observation

Рецензет: доц. Налапко Ю.І.

УДК 616.72-002.77+616.441-002]-07

ОСОБЛИВОСТІ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАНУ У ХВОРИХ НА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ У ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Князєва А.К.

Кафедра внутрішньої медицини факультету післядипломної освіти, ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Резюме. В статті наведені особливості антиоксидантного стану у хворих на субклінічний гіпотиреоз із ревматоїдним артритом в амбулаторних умовах, показані дані про взаємозв'язок між активністю запалення та показниками антиоксидантного потенціалу у цих хворих.

Ключові слова: субклінічний гіпотиреоз, ревматоїдний артрит, діагностика, антиоксидантний потенціал

Вступ. Одним з основних положень всіх сучасних концепцій патогенезу різних захворювань визнають порушення структури клітинних мембран, універсальним фактором пошкодження яких є перекисне окислення ліпідів (ПОЛ). Процеси вільнорадикального окислення (ВРО), частиною яких є ПОЛ крові, безперервно протікають у всіх органах і тканинах і являють собою один з типів нормальних метаболічних процесів [7]. Пошкоджуючому ефекту вільних радикалів (ВР), активних форм кисню (АФК) протистоїть система антиоксидантного захисту (АОЗ), головною дійовою ланкою якої є антиоксиданти – сполуки, здатні гальмувати, зменшувати інтенсивність ВРО, нейтралізувати ВР шляхом обміну свого атома водню на кисень вільних радикалів. До них відносять – антиоксидантні ферменти, такі як супероксиддисмутаза (СОД), каталаза (КТ), глутатіонпероксидаза (ГП), вітаміни К, Е і С та мікроелементи [2]. Кінцевим продуктом ПОЛ є малоновий діальдегід (МДА),

який утворюється при окислювальній деструкції ліпідних гідропероксидів і має широкий спектр пошкоджуючої дії [3].

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) в структурі патології ендокринних органів посідають друге за частотою місце після цукрового діабету (Волкова). Послаблення механізмів АОЗ спостерігалось вже на стадії субклінічного гіпотиреозу (СГТ). Багатьма дослідниками встановлено що, при СГТ у хворих в сироватці крові збільшено утворення продуктів ПОЛ [9], та знижен АОЗ організму. У хворих по мірі зниження функціонального стану щитоподібної залози відбувається зсув рівноваги ПОЛ↔АОЗ у бік інтенсифікації ВР процесів [1].

СГТ часто зустрічається з ураженнями сполучної тканини, зокрема з ревматоїдним артритом (РА) [11]. РА є одним з найбільш поширених і важких хронічних аутоімунних захворювань. Багато дослідників звертає увагу про вивчення ролі дії підвищеної продукції ВР, що виникає