

Osychnyuk L.M.
Lugansk State Medical University

ANALYSIS OF THE USE OF ANTIPIRETTICS IN ACUTE RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

Summary

The article analyzes feasibility and correctness of the prescription of antipyretics in children with acute respiratory diseases. Both doctors and parents do not always take into account the absence of indications using antipyretics. The article shows the effectiveness of antibiotic therapy against fever even without antipyretics. This issue needs further studying.

Keywords: fever, acute respiratory diseases, antipyretic, children.

УДК: 616.24-008.4:616.12-008.331.1

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Распутіна Л.В., Ващук А.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Метою дослідження було встановити поширеність недіагностованого хронічного обструктивного захворювання легень серед хворих на ішемічну хворобу серця. Встановлено, що ХОЗЛ діагностовано у 11 хворих (22,9%). Визначено цінність опитувальника, що дозволяє провести скринінговий відбір для подальшого обстеження, його інформативність становить 64,7%.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, задишка, спірографія, діагностика.

Постановка проблеми. Незважаючи на поступ сучасної медичної науки, проблема захворюваності, інвалідизації та смертності населення світу внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) має на сьогодні глобальний характер: згідно даних ВООЗ, від серцево-судинних захворювань у світі щороку помирає 17 млн пацієнтів.

В той же час одним із найбільш обтяжливих у функціональному, соціальному та економічному планах визнають хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що посідає четверте місце серед причин смерті дорослого населення [1]. Поширеність ХОЗЛ в світі серед чоловіків та жінок складає 9,3% та 7,3%, серед курців – 26,2 та 23,7%, відповідно [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Згідно статистичних даних, за останніх 5 років захворюваність на ХОЗЛ збільшилася на 163% та продовжує зростати. За прогнозами фахівців, у 2020 році дана нозологія посідає третє місце серед причин смерті. Відповідно до останніх даних ВООЗ, на ХОЗЛ страждає близько 210 млн людей у світі. Слід зазначити, що ХОЗЛ має один із найнижчих рівнів діагностики не лише в нашій країні, а й у світі.

Останнім часом помітно зросла кількість хворих із поєднаним перебігом ХОЗЛ та ІХС у хворих старших вікових груп, яка складає 61,7% [3]. У ряді робіт доведено, що наявність ХОЗЛ можна розглядати як незалежний фактор ризику ІХС поряд із віком, курінням, рівнем холестерину, підвищенням систолічного артеріального тиску [4]. До того ж у суспільстві є серйозні соціальні передумови до одночасного розвитку зазначених захворювань: широка поширеність куріння, забруднення атмосфери різними поллютантами, стресогенні фактори, недостатня фізична активність, неправильне харчування [5].

Проблема діагностики та лікування поєднаної патології залишається досить актуальною. Переважання в клінічній картині певного захворювання найчастіше служить причиною гіподіагностики супутньої патології, саме тому гіподіагностика ХОЗЛ та ІХС досягає 40% [6].

Адже, при тяжкому перебігу ХОЗЛ у стадії розвитку хронічного легеневого серця досить часто спостерігається больовий синдром. Больовий синдром звичайно виникає або посилюється при виконанні фізичного навантаження, що обумовлено збільшенням ступеня системної гіпоксії. Досить часто цим хворим помилково встановлюють діагноз стенокардії. При цьому диференційна діагностика зазвичай утруднена, оскільки проведення проб із дозованим фізичним навантаженням у хворих із ХОЗЛ III ступені тяжкості є досить часто неможливим. Досить часто у цих хворих спостерігаються порушення бронхіальної прохідності, які помилково розцінюють як прояв ХОЗЛ. Інша проблема поєднання ХОЗЛ з патологією серцево-судинної системи пов'язана з тим, що ряд препаратів, які застосовуються при ХОЗЛ, можуть погіршити перебіг ІХС і навпаки.

Спільний перебіг ХОЗЛ і ІХС підкоряється закону взаємного обтяження. Гіпоксія, що розвивається при ХОЗЛ і її компенсаторні механізми (еритроцитоз, тахікардія) сприяють підвищенню потреби міокарда в кисні в умовах недостатньої оксигенації крові та погіршення мікроциркуляції. Тривала робота серця в таких умовах призводить до розвитку міокардіодистрофії, що супроводжується зниженням скоротливої функції міокарда. У хворих з поєднаною патологією однією з основних причин прогресивного погіршення стану є легенева гіпертензія [7].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Враховуючи підвищений інтерес сучасної медичної думки щодо пацієнтів з коморбідною патологією, ключовими не вирішеними питаннями залишаються:

- Рання діагностика ХОЗЛ, особливо на фоні супутніх серцево-судинних захворювань.
- Оцінка клініко-інструментальних параметрів при поєднанні цих двох захворювань.
- Розробка програм лікування та реабілітації хворих з коморбідною патологією.

Саме тому дана проблема є актуальною та своєчасною.

Мета статті. Головною метою цієї роботи є встановити поширеність ХОЗЛ серед хворих, що лікувались в кардіологічному відділенні з приводу ІХС та не мали в анамнезі обструктивних захворювань органів дихання.

Виклад основного матеріалу. Обстежено 48 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні МКЛ №1 з приводу ІХС та не мали супутніх хронічних захворювань органів дихання. Середній вік обстежених (64,2±1,8) років, серед них чоловіків було 35 (72,9%), середній вік – (61,3 ±1,4) років, жінок – 13 (27,1%), середній вік (69,2±2,4) років. В таблиці приведені дані щодо куріння, супутні захворювання, соціальний статус та інвалідизацію обстежених пацієнтів (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика обстежених контингентів

Ознака	К-сть обстежених
Середній вік, роки	64,2±1,8
ІМТ, кг/см ²	28±1,8
Курці, абс.,%	26 (54,2%)
Індекс куріння, пачко/роки	14,7±4,2
Супутні захворювання	
Захворювання опорно-рухового апарату, абс.,%	15 (31,3%)
Захворювання нирок, абс.,%	12 (25%)
Захворювання сечо-статевої системи, абс.,%	25 (52%)
Цукровий діабет, абс.,%	14 (29,1%)
Артеріальна гіпертензія, абс.,%	37 (77%)
Захворювання шлунково-кишкового тракту, абс.,%	11 (23%)
За соціальним статусом	
Робітник	7 (14,6%)
Службовець	3 (6,3%)
Безробітний	1 (2,1%)
Пенсіонер	36 (75%)
Ступінь інвалідизації	
1 група інвалідності	1 (2,1%)
2 група інвалідності	13 (27%)
3 група інвалідності	18 (16,7%)
Інвалідність відсутня	16 (33,3%)

Клініко-функціональне обстеження включало збір скарг та анамнезу, фізикальне обстеження, опитування за анкетною рекомендованою GOLD для раннього виявлення ХОЗЛ (табл. 2), оцінка ступеня задишки за шкалою mMRC, комп'ютерну спірографію у хворих, що позитивно відповіли на питання анкети GOLD за допомогою комп'ютерного спірографа «MasterScopePC» (Erich Jaeger, Німеччина) проведено згідно наказу МОЗ України №555 від 2013 року, з оцінкою після інгаляції бронхолітика об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ), індекс Тифно (ОФВ1/ФЖЄЛ). За даними анкетування встановили, що 26 хворих (54,1%) відмічали симптоми характерні для ХОЗЛ, а саме у 10 хворих (20,8%) спостерігався постійний кашель та свистячі хрипи у грудях; у 9 хворих (18,8%) – наявність харкотиння (рис. 1).

За результатами комп'ютерної спірографії у 11 пацієнтів (22,9%) діагностовано ХОЗЛ: у 3 хворих (27,2%) встановлено ХОЗЛ I ступеня тяжкості, у 6 хворих (54,5%) – ХОЗЛ II ступеня тяжкості, у 2 хворих (18,3%) – ХОЗЛ III ступеня тяжкості.

Таблиця 2

Анкета GOLD для виявлення ХОЗЛ

Вас турбує постійний кашель по декілька разів на добу?	Так	Ні
Ви щоденно відкашлюєте харкотиння?	Так	Ні
У Вас задишка розвивається швидше, ніж у Ваших однолітків?	Так	Ні
Ваш вік більше 40 років?	Так	Ні
Ви курите чи курили раніше?	Так	Ні

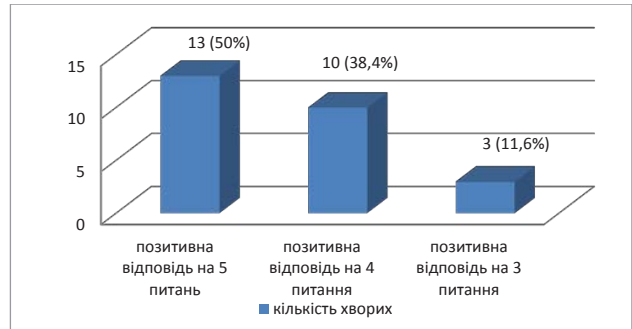


Рис. 1. Розподіл анкетованих хворих залежно від кількості правильних відповідей

В подальшому проаналізовано клінічні та функціональні дані у двох групах пацієнтів. I група, пацієнти з діагностованим ХОЗЛ, їх було 11, середній вік (65,6±4,6) років, серед них було 7 чоловіків (63,6%) та 4 жінки (36,4%); II група, 37 хворих середній вік (63,0±6,1) років, серед них 28 чоловіків (75,7%) та 9 жінок (24,3%).

У пацієнтів I групи мають місце деякі особливості клініко-функціонального перебігу: середня частота серцевих скорочень (91±5) ударів за хвилину, порівняно з хворими II групи – (80±2) ударів за хвилину. В I групі хворих на відміну від хворих II групи, відмічалось збільшення товщини міжшлуночкової перетинки лівого шлуночка, відповідно: 12,9±3,1 мм та 11,9±2,6 мм; та товщини задньої стінки лівого шлуночка: 12,8±1,8 мм та відповідно 11,6±3,1 мм.

Аналіз задишки, як основного симптому ХОЗЛ та симптому, що виявлявся у всіх обстежених нами пацієнтів показав, що серед хворих I групи в 1,59 разів був вищим ступінь задишки за шкалою mMRC на відміну від хворих II групи, відповідно (3,67±0,2) балів та (2,3±0,1) балів, (p<0,05) (рис. 2).

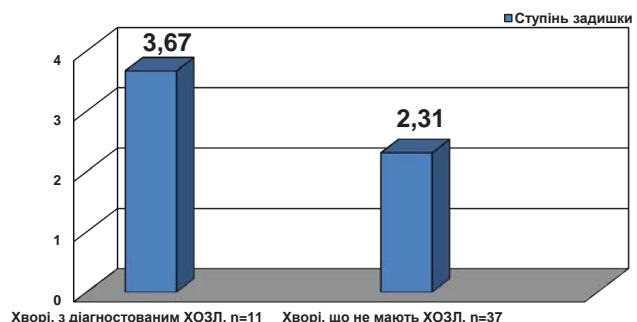


Рис. 2. Ступінь задишки в балах за шкалою mMRC

Серед хворих I групи достовірно частіше діагностували напади стенокардії у 9 хворих (81,1%), відповідно у II групі – 28 хворих (75,7%). В I групі відмічалось в 1,87 разів кількість нападів стенокардії на тиждень (5,2±0,56) на відміну від хворих II групи (2,8±0,76); в 1,57 разів більша потреба в нітрогліцерині, відповідно (3,3±0,9) та (2,2±0,8).

Аналіз анамнестичних даних дозволив констатувати, що в пацієнтів II групи в анамнезі частіше діагностовано АГ – у 30 (81,1%), порівняно з пацієнтами I групи – 8 (72,7%); цукровий діабет, відповідно 9 (24,3%) та 1 (9,1%) та інфарктом міокарда в анамнезі, відповідно 27 (73%) та 7 (63,6%).

У хворих II групи має місце більш високий рівень середнього холестерину (4,6 ммоль/л) порівняно з хворими I групи (4,45 ммоль/л) (Табл. 4).

Таблиця 4
Порівняльна характеристика хворих з діагностованим ХОЗЛ

Ознака	I група, n=11	II група, n=37
Кількість хворих, що мають напади стенокардії	9 (81,1%)	28 (75,7%)
Кількість нападів стенокардії за тиждень	5,2 ± 0,56	2,8 ± 0,76
Кількість таблеток нітроглицерину за тиждень	3,3 ± 0,9	2,2 ± 0,8
Артеріальна гіпертензія, абс, %	8 (72,7%)	30 (81,1%)
Цукровий діабет, абс, %	1 (9,1%)	9 (24,3%)
Інфаркт міокарда в анамнезі	7 (63,6%)	27 (73%)

Висновки та пропозиції. Таким чином, внаслідок проведеного нами аналізу встановлено, що існують труднощі з діагностикою ХОЗЛ у пацієнтів на ІХС. Безперечно, це може бути зумовлено рядом об'єктивних ознак: єдність патогенетичних механізмів двох захворювань, спільність симптомів, а саме задишки, віком хворих.

В той же час ми виявили:

1. ХОЗЛ вперше діагностовано у 11 пацієнтів (22,9%).

2. Інформативність опитування становить 64,7%, що дозволяє відібрати пацієнтів похилого віку для проведення спірографічного дослідження та дозволить підвищити ефективність ранньої діагностики ХОЗЛ.

3. У хворих похилого віку слід приділяти більшу увагу деталізації задишки, як симптому серцевої та легеневої недостатності, враховуючи вікові особливості та у разі недостатньої ефективності терапії ІХС.

Перспективою цього дослідження є впровадження в практичну діяльність лікарів використаних нами анкет для діагностики ХОЗЛ. Це дозволить вчасно виявляти та лікувати ХОЗЛ на ранніх стадіях, що покращить перебіг основного захворювання та якість життя пацієнтів.

Список літератури:

- Особливості лікування хронічної серцевої недостатності, асоційованої з ішемічною хворобою серця і артеріальною гіпертензією в поєднанні з хронічною обструктивною хворобою легень / Потабашній В. А. // Медичні перспективи. – 2005. – №4. – С. 30-36
- Амосова К.М. Особливості діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Д.Ш. Січінава // Укр. пульмонолог. журн. – 2009. – № 2. – С. 8.
- Вплив супутнього хронічного обструктивного захворювання легень на сироватковий вміст маркерів імунного запалення у пацієнтів із хронічною ішемічною хворобою серця / Амосова К. М., Гавриленко Т.І., Січінава Д.Ш., Корніліна О. М. // Серце і судини. – 2007. – № 4. – С. 98-104
- Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. ХОБЛ и поражения сердечно-сосудистой системы / Чучалин А.Г. // Медицинская газета Здоров'я України – 2010. – № 3 – С. 40-41.
- Особенности лечения ИБС в сочетании с ХОБЛ / Шилов А. М., Тарасенко О. Ф., Осия А. О. // Лечащий Врач. – 2009. – № 7. – С. 44-48.
- Huiart I. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD [Text] / I. Huiart, P.Erns., S. Suissa. // Chest. – 2005. – №128. – P.2640-2646.
- Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Saskatchewan Canada cardiovascular disease in COPD patients [Text] / S. M. Curkendall, C. Deluise, J. K. Jones [et al.] // Ann. Epidemiol. – 2006. – Vol. 16. – P. 63-70.

Распутина Л.В., Ващук А.И.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аннотация

Целью исследования было установить распространенность недиагностированного хронического обструктивного заболевания легких среди больных ишемической болезнью сердца. Установлено, что ХОБЛ диагностирована у 11 больных (22,9%). Определены ценность опросника, позволяет провести скрининговый отбор для дальнейшего обследования, его информативность составляет 64,7%.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическая болезнь сердца, одышка, спирометрия, диагностика.

Rasputina L.V., Vaschuk A.I.

Vinnitsa National Medical University named after N.I. Pirogov

METHOD OF DIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Summary

The aim of the study was to determine the prevalence of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease among patients with coronary heart disease. Established that COPD was diagnosed in 11 patients (22.9%). Definitely value of a questionnaire that allows for the selection of screening for further examination, it is informative on 64.7%.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, shortness of breath, spirometry diagnosis.