

17

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Убайдуллаева Н.Н., Муйдинова Г.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Узбекистан

Одним из системных проявлений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), наряду с потерей мышечной массы, пульмоногенной гипертензией, депрессией, является остеопороз (ОП). Последний характеризуется снижением костной массы, нарушением костной микроархитектоники и повышенным риском переломов. Дополнительным фактором риска развития ОП при ХОБЛ является курение.

Цель – изучить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у мужчин больных ХОБЛ и оценить взаимосвязь МПКТ с табакокурением.

Результаты исследования. В исследование включены 75 мужчин с ХОБЛ в возрасте от 43 до 60 лет (средний возраст 51,5 лет). У большинства больных длительность заболевания составляла более 10 лет (68%). Среди обследованных 42 (56%) пациента были активными курильщиками со стажем курения 25 и более лет. В соответствие с индексом курящего человека (ИКЧ) пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли 18 (42,8%) больных с ИКЧ>200, во 2-ю – 12 (28,6%) пациентов с ИКЧ 160-199, в 3-ю 12 (28,6%) пациента с ИКЧ<160. В зависимости от статуса курения выделили 3 группы: в первую вошли 24 (57,1%) больных с показателем более 25 пачек/лет; во вторую – 12 (28,6%) пациентов с показателем – от 10 до 24 пачек/лет; в третью – 6 (14,3%) больных с показателем менее 10 пачек/лет. Исследование МПКТ установило у 24% больных ХОБЛ наличие остеопенического синдрома различной выраженности. Остеопения (ОПН) диагностирована в 16% случаев, ОП – в 8%. По результатам ультразвуковой денситометрии в группе курящих остеопенические нарушения отмечены у 12,8% больных, причем частота ОПН составляет 28,6% и ОП – 14,3%. У некурящих больных ХОБЛ снижение МПКТ не выявлены. Установлены достоверно более низкие значения МПКТ в группе курящих пациентов ($3,3 \pm 0,2$ SD) по сравнению с некурящими. Анализ интенсивности и длительности курения во взаимосвязи с состоянием МПКТ выявил наличие обратной связи остеопенических нарушений с ИКЧ ($p < 0,001$) и с числом пачко-лет ($p < 0,01$).

Заключение. Распространенность и выраженность ОП у курящих больных ХОБЛ значительно выше (14,3%), чем у некурящих больных ХОБЛ (8%). Доказана обратная корреляционная связь нарушений МПКТ с интенсивностью и длительностью курения.

18

РОЛЬ БИОТОПЛИВА В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СРЕДИ ЖЕНЩИН КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Калгинбаева А.С.
СВА «Интертич», г. Шымкент, Казахстан

В XXI век человечество входит с новой грозной проблемой: значительным увеличением числа больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В литературе показано, что до 90% пациентов с ХОБЛ являются активными курильщиками и настоящее время является общепризнанным тот факт, что курение – основная причина воспалительного процесса в центральных и периферических бронхах и легочной паренхиме. При изучении анамнеза развившейся ХОБЛ среди женщин сельских районов не выявлено никаких фактов, кроме использования биотоплива в приготовлении пищи и отоплении помещения как фактора риска в развитии этого заболевания.

Цель: изучение клинических проявлений и основных функциональных показателей внешнего дыхания у женщин сельских районов с ХОБЛ, обусловленной воздействием на дыхательную систему фактора воздействия биотоплива.

Материалы и методы. Обследованы 43 женщины с ХОБЛ, поступивших в пульмонологический стационар, из них 24-с тяжелой степенью тяжести (1 группа), 21 -средней степенью тяжести (2-я группа). Средний возраст $51,2 \pm 4,3$ лет, длительность заболевания $11,6 \pm 2,8$ лет. Использование биотоплива отмечено у всех женщин, не только для приготовления пищи, но и для отопления дома, наряду с использованием угля. Отмечается обострение заболевания в холодное время года ежегодно, лечение проводилось обычно амбулаторно. Вакцинация от сезонного гриппа не проводилась ни в одном случае. Клиническое состояние больных оценивалось по наличию и выраженности основных симптомов, характерных для ХОБЛ (хронический кашель, хроническое выделение мокроты, персистирующая одышка, приступы удушья) и физикальным данным. Всем пациентам проведено клиничко- лабораторное обследование, рентгенологическое исследование легких, электрокардиографию, спирографию с бронходилатационным тестом.

Результаты исследования. У больных 1-ой группы средняя величина $ОФВ_1$ составила $51,4 \pm 2,35\%$, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ – $38,5 \pm 2,16\%$; у больных 2-ой группы средняя величина $ОФВ_1$ – $61,3 \pm 2,4\%$, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ – $58,5 \pm 2,3\%$. Результаты исследования показали, что у больных 1-й группы клиническая картина характеризовалась более выраженной симптоматикой. Постоянный кашель, с выделением мокроты отмечен у 75,3% больных, в 84,2% – гнойного характера. Одышка беспокоила 75,3% больных уже