

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

О.Ю. Позднякова, В.А. Батурин

Ставропольская государственная медицинская академия

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одна из важнейших проблем современного здравоохранения, причем это характерно практически для всех стран в связи с постоянно возрастающей распространенностью и высокой смертностью от этого заболевания. Известно, что пожилые люди страдают патологией органов дыхания значительно чаще, чем лица моложе 45 лет, и ХОБЛ не является исключением. ХОБЛ – прогрессирующая болезнь, которая, по данным Всемирного банка и Всемирной организации здравоохранения, по наносимому экономическому ущербу с 12-го места в 1990 г. к 2020 г. переместится на 5-е место, опередив все другие заболевания респираторной системы, в том числе туберкулез легких.

В настоящее время ряд исследователей указывают на несвоевременное распознавание ХОБЛ на ранних стадиях, особенно у лиц старших возрастных групп [1,3]. Причина поздней диагностики данного заболевания у пожилых пациентов – с одной стороны, недостаточное внимание медицинских работников к данной проблеме, с другой – высокая адаптация пациентов к своему состоянию и поздняя обращаемость к врачу. Согласно документам Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно [2,4,6]. Понятие «своевременная диагностика» условно. Правильнее говорить о ранней диагностике, так как еще не получено достаточно сведений о том, что есть период в развитии ХОБЛ, своевременная диагностика которого может радикально повлиять на ход болезни, то есть приостановить её прогрессирование. К сожалению, в России диагностика ХОБЛ находится на низком уровне [1,2].

Уровень смертности при ХОБЛ существенно увеличивается с возрастом. Так, ХОБЛ занимает 4-е место в мире как причина смерти в возрастной группе старше 45 лет, то есть входит в число основных причин в структуре смертности и является единственной болезнью, при которой смертность продолжает увеличиваться [7].

У пациентов пожилого и старческого возраста общими проявлениями заболеваний органов дыхания являются стертость симптомов и атипичность течения, несоответствие клинической и морфологической картины заболевания, недостаточная информативность лабораторно-инструментальных данных. Коварство ХОБЛ заключается в медленном, но неуклонном прогрессировании. Выраженная клиниче-

ская симптоматика ХОБЛ появляется, как правило, в развернутой стадии заболевания. Полиморбидность и большая доля хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта затрудняют диагностику ХОБЛ [4, 5].

Социальная проблема ХОБЛ заключается в высокой степени социальной дезадаптации пациентов преимущественно пожилого и старческого возраста вследствие тяжелой одышки, измененных ментальных характеристик. Важную роль играют и неадекватность самооценки состояния и симптомов, и затрудненный контакт с пожилым пациентом, что может привести к ошибочной диагностике [1].

Для ХОБЛ характерны системные проявления, подход к коррекции которых отличается от такового при других заболеваниях легких. Необратимые изменения, которые возникают в процессе болезни со стороны всех составляющих респираторной системы, объясняют меньшую эффективность лечения у лиц старших возрастных групп [2,7,8].

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений ХОБЛ в зависимости от возраста пациентов.

Материал и методы. Был проведен анализ основных клинических проявлений ХОБЛ у 368 пациентов (216 мужчин и 152 женщин), которые проходили лечение в специализированном пульмонологическом отделении. Все больные были распределены на две группы. В первую группу вошли 143 пациента старше 60 лет (средний возраст $69,2 \pm 1,2$ года), во вторую группу – 225 пациентов моложе 60 лет (средний возраст $42,4 \pm 1,6$ года). В группе пожилых пациентов мужчин было 96, женщин – 47, в группе молодых лиц мужчин было 120, женщин – 105. Классификация ХОБЛ проводилась согласно международным рекомендациям (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких – GOLD).

В исследовании использовались следующие методы: клинический, рентгенография органов грудной полости, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, электрокардиография, спирография, тест с бронходилататорами, по показаниям – фибробронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что в группе пациентов пожилого возраста ХОБЛ имеет более тяжелое течение, несмотря на катаральный характер бронхиального воспаления в большинстве случаев (72,4%). Тяжесть течения заболевания у пациентов старше 60 лет была обусловлена наличием эмфиземы легких, диффузными пневмосклеротическими изменениями в легких у 78,6% пациентов, выраженными обструктивно-рестриктивными (смешанными) вентиляционными нарушениями и тяжелыми нарушениями бронхиальной проходимости при значительном снижении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у 81,7% пожилых пациентов.

Позднякова Оксана Юрьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей врачебной практики ИПДО СтГМА, тел.: (8652)362123, 89188739224; e-mail: Pozdnykova-oksana@mail.ru.

Батурин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной и инновационной работе, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)352524; e-mail: v_baturin@mail.ru.

В первой группе ХОБЛ I степени была выявлена у 2,8%, ХОБЛ II степени – у 50,9%, ХОБЛ III степени у 38,1% и ХОБЛ IV степени – у 8,2% пациентов. Во второй группе ХОБЛ I степени была диагностирована у 3,7%, ХОБЛ II степени – у 73,4%, ХОБЛ III степени – у 22,9% больных, ХОБЛ IV степени не была выявлена.

10,4% пациентов старшей возрастной группы имели эмфизематозную форму, 7,2% – бронхитическую и 82,4% – смешанную клиническую форму ХОБЛ. В группе молодых пациентов эмфизематозная форма отмечалась у 5,8%, бронхитическая – у 12,4% и смешанная клиническая форма ХОБЛ – у 81,8% больных.

Дыхательная недостаточность (ДН) I степени была выявлена у 19,1% пациентов старше 60 лет и у 39,3% – моложе 60 лет. У 43,1% пожилых лиц с ХОБЛ и у 39,4% пациентов молодого возраста была обнаружена ДН II степени. ДН III степени была диагностирована у 32,6% пациентов старше 60 лет и у 21,3% пациентов моложе 60 лет. ДН IV степени была выявлена только у 5,2% больных старше 60 лет.

У всех пациентов пожилого возраста ХОБЛ сочеталась с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК II–III), гипертонической болезнью II–III степеней, миокардиодистрофией, постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией. В группе молодых лиц заболевания сердца и сосудов (стенокардия напряжения ФК II–III, гипертоническая болезнь I–III степеней, миокардиодистрофия, мерцательная аритмия) были обнаружены в 42,6% случаев.

В первой группе симптомы хронического легочного сердца отмечались у 61,1% пациентов: у 22,4% – признаки компенсированного и у 38,7% – признаки декомпенсированного легочного сердца. Во второй группе симптомы хронического легочного сердца отмечались у 25,7% пациентов: с компенсированным (13,5%) и декомпенсированным (12,2%) легочным сердцем.

У большинства пожилых пациентов (74,3%) ХОБЛ сочеталась с бронхиальной астмой (БА) средней и тяжелой степени, что существенно изменяло клиническую картину основного заболевания и требовало изменений диагностического и лечебного подхода. В группе молодых лиц БА легкой, средней и тяжелой степени встречалась у 46,7% пациентов. У 32,4% больных первой группы была выявлена гормонозависимая БА, у пациентов второй группы гормонозависимая БА отмечалась у 7,8%.

В 68,3% случаев в первой группе больных была выявлена патология желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дивертикулярная болезнь кишечника, хронический панкреатит, холецистит). Во второй группе заболевания органов пищеварения (хронический гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит и холецистит) отмечались у 44,8% пациентов.

Длительность стационарного лечения больных пожилого возраста достоверно превышала аналогичный показатель во второй группе ($16,3 \pm 0,9$ к/д и $9,2 \pm 0,5$ к/д, $p < 0,05$).

В группе пациентов старше 60 лет были отмечены скудные клинические проявления ХОБЛ. Основными жалобами у больных первой группы были хро-

нический кашель сухой (38%), с серозно-слизистой мокротой (13,8%), приступы удушья (18,3%), боль в грудной клетке (9,7%), боль за грудиной (16,7%), одышка инспираторная (3,7%), экспираторная (9,4%) и смешанная (29,6%), повышение температуры тела (15,3%), общая слабость и утомляемость (62%).

Пациенты второй группы предъявляли жалобы на хронический кашель сухой (35,1%), с серозной, слизистой и гнойной мокротой (43,2%), приступы удушья (22,6%), боль в грудной клетке (28,6%), боль за грудиной (6,3%), одышку инспираторную (5,9%), экспираторную (23,9%) и смешанную (52,7%), повышение температуры тела (31,4%), общую слабость (79,3%).

Отличительной особенностью у лиц старшей возрастной группы в сравнении с группой молодых лиц было отсутствие выраженных физикальных признаков ХОБЛ.

Заключение. Таким образом, изучение особенностей клинических проявлений ХОБЛ в зависимости от возраста показало, что пациенты старших возрастов имеют более тяжелое течение ХОБЛ, несмотря на умеренную активность воспаления в бронхах. При этом пациенты старшей возрастной группы имели сравнительно скудные клинические проявления ХОБЛ, не соответствующие морфологической картине заболевания. ХОБЛ у лиц старше 60 лет часто сопровождался развитием декомпенсированного легочного сердца и сочетался со средней тяжести и тяжелой БА, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Айсанов, З.Р. Хронические обструктивные болезни легких / З.Р. Айсанов, А.Н. Кокосов, С.И. Овчаренко // *Consilium Medicum*. – 2000. – №2. – С. 21-31.
2. Пульмонология: нац. рук-во / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2009. – 960 с.
3. Хроническая обструктивная болезнь легких: Федеральная программа. – М., 2004. – 187 с.
4. Цветкова, О.А. Хроническая обструктивная болезнь легких: диагностика и лечение / О.А. Цветкова. – М., 2010. – С. 24-36.
5. Шмелев, Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких / Е.И. Шмелев. – М., 2005. – 80 с.
6. Balter, M.S. Chronic Bronchitis Working Group on behalf of the Canadian Thoracic Society and the Canadian Infectious Disease Society. Canadian guidelines for the management of acute exacerbations of chronic bronchitis / M.S. Balter, J.E. La Forge // *J. Can. Respir.* – 2003. – Vol. 10, Suppl B. – P. 3B-32B.
7. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. National clinical guideline on management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in adults in primary and secondary care. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions : NICE Guideline № 12. – Thorax. – 2004. – Vol. 59, Suppl. 1. – P. 1-232.
8. Mapel, D.A. The cost of chronic obstructive pulmonary disease and its effects on managed care / D.A. Mapel, J.C. Chen, D.R. George // *Manag. Care Interface*. – 2004. – Vol. 17, №4. – P. 61-66.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**
О.Ю. ПОЗДНЯКОВА, В.А. БАТУРИН

Изучены особенности клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких в зависимости от возраста. В первую группу вошли 143 пациента старше 60 лет, во вторую группу – 225 пациентов моложе 60 лет.

Выявлено, что пациенты старше 60 лет имели более тяжелое течение заболевания. У большинства больных старшей возрастной группы определялись сопутствующие сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания. В группе пожилых пациентов были отмечены скудные клинические проявления хронической обструктивной болезни легких.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, пожилой возраст, особенности клиники, дыхательная недостаточность, легочное сердце

**FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
ACCORDING TO AGE**
POZDNYAKOVA O.Yu., BATURIN V.A.

Features of clinical manifestations of chronic obstructive pulmonary disease depending on age are studied. The first group included 143 patients over 60, in the second group there were 225 patients under 60.

It is revealed that patients over 60 had more severe course of disease. The majority of patients of the senior age group had concomitant cardiovascular and gastroenteric diseases. Poor clinical manifestations of chronic obstructive pulmonary disease were marked in the group of elderly patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, advanced age, respiratory insufficiency, pulmonary heart, features of clinical manifestations

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.36:616.36-003.826:616.379-008-64

**СЫВОРОТОЧНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ
ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ
С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ**

Н.И. Гейвандова, Н.Г. Белова, Г.А. Александрович
Ставропольская государственная медицинская академия

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) как одно из важных проявлений метаболического синдрома в настоящее время широко распространена в развитых странах. Так, в США по последним данным НАЖБП страдает от 9 до 24% взрослого населения и до 10% детей [3, 15, 16]. Наличие неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) сопровождается увеличением активности цитолитических ферментов и ассоциируется с возникновением фиброза [8]. Именно тяжесть хронического некровоспалительного процесса в печени может прогнозировать исход развития стеатогепатита [5]. Эпидемиологические исследования НАЖБП свидетельствуют, что цирроз печени с наибольшей вероятностью развивается у пациентов с НАСГ, чем у больных с печеночным стеатозом [14]. Таким образом, становится очевидным, что персистирование хронического воспаления в

ожиревшей печени является чрезвычайно серьезной клинической проблемой.

Основная роль в патогенезе неалкогольного стеатоза печени отводится инсулинорезистентности (ИР), способствующей липолизу висцерального жира, высвобождению свободных жирных кислот и повышению их окисления печенью, что, в свою очередь, ведет к активации глюконеогенеза и жировой инфильтрации гепатоцитов [1, 17]. Центральную роль в механизмах развития НАСГ играет индукция оксидативного стресса, ведущая к стимуляции процессов перекисного окисления липидов, гиперпродукции некоторых цитокинов и к возникновению воспалительных изменений в печени [1, 2]. Доказано, что жировая ткань и, особенно, висцеральный жир способны продуцировать большое количество медиаторов, адипокинов и цитокинов [2, 7]. Однако данные о взаимосвязи уровней сыровороточных цитокинов и степени выраженности стеатоза и фиброза печени весьма ограничены. Вместе с тем изучение этого вопроса поможет выработать неинвазивные диагностические критерии, которые позволят с высокой достоверностью оценивать выраженность печеночного стеатоза и степень фиброза без пункционной биопсии печени.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между содержанием ФНО- α , ИЛ-6 и ИЛ-10 в крови больных НАЖБП и основными биохимическими показателями, а также выраженностью стеатоза и фиброза печени.

Материал и методы. Было обследовано 52 пациента с НАЖБП в возрасте от 17 до 68 лет, средний

Гейвандова Наталья Иогановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №1 с курсом физиотерапии СтГМА, тел.: (8652)713537; e-mail: ngeyvandova@yandex.ru.

Белова Наталья Геннадьевна, ассистент кафедры внутренних болезней №2 с курсом эндокринологии СтГМА, тел.: (8652)560905; e-mail: tdk7med@pochta.ru.

Александрович Галина Алексеевна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой эндокринологии, детской эндокринологии и диабетологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)752464; e-mail: ars3184@mail.ru.