

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 616.248:616-036,2616 – 036.8(477.87)

БРОНХІАЛЬНА АСТМА: ДИНАМІКА ЗМІН КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПО м. УЖГОРОД ЗА ПЕРІОД З 2001 ПО 2005 рр.

Александрова М.Я., Лемко О. І., Зимокосова О. В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра факультетської терапії, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: на підставі вивчення епідеміологічних показників, які характеризують таку складну патологію, як бронхіальна астма, ми дійшли висновку, що дана ситуація потребує подальшого розвитку пульмонологічної та алергологічної служби, розробки більш ефективних методів профілактики, лікування та реабілітації даного захворювання з метою збереження та зміцнення здоров'я населення.

Ключові слова: бронхіальна астма, поширеність, захворюваність, смертність

Вступ. У загальній клінічній практиці пацієнти з респіраторними захворюваннями становлять приблизно 25 % людей, які звертаються по медичну допомогу. В структурі захворюваності хвороб органів дихання провідне місце займає бронхіальна астма (БА) [1, 5]. При добре налагодженій діагностиці розповсюдженість бронхіальної астми у дітей сягає 15 %, у дорослих — на рівні 5–8 %. Смертність від бронхіальної астми в Україні (всі форми захворювання) коливається в межах 1,6–1,0 на 100 тис. населення.

Протягом останнього часу в Україні проводиться значна робота щодо вдосконалення медичної допомоги хворим на БА. В 1998 р. на II з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України було вперше прийнято угоду з БА, на основі якої МОЗ України було затверджено „Інструкцію про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми” (Наказ № 311 від 30.12. 1999 р.). У травні 2003 р. на III з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України було оновлено угоду з БА, на підставі якої в жовтні 2003 р. наказом МОЗ України № 499 затверджено поновлену інструкцію [2, 4]

Проте, незважаючи на значні успіхи в розробці сучасних аспектів патогенезу, діагностики та лікування БА, на тлі зменшення загальної захворюваності на хвороби органів дихання, захворюваність на БА в Україні за останні 5 років зберігає тенденцію до зростання.

Рівень смертності від БА залишається також високим, чому сприяють такі фактори, як важкий

перебіг хвороби з частими рецидивами; повторні астматичні статуси в анамнезі; лікарські помилки (передозування інгаляційних бета-2-агоністів, передозування теофіліну, недооцінка важкості перебігу астми), а також низький соціальний та економічний рівень сім'ї [3, 5].

Метою дослідження було вивчення поширеності, захворюваності та смертності від БА по м. Ужгород за період з 2001 по 2005 рік.

Матеріали та методи. В роботі аналізуються епідеміологічні показники, отримані на основі звернень пацієнтів у лікувальні установи м. Ужгород (на основі даних кабінету медичної статистики Ужгородської ЦМКЛ), працездатного віку 18 – 65 років, а також кількість викликів швидкої допомоги з приводу загострення БА за даними реєстраційної книги викликів станції швидкої допомоги м. Ужгород. Рівні показників здоров'я по м. Ужгород порівнюються з відповідними показниками по Україні за звітний період.

Останніми роками спостерігається неухильне зростання поширеності бронхіальної астми, при чому все частіше зустрічаються тяжкокурабельні її форми, а захворювання набуває важкого перебігу. Посилаючись на дані офіційної медичної статистики ВООЗ, розподіл за ступенем важкості хворих на БА має наступний вигляд: легкий перебіг – близько 20%, середньо-важкий — 70% і важкий перебіг — 10% випадків [1] (рис. 1).

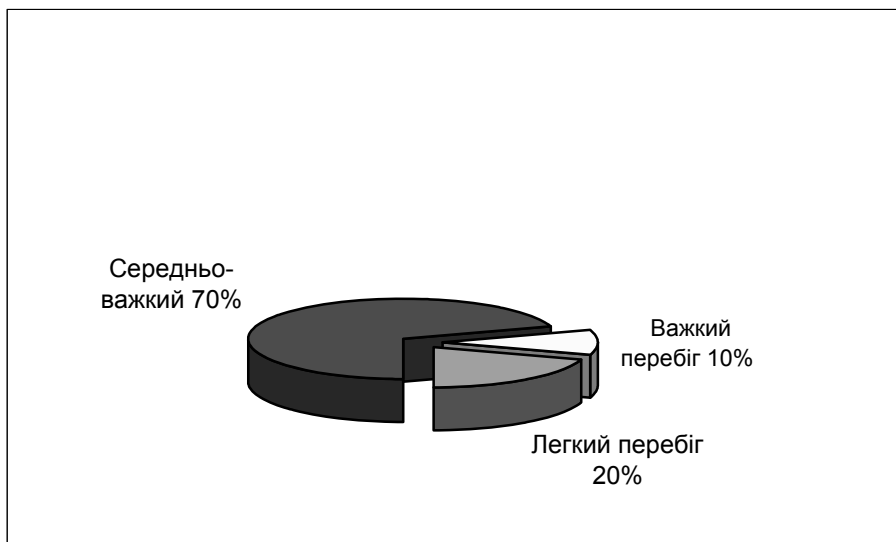


Рис.1. Розподіл за ступенем важкості БА (із розрахунку 100 %) за даними офіційної медичної статистики ВООЗ.

Відповідно, розподіл за ступенем важкості БА в м. Ужгород (за даними медичної статистики) представлено на рис. 2.

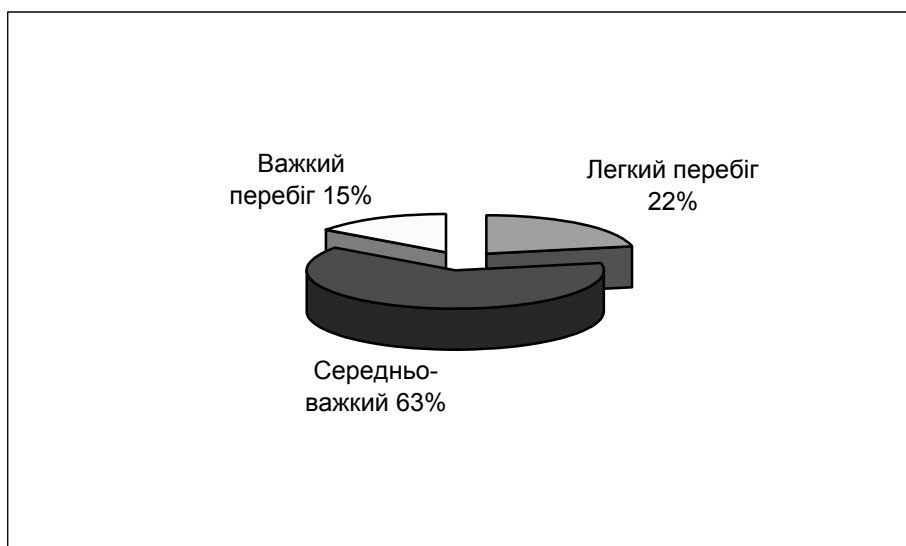


Рис. 2. Розподіл за ступенем важкості БА в м. Ужгород

Як видно із рисунку, легкий перебіг БА реєструється в 22 %, середньо-важкий – в 63 %, важкий перебіг – в 15% пацієнтів.

Отже, за ступенем важкості БА статистичні дані, які ми маємо по м. Ужгород, приблизно відповідають основним даним ВООЗ, що може вказувати на адекватну оцінку важкості захворювання в лікувально-профілактичних закладах міста.

Аналізуючи епідеміологічну ситуацію по БА в місті, перш за все у зв'язку з даною патологією,

слід звернути увагу на наступні показники: хворобливість, захворюваність, смертність.

Хворобливість, яка є одним із основних епідеміологічних показників, що характеризує поширеність БА серед дорослого населення м. Ужгород, за останні п'ять років зростає з 550 до 610,4 на 100 тис. населення, тобто на 11 %. За даними офіційної статистики, поширеність (хворобливість) БА в Україні за 2001 – 2005 рр. збільшилася з 458,2 до 494,8 випадків на 100 тис. населення (приріст показника – 7,98 %) [2], [4] (рис.3).

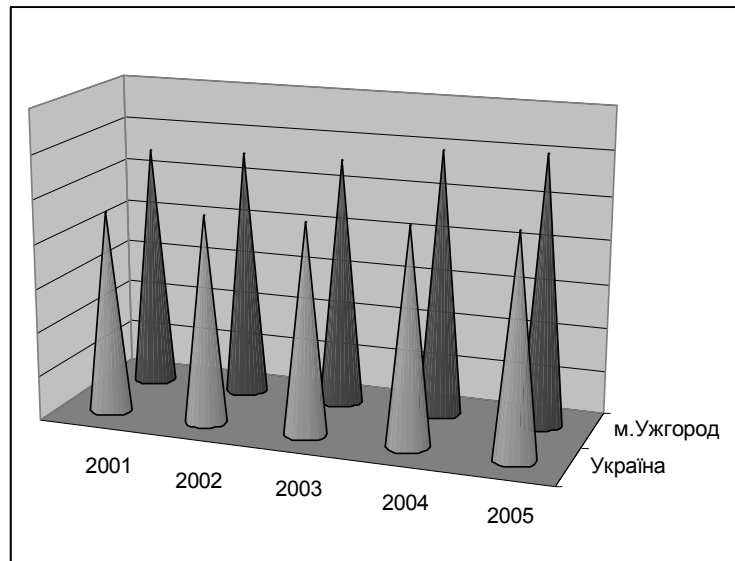


Рис. 3. Показник поширеності БА по Україні та по м. Ужгород

Отже, хворобливість на БА по м. Ужгород зростає в півтора рази швидше, ніж в середньому по Україні, що може вказувати на недостатній рівень профілактики даного захворювання у нашому місті і неадекватне лікування станів, які є загрозливими по виникненню БА (полінози, алергічні риніти, хронічні бронхіти тощо).

Не менш вагомим показником оцінки епідеміологічної ситуації є захворюваність населення, тобто кількість вперше виявлених випадків захворювання (в розрахунку на 100 тис. населення). Останніми десятиліттями спостерігають невинне зростання рівня захворюваності на БА в Україні, що зумовлено забрудненням довкілля, підвищен-

ням рівня алергізації населення, погіршенням генетичного фонду нації. Приріст цього показника за останні 5 років (2001 – 2005 рр.) становить 4,3 %, його абсолютне значення у 2001 році – 25,7 випадка на 100 тис. населення, а в 2005 р. – 26,8 на 100 тис. населення [2]. Аналізуючи питання захворюваності на БА за період з 2001 по 2005 рр. по м. Ужгород, спостерігається стабільно високий її рівень та тенденція до зростання.

Захворюваність населення на БА по м. Ужгород із 2001 по 2005 рік зросла з 30,0 до 31,8 на 100 тис. населення, приріст – 6 %, тобто спостерігається дещо швидший ріст показника, ніж по Україні в цілому (рис. 4).

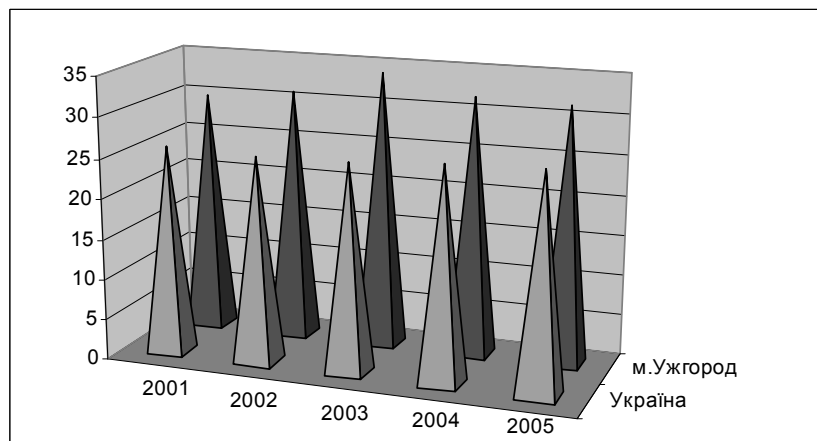


Рис. 4. Порівняльна характеристика захворюваності на БА по Україні та по м. Ужгород

До основних епідеміологічних показників, які характеризують епідемічну ситуацію з даної патології, відноситься також показник смертності. Смертність від БА по Україні у 2001 р. складала 1,6 з розрахунку на 100 тис. населення, а в 2005 р. – 0,9 на 100 тис. населення, тобто спостерігається виражена тенденція до зниження рівня даного по-

казника на 43, 7%. [2, 4]. За період з 2001 по 2005 рік смертність від БА в м. Ужгород знизилась з 1,2 до 0,8 на 100 тисяч населення, або на 33 %. Отже, показник смертності від БА по м. Ужгород суттєво не відрізняється від даного показника по Україні в цілому: порівняльна характеристика представлена на рис. 5.

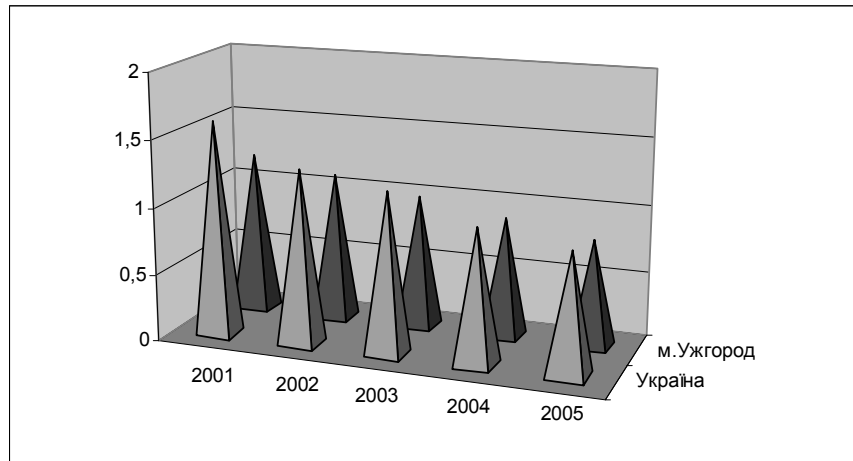


Рис.5. Порівняльна характеристика смертності від БА по Україні та по м. Ужгород

Найбільш грізним ускладненням БА є астматичний статус (АС), який в більшості випадків є показником неадекватної базової протизапальної та бронхолітичної терапії. Близько 15 % госпіталізацій серед пацієнтів із бронхіальною астмою припадає на АС, і летальність при цьому становить 5,1 %. Майже в половині випадків не вдається встановити причину АС, більше половини випадків АС діагностуються у хворих із стероїдозалежною астмою [4].

Ми провели статистичний аналіз ургентних викликів швидкої допомоги з приводу загострення БА по м. Ужгород за останні п'ять років (2001 – 2005 рр.), враховуючи астматичні статуси. З 2001 по 2005 рік кількість викликів швидкої допомоги зростає з 300 випадків до 322 випадків за рік (абсолютна кількість), тобто показник зріс на 7%.

Слід також відзначити, що зростає не тільки кількість викликів з приводу БА в цілому, а й частота викликів у зв'язку з астматичним статусом. Так, в 2001 році зареєстровано 300 викликів машини екстреної допомоги м. Ужгород з приводу загострення БА, з них 5 – з приводу АС (у перерахунку на 100 % випадків, відсоток астматичного статусу складає 1,6 %); у 2002 році – 302 виклики, з них 6 – з приводу АС (1,9 %), у 2003 році – 298 викликів, з них 5 – з приводу АС (1,67 %), у 2004 році – 354 виклики, з них 9 – з приводу АС (2,4 %), у 2005 році – 322 виклики, з них 7 – з приводу АС (2,17 %).

Отже, протягом останніх років зростає частота викликів екстреної допомоги, особливо з приводу астматичного статусу, що вказує на зростання неконтрольованої БА і також свідчить про неадекватність базової терапії даного захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Совместный доклад Национального института сердца, легких и крови (США) и Всемирной организации здравоохранения, 1996. – 161 с.
2. Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень.

Висновки. 1. Таким чином, вищенаведені матеріали свідчать про складну і неоднозначну епідеміологічну ситуацію з бронхіальною астмою, особливості якої можна охарактеризувати так:

- за ступенем важкості БА статистичні дані, які ми маємо по м. Ужгород, приблизно відповідають основним даним ВООЗ, що може вказувати на адекватну оцінку важкості захворювання в лікувально-профілактичних закладах міста;

- аналізуючи показник поширеності захворювання, ми дійшли висновку, що хворобливість на БА в м. Ужгород зростає в півтора рази швидше, ніж в середньому по Україні (за останні 5 років показник поширеності БА по Україні зріс на 7,98 %, а по м. Ужгород – на 11%), що може вказувати на недостатній рівень профілактичних заходів та потребу оптимізації лікування;

- щодо показника захворюваності, то рівень її по м. Ужгород залишається стабільно високим із вираженою тенденцією до зростання (за останні 5 років – приріст 6 %) і суттєво не відрізняється від загальноукраїнського: тут приріст становить 4,3 %, що пояснюється погіршенням екології в країні;

- смертність від БА по м. Ужгород за період 2001 – 2005 рр. знизилась на 33 %, а по Україні – на 43,7 %, тобто спостерігається виражена тенденція до зниження показника смертності, що свідчить про підвищення рівня надання медичної допомоги, адекватну оцінку важкості стану пацієнтів, адекватне призначення базової терапії.

2. Однак епідеміологічна ситуація з бронхіальною астмою потребує подальшого розвитку пульмонологічної та алергологічної служби, розробки ефективних методів профілактики і лікування даного захворювання, з метою збереження та зміцнення здоров'я населення.

3. Нетяженко В.З. Лікування бронхіальної астми в практиці лікаря-інтерніста // Укр. пульмонологічний журнал. – 2000. – № 2, доповнення. – С. 27 – 28.
4. Резолюція III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України (26-28 травня 2003 року, м. Київ) // Укр. пульмонологічний журнал. – 2003. – №3. – С. 5 – 7.
5. Фещенко Ю.І. Бронхіальна астма – одна із головних проблем сучасної медицини // Укр. пульмонологічний журнал. – 2000. – № 2, доповнення – С. 13 – 15.

SUMMARY**BRONCHIAL ASTHMA: THE CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC****Alexandrova M.Y., Lemko O.I., Zimokosova O.V.**

On the basis of studying epidemiological parameters which characterize such difficult pathology as a bronchial asthma, we came to a conclusion, that the given situation demands the further development of pulmonological and allergological service, development of more effective methods of preventive maintenance, treatment and rehabilitation of the given disease with the purpose of preservation and amplification of health and work capacity of the population

Key words: bronchial asthma, disease, death rate

УДК 616.12-008.331.1-06:616-008.9-07

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ЇЇ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЛАНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**Блецкан М.М., Фатула М.І., Рішко О.А., Свистак В.В., Росул М.М.**

Ужгородський національний університет, кафедра факультетської терапії, кафедра госпітальної терапії, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: вивчали частоту артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет 2 типу в залежності від поєднання з іншими компонентами метаболічного синдрому (надмірною масою тіла, абдомінальним типом ожиріння, дисліпідемією). Отримані дані свідчать про високу поширеність артеріальної гіпертензії серед хворих на цукровий діабет 2 типу та вказують на значний відсоток її поєднання з іншими компонентами метаболічного синдрому (абдомінальне ожиріння, гіперхолестеринемія), що значно обтяжує її перебіг на фоні діабету та збільшує ризик розвитку макро- та мікросудинних ускладнень.

Ключові слова: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, метаболічний синдром

Вступ. Артеріальна гіпертензія та цукровий діабет (ЦД) – дві взаємопов'язані патології, що мають могутню взаємопідсилюючу пошкоджуючу дію, спрямовану відразу проти декількох органів-мішеней: серце, нирки, судини сітківки, магістральні судини [1, 5, 3]. У хворих на ЦД артеріальна гіпертензія зустрічається приблизно в два рази частіше, ніж у загальній популяції. Цукровий діабет 2 типу є одним із складових компонентів метаболічного синдрому, в основі якого лежить інсулінорезистентність, що має суттєвий вплив на патогенетичні механізми підвищення артеріального тиску [4].

Метою нашого дослідження було вивчення частоти артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет 2 типу в залежності від поєднання з іншими компонентами метаболічного синдрому (надмірною масою тіла, абдомінальним типом ожиріння, дисліпідемією).

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ЦД 2 типу (35 чоловіків та 29 жінок у віці 40-69 років – середній вік 54,2±7,4 року), що знаходились на лікуванні у терапевтичному відділенні Ужгородської міської центральної клінічної лікарні у 2004 – 2005 роках.

Програма обстеження включала: збір анамнезу захворювання, визначення давності артеріальної гіпертензії; дворазове вимірювання артеріального тиску з точністю до 2 мм рт. ст.; антропометричне

обстеження: вимірювання зросту, маси тіла, об'єму талії (ОТ) та об'єму стегон (ОС); визначення індексу маси тіла (ІМТ), який розраховували як співвідношення маси тіла в кілограмах до квадрату зросту в метрах; для з'ясування виду ожиріння розраховували індекс абдомінального ожиріння шляхом визначення співвідношення об'єму талії до об'єму стегон (відношення ОТ/ОС); біохімічні дослідження сироватки крові, взятої вранці натще після 12-годинного голодування – визначали рівень загального холестерину, креатиніну; для оцінки стану глікемії визначали концентрацію глюкози у капілярній крові пацієнтів за допомогою глюкозооксидазного методу.

Артеріальну гіпертензію (АГ) діагностували при рівні систолічного артеріального тиску ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічного артеріального тиску ≥ 90 мм рт. ст. Гіперхолестеринемію визначали при рівні загального холестерину (ЗХС) $\geq 5,2$ ммоль/л. Критерієм нормальної маси тіла вважали індекс маси тіла (ІМТ) 20-24,9 кг/м², надлишкової маси тіла – 25-29,9 кг/м², ожиріння – ІМТ ≥ 30 кг/м². Критерієм абдомінального типу ожиріння є співвідношення ОТ/ОС $\geq 0,9$ для чоловіків та $\geq 0,85$ для жінок. Для визначення рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) використали формулу Cockcroft-Gault, за якою ШКФ=(140-вік) x (маса тіла)/(810 x креатинін крові в ммоль/л) [2].