

9. Федосеев Г.Б., Дегтярева З.Я. Биологические ритмы проходимости бронхов у здоровых лиц и больных с бронхиальной обструкцией // Физиол. и патофизиол. механизмы проходимости бронхов. — Ленинград, 1984. — С. 211–227.
10. Феценко Ю.І. Хронічні обструктивні захворювання легень // Укр. пульмонол. журн. — 1997. — № 1. — С. 5–9.
11. Хронобиология и хрономедицина // Под ред. Ф.И. Комарова. — Москва: Медицина, 1989. — 400 с.
12. Ciappi G., De Benedetto F., D'Illario F. et al. Chronobiological aspects of bronchial tone // Chronobiologia. — 1982. — Vol. 9, N 2. — P. 163–172
13. Hetzel M.R., Clark T.J.H. Comparison of normal and asthmatic circadian rhythms in peak expiratory flow rate // Thorax. — 1980. — Vol. 35, N 10. — P. 732–738.
14. Katona P.G., Jih R. Respiratory sinus arrhythmia: noninvasive measure of parasympathetic cardiac control // J.Appl. Physiol. — 1975. — 39. — P. 801–805.
15. Kilborn M., Barger A. C., Shannon D. C., et al. Assessment of autonomic function in humans by heart rate spectral analysis // Am. J. Physiol. — 1985. — 248. — P. 151–155.

КОРРЕКЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ХРОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

О.В. Коркушко, Н.Д. Чеботарев, А.В. Писарук, Э.О. Асанов

Резюме

Обследованы больные хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) 60–74 лет (30 человек). Для оценки суточных ритмов бронхиальной проходимости исследовалась пиковая скорость форсированного выдоха (ПСВ), измерение которой проводилось с интервалом 1 ч с 4 ч утра и до 23 ч вечера с помощью пикфлоуметра фирмы "Boehringer Ingelheim". Изучена эффективность терапии бронхиальной обструкции препаратами ипратропия бромидом, сальбута-

молем и пролонгированным теофиллином при назначении препаратов по стандартной схеме лечения и с учетом циркадных ритмов бронхиальной проходимости и тонуса вегетативной нервной системы, индивидуально для каждого больного — хронотерапия.

Исследования показали, что среднесуточная ПСВ при стандартной схеме лечения увеличивалась, в среднем, на 4–6 %, а при хронотерапевтическом подходе — на 10–15 %. Полученные данные свидетельствуют о повышении эффективности лечения бронхиальной обструкции у больных ХОБ пожилого возраста при использовании индивидуального хронотерапевтического подхода.

CORRECTION OF BRONCHIAL PASSABILITY IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS: A CHRONOTHERAPEUTIC APPROACH

O.V. Korkushko, N.D. Chebotarev, A.V. Pisaruk, E.O. Asanov

Summary

30 patients with chronic obstructive bronchitis (COB) 60–74 years old were examined. For the assessment of daily rhythms of bronchial passability the peak expiratory flow rate (PEFR) was measured with an hour interval. The tests were conducted from 4 a.m. 11 p.m., using peakflowmeter by "Boehringer Ingelheim". We studied the effectiveness of broncholytic therapy with ipratropium, salbutamol and long-acting theophylline. The drugs were administered according both standard therapeutic scheme and at the moments of decreased bronchial passability, which depended on autonomic nervous system tone (individually for each patient) — chronotherapy.

The daily average peak of PEFR increased under the standard therapeutic scheme by average 4–6 %, and under the chronotherapeutical approach — by 10–15 %. The obtained data indicated higher therapeutic effectiveness of individual chronotherapeutic treatment in elderly COB patients.

УДК 616.233-007.271-08-031.84"405"

Т.А. Перцева, Т.С. Онищенко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Актуальность изучения хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), к которым относится хронический обструктивный бронхит (ХОБ), связана с продолжающимся ростом заболеваемости, сохраняющейся тенденцией к увеличению смертности и стойкой утраты трудоспособности [6]. Важнейшим признаком ХОЗЛ является прогрессирование болезни, которое сопровождается ухудшением функции внешнего дыхания (ФВД) и характеризуется уменьшением объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) более чем на 50 мл в год. В связи с этим основными целями лечения ХОЗЛ являются: замедление темпов прогрессирования заболевания, уменьшение частоты и продолжительности обострений, повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение качества жизни [3].

Современные представления о сущности ХОБ декларируют бронхиальную обструкцию главным и универсальным источником всех последующих патоло-

гических событий, развивающихся при постоянном прогрессировании заболевания и приводящих к дыхательной недостаточности [7, 10]. Поэтому ведущее место в лечении ХОБ занимают бронхорасширяющие препараты, являющиеся средствами базисной терапии [5, 8, 10, 14, 15, 17].

Из существующих бронходилатирующих средств в лечении ХОБ используются антихолинергические препараты, β_2 -агонисты и метилксантины. В последнее время в клинической практике получили широкое распространение комбинированные ингаляционные препараты, содержащие антихолинергические средства и β_2 -агонисты [1, 2, 9, 11]. Последовательность назначения и сочетания этих средств представлены в различных консенсусах по диагностике и лечению ХОЗЛ и зависят в основном от тяжести заболевания, характера его прогрессирования [4, 15, 17,]. Клиническое значение бронхолитических препаратов в лечении обострения бронхообструктивного синдрома доказано, однако эффективность длительной бронхолитической терапии

изучена недостаточно. Поэтому целью настоящего исследования было изучение эффективности длительной бронхолитической терапии препаратами с различным механизмом действия у больных ХОБ.

Материалы и методы

В исследование было включено 98 больных ХОБ в возрасте от 28 до 74 лет (средний возраст — $54,85 \pm 1,09$ года), со стажем заболевания от 3 до 30 лет (в среднем — $12,73 \pm 0,65$ лет), среди них 32 (32,65 %) женщины и 66 (67,35 %) мужчин. Пациенты были подвергнуты тщательному обследованию с использованием клинических и инструментальных методов исследования, при назначении бронхолитической терапии использовался дифференцированный подход (приказ № 311 от 30.12.1999 МЗ Украины). Дополнительно к базисной терапии в начале наблюдения больным назначали муко-регуляторные средства, с целью санации трахеобронхиального дерева. Лечение и наблюдение проводилось в амбулаторных условиях в течение шести месяцев.

Все больные были распределены на семь групп в зависимости от вида проводимой базисной бронхолитической терапии. 1-я группа больных (18 человек) получала монотерапию ипратропиумом бромидом (ИБ) (20 мкг в одной ингаляционной дозе) по 2 вдоха 4 раза в сутки, 2-я группа (11 больных) — салбутамолом сульфатом (100 мкг в одной ингаляционной дозе) по 2 вдоха 4 раза в сутки, 3-я группа (12 пациентов) принимала теопэк (таблетки по 300 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки. 17 человек с диагнозом ХОБ (4-я группа) использовали в качестве длительной бронхолитической терапии комбинированный препарат (Беродуал), содержащий в одной ингаляционной дозе 21 мкг ИБ и 50 мкг фенотерола гидробромида, по 2 ингаляции 3 раза в сутки. 5-ю группу составили 16 больных, получавших ингаляции комбинированного бронхолитического препарата (Комбивента), содержащего в одной ингаляционной дозе 20 мкг ИБ и 120 мкг салбутамола сульфата, по 2 вдоха 3 раза в день. 6-я группа включала 12 больных ХОБ, которые принимали комбинированную терапию — Беродуал по 2 ингаляции 3 раза в день и теопэк по 1 табл. 2 раза в сутки. В 7-ю группу выделили 12 больных ХОБ, которые принимали Комбивент по 2 вдоха 3 раза в сутки и теопэк по 1 табл. 2 раза в день.

Средний возраст и средний стаж болезни в клинических группах представлены в таблице 1.

В зависимости от стадии ХОБ пациенты в группах распределились следующим образом: в 1-й группе преобладали больные ХОБ 1 стадии, во 2-й и 3-й группах

Таблица 1
Средний возраст и средний стаж заболевания в группах больных ХОБ

Группы	Учетный признак	
	Средний возраст	Средний стаж
1-я (n=18)	$56,06 \pm 2,37$	$9,39 \pm 1,34$
2-я (n=11)	$43,09 \pm 3,09$	$7,64 \pm 1,55$
3-я (n=12)	$54,50 \pm 3,54$	$10,25 \pm 1,31$
4-я (n=17)	$53,94 \pm 2,58$	$12,53 \pm 1,43$
5-я (n=16)	$55,25 \pm 1,51$	$14,81 \pm 1,38$
6-я (n=12)	$56,75 \pm 2,26$	$16,83 \pm 1,86$
7-я (n=12)	$62,25 \pm 2,87$	$17,50 \pm 1,40$

пациентов с ХОБ 1 и 2 стадии было приблизительно поровну, в 4-й группе большинство составили больные ХОБ 2 стадии, в 5-й группе с одинаковой частотой диагностирован ХОБ 2 и 3 стадии, в 6-й группе преобладали пациенты с ХОБ 3 стадии, у больных 7-й группы диагностирован ХОБ 3 стадии.

Общеклиническое обследование, исследование ФВД с оценкой показателей компьютерной спирометрии: ОФВ₁, форсированной жизненной емкости легких — ФЖЕЛ, индекса Тиффно, пиковой объемной скорости выдоха (ПОС_{выд}), определение толерантности к физической нагрузке с помощью теста 6-минутной ходьбы проведены всем больным ХОБ до начала лечения и через 6 месяцев бронхолитической терапии. Сравнение эффективности различных видов терапии проводилось по ДОФВ₁ — отношению абсолютного прироста показателя ОФВ₁, выраженного в процентах к должному.

Статистическую обработку полученных данных проводили методом вариационной статистики с оценкой среднестатистических показателей по критерию Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Уже в течение первого месяца проводимой терапии наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке, кашля и количества выделяемой мокроты. К концу шестого месяца лечения достоверно уменьшилась выраженность клинических симптомов у всех больных ХОБ. Положительная динамика клинических проявлений приводила к улучшению общего состояния пациентов.

Таблица 2
Динамика показателей ФВД у больных ХОБ (в % от должных величин; $M \pm m$)

Группа	Показатели							
	ОФВ ₁		ФЖЕЛ		Индекс Тиффно		ПОС _{выд}	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1, n=18	$72,93 \pm 2,41$	$76,84 \pm 3,07$	$84,19 \pm 2,80$	$86,98 \pm 2,01$	$88,07 \pm 2,91$	$88,30 \pm 2,88$	$65,86 \pm 3,90$	$68,26 \pm 4,31$
2, n=11	$70,06 \pm 1,63$	$71,38 \pm 1,25$	$81,80 \pm 3,40$	$83,15 \pm 3,01$	$85,44 \pm 3,01$	$86,90 \pm 2,65$	$69,34 \pm 2,77$	$69,50 \pm 1,86$
3, n=12	$70,07 \pm 3,46$	$70,50 \pm 3,70$	$84,47 \pm 3,85$	$86,57 \pm 3,17$	$83,76 \pm 3,56$	$81,63 \pm 3,74$	$66,30 \pm 2,79$	$69,43 \pm 3,84$
4, n=17	$53,49 \pm 2,50$	$58,94 \pm 2,92$	$77,60 \pm 3,43$	$84,18 \pm 3,82$	$69,83 \pm 4,71$	$71,27 \pm 4,11$	$46,65 \pm 3,57$	$56,13 \pm 4,12$
5, n=16	$51,01 \pm 2,32$	$56,09 \pm 3,24$	$76,36 \pm 3,61$	$81,91 \pm 3,64$	$68,76 \pm 4,20$	$69,58 \pm 3,92$	$49,80 \pm 3,18$	$58,13 \pm 3,96$
6, n=12	$36,59 \pm 3,37$	$42,21 \pm 3,45$	$61,59 \pm 6,05$	$70,08 \pm 5,44$	$61,80 \pm 4,06$	$61,10 \pm 3,58$	$32,72 \pm 3,73$	$45,76 \pm 5,69$
7, n=12	$30,44 \pm 1,68$	$36,00 \pm 2,44$	$53,75 \pm 5,39$	$60,73 \pm 5,36$	$60,78 \pm 5,78$	$61,79 \pm 3,95$	$30,03 \pm 2,39$	$35,38 \pm 2,47$

Таблиця 3

Прирост ОФВ₁ в результате лечения больных ХОБ (M±m)

Группа	ΔОФВ ₁ (% от должного)
1, n=18	4,24±1,10
2, n=11	1,41±0,48
3, n=12	0,71±0,41
4, n=17	5,41±1,02
5, n=16	5,37±0,92
6, n=12	5,62±1,31
7, n=12	5,35±0,93

Показатели ФВД имели тенденцию к увеличению, однако, достоверные изменения не были отмечены. Как видно из таблицы 2, при использовании комбинированной терапии (4-я, 5-я, 6-я и 7-я группы) и при монотерапии ИБ и сальбутамолом (1-я и 2-я группы) имелась тенденция к увеличению показателей ОФВ₁, ФЖЕЛ, ПОС_{выд}. Прирост ОФВ₁ в результате длительной бронхолитической терапии отражен в таблице 3.

Сравнительный анализ прироста ОФВ₁ показал, что ΔОФВ₁ был достоверно ($p < 0,01$) больше при использовании комбинированной терапии (в группах 4, 5, 6, и 7), чем при монотерапии сальбутамолом (2-я группа) и теопэком (3-я группа). ΔОФВ₁ при лечении ИБ (1-я группа) был достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению со 2-й и 3-й группами, и достоверно не отличался от прироста ОФВ₁ при комбинированной терапии.

У пациентов всех групп в результате лечения отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение дистанции, пройденной в тесте 6-минутной ходьбы, что свидетельствовало о повышении толерантности к физической нагрузке (таблица 4).

За весь период наблюдения у 12 (12,25 %) пациентов отмечалось обострение заболевания, которое ликвидировалось назначением антибактериальных препаратов (при инфекционном обострении), увеличением поддерживающей дозы базисного препарата и дополнительным назначением мукорегуляторных средств.

Таблиця 4

Влияние длительной бронхолитической терапии на толерантность к физической нагрузке у больных ХОБ по результатам теста 6-минутной ходьбы (M±m)

Группы	Расстояние, м	
	До лечения	После лечения
1-я (n=18)	449,75±12,18	489,52±11,94*
2-я (n=11)	442,64±11,83	481,55±12,08*
3-я (n=12)	438,51±12,36	477,43±11,98*
4-я (n=17)	427,50±19,61	495,23±20,49*
5-я (n=16)	419,87±21,04	480,50±19,12*
6-я (n=12)	321,60±20,51	389,54±19,85*
7-я (n=12)	305,20±22,91	378,70±24,50*

Примечание: * — статистически достоверно по сравнению с показателем до лечения ($p < 0,05$).

Результаты проведенного нами исследования подтверждают мнение о том, что бронходилатирующий эффект сальбутамола и теопэка у больных ХОБ уступает таковому у ИБ. Так, Rennard S.I. и соавторы проанализировали результаты 7 исследований, в которых на протяжении 90 дней 1445 больных ХОЗЛ получали либо ИБ или β₂-агонист. Они выявили, что у пациентов, принимавших ИБ, отмечалось улучшение исходных показателей ФВД, в то время как при лечении β₂-агонистами произошли только минимальные изменения исходных значений ОФВ₁, ФЖЕЛ [13]. Некоторые работы демонстрируют улучшение качества жизни и увеличение толерантности к физической нагрузке при использовании препаратов метилксантинов у больных ХОЗЛ, несмотря на незначительный бронходилатационный эффект [12, 16, 18]. Мы также отметили достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке у больных, принимавших теопэк. Однако при монотерапии ХОБ 1 и 2 стадии наиболее эффективным бронхолитическим препаратом был ИБ.

Одновременно с улучшением клинических и функциональных показателей, у больных ХОБ, принимавших комбинированную бронхолитическую терапию (4-я, 5-я, 6-я, 7-я группы), отмечено положительное влияние лечения на толерантность к физической нагрузке. В этих группах, несмотря на более тяжелое течение заболевания, был зарегистрирован наибольший прирост ОФВ₁, обусловленный адекватным выбором бронхолитической терапии с использованием комбинаций антихолинергических средств, β₂-агонистов и препаратов метилксантинов.

Таким образом, длительное применение базисной бронхолитической терапии у больных ХОБ способствовало положительной динамике клинических симптомов (уменьшению тяжести одышки, кашля, количества выделяемой мокроты, исчезновению хрипов при аускультации) и повышению толерантности к физической нагрузке. Дифференцированный подход к назначению бронхолитической терапии с учетом стадии ХОБ, индивидуальных особенностей больного, позволил достигнуть определенного уровня контроля бронхиальной проходимости, как при монотерапии, так и при назначении комбинированного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая эффективность комбинента при лечении больных хроническим обструктивным бронхитом / Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Игнатова В.И. и др. // Укр. пульмонолог. журн. — 1999. — № 3. — С. 32–34.
2. Мелентьева Е.М. Применение беродуала в качестве базисной терапии при хронической обструктивной болезни легких // Клин. медицина. — 1999. — № 7. — С. 47–48.
3. Овчаренко С.И. Хронический обструктивный бронхит: клиника, диагностика, лечение // Клин. мед. — 1997. — № 6. — С. 53–57.
4. Современное лечение астмы и хронических обструктивных заболеваний легких (международный консенсус по диагностике и лечению) // Тер. архив. — 1995. — № 8. — С. 81–83.
5. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А. Хронический обструктивный бронхит // Лікування та діагностика. — 1998. — № 3. — С. 27–31.
6. Фещенко Ю.И. Сучасні проблеми пульмонології // Укр. пульмонолог. журн. — 1997. — № 2. — С. 3–8.
7. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. — Москва: ЗАО "Издательство БИНОМ", 1999. — 512 с.
8. Чучалин А.Г. Хронический обструктивный бронхит (определение, этиология, патогенез, клиническая картина, лечебная программа) // Тер. архив. — 1997. — № 3. — С. 5–9.
9. Яшина Л.А., Ломоносов С.П. Результаты многоцентрового исследования по оценке эффективности и безопасности препарата

- беродуал у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких в Украине // Укр. пульмонол. журн. — 1997. — № 3. — С. 12–16.
10. *COPD: diagnosis and treatment*/ van Herwaarden C.L.A., Repine J.E., Vermeire P., van Weel C. — Amsterdam: Excerpta Medica, 1996. — 122 с.
 11. *Combivent Inhalation Aerosol Study Group*. In chronic obstructive pulmonary disease, a combination of ipratropium and albuterol is more effective than either agent alone. An 85-day multicenter trial // *Chest*. — 1994. — Vol. 105. — № 5. — P. 1411–1419.
 12. *Effects of theophylline withdrawal in severe chronic obstructive pulmonary disease*/ Kirsten D.K., Wegner R.E., Jorres R.A. et al // *Chest*. — 1993. — Vol. 104. — № 4. — P. 1101–1107.
 13. *Extended therapy with ipratropium is associated with improved lung function in patients with COPD. A retrospective analysis of data from seven clinical trials*/ Rennard S.I., Serby C.W., Ghafouri M. et al // *Chest*. — 1996. — Vol. 110. — № 1. — P. 62–70.
 14. *Gross M.J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Current concepts and therapeutic approaches* // *Chest*. — 1990. — Vol. 97. — № 3. — P. 19S — 23S.
 15. *Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): ERS consensus statement*/ Siafakas N.M., Vermeire P., Pride N.B. et al // *Eur. Respir. J.* — 1995. — Vol. 8. — P. 1398–1420.
 16. *Sustained-release theophylline reduces dyspnea in nonreversible obstructive airway disease*/ Mahler D.A., Matthey R.A., Snyder P.E. et al // *Am. Rev. Respir. Dis.* — 1985. — Vol. 131. — P. 22–25.
 17. *The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the British Thoracic Society. BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease* // *Thorax*. — 1997. — Vol. 52. — Suppl. 5. — P. 1–28.
 18. *Theophylline for irreversible chronic airflow limitation*/ Mahon J.L., Laupacis A., Hodder R.V. et al // *Chest*. — 1999. — Vol. 115. — № 1. — P. 38–48.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Т.А. Перцева, Т.С. Онищенко

Резюме

С целью изучения эффективности длительной бронхолитической терапии препаратами с различным механизмом действия 98 больных ХОБ лечились и наблюдались в течение

6 месяцев. Все пациенты были распределены на 7 групп в зависимости от вида получаемой базисной бронхолитической терапии. Общеклиническое обследование, исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и тест 6-минутной ходьбы были выполнены в начале исследования и через 6 месяцев лечения. Сравнительный анализ прироста ОФВ₁ показал, что ДОФВ₁ был достоверно больше при использовании комбинированной терапии и монотерапии ИБ, чем при монотерапии салбутамолом или теопэком. У всех больных в результате лечения отмечалось достоверное улучшение толерантности к физической нагрузке. Длительное применение базисной бронхолитической терапии способствовало значительному ослаблению клинических симптомов, повышению толерантности к физической нагрузке у больных ХОБ. Дифференцированный подход к назначению бронхолитической терапии с учетом стадии ХОБ, индивидуальных особенностей больного, позволил достигнуть определенного уровня контроля бронхиальной проходимости, как при монотерапии, так и при назначении комбинированного лечения.

EFFICACY OF LONG-TERM BRONCHODILATOR THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

T.A. Pertseva, T.S. Onyshchenko

Summary

The aim of this study was to evaluate the efficacy of long-term bronchodilator treatment with inhaled anticholinergic agent, β_2 -agonist, oral theophylline and combined therapy in patients with chronic obstructive bronchitis (COB). 98 patients with COB I, II, III stages (32 females and 66 males, mean age 54.85 ± 1.09 years, mean duration of disease 12.73 ± 0.65 years) were allocated into seven groups, depending on a basic bronchodilator therapy. Physical examination, lung function tests (FEV₁, FVC, FEV₁/FVC, PEF) and six minute walk test (6MWT) were carried out before and after 6 month therapy. The results suggested that the long-term bronchodilator therapy with ipratropium bromide and different combinations of a short-acting β_2 -agonist, an anticholinergic drug, and theophylline was more effective (based on FEV₁ improvement) than therapy with only β_2 -agonist or theophylline in patients with COB. The long-term bronchodilator therapy decreased clinical symptoms, prevented progression of airflow limitation and improved exercise tolerance in patients with COB.

УДК 616. 233 - 008, 8 + 616 - 036.1]: 622. 2

Н.Г. Карнаух, Т.А. Ковальчук, Р.В. Рубцов, А.В. Гайсенко, С.В. Балабанов ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Український НІІІ промислової медицини

Место хронического обструктивного бронхита (ХОБ) в структуре заболеваемости рабочих горно-рудного производства остается центральным [2, 4]. Скучность и незначительная выраженность клинических проявлений и функциональных расстройств на начальных стадиях болезни, ее медленное, зачастую в течение многих лет, прогрессирование, приводит к поздней диагностике на стадии необратимых бронхообструктивных нарушений и выраженных дыхательных расстройств [1, 3, 5].

Все это обусловило актуальность проведения исследования, целью которого явилось изучение неко-

торых особенностей течения ХОБ у рабочих горно-рудной промышленности с учетом профессии, стажа и возраста работающих.

Объект и методы исследований. Под нашим наблюдением находилась группа больных ХОБ из числа стажированных рабочих горнорудной промышленности основных профессий: проходчики — 19, бурильщики — 20, горнорабочие очистного забоя (ГРОЗ) — 23, крепильщики — 19, слесари и электрослесари — 40, инженерно-технические работники (ИТР) — 53, водители технологического транспорта — 34.

В течение пятилетнего периода клинических наблюдений за горнорабочими с учетом их стажа работы в неблагоприятных условиях и возраста определялось: