

Н.В. Черепій

Вінницький медичний університет імені М. І. Пирогова

Поширеність недіагностованого хронічного обструктивного захворювання легень серед осіб, що вважають себе здоровими

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, рання діагностика, поширеність ХОЗЛ, кашель, задишка.

В останні роки відмічається зростання числа хронічних захворювань органів дихання. Особливе місце серед яких посідає хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що являє значну медичну та соціальну проблему [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на сьогоднішній день в світі близько 210 млн. чоловік страждає на це захворювання [3].

До недавнього часу в Україні відсутня достовірна інформація щодо розповсюдженості ХОЗЛ, так як захворювання не було виділено як окрема нозологічна одиниця в обліково-звітній статистичній документації. Виділення ХОЗЛ у окрему статистичну графу вже сьогодні дало суттєвий результат. Якщо у 2006 році було зареєстровано 377 267 випадків ХОЗЛ, то в 2010 році даний показник становив 420 083, тобто вперше було діагностовано 42 816 випадків захворювання [2]. Однак за попередніми даними неофіційної статистики сучасна епідеміологічна ситуація характеризується захворюваністю на ХОЗЛ на рівні 7 % населення України або приблизно 3 млн. осіб [4]. При цьому, показники інвалідності та смертності найстрімкіше зростають, насамперед, серед чоловіків працездатного віку.

Проблема діагностики та лікування ХОЗЛ аргументовані наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р., відповідно якого ХОЗЛ – це поширене захворювання, що можна попередити та лікувати, яке характеризується стійким, зазвичай прогресуючим, обмеженням прохідності дихальних шляхів та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на дію шкідливих часток та газів.

Попри суттєву інформаційну активність, широке впровадження спірографії, проблема діагностики ХОЗЛ залишається однією з актуальних. По перше, при появі таких симптомів як задишка та кашель, пацієнти не одразу звертаються за медичною допомогою. По друге, поява цих симптомів часто асоціюється з розвитком симптомів серцево-судинних захворювань. По третє – більшість лікарів загальної практики недооцінюють значення факторів ризику, що сприяє діагностиці ХОЗЛ у більшості випадків середньої тяжкості та тяжкого. Отже, роботи, що демонструють істину поширеність недіагностованого ХОЗЛ, розробляють алгоритми діагностики та відбору пацієнтів для подальшого обстеження є актуальними та сучасними.

Мета роботи: встановити поширеність недіагностованого ХОЗЛ різних ступенів тяжкості серед осіб, що регулярно проходять медичні огляди та вважають себе здоровими.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили у декілька етапів. На першому етапі проведено опитування за допомогою оригінальної анкети, створеної на основі опитувальників GOLD (2012, 2015 рр.) та наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. [5, 6]. Питання анкети дозволяють у бальному еквіваленті розподілити пацієнтів залежно від вираженості клінічних проявів респіраторних симптомів та факторів ризику виникнення ХОЗЛ (табл. 1).

Проанкетовано 525 осіб, старше 35 років, що не мали в анамнезі будь-яких хронічних захворювань органів дихання, середній вік ($46,7 \pm 6,3$) роки, серед них

Таблиця 1.

Анкета для ранньої діагностики ХОЗЛ				
Опитувальник Для виявлення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ)				
П.І.Б. _____		Стать _____		
Адреса _____		Телефон _____		
Дайте відповідь на нижче перераховані запитання, підкресливши цифру у верхньому правому куті квадрату				
1) Вказати свій вік (підкреслити)				
До 40 р. ¹	41-49 р. ²	50-59 р. ³	60-69 р. ⁴	>70 р. ⁵
2) Чи хворіли Ваші родичі на хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальну астму?				
Ніхто не ¹ хворів	Родичі по лінії ² батька або матері	Брати, сестри, ³ діти	Батькоабомати ⁴	Батько і мати ⁵
3) Стаж паління (підкреслити)				
Не палю ¹	До 5 років ²	5 – 10 років ³	11 – 20 років ⁴	21 – 30 років ⁵
4) Як часто Вас турбує кашель? (підкреслити)				
Не турбує ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
5) Чи відчуваєте Ви задишку при незначному фізичному навантаженні (підйом на сходах, швидка хода)?				
Не відчуваю ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
6) Протягом останнього року Ви хворіли гострими респіраторними інфекціями, бронхітом, грипом?				
1 раз ¹	2 рази ²	3 рази ³	4 рази ⁴	5 разів ⁵
7) Чи буває у Вас відчуття свистячого дихання та стиснення в грудях?				
Не буває ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
8) При контакті з певними запахами, пилом, парфумами, аерозолями у Вас може виникнути кашель, утруднене дихання, чхання?				
Не виникає ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
9) Чи виникали у Вас раніше нежить, свербіж, висипка на тілі при застосуванні ліків, укусах комах, їжі?				
Не виникали ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
10) При переході з теплого приміщення в холодне, або з холодного в тепле у Вас виникає кашель, погіршується дихання?				
Не виникає ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
Підрахуйте загальну суму балів _____				
Опитувальник складено відповідно до наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р.				

чоловіків було 291 (55,4 %), середній вік ($46,7 \pm 6,3$) роки, жінок – 234 (44,6 %), середній вік – ($56,7 \pm 4,7$) років. Всі проанкетовані працювали в організованому колективі та регулярно двічі на рік проходили медичні огляди.

Згідно розробленої анкети мінімальна кількість балів, яка була визначена нами під час анкетування, склала 10 і максимальна – 29 балів. Середній визначений бал становив ($19,4 \pm 1,6$), медіана – 18 і інтерквартильний розмах 12 і 24. У 78 % осіб з індексом Тіфно > 70 % було виявлено 10–14 і лише в 21 % – 15–18 балів. Для прогнозування відсутності бронхообструктивного синдрому оптимальною є величина < 15 балів за розробленою анкетною. В осіб з індексом Тифно ≤ 70 % оптимальними балами для діагностики бронхообструктивного синдрому є величина 19–25 балів. З приводу цього в подальшому в якості діагностичних критеріїв бронхообструктивного синдрому нами була взята величина >18 балів. Для такої величини балів інформативність прогнозування склала 94 %, чутливість – 91 % і специфічність – 100 %.

На наступному етапі у осіб, які набрали 18 та більше балів, було проведено спірографія з бронходилатуючим тестом з використанням 400 мкг салбутамола та проведено опитування за модифікованою анкетною оцінкою задишки медичної дослідницької ради (мМДР) та тестом з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) для визначення клінічної групи ХОЗЛ, що регламентовано наказом МОЗ України №555 від 27.05.2013 р. Обстежено

Таблиця 2

Статтєво-вікова характеристика обстежених

Характеристика	Всього (n = 136)	
	Абс.	%
Чоловіки	81	59,6
Жінки	55	40,4
Вік 35-50 років	80	58,8
Вік 50-59 років	36	26,5
Вік 60-69 років	16	11,8
Вік старше 70 років	4	2,9

136 пацієнтів віком від 38 до 77 (середній вік – $51,5 \pm 0,8$ років). Статтєво-вікова характеристика обстежених представлена в таб. 2.

Серед обстежених було 81 (59,6 %) чоловіків та 55 (40,4 %) – жінок. Співвідношення чоловіків до жінок 1,5 до 1,0 ($p = 0,006$). Віковий розподіл обстежених продемонстрував, що достовірно найбільша частка обстежених була у віці до 50 років ($p < 0,0001$) і найменша частка – у віці старше 70 років ($p < 0,006$).

Статистичну обробку отриманих результатів виконували на персональному комп'ютері за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програм Microsoft Excel 2003 iStatSoft „Statistica» v. 6.1, (Ліцензійна версія №BXXR901E246022FA належить медико-діагностичному центру Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова), згідно з рекомендаціями (Реброва О.Ю., 2006). Вірогідними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки $p < 0,05$.

Результати дослідження

Серед 525 проанкетованих у 216 (41,2 %) осіб було виявлено симптоми хронічних неспецифічних захворювань органів дихання. Жінок було 115 (53,2 %), чоловіків – 101 (46,8 %), і серед чоловіків і серед жінок переважали особи віком до 50 років.

При детальному обстеженні 136 пацієнтів із групи з високим ризиком розвитку ХОЗЛ за допомогою використання комп'ютерної спірографії встановлено, що серед обстежених у 79 (58,1 %) пацієнтів за результатами спірографії було виявлено зниження

індексу Тифно (ОФВ1/ЖЕЛ) менше 70 % та розцінено як вперше встановлений діагноз ХОЗЛ. У 57 пацієнтів (41,9 %), що набрали 18 та більше балів за анкетною, діагноз ХОЗЛ не верифікований (рис. 1).

У пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ за соціальним статусом переважали службовці – 44 (55,7 %), робітників було 35 (44,3 %). За матеріальним забезпеченням: як добре визначене в 23 (16,9 %), як середнє – у 92 (67,6 %), як погане – у 19 (14,0 %) і як вкрай погане – у 2 (1,5 %). У дослідженні суттєво переважали особи із середнім матеріальним забезпеченням ($p < 0,0001$) і найбільш рідко зустрічались хворі з вкрай поганим матеріальним забезпеченням ($p < 0,0001$).

Оцінена структура супутньої патології у групах пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ та без верифікованого діагнозу. Достовірної різниці між частотою супутньої патології з боку серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця), сечовидільної системи (пієлонефрити, сечо-кам'яна хвороба), та ендокринної системи (цукровий діабет, хвороби щитовидної залози) в обох групах опитаних виявлено не було. Достовірно частіше хворіли пацієнти з вперше виявленим ХОЗЛ на захворювання органів травлення – пептична виразка була у 21 (26,6 %) пацієнта з ХОЗЛ та у 7 (12,3 %) пацієнта без ХОЗЛ ($p = 0,04$); хронічний панкреатит відмічали у себе 35 (44,3 %) пацієнтів з ХОЗЛ та у 9 (15,8 %) пацієнтів без ХОЗЛ ($p = 0,0004$).

Таблиця 3. Структура супутньої патології					
Супутня патологія	Пацієнти з діагностованим ХОЗЛ, (n = 79)		Пацієнти без діагностованого ХОЗЛ, (n = 57)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Гіпертонічна хвороба	30	38,0	24	42,1	0,62
Ішемічна хвороба серця	11	13,9	8	14,0	0,98
Інфаркт міокарда в анамнезі	0	0	2	3,5	0,09
Цукровий діабет	4	5,1	2	3,5	0,66
Захворювання щитоподібної залози	8	10,1	4	7,0	0,52
Пептична виразка	21	26,6	7	12,3	0,04
Жовче кам'яна хвороба	8	10,1	2	3,5	0,14
Панкреатит	35	44,3	9	15,8	0,0004
Пієлонефрит	18	22,8	9	15,8	0,31
Сечокам'яна хвороба	20	25,3	11	19,3	0,40



Рис 1. Частка осіб з діагностованим ХОЗЛ після проведення спірографії

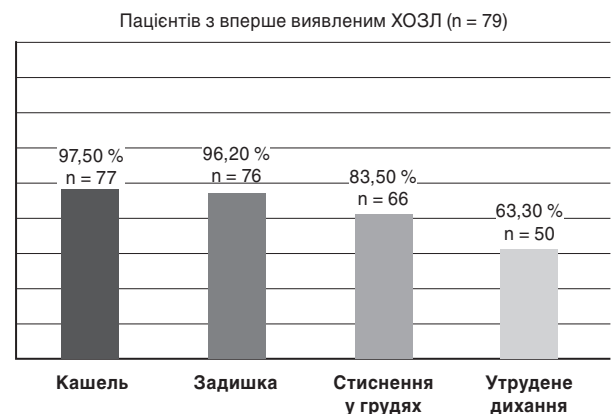


Рис 2. Оцінка симптомів ХОЗЛ серед пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ

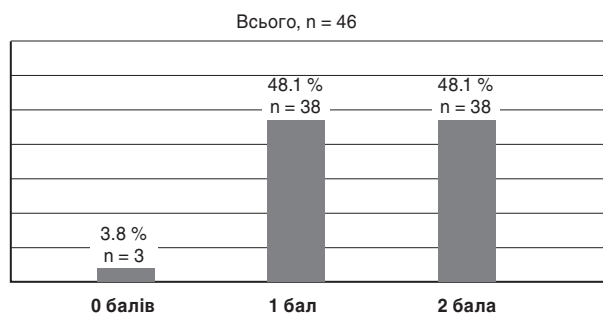


Рис 3. Ступінь задишки за шкалою mMDR у пацієнтів з виявленим ХОЗЛ, середній бал (1,44 ± 0,07)

Серед опитаних у яких було вперше діагностовано ХОЗЛ 53 (67,1 %) особи палили, у тому числі 7 (8,9 %) були колишні курці. Стаж паління (у тому числі і серед колишніх) складав (15,07 ± 0,95) років. Індекс паління становив 13,5 пачко/років. Ці показники були суттєво вищі ніж у групі без ХОЗЛ.

Ми оцінили частоту кашлю серед опитаних нами пацієнтів. Встановлено, що на кашель скаржились 77 (97,5 %) осіб з вперше діагностованим ХОЗЛ. На задишку при незначному фізичному навантаженні серед опитаних нами пацієнтів скаржились 76 осіб з ХОЗЛ (96,2 %). Виявлено, що на відчуття свистячого дихання, стиснення у грудях скаржаться 66 осіб (83,5 %). Проведена оцінка частоти виникнення утрудненого дихання серед обстежених нами пацієнтів з вперше встановленим діагнозом. Цю скаргу відмічають 50 осіб (63,3 %).

Ступінь задишки оцінена за шкалою mMDR і встановлено, що найчисленніші групи, це ті до яких віднесені пацієнти, що набрали 1 та 2 бали – по 38 осіб (по 48 %).

Ми розподілили пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ на клінічні групи. До групи А – низький ризик несприятливих подій у майбутньому, невелика кількість симптомів віднесено 28 осіб (35,4 %), група В-низький ризик несприятливих подій у майбутньому, велика кількість симптомів – 19 осіб (24,0 %) група С-високий ризик несприятливих подій у майбутньому, невелика кількість симптомів – 12 (15,0 %); група Д – високий ризик несприятливих подій у майбутньому, велика кількість

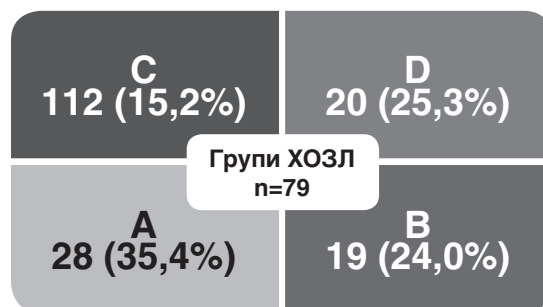


Рис 4. Клінічні групи ХОЗЛ у осіб з вперше виявленим захворюванням

симптомів – 20 осіб (25,3 %). Варто відмітити, що серед пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ (рис. 4).

Висновки

Враховуючи, що ХОЗЛ займає лідируючі позиції у світі за поширеністю, смертністю, інвалідністю та має несприятливий вплив на якість життя, рання діагностика цього захворювання має принципове значення для подальшого лікування даної патології.

Нами встановлено, що серед осіб, які регулярно проходять медичні огляди, 216 осіб (41,1 %) за результатами анкетування пред'являють різні респіраторні симптоми, характерні для захворювань органів дихання. Серед цих пацієнтів у 79 (58,1 %) за результатами спірографії було діагностовано вперше діагноз ХОЗЛ.

Отже, наш аналіз дозволяє стверджувати, що існує суттєвий прошарок осіб з недіагностованим ХОЗЛ. Так в групі осіб, що регулярно проходять медичні огляди недіагностований ХОЗЛ становить 14,9 %. Ці пацієнти пред'являли скарги на кашель, задишку, утруднене дихання, що не були враховані лікарями загальної практики. При чому у 59,0 % діагностовано ХОЗЛ групи А та В, тоді як у 41 % осіб – групи С та Д.

Результати проведених досліджень дозволять розробити, науково обґрунтувати та впровадити в діяльність закладів охорони здоров'я оригінальну анкету відбору пацієнтів для послідовного функціонального обстеження.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень»
2. Современные подходы к диагностике и лечению ХОЗЛ: украинские специалисты стараются идти в ногу со временем: материалы II Наук.-практ. конф. [«Актуальні проблеми лікування хворих хронічним обструктивним захворюванням легень»], (Київ, 12 квіт. 2012 р.). Нац. ін-т. фтиз. та пульм. ім. Ф. Г. Яновського НАМН України. – Здор. Укр., 2012. – № 10 (287) – С. 20–22.
3. Фещенко, Ю. И. Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, А. Я. Дзюблик, В. Г. Гаврисюк // Здоров'я України. – 2011. – С. 10–11.
4. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні за 2008–2010 рр. / М. І. Линник [та ін.]. – К., 2011. – 34 с.

References

1. Nakaz MOZ Ukraïni vid 27.06.2013 № 555 «Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medikotekhnologichnikh dokumentiv zi standartizatsiï medichnoiï dopomogi pri khronichnomu obstruktyvnomu zakhvoryuvanni legen'» (Order of MOH of Ukraine dated 27.06.2013 № 555 «On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of care in chronic obstructive pulmonary disease»).
2. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu KhOZL: ukrain-skie spetsialisty starayutsya idti v nogu so vremenem: materialy II Naук. prakt. konf. «Aktual'ni problemi likuvannya khvorikh khronichnim obstruktyvnim zakhvoryuvanniam legen'» (Modern approaches to the diagnosis and treatment of COPD: Ukrainian experts try to keep pace with the times Materials of the II science conference «Actual problems of treatment of chronic obstructive pulmonary disease»). Kіiv, 12 kvit. 2012. Nats. int. ftiz. ta pul'm. im. F.G. Yanovs'kogo NAMN Ukraïni. Zdor. Ukr. 2012;10(287):20–22.
3. Feshchenko YuI, Yashina LA, Dzyublik AY, Gavrisyuk VG. Aktual'nye problemy lecheniya bol'nykh

5. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with systemic inflammation [Elektronicsourse] / S. J. Kim [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2011. — Sep. № 15(9). — P. 1265–1270. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943856>

6. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program [Text] / S. Sidney, M. Sorel, C. P. Quesenberry [et al.] // Chest. — 2005. — Vol. 128. — P. 2068–2075.

7. Everhart, R. Validation of the asthma quality of life questionnaire with momentary assessments of symptoms and functional limitations in patient daily life [Text] / R. Everhart, J. Smyth // Respiratory Care. — 2012. — № 5. — P. 427–432.

khronicheskim obstruktyvnym zaboлевaniem legkikh (Actual problems of treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease). Zdorov'ya Ukraїni. 2011;10–11.

4. Linnik MI, et al. Porivnyal'ni dani pro rozpovsyudzenist' khvorob organiv dikhannya i medichnu dopomogu khvorim na khvorobi pul'monologichnogo profilu v Ukraїni za 2008–2010 (Comparative data on the prevalence of respiratory diseases and medical assistance to patients with pulmonary disease profile in Ukraine in 2008–2010). Kyiv, 2011. 34 p.

5. Kim SJ, et al. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with systemic inflammation. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2011;15(9):1265–1270. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21943856>

6. Sidney S, Sorel M, Quesenberry CP, et al. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. Chest. 2005;128:2068–2075.

7. Everhart R, Smyth J. Validation of the asthma quality of life questionnaire with momentary assessments of symptoms and functional limitations in patient daily life. Respir Care. 2012;5:427–432.

Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2017, № 1

Н.В. Черепій, аспірантка кафедри

пропедевтики внутрішньої медицини

Вінницький медичний університет ім. М.І. Пирогова

вул. Козацька, 25, кв. 10, м. Славути, Хмельницька обл., 30000;

тел.: +38 (098) 221-46-40; e-mail: nataliya_cherepii@mail.ru