

# До питання про коморбідну патологію при хронічному обструктивному захворюванні легень та можливості проведення галоаерозольтерапії

**Лемко І.С., Джупіна С.М., Безушко Т.Ю., Михайлова М.І.**

*ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород*

---

**Вступ.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є важливою медико-соціальною проблемою, яка не втрачає своєї актуальності. За даними

ВООЗ, ХОЗЛ сьогодні посідає четверте місце у світі у структурі смертності, що становить 4,8% усіх причин смерті. За даними «Дослідження глобальної шкоди від

захворювань», до 2020 р. цей показник підніметься на третю сходинку. Зростання захворюваності на ХОЗЛ пов'язане зі старінням населення, збільшенням кількості курців, особливо серед осіб молодого віку, промисловими забрудненнями, несприятливими умовами праці як у міській, так і сільській місцевості, контактом з димами, металами, вугіллям, іншим промисловим запиленням, хімічними випарами тощо. Однією з причин, що погіршують прогноз у хворих на ХОЗЛ, є наявність супутньої патології, яка закономірно зростає з віком з 10% у 19 років до 80% у 80 років.

**Мета.** Оцінка ефективності галоаерозольотерапії (ГАТ) у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з супутньою патологією.

### Матеріали та методи

Було обстежено 158 хворих на ХОЗЛ, які проходили стаціонарне лікування в ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України», в тому числі чоловіків – 58%, жінок – 42%. Серед них осіб молодого віку (до 44 років) – 3%, середнього (45–60 років) – 41%, похилого (старше 61 року) – 56%. Давність захворювання до 5 років відмічена у 64 хворих, 6–10 років – у 40 обстежених, 11–19 років – у 31 хворого, а понад 20 років хворіли 23 пацієнти.

Діагноз ХОЗЛ базувався на клінічній картині та підтверджувався даними спірометрії: зменшення співвідношення об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду до форсованої життєвої ємності легень ( $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ}$ ) < 0,7 після прийому бронхолітика короткої дії. Дослідження проводили на апараті «Кардіо+» (Україна) при поступленні, в середині курсу лікування (на 10–11-й день) та у день виписки. Визначали  $\text{ФЖЄЛ}$ ,  $\text{ОФВ}_1$ , пікову об'ємну швидкість видиху (ПОШвид), максимальну об'ємну швидкість повітря на рівні видиху 25%  $\text{ФЖЄЛ}$  (МОШ25), МОШ50, МОШ75, МОШ25–75, співвідношення  $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ}$ .

Клінічна інтерпретація симптомів проводилась за тестом з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) та модифікованої шкали для тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (mMRC) – mMRC.

### Результати

Розподіл пацієнтів за класифікацією Глобальної стратегії з діагностики, ведення та запобігання ХОЗЛ (GOLD) відповідно до тяжкості обмеження повітряного потоку (GOLD1 – 4 пацієнтів з  $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЄЛ}$  < 0,7), груп ABCD за оцінкою симптомів і ризику загострень, структура супутньої патології представлені в таблиці і на рисунку.

Курс лікування ГАТ проводився за стандартною методикою. В 1-й день хворі перебували у середовищі з високодисперсним аерозолем кам'яної солі 15 хв, на 2-й – до 30 хв, на 3-й – до 45 хв. З 4-го по 24-й день хворі щоденно отримували інгаляції аерозолі кам'яної солі протягом 60 хв (крім неділі). Всього – 20–21 сеанс.

Базову медикаментозну терапію ХОЗЛ призначали/корегували згідно з рекомендаціями

GOLD-2017 та наказу МОЗ України № 555 від 27.06. 2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень». Комплексна медикаментозна терапія охоплювала також лікування супутньої патології.

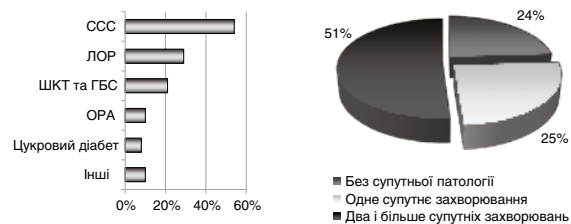
Значне покращення наприкінці курсу лікування відмічено у 4,4% (7) хворих: 3 пацієнтів групи А, GOLD1; 4 хворих групи В, GOLD1. Середній вік цієї групи становив  $54 \pm 4$  року, 85,7% (6) з них – жінки. Жоден з них не палив, виникнення ХОЗЛ пов'язували з частими респіраторними інфекціями. У 4 осіб діагностована супутня ЛОР-патологія, 2 – без супутньої патології, 1 – доброякісна гіперплазія щитоподібної залози, еутиреоз. Після курсу ГАТ хворих перестав турбувати кашель і задишка під час фізичного навантаження. Дихання було везикулярним, хрипи не вислуховувались.  $\text{ОФВ}_1$  підвищився в середньому на  $9 \pm 2,5\%$ , зберегалась лише незначна периферійна обструкція.

З покращенням виписано 85,4% (135) пацієнтів. Переважна більшість з них належали до групи В, GOLD2 – 60% (80); та групи А, GOLD1 – 16,3% (22) пацієнтів. Середній вік становив  $60 \pm 5$  року, з них 57,8% (78) – чоловіки, 42,2% (57) – жінки. 56% (76) пацієнтів ніколи не палили. В інших середній стаж паління становив  $9,8 \pm 1,5$  пачко-років. Серед курців на час лікування продовжували палити 27 хворих (45,7%). Супутні захворювання перебували в стадії ремісії, або їх перебіг був добре контрольований медикаментозно.

Кашель зберігався у вигляді легкого покашлювання у 55% (74) пацієнтів з виділенням незначної

**Таблиця. Розподіл пацієнтів відповідно до тяжкості обмеження повітряного потоку та оцінкою симптомів і ризику загострень**

Групи пацієнтів	GOLD1 $\text{ОФВ}_1 \geq 80\%$ від належного	GOLD2 $50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ від належного	GOLD3 $30\% < \text{ОФВ}_1 < 50\%$ від належного	GOLD4 $\text{ОФВ}_1 < 30\%$ від належного
A	18% (28)	3% (5)		
B	3% (5)	55% (87)		
C			14% (22)	
D			7% (11)	



**Рисунок. Структура супутньої патології у хворих на ХОЗЛ**

Інші\* – шкірні хвороби, захворювання щитоподібної залози, хвороби сечовидільної системи, тощо; захворювання: ШКТ – шлунково-кишкового тракту, ССС – серцево-судинної системи, ГБС – гепатобіліарної системи; ОРА – опорно-рухового апарату.

кількості слизового мокротиння (при поступленні скаржились на помірний кашель з виділенням в'язкого слизового/слизово-гнійного мокротиння 86,5% (116 пацієнтів). Характер дихання змінився з жорсткого на везикулярний у 75,8% (102) пацієнтів. Поодинокі сухі хрипи під час форсованого видиху зберігались у 20,7% (28) хворих (всі вони належали до групи С, D). Зменшення задишки, достовірне покращення спірометричних показників відмічено у 80% (60) пацієнтів.

Без змін виписано 10,2% (16) осіб: 3 хворих групи А, GOLD1; 1 – групи А, GOLD2; 7 – групи В, GOLD2; 2 – групи С, GOLD2; 3 – групи D GOLD3. Середній вік становив  $66 \pm 3,5$  року, 81,3% (13) чоловіків, 18,7% (3) жінок. Стаж паління –  $21,4 \pm 3,6$  пачко-років, 62,5% (10) з них продовжували палити. Структура супутніх захворювань мала наступний вигляд: 2 пацієнти – ЛОР-патологія, 2 – захворювання травного тракту, 6 – захворювання ССС, 6 – поєднання захворювань ССС та травного тракту, ГБС або сечовивідної системи. Всі пацієнти з супутньою патологією ССС (75% цієї групи) потребували корекції медикаментозного лікування, в основному антигіпертензивних засобів, з урахуванням їх небажаних побічних ефектів щодо перебігу та посилення симптомів ХОЗЛ. Короткочасне підвищення артеріального тиску спостерігалось у 4 пацієнтів і не потребувало відміни ГАТ.

У 7 хворих групи В, GOLD2; 2 – групи С, GOLD2; 3 – групи D, GOLD3 зберігався кашель з виділенням помірної кількості в'язкого мокротиння. У 3 пацієнтів зберігався слизово-гнійний характер мокротиння. Турбувала помірна (група В, GOLD2) та досить значна (група С, GOLD2; група D, GOLD3) задишка під час фізичного навантаження. Жорсткувате дихання, поодинокі сухі хрипи в легенях – у пацієнтів групи В, GOLD2. Жорсткувате або ослаблене дихання з помірною кількістю сухих хрипів – у пацієнтів групи С, GOLD2; групи D, GOLD3. Зміни спірометричних показників були недостовірними.

### Висновки

Проведення ГАТ у хворих з коморбідною патологією не призводить до загострення останньої за умови її компенсації та відповідного базового лікування.

У хворих з ХОЗЛ, які мають супутню патологію, ГАТ є ефективною, забезпечує полегшення клінічних симптомів і покращення функції зовнішнього дихання у переважної більшості пацієнтів (89,8%). Доцільним є застосування комплексного підходу до лікування, спрямованого на корекцію та контроль проявів супутніх захворювань, з урахуванням небажаних побічних ефектів медикаментів щодо перебігу та посилення симптомів ХОЗЛ.