

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ
І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМЕНІ Ф.Г.ЯНОВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»**

ЧЕРЕПІЙ НАТАЛІЯ ВІКТОРІВНА

УДК:616.233-002.2-056.2-071

**ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ОСІБ, КОТРІ ВВАЖАЮТЬ
СЕБЕ ЗДОРОВИМИ**

14.01.27 – пульмонологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Київ – 2019

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І. Пирогова

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор

РАСПУТІНА Леся Вікторівна,

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Ячник Анатолій Іванович,**

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім.Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», головний науковий співробітник клініко-функціонального відділення.

доктор медичних наук, професор **Островський Микола Миколайович,**

ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет», завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб.

Захист відбудеться «13» травня 2019 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

Автореферат розісланий «12» квітня 2019 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради



О.О. Речкіна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є важливою проблемою як в медико-соціальному, так і в економічному аспектах. Захворюваність та смертність від ХОЗЛ прогресивно зростають в Україні та в усьому світі (Фещенко Ю.І., 2013, Дзюблик О.Я., 2013). ХОЗЛ зумовлює значні економічні витрати, суттєво впливає на якість життя (ЯЖ) та зумовлює стійку втрату працездатності пацієнтів старше 40 років (Фещенко Ю.І., 2012; Akazava M., 2011). Загально відомо, що це поширене захворювання, яке можна лікувати та попередити (Яшина Л. А., Поточняк Е. В., 2013).

У світі близько 9-10 % населення хворіють на ХОЗЛ. Проблема ХОЗЛ на сьогодні стає ще більш гострою через несвоєчасне виявлення захворювання, а часто і неадекватне лікування (Фещенко Ю.І., 2013). Реальна поширеність цього захворювання невідома. Так, у США діагностовано понад 10 млн пацієнтів із ХОЗЛ, в той же час реальна кількість осіб може бути більшою в 2-3 рази (Mark B. Stephens, 2008). За даними європейського респіраторного та американського торакального товариств лише 25 % всіх випадків ХОЗЛ діагностуються на початкових стадіях. У більшості дані статистики ґрунтуються на зверненні пацієнтів за медичною допомогою, що на 2-10 разів нижчі за реальну епідеміологічну поширеність. Отже, проблема ранньої діагностики захворювання є актуальною та своєчасною, що може суттєво вплинути на лікування та попередження прогресування захворювання.

Діагностика ХОЗЛ базується на оцінці симптомів захворювання, а саме: задишки, кашелю, виділення харкотиння та аналізі ймовірних факторів ризику, особливо паління, професійних чинників (Островський М.М., 2013; Яшина Л.О., 2013). В той же час на початкових етапах захворювання пацієнти, як правило, не звертаються за медичною допомогою. Пацієнти з ХОЗЛ, які переважно є особами старших вікових груп, адаптують свій спосіб життя до фізичних можливостей, що поступово знижуються (Перцева Т.О., 2015). Отже існує необхідність створення скринінгових методик, що направлені на виділення пацієнтів високого ризику ХОЗЛ для проведення спірографічного дослідження.

Відомі на сьогодні результати скринінгових досліджень дозволяють виявляти чимало нових випадків ХОЗЛ. Більшість цих досліджень проведено серед осіб певних груп ризику. Існує точка зору щодо необхідності дослідження ФЗД у всіх осіб старше 40 років з клінічними симптомами бронхіальної обструкції (Taylor D.R., 2011).

Результати ранньої діагностики ХОЗЛ коливаються у досить широкому діапазоні від 3 % до 42,7 % (Barms P.J. 2009; Halbert R.J. et al 2006). Отже відсутні стандартизовані методи ранньої діагностики ХОЗЛ.

Враховуючи, що діагноз ХОЗЛ має вперше встановлюватись сімейним лікарем, найбільш ефективним для ранньої діагностики може бути використання опитувальників. Відомі спеціальні анкети, за

допомогою яких оцінюють основні симптоми та фактори ризику ХОЗЛ, однак вони громіздкі, переобтяжені та не адаптовані до загального застосування.

Відомо, що ХОЗЛ суттєво впливає на параметри ЯЖ, що стосується як фізичної, так і психічної компоненти ЯЖ. Однак даних, що свідчили б про особливості ЯЖ у пацієнтів з вперше виявленим захворюванням не існує.

Паління розглядають як основний фактор ризику виникнення ХОЗЛ. Смертність у осіб, котрі палять, суттєво вища, у них частіше діагностують загострення захворювання. Припинення ж паління на будь-якому з етапів перебігу ХОЗЛ уповільнює прогресування хвороби (Johannesen A., 2015).

В Україні не прийнято в рутинній практиці застосовувати антисмокінгові програми. З однієї сторони пацієнти не звертаються за допомогою, не визнають це проблемою. Лікарі ж не ініціюють оцінку ступеня нікотинової залежності, не акцентуються на важливості відмови від паління. Отже, попри констатацію впливу паління на виникнення та перебіг ХОЗЛ, відсутні дані про ефективність проведення антисмокінгових програм.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова «Особливості діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів у разі їх поєднання: фармакоепідеміологічні, фармакоеконічні аспекти, показники якості життя» (№ державної реєстрації 0115U006745).

Мета роботи: підвищити ефективність діагностики ХОЗЛ шляхом скринінгового та функціонального обстеження контингенту осіб, котрі вважають себе здоровими.

Завдання дослідження:

1. визначити групу осіб, котрі мають високий ризик наявності ХОЗЛ на основі використання оригінальної анкети;
2. встановити частоту недіагностованого ХОЗЛ у осіб, які вважають себе здоровими;
3. визначити особливості перебігу ХОЗЛ в осіб із вперше діагностованим захворюванням;
4. визначити параметри ЯЖ у пацієнтів із вперше виявленим ХОЗЛ;
5. оцінити ефективність психокорекційної програми у осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ, котрі палять.

Об'єкт дослідження: хронічне обструктивне захворювання легень.

Предмет дослідження: фактори ризику ХОЗЛ, клініко-функціональна характеристика ХОЗЛ, показники ЯЖ.

Методи дослідження: загальноклінічні (опитування, огляд хворих, збір анамнезу) та інструментальні (комп'ютерна спірометрія) методи обстеження хворих на ХОЗЛ згідно Наказу МОЗ України № 555 (2013 р.); анкетування за допомогою оригінальної анкети для ранньої діагностики ХОЗЛ; визначення ступеню виразності задишки згідно модифікованої шкали задишки mMRC; визначення загального самопочуття хворих на ХОЗЛ згідно COPD Assessment Teste; визначення параметрів ЯЖ у пацієнтів із вперше виявленим ХОЗЛ за українською версією міжнародного опитувальника MOS SF-36 (Фещенко Ю.І., Мостовой Ю.М., Бабійчук Ю.В., 2002); оцінка нікотинової залежності; проведення групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління; статистичні методи аналізу.

Наукова новизна дослідження. Вперше виділено групу осіб високого ризику наявності ХОЗЛ шляхом скринінгового анкетування за допомогою оригінального опитувальника.

Вперше встановлено, що застосування оригінальної анкети дозволяє діагностувати ХОЗЛ у 58 % осіб високого ризику, які вважали себе здоровими.

Доповнено наукові дані щодо показників ЯЖ хворих на ХОЗЛ. У пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ параметри ЯЖ нижчі, ніж у осіб без встановленого захворювання. Визначено, що фізична компонента ЯЖ має від'ємний кореляційний зв'язок зі ступенем задишки за mMRC ($r = -0,51$, $p = 0,0001$) та слабкий зв'язок з індексом коморбідності Чарлсона ($r = -0,23$, $p = 0,003$). Психічна компонента корелює зі ступенем задишки за mMRC ($r = -0,33$, $p = 0,0001$) та стажем палінням ($r = -0,34$, $p = 0,001$).

Вперше було проведено групову психокорекційну роботу по формуванню мотивації для відмови від паління серед осіб із встановленим ХОЗЛ, котрі палили. Серед цих осіб 83 % були зацікавлені відмовитись від паління та прийняли участь у тренінгу. Проте мала місце низька мотивація до відмови від паління, про що свідчить скорочення запланованого курсу тренінгу з 5 до 3 занять. Встановлено, що метод групової психокорекції є ефективним у 71 %.

Практичне значення роботи. Запропоновано використання оригінальної анкети для детальної оцінки симптомів ХОЗЛ. Анкета дозволяє виділити групу осіб з високим ризиком наявності ХОЗЛ для наступного спірографічного дослідження.

У роботі проаналізовані дані щодо розповсюдження недиагностованого ХОЗЛ серед осіб старше 35 років, котрі працювали на одному підприємстві та проживали в однакових умовах. Наявність кашлю, задишки, епізодів свистячого дихання у хворих потребує обов'язкового проведення спірографії для виявлення ХОЗЛ та інших обструктивних захворювань органів дихання.

Ризик виникнення ХОЗЛ зростає у пацієнтів, які палять, з індексом в середньому 13,5 пачко/років та відмічають респіраторні захворювання більше 2 раз протягом останнього року.

Серед осіб, котрі палять обов'язково слід оцінювати ступінь нікотинової залежності на будь-якому етапі надання медичної допомоги.

Встановлено, що 58,0 % осіб з вперше діагностованим ХОЗЛ бажають позбутись звички палити. Виявлено, що 28,9 % учасників тренінгу повідомили, що повністю відмовились від тютюнопаління. Не полишали паління після тренінгу 11 осіб. Отже проведення психокорекції є дієвою методикою впливу на припинення паління, що має застосовуватись на всіх етапах надання медичної допомоги.

Впровадження результатів роботи в практику. Матеріали дисертації впроваджені в практичну діяльність пульмонологічного, терапевтичного, кардіологічного відділень міської клінічної лікарні №1, центру первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Вінниці, пульмонологічного та кардіологічного відділень обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, терапевтичного відділення Славутської центральної районної лікарні, Шепетівської центральної районної лікарні, Ізяславської центральної районної лікарні.

Результати дослідження запропоновані до використання в науково-педагогічному процесі кафедр пропедевтики внутрішньої медицини та внутрішньої медицини №3 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є науковим дослідженням автора, якій належить розробка плану дисертації, визначення мети, завдань дослідження, опанування та впровадження методів обстеження хворих ХОЗЛ, дослідження показників ЯЖ.

Автором самостійно виконаний відбір, обстеження тематичних хворих, аналіз та узагальнення результатів, статистичне опрацювання матеріалу, написання статей, оформлення дисертаційної роботи. Разом з науковим керівником сформульовані висновки та практичні рекомендації. Здобувачем не використовувались розробки та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертаційної роботи були висвітлені в доповідях та обговорювались на VI Науково-практичній конференції молодих вчених м. Вінниця, 2015); міжнародній науково-практичній конференції “Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень” (м. Львів, 2014); конференції молодих вчених кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, присвяченої 80-річчю створення кафедри (м. Вінниця 2015); XIII міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених “Перший крок в науку - 2016” (м. Вінниця, 2016); II міжнародній науково-практичній конференції “Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів” (м. Івано-

Франківськ-Яремче, 2016); науково-практичній конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої дню науки “Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики” (м. Харків, 2014); XXXIII всеукраїнської науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів “Ліки – Людині. Сучасні проблеми фармакотерапії і призначення лікарських засобів” (м. Харків, 2016); терапевтичної науково-практичної конференції молодих вчених ВНМУ імені М.І. Пирогова (м. Вінниця, 2017). На європейському респіраторному конгресі (Лондон, 2016).

Публікації. За результатами дисертації опублікована 21 робота: 9 статей, з них 8 у фахових виданнях, рекомендованих МОН України (4 – одноосібних), 1 стаття у міжнародному виданні, 12 тез – в збірниках матеріалів з’їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій.

Обсяг і структура дисертаційної роботи. Дисертація викладена на 200 сторінках машинопису, містить 46 таблиць, ілюстрована 67 рисунками. Складається зі змісту, переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, розділу «Об’єкти та методи дослідження», 4 розділів власних досліджень, обговорення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, що налічує 166 найменувань (42 вітчизняних та 122 зарубіжних), 12 додатків.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до поставленої мети та завдань дослідження робота була виконана у декілька етапів. На першому етапі було створено оригінальну анкету з метою виявлення осіб високого ризику наявності ХОЗЛ. Анкета створена на основі відомих опитувальників щодо виявлення обструктивних захворювань органів дихання та рекомендацій GOLD 2013 р. та Наказу №555 МОЗ України від 27.06.2013 року. Питання анкети дозволяють оцінити наявність та ступінь виразності симптомів та факторів ризику ХОЗЛ. Проведено оцінку наявності та ступеня основних симптомів ХОЗЛ: кашлю, задишки, ядухи, стиснення у грудях та інше. Оцінено основні фактори ризику ХОЗЛ, а саме: паління, обтяжену спадковість, часті респіраторні захворювання органів дихання. Відповіді на питання представлені в балах від 1 до 5. Анкета може застосовуватись на будь якому прийомі лікаря, дозволяє в короткий термін і в зручному для лікаря та пацієнті форматі визначити групи осіб з високим ризиком наявності ХОЗЛ.

На наступному етапі проведено анкетування 525 осіб, які працювали на одному підприємстві (Хмельницькій атомній станції) та проживали в одній місцевості і в однакових умовах. Всі проанкетовані за результатами радіаційно-гігієнічної характеристики робочих місць не піддавалися впливу іонізуючого випромінювання.

За результатами анкетування виділено групу осіб високого ризику наявності ХОЗЛ. Визначення групи високого ризику проведено на основі спірографічного обстеження осіб, котрі набрали різну кількість балів за оригінальною анкетною. Встановлено, що при 18 та більше балах за анкетною інформативність прогнозування наявності ХОЗЛ складає 94 %.

На наступному етапі проведено клініко-функціональне обстеження 136 осіб високого ризику наявності ХОЗЛ. Встановлення типу та ступеню вентиляційної недостатності визначали шляхом спірографії на комп'ютерному спірографі «Master Scope PC» (Erich Jaeger, Німеччина, 2013). Проводився бронходилятаційний тест (реєстрація спірограми через 20 хвилин після інгаляції 400 мкг сальбутамолу). Тест вважався позитивний за наявністю приросту $ОФВ_1$ більше ніж на 15 % або 200 мл.

Для оцінки симптомів ХОЗЛ нами були застосовані Модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради (Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale) та Тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)). Шкала mMRC відображує один симптом – задишку, тест оцінки ХОЗЛ більш повно відображає вплив захворювання на повсякденну активність хворого та його самопочуття.

Параметри ЯЖ ХОЗЛ досліджували за допомогою української версії (переклад та адаптація до України) Міжнародного опитувальника з якості життя Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36). Він користується найбільшою популярністю саме завдяки тому, що дає змогу оцінити ЯЖ респондентів з різними нозологіями та порівняти показники із популяцією здорових осіб віком від 14 років та старше.

Серед існуючих методів лікування нікотинової залежності обрана методика проведення групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління. Метою проведення психологічного тренінгу було підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління, що сприятиме повній або частковій відмові від паління. Об'єктом дослідження виступала мотиваційна сфера особистості.

Психокорекційна робота по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління включала в собі наступні етапи:

1. Знайомство учасників тренінгу. Створення робочої атмосфери в групі.
2. Визначення попередньої мотивації учасників тренінгу до припинення тютюнопаління та готовності до психокорекційної роботи.
3. Інформаційно-психокорекційна робота.
4. Мотиваційно-корекційна робота.
5. Підтримка готовності до змін.
6. Психокорекція стану мотивації учасників групи в намірах залишити тютюнопаління.

7. Адаптація і підтримка учасників групи у відмові від тютюнопаління.
8. Психодіагностика стану учасників групи.
9. Завершальний етап і підтримка наміру відмови від тютюнопаління.

Серед пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ 38 осіб, які палили, прийняли участь у групових заняттях з психокорекційної роботи по формуванню у них мотивації до припинення паління.

Результати дослідження та їх обговорення.

За допомогою оригінальної анкети проанкетовано 525 осіб, середній вік ($46,7 \pm 6,3$) роки, серед них чоловіків було 292 (55,4 %), середній вік ($46,7 \pm 6,3$) роки, жінок – 233 (44,6 %), середній вік ($56,7 \pm 4,7$) років, які не мали хронічних неспецифічних обструктивних захворювань органів дихання в анамнезі. Всі проанкетовані працювали в організованому колективі та регулярно проходили медичні огляди.

За результатами анкетування всі обстежені розподілені на дві групи: 1 група – проанкетовані, котрі за результати опитування набрали 18 та більше балів – особи високого ризику наявності ХОЗЛ та 2 група – пацієнти низького ризику ХОЗЛ – набрали менше 18 балів за опитувальником.

За результатами анкетування 226 осіб віднесені до групи високого ризику наявності ХОЗЛ, серед них 101 (46,8 %) чоловік та 115 (53,2 %) жінок. У групі осіб високого ризику наявності ХОЗЛ достовірно переважали обстежені віком 40-49 років над пацієнтами віком 50-59 років ($p = 0,05$) та старше 60 років ($p = 0,05$). Такий віковий розподіл спостерігався як в цілому в групі, так і серед чоловіків.

У групі високого ризику наявності ХОЗЛ достовірно більше було осіб, які палили на відміну від пацієнтів, котрі не увійшли до групи високого ризику ХОЗЛ ($p < 0,05$) (табл.1). Серед осіб високого ризику палили 17 (19,3 %) жінок та 71 (80,7 %) чоловік, ($p = 0,05$). Достовірно частіше у осіб високого ризику ХОЗЛ встановлено обтяжений сімейний анамнез ($p = 0,001$) та респіраторні захворювання протягом останнього року 2 та більше раз ($p = 0,001$). На часті респіраторні захворювання вказували достовірно частіше жінки ніж чоловіки з групи високого ризику ХОЗЛ ($p = 0,005$).

Достовірно частіше у осіб високого ризику ХОЗЛ встановлено обтяжений сімейний анамнез ($p = 0,001$) та респіраторні захворювання протягом останнього року 2 та більше раз ($p = 0,001$). На часті респіраторні захворювання вказували достовірно частіше жінки ніж чоловіки з групи високого ризику ХОЗЛ ($p = 0,005$).

Достовірно частіше особи високого ризику наявності ХОЗЛ вказували на кашель ($p = 0,001$), задишку ($p = 0,001$) та епізоди свистячого дихання ($p = 0,002$) порівняно з проанкетованими низького ризику наявності ХОЗЛ (табл.1). Відсутня достовірна різниця між

чоловіками та жінками групи високого ризику наявності ХОЗЛ за частотою різних симптомів захворювання. За результатами спірографії, що проведена 136 особам високого ризику наявності ХОЗЛ, у 79 (58,0 %) осіб вперше діагностовано захворювання.

Встановлено, що серед осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ достовірно переважали чоловіки, а саме 47 (59,5 %), ніж жінки – 32 (40,5 %), ($p = 0,02$). Слід відмітити, що найбільше чоловіків з вперше виявленим захворюванням були у віці 41-50 років, тоді як серед жінок зростає суттєво частка осіб старше 60 років.

Встановлено, що пацієнти з вперше виявленим захворюванням достовірно частіше вказували на обтяжений сімейний анамнез (51,9 % та 47,4 %, $p = 0,05$) та відмічали респіраторні захворювання 2 та більше раз за останній рік (57 (72,2 %) та 32 (56,2 %), $p = 0,05$).

Таблиця 1

Порівняння анамнестичних даних та симптомів у осіб високого та низького ризику наявності хронічного обструктивного захворювання легень

Ознаки, що вивчались	I група, низький ризик ХОЗЛ (n=299)	II група, високий ризик ХОЗЛ (n=226)	P
Паління	91 (30,4 %)	88 (40,7 %)	< 0,05
Сімейний анамнез	11 (3,7 %)	124 (57,4 %)	0,001
Респіраторні захворювання 2 та більше за останній рік	86 (28,7 %)	120 (65,6 %)	0,001
Кашель	133 (44,4 %)	205 (94 %)	0,001
Задишка	98 (32,7 %)	202 (90 %)	0,001
Епізоди свистячого дихання	38 (12,7 %)	172 (83,4 %)	0,002

Примітки:

1. порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2 ;
2. різниця достовірна при $p < 0,05$.

Ми провели оцінку паління як одного з найпоширеніших факторів ризику ХОЗЛ. Встановлено, що особи з вперше діагностованим ХОЗЛ палили достовірно частіше, ніж пацієнти без верифікованого захворювання (57 (67,1 %) та 28 (49,2 %), $p = 0,005$); стаж паління теж достовірно був більшим в цій групі осіб ($18,1 \pm 1,97$ років та $15,1 \pm 0,95$ років, $p = 0,05$), як і індекс паління ($13,5 \pm 1,2$ пачко/років та $10,2 \pm 0,86$ пачко/років, $p = 0,05$). Серед осіб із вперше діагностованим

захворюванням достовірно частіше палили чоловіки – 34 (73,9 %), ніж жінки – 12 (26,1 %), $p = 0,0002$.

Встановлено, що кашель відмічали 77 (97,5 %) осіб, однаково часто чоловіки та жінки. Кашель найчастіше корелює з палінням ($r = 0,38$, $p = 0,0009$) та стажем паління ($r = 0,31$, $p = 0,0001$).

На задишку скаржились 76 (96,2 %) осіб. Найсильніший зв'язок відмічається між задишкою та стажем паління ($r = 0,45$, $p = 0,0001$) та задишкою та балом САТ ($r = 0,43$, $p = 0,0001$).

Серед пацієнтів із вперше діагностованим захворюванням достовірно більшим був індекс коморбідності Чарлсона (2 (1;3) та 1 (0;1), відповідно, $p = 0,005$), достовірно більше було осіб з індексом коморбідності ≥ 3 , відповідно (34 (43 %) та 12 (21,1 %), $p = 0,007$).

Серед об'єктивних симптомів у двох групах осіб не відмічалось різниці між частотою дихання, однак достовірно більшою була частота серцевих скорочень у пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ (74 (70;82) та 70 (70;78), $p = 0,004$); ступінь задишки за mMRC ($1,44 \pm 0,07$ та $0,96 \pm 0,09$, $p = 0,00001$) та кількість балів за тестом САТ ($18,8 \pm 0,8$ та $12,7 \pm 1,0$, $p = 0,00001$).

Враховуючи, що всі обстежені нами особи вважали себе здоровими та заперечували в себе будь-які хронічні захворювання органів дихання, цікавим є розподіл пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ на клінічні групи. Оскільки ми не маємо можливість точно оцінити кількість загострень ХОЗЛ за останній рік у осіб із вперше діагностованим захворюванням, ми розподілили усіх пацієнтів за кількістю симптомів на клінічну групу А та В. Розподіл на клінічні групи здійснювався згідно наказу №555 МОЗ України від 27.06.2013 року. Оцінка задишки за шкалою mMRC ≥ 2 і результат САТ ≥ 10 свідчать про вираженість симптомів. До групи А – віднесено 43 особи (54,4 %), середній вік ($47,6 \pm 2,4$) років; група В – 36 осіб (45,6 %), середній вік ($54,9 \pm 6,1$) років.

Отже, варто відмітити, що серед осіб із вперше виявленим ХОЗЛ майже 45 % пацієнтів мали велику кількість симптомів, що не було раніше оцінено лікарями, які проводили медичні огляди.

Розподіл чоловіків та жінок залежно від клінічних груп виявив певні відмінності. Так, до групи А віднесено 32 (40,5 %) чоловіка та 11 (13,9 %) жінок, ($p < 0,05$), до групи В увійшли 15 (19,0 %) чоловіків та 21 (26,6 %) жінка, ($p = 0,27$)(таб. 2).

Встановлено, що у чоловіків достовірно частіше ніж у жінок діагностовано клінічну групу А ($p < 0,05$). У жінок із вперше встановленим ХОЗЛ достовірно вищими були бали за тестом САТ ($p = 0,03$) та ступінь задишки за mMRC, ніж у чоловіків ($p = 0,009$).

Враховуючи, що клінічні групи ХОЗЛ достовірно не відрізнялись за основними клінічними симптомами, об'єктивними даними та

факторами ризику оцінили параметри ЯЖ та порівняли їх з особами без встановленого діагнозу ХОЗЛ.

Таблиця 2

Статеві-віковий розподіл пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ у різних клінічних групах

Характеристика	Клінічна група А (n=43)	Клінічна група В (n=36)
Всього, абс., %	43 (54,4 %)	36 (45,6 %)
Середній вік, роки	47,6±2,4	54,9±6,1
Чоловіки, абс., %	32 (74,4 %)*	15 (41,7 %)
Середній вік, роки	49,2±3,6	53,3±4,8
Жінки, абс., %	11 (25,6 %)	21 (58,3 %)*
Середній вік, роки	45,3±4,1	44,3±6,1

Примітки:

1. порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2 ;
2. * різниця достовірна при $p < 0,05$.

Встановлено, що параметри ЯЖ нижчі за основними компонентами (фізична, психічна та загальна компонента) між пацієнтами з вперше діагностованим ХОЗЛ та без захворювання (рис.1).

Показник життєздатності, що відображає як фізичну, так і психічну компоненту найнижчим був саме у пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ. Важливе значення має відсутність достовірної різниці між групою осіб з вперше виявленим ХОЗЛ та без захворювання стосовно оцінки свого самопочуття порівняно з минулим роком. Це дозволяє обґрунтувати ті дані, що пацієнти з ХОЗЛ на початкових стадіях не звертаються за медичною допомогою.

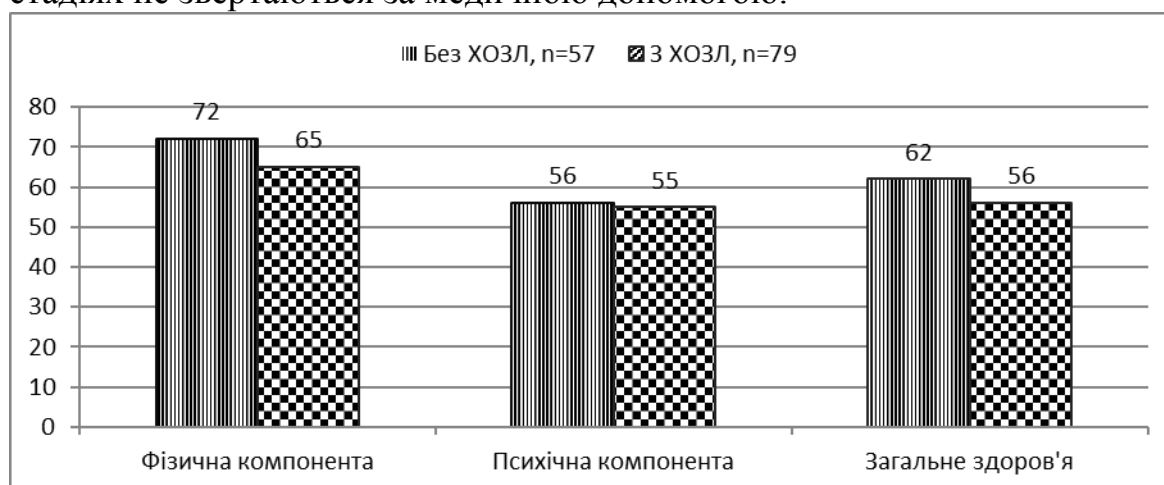


Рис. 1 Основні параметри якості життя у пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ та без встановленого діагнозу

Враховуючи, що найбільш суттєві відмінності між пацієнтами з ХОЗЛ та без захворювання відмічаються саме щодо фізичної компоненти ЯЖ, проведено кореляційний аналіз фізичної компоненти з клініко-функціональними параметрами у осіб із ХОЗЛ (табл.3).

Таблиця 3

Кореляційний зв'язок фізичної компоненти та клініко-функціональних параметрів пацієнтів із ХОЗЛ, n=79

Показник	Kenda ll tau	Z	p
ХОЗЛ GOLD 3	0,192	2,48	0,013
ХОЗЛ GOLD 2	-0,196	-2,54	0,011
ЧСС	-0,24	-3,14	0,0017
mMRC, бал	-0,51	-6,59	<0,0001
CAT, бал	-0,41	-5,35	<0,0001
Індекс коморбідності Чарлсона	-0,23	-2,94	0,003
Кількість респіраторних захворювань 3 за останній рік	-0,17	-2,24	0,025
Паління	-0,17	-2,15	0,031
Стаж паління	-0,21	-2,12	0,034

Примітки:

1. порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2 ;
2. різниця достовірна при $p < 0,05$.

Встановлено, що найтісніший зворотній зв'язок фізичної компоненти відмічається між балами mMRC ($r = -0,51$, $p < 0,0001$) та балами CAT ($r = -0,41$, $p < 0,0001$). Психічна компонента корелює зі ступенем задишки за mMRC ($r = -0,33$, $p = 0,0001$), стажем палінням ($r = -0,34$, $p = 0,001$).

Пацієнти з вперше діагностованим ХОЗЛ мали достовірно вищий рівень нікотинової залежності за тестом Фагерстрема, ніж особи без встановленого діагнозу, відповідно 34 (73,9 %) та 6 (26,1 %), $p = 0,0001$. Серед пацієнтів із діагностованим захворюванням 27 (58 %) осіб бажають кинути палити значно та в деякій мірі на відміну від осіб без встановленого діагнозу – 23 (40 %).

Серед існуючих методів лікування нікотинової залежності обрано проведення групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління. Метою проведення психологічного тренінгу було підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління, що сприяє повній або частковій відмові від паління. Слід відмітити, що попри високий ступінь нікотинової залежності та значній зацікавленості осіб, які палять та знають про встановлення діагнозу ХОЗЛ, дали згоду на участь в тренінгах 38 осіб (71,7 %). На друге заняття прийшли 24 пацієнта (52,2 %), на третє – 18

осіб (39,1 %). Отже, наразі відсутня мотивація щодо припинення паління у загальній популяції осіб. Попри відомості щодо наявності діагностованого ХОЗЛ та значення паління у його формуванні, більшість наших пацієнтів не готові прикладати будь-які зусилля для припинення паління.

Після проведення трьох занять психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління бажання робити спроби відмовитися від даної звички і надалі виявили 35 (92,1 %) осіб, а 11 (28,9 %) осіб з учасників тренінгу повідомили, що вони повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків)..

Проведено оцінку статусу паління через місяць після тренінгу у всіх учасників. Ці дані отримані шляхом телефонного опитування учасників. Виявлено, що 11 (28,9 %) учасників тренінгу повідомили, що повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків). Троє учасників утримувалися від паління один місяць і ще четверо учасників утримувалися від паління 2 тижні. Тобто 47,3 % учасників тренінгу змогли утримуватись від паління на протязі двох тижнів і більше. Не полишали паління після тренінгу 11 осіб (серед них 1 жінка та 10 чоловіків) (рис. 2).



Рис. 2 Результати опитування пацієнтів щодо статусу паління через місяць після тренінгу

Отже, бажання та готовність пацієнтів до припинення паління є досить низькими. У той же час наші спостереження підтверджують, що відвідування циклів психокорекційних тренінгів є досить ефективним у припиненні паління та може застосовуватись на різних етапах надання медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

У дисертації за допомогою оригінальної анкети вирішена актуальна задача сучасної пульмонології – визначено групу пацієнтів з високим ризиком наявності ХОЗЛ серед осіб, які вважають себе здоровими, та потребують обов'язкового подальшого спірографічного обстеження, із аналізом частоти факторів ризику розвитку захворювання; оцінено параметри ЯЖ у осіб з вперше діагностованим ХОЗЛ; проведено аналіз ефективності антисмокінгової програми.

1. Застосування оригінальної анкети серед осіб, які працюють в одній установі, мешкають на одній території та регулярно проходять медичні огляди дозволяє виявити групу осіб, у кількості біля 41 %, високого ризику наявності ХОЗЛ. Найбільш численну (понад 85 %) групу пацієнтів з високим ступенем вірогідності ХОЗЛ становлять особи активного працездатного віку до 60 років.

2. Обстеження осіб, які вважали себе здоровими, із застосуванням анкетування та спірографічного дослідження дозволило вперше виявити ХОЗЛ у 15 % обстежених. До клінічної групи А (з малою кількістю симптомів) віднесено біля 55 % осіб; до групи В (з великою кількістю симптомів) – біля 45 % пацієнтів.

3. Встановлено, що для пацієнтів із вперше виявленим ХОЗЛ характерними є скарги на кашель (97,5 %), однаково часто серед чоловіків і жінок. Кашель вірогідно корелює зі стажем паління ($r = 0,31$, $p = 0,001$). Задишка притаманна понад 96 % обстежених незалежно від статі, що прямо корелює з палінням ($r = 0,38$, $p = 0,001$).

4. Для пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ у понад 72 % характерні часті респіраторні симптоми ≥ 2 разів за останній рік, понад 45 % вказували на обтяжений сімейний анамнез. Серед осіб із вперше виявленим ХОЗЛ 67 % – курці, переважно чоловіки. Понад 74 % осіб із вперше виявленим ХОЗЛ мають високий (6-10 балів) рівень ніотинової залежності, зацікавленість у припиненні паління виявили приблизно 58 % осіб.

5. Встановлено, що для осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ нижчими є сумарні показники ЯЖ, що характеризують фізичну, психічну компоненту та загальне здоров'я. Фізична компонента ЯЖ вірогідно зворотно корелює зі ступенем задишки за шкалою mMRC ($r = -0,51$, $p = 0,0001$), балами САТ ($r = -0,41$, $p = 0,001$), із індексом коморбідності Чарлстона ($r = -0,23$, $p = 0,003$). Психічний статус, в свою чергу, корелює зі ступенем задишки за шкалою mMRC ($r = -0,33$, $p = 0,0001$) і стажем паління ($r = -0,34$, $p = 0,001$).

6. На участь у психокорекційних заняттях по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління дали згоду понад 72 % осіб, які знали про встановлення діагнозу ХОЗЛ та палили. Не сформований наразі культ мотивації до припинення паління підтверджується значним зменшенням зацікавленості пацієнтів із діагностованим ХОЗЛ до участі

у заняттях. Попри скорочення тривалості курсу з психокорекції по формуванню мотивації до припинення паління приблизно 29 % осіб відмовилися від подальшого паління, що є свідченням дієвості застосованої методики.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Лікарям загальної практики слід враховувати, що серед осіб, які вважають себе практично здоровими, значний прошарок становлять пацієнти із недиагностованим ХОЗЛ. Застосування анкети дозволяє на основі оцінки скарг і факторів ризику виявити групу пацієнтів із високим ризиком наявності ХОЗЛ, близько 58 % осіб, які потребують в подальшому спірографічного дослідження.
2. Ризик наявності ХОЗЛ є найбільшим серед осіб, які палять та відмічають респіраторні захворювання більше 2 разів протягом року.
3. У всіх пацієнтів, які палять, слід оцінювати ступінь нікотинової залежності, активно впроваджувати антисмокінгові психокорекційні програми по формуванню мотивації щодо припинення паління.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Черепій Н.В. Діагностика факторів ризику хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування осіб організованого колективу / Черепій Н.В. // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2015. – № 2 (Т.19). – С. 448-452. *Журнал включений до міжнародної інформаційної наукометричної бази Google Scholar.*
2. Мостовой Ю.М. Діагностика симптомів хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування/ Мостовой Ю.М., Распутина Л.В., Черепій Н.В. // Медицина сьогодні і завтра. – 2015. – №2. – С. 59-65. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, оформлення статті до друку). Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM.*
3. Черепій Н.В. Ефективність методів групової психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління у осіб з вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень/Черепій Н.В., Мостова О.П., Распутина Л.В. // Клінічна та експериментальна патологія. – 2017. – Т 16. – № 3(61). – С. 70-76.*(Здобувачем проведено збір матеріалу, його аналіз, оформлення тез до друку). Журнал включений до міжнародної інформаційної наукометричної бази Google Scholar.*
4. Черепій Н.В. Клініко-функціональні особливості перебігу хронічного обструктивного захворювання легень у осіб із вперше виявленим захворюванням залежно від статі та віку / Черепій Н.В. //

Буковинський медичний вісник. – 2017. – № 3. – С. 114-123. *Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Ulrichsweb TM Global Serials Directory.*

5. Черепій Н.В. Частота виявлення та особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень серед осіб професійного колективу закритого типу / Черепій Н.В., Мостовой Ю.М., Распутіна Л.В. // Медичні перспективи – 2017. – С. 63-70. *Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM.*

6. Черепій Н.В. Виявлення та оцінка факторів ризику хронічного обструктивного захворювання легень у пацієнтів із вперше встановленим діагнозом / Черепій Н.В. // Буковинський медичний вісник – 2017. – № 2 (1). – С. 121-126. *Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Ulrichsweb TM Global Serials Directory.*

7. Rasputina L. Diagnostics of chronic obstructive pulmonary disease in real clinical practice: hypodiagnosics or hyperdiagnosics. / Rasputina L., Cherepii N. // EUREKA: health sciences – 2017. – №3. – С. 65-72. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, оформлення статті до друку). Міжнародне видання.*

8. Cherepii N. Prevalence of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease among individuals considering themselves health / Cherepii N. // Астма і алергія – 2017. – № 1. – С. 41-44. *Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM.*

9. Черепій Н.В. Частота паління у осіб із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень. Оцінка впливу на паління – фокус на групову психокорекційну роботу / Черепій Н.В., Распутіна Л.В. // Вісник морфології 2017. – Т. 23, № 2. – С.331-337. *(Здобувачем проведено збір матеріалу, оформлення статті до друку). Журнал включений до міжнародної інформаційної наукометричної бази Google Scholar.*

10. Діалог лікаря загальної практики і пацієнта з ХОЗЛ / Мостовой Ю.М., Распутіна Л.В., Діденко Д.В., Черепій Н.В. // Український пульмонологічний журнал, : тези доп. – Київ. 2016. – №2. – С. 54-55.

11. Частота респіраторних захворювань як одного з факторів ризику виникнення хронічного обструктивного захворювання легень у осіб з вперше виявленим захворюванням / Н.В. Черепій, Л.В. Распутіна, Ю.М. Мостовой, Д.В. Діденко // Матеріали XXXIII Всеукраїнської науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів «Ліки - людині»: тези доп. -Харків, 8 квітня 2016 р. – С. 218.

12. Діагностика хронічного обструктивного захворювання легень. Проблеми епідеміології / Черепій Н.В. // Матеріали науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої

дню науки «Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики»: тези доп. – Харків. 15 травня 2014. – С. 208.

13. Паління, як основний фактор ризику хронічного обструктивного захворювання легень. Поширеність та частота за даними анкетування / Черепій Н.В. // Науково-практичне видання «Український науково-медичний журнал»: тези доп. – Київ. 2014. – С. 206.

14. Проблеми гіподіагностики хронічного обструктивного захворювання легень. Використання оригінальної анкети для ранньої діагностики ХОЗЛ /Черепій Н.В., Діденко Д.В. // Матеріали II міжнародної науково-практичної конференції «Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів» (присвячена пам'яті академіка НАМН України Є.М. Нейка) : тези доп. – Івано-Франківськ. 2016. – с. 266-267.

15. Діагностика симптомів хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування / Мостовой Ю.М., Распутина Л.В., Черепій Н.В. // Український пульмонологічний журнал : тези доп. – Київ. 2016. – № 2. – С. 54-55.

16. Проблеми ранньої діагностики хронічного обструктивного захворювання легень / Черепій Н.В., Распутина Л.В. // Науково-практичне видання «Український науково-медичний журнал»: тези доп. – Київ. 2014. – С. 207.

17. Діагностика хронічного обструктивного захворювання легень у вибірковій групі / Черепій Н.В. // Програма та тези терапевтичної конференції молодих вчених ВНМУ імені М. І. Пирогова клініки МКЛ № 1 м. Вінниця, 10 лютого 2017 р. : тези доп. – Вінниця, 2017.–С.10.

18. Виявлення недіагностованого хронічного обструктивного захворювання легень у осіб, що вважають себе здоровими: / Черепій Н.В. // Матеріали конференції молодих вчених кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, присвяченої 80-річчю створення кафедри : тези доп. – Вінниця. 2015. – С.5.

19. Поширеність та частота паління, як основного фактору ризику виникнення хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування серед пацієнтів різних статевих вікових груп: / Черепій Н.В. // матеріали міжнародної науково-практичної конференції «медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень»: тези доп. –Львів. 2014. – С.73-74.

20. Problems hypodiagnosics of chronic obstructive pulmonary disease. Using the original questionnaire for early diagnostics of COPD / Nataliya Cherepii// European Respiratory Journal : ERS International Congress 2016 abstracts., 3-7 September 2016. : abstract – London, United Kingdom, 2016. –Vol 48 (suppl 60). – P. 3679.

21. Частота респіраторних захворювань, як одного з факторів ризику виникнення хронічного обструктивного захворювання легень за

даними анкетування серед пацієнтів різних статевих-вікових груп / Н.В. Черепій // Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених: тези доп. – Вінниця. 2016. – С.28-29.

АНОТАЦІЯ

Черепій Н.В. Діагностика хронічного обструктивного захворювання легень у осіб, котрі вважають себе здоровими.– Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія. – Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», Київ, 2019.

Дисертацію присвячено вирішенню актуальної задачі сучасної пульмонології – ранній діагностиці хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Встановлено, що серед осіб, які вважають себе практично здоровими, значний прошарок становлять пацієнти із недіагностованим ХОЗЛ. Розроблено та обґрунтовано використання анкети для ранньої діагностики ХОЗЛ. Серед проанкетованих виявлено 216 осіб, що за результатами анкетування набрали більше 18 балів, що було розцінено, як високий ризик наявності ХОЗЛ. За результатами спірографії, що проведена 136 особам високого ризику наявності ХОЗЛ, у 58,0 % вперше діагностовано захворювання.

Встановлено частоту недіагностованого ХОЗЛ серед осіб, котрі вважали себе здоровими та регулярно проходили медичні огляди – 15 %. Визначено, що серед осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ достовірно переважають чоловіки (59,5 %) у віці 41-50 років, тоді як серед жінок зростає суттєво частка осіб старше 60 років. Пацієнти з вперше виявленим захворюванням достовірно частіше вказують на обтяжений сімейний анамнез та відмічають респіраторні захворювання 2 та більше раз за останній рік.

Серед осіб з вперше діагностованим ХОЗЛ біля половини було тих, кого віднесли до клінічної групи В, тобто це пацієнти, які мали велику кількість симптомів, що не було раніше оцінено лікарями, які проводили медичні огляди.

При оцінці параметрів ЯЖ встановлено тенденцію до зниження фізичної, психічної та загальної компоненти у пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ. Показник життєздатності, що відображає як фізичну, так і психічну компоненту найнижчим був у пацієнтів із вперше діагностованим захворюванням. Відсутня достовірна різниця між групою осіб із вперше виявленим ХОЗЛ та без захворювання стосовно оцінки свого самопочуття порівняно з минулим роком. Це дозволяє обґрунтувати ті дані, що пацієнти з ХОЗЛ на початкових стадіях не звертаються за медичною допомогою.

Виявлено, що серед осіб з вперше встановленим ХОЗЛ палили 58,2 % осіб, з них 82,6 % прийняли участь у психокорекційній роботі, спрямованій на формування мотивації до відмови від паління. У результаті тренінгу 47,3 % учасників змогли утримуватись від паління на протязі двох тижнів і більше. Всім пацієнтам, які палять, слід оцінювати ступінь нікотинової залежності, активно впроваджувати антисмокінгові психокорекційні програми по формуванню мотивації щодо припинення паління.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, діагностика, спірографія, паління, антисмокінгові програми.

ABSTRACT

N.V. Cherepiy. Diagnostics of chronic obstructive pulmonary disease in individuals who consider themselves healthy - Manuscript

A thesis for earning a degree of a candidate of medical sciences in the specialty 14.01.27 - Pulmonology. - State Organization «National Institute of Phthysiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, 2019

The dissertation is devoted to solving a topical problem of modern pulmonology – the early diagnostics of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

It has been established that patients with undiagnosed COPD make up a significant stratum among individuals who consider themselves healthy. A questionnaire for early diagnostics of COPD has been developed and substantiated. Among questioned population, 216 individuals scored more than 18 points according to the results of questioning were identified, which was regarded as a high risk of COPD. According to the results of spirometry in 136 individuals at high risk of COPD, 58.0% of patients were newly diagnosed with the disease.

A 15% incidence of undiagnosed COPD was established in individuals who considered themselves healthy and regularly passed medical examinations. 41-50 year-old males (59.5%) were apparently prevailing among individuals newly diagnosed COPD, while the proportion of individuals over 60 was significantly higher among women. Newly diagnosed patients more likely had burdened family medical history and presented with 2 or more respiratory disease cases in the last year.

Nearly half of those newly diagnosed COPD were assigned to the clinical group B, which means patients who had many symptoms that had not been previously evaluated by physicians conducting medical examinations.

When evaluating QoL parameters, a trend towards a decrease in physical, mental and general components in patients with newly diagnosed COPD was established. The indicator of viability, reflecting both the physical

and mental components, was the lowest among patients with the newly diagnosed disease. No significant difference between a group of people with the newly diagnosed COPD and healthy individuals with respect to self-evaluation of their state of health was revealed compared with the last year. This finding may justify the fact that patients with COPD at initial stages do not seek medical assistance.

It was found that 58.2% of newly diagnosed COPD patients were smokers, 82.6% of whom took part in psycho-correction procedures aimed at forming a motivation to refuse smoking. As a result of the training, 47.3% of the participants managed to refrain from smoking for two weeks or more. All patients who smoke should assess a degree of nicotine addiction and actively join antismoking psycho-correction programs for shaping their motivation for leaving off smoking.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, diagnostics, spirometry, smoking, antismoking programs.

АННОТАЦИЯ

Черепий Н.В. Диагностика хронического обструктивного заболевания легких у лиц, которые считают себя здоровыми.- Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.27 - пульмонология. - Государственное учреждение «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Яновского Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2019.

Диссертация посвящена решению актуальной задачи современной пульмонологии - ранней диагностике хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Установлено, что среди лиц, которые считают себя практически здоровыми, значительную прослойку составляют пациенты с диагностированным ХОЗЛ. Разработано и обосновано использование анкеты для ранней диагностики ХОЗЛ. Среди проанкетированных выявлено 216 лиц, которые по результатам анкетирования набрали более 18 баллов, что было расценено, как высокий риск наличия ХОЗЛ. По результатам спирографии, что проведена 136 лицам высокого риска наличия ХОЗЛ, в 58,0% впервые диагностировано заболевание.

Установлена частота недиагностированного ХОЗЛ среди лиц, которые считали себя здоровыми и регулярно проходили медицинские осмотры - 15%. Определено, что среди лиц с впервые диагностированным ХОЗЛ достоверно преобладают мужчины (59,5%) в возрасте 41-50 лет, тогда как среди женщин растет существенно доля лиц старше 60 лет. Пациенты с впервые выявленным заболеванием достоверно чаще указывают на отягощенный семейный анамнез и отмечают респираторные заболевания 2 и более раз за последний год.

Среди лиц с впервые диагностированным ХОЗЛ у половины было тех, кого отнесли к клинической группе В, то есть это пациенты, которые имели большое количество симптомов, что не было раньше оценено врачами, которые проводили медицинские осмотры.

При оценке параметров КЖ установлена тенденция к снижению физической, психической и общей компоненты у пациентов с впервые диагностированным ХОЗЛ. Показатель жизнеспособности, отражающий как физическую, так и психическую компоненту низким был у пациентов с впервые диагностированным заболеванием. Отсутствует достоверная разница между группой лиц с впервые выявленным ХОЗЛ и без заболевания по оценке своего самочувствия по сравнению с прошлым годом. Это позволяет обосновать те данные, что пациенты с ХОЗЛ на начальных стадиях не обращаются за медицинской помощью.

Выявлено, что среди лиц с впервые установленным ХОЗЛ курили 58,2% человек, из них 82,6% приняли участие в психокоррекционной работе, направленной на формирование мотивации к отказу от курения. В результате тренинга 47,3% участников смогли воздерживаться от курения в течение двух недель и более. Всем пациентам, которые курят, следует оценивать степень никотиновой зависимости, активно внедрять антисмокинговые психокоррекционные программы по формированию мотивации к отказу от курения.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, диагностика, спирография, курение, антисмокинговы программы.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ОФВ₁ – об'єм форсованого видиху за першу секунду

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

ЯЖ – якість життя

CAT – тест з оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test).

mMRC – модифікована шкала Медичної Дослідницької Ради

MOS SF-36 – скорочена форма опитувальника для оцінки загальної якості життя під час медичних досліджень (Medical Out comes Study 36-Item Short Form health survey).