

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
і.м.М.І.ПИРОГОВА
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І
ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМЕНІ Ф.Г.ЯНОВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЧЕРЕПІЙ НАТАЛІЯ ВІКТОРІВНА

УДК:616.233-002.2-056.2-071

ДИСЕРТАЦІЯ

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

14.01.27 – пульмонологія

222 – медицина

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело



Черепій Н.В.

Науковий керівник: Распутіна Леся Вікторівна, доктор медичних
наук, професор

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Черепій Н.В. Діагностика хронічного обструктивного захворювання легень у осіб, котрі вважають себе здоровими. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія (222 – медицина) – Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, 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).

Діагноз ХОЗЛ встановлюється, як правило при вираженій клінічній симптоматиці, що суттєво обмежує життєдіяльність пацієнтів, при прицільному дослідженні, інколи випадково при госпіталізації або зверненні з приводу інших захворювань. Саме тому істинна поширеність ХОЗЛ залишається нез'ясованою, і це є проблемою, як у світі, так і в Україні. Тому розробка скринінгових методів обстеження з метою відбору пацієнтів для подальшого спірографічного дослідження та діагностики ХОЗЛ є актуальним та важливим завданням на сучасному етапі.

Тому метою дослідження було підвищити ефективність діагностики ХОЗЛ шляхом скринінгового та функціонального обстеження контингенту осіб, котрі вважають себе здоровими.

Для досягнення поставленої мети використовували наступні 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 ніотинової залежності; проведення групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління; статистичні методи аналізу.

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 у бальному еквіваленті відображали основні симптоми та фактори ризику виникнення ХОЗЛ.

На наступному етапі проведено анкетування 525 осіб, які працювали на одному підприємстві (Хмельницька атомна станція) та проживали в одній місцевості і в однакових умовах. Середній вік проанкетованих ($46,7 \pm 6,3$) 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 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 анкету. Встановлено, що при 18 та більше балах інформативність прогнозування наявності ХОЗЛ складає 94 %.

На наступному етапі проведено клініко-функціональне обстеження 136 осіб високого ризику наявності ХОЗЛ. Серед пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ 38 осіб, які палили, прийняли участь у групових

заняттях з психокорекційної роботи щодо формування мотивації до припинення паління.

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.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що 216 осіб за результати опитування набрали 18 та більше балів та були віднесені до групи високого ризику наявності ХОЗЛ, серед них 101 чоловік (46,8 %) та 115 жінок (53,2 %). 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 ($p = 0,05$).

У групі високого ризику наявності ХОЗЛ достовірно більше було осіб, які палили на відміну від пацієнтів, котрі не увійшли до групи високого ризику ХОЗЛ ($p < 0,05$). Серед осіб високого ризику палили 17 жінок (19,3 %) та 71 чоловік (80,7 %), ($p = 0,05$).

Достовірно частіше в 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.

За результатами спірографії, що проведена 136 особам високого ризику наявності ХОЗЛ, у 79 осіб (58,0 %) 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 із вперше

виявленим захворюванням були у віці 41-50 років, тоді як серед жінок зростає суттєво частка осіб старше 60 років.

Визначено, що пацієнти з вперше виявленим захворюванням достовірно частіше вказували на обтяжений сімейний анамнез (50 (51,9 %) і 27 (47,4 %), $p = 0,05$) та відмічали респіраторні захворювання 2 та більше раз за останній рік (57 (72,2 %) і 32 (56,2 %), $p = 0,05$).

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 %), $p = 0,0002$.

Визначено, що кашель відмічали 77 (97,5 %) осіб, однаково часто чоловіки та жінки. Кашель корелює з палінням ($r = 0,38$, $p = 0,0009$) та стажем паління ($r = 0,31$, $p = 0,0001$). На задишку скаржились 76 осіб (96,2 %). 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 пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ та осіб без встановленого захворювання не відмічалось різниці між частотою дихання, однак достовірно більшою була частота серцевих скорочень у пацієнтів із 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 $12,7 \pm 1,0$, $p = 0,00001$).

Розподіл на клінічні групи здійснювався згідно наказу МОЗ України №555: оцінка задишки за шкалою mMRC ≥ 2 і результат САТ ≥ 10 свідчать про вираженість симптомів. Оскільки ми не маємо можливість точно оцінити кількість загострень ХОЗЛ за останній рік у осіб з вперше діагностованим захворюванням, ми розподілили усіх пацієнтів за кількістю симптомів на клінічну групу А та В. 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. Серед осіб із вперше виявленим ХОЗЛ майже 45 % пацієнтів мали велику кількість симптомів, що не було раніше оцінено лікарями, які проводили медичні огляди.

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 ($p = 0,009$).

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.

Враховуючи, що найбільш суттєві відмінності між пацієнтами з ХОЗЛ та без захворювання відмічаються саме щодо фізичної компоненти ЯЖ, проведено кореляційний аналіз фізичної компоненти з функціональними параметрами у осіб із ХОЗЛ. Встановлено, що найтісніший зворотній зв'язок фізичної компоненти відмічається між балами mMRC ($r = -0,51$, $p < 0,0001$) та балами САТ ($r = -0,41$, $p < 0,0001$).

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 ніотинової 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 бажали кинути палити значно та в деякій мірі на відміну від осіб без встановленого діагнозу – 23 (40 %).

Серед існуючих методів лікування ніотинової залежності обрано проведення групової психокорекційної роботи щодо формування в учасників мотивації до припинення тютюнопаління. Попри високий ступінь ніотинової залежності та значну зацікавленість 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 11 осіб (28,9 %) з учасників тренінгу повідомили, що вони повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків). Бажання робити спроби відмовитися від даної звички і надалі виявили 35 осіб (92,1 %).

Проведено оцінку статусу паління через місяць після тренінгу в усіх 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). Трое 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). 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.

Результати роботи впроваджені у практичну медицину та навчальний процес.

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. - Qualifying scientific work as manuscript.

A thesis for earning a degree of a candidate of medical sciences in the specialty 14.01.27 – Pulmonology (222- Medicine) - Pirogov Memorial Vinnytsia National Medical University, State Organization «National Institute of Phthiology 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).

The diagnosis of COPD is usually established in case of pronounced clinical symptoms that significantly impair the routine activities of patients revealed at targeted examination, sometimes accidentally when individuals are admitted to hospital or referred with other diseases. That is why the true prevalence of COPD remains unclear, and this is a problem both in the world and in Ukraine. Therefore, development of screening examination methods for

reveal of patients suitable for further spirographic examination and diagnostics of COPD is a topical and important task at the present time.

That is why the objective of the study was to improve the effectiveness of diagnostics of COPD by screening and functional examination of a population of individuals who consider themselves healthy.

To realize the objective, we used the following examination methods: general clinical (questioning, physical examination of patients, anamnesis) and instrumental (computer spirometry) methods for examination of patients with COPD according to Order of the MoH of Ukraine No. 555 (2013); a questioning using the original questionnaire for early diagnostics of COPD; determining a degree of dyspnea severity under the modified Medical Research Council dyspnea score (mMRC); determining general well-being of COPD patients according to COPD Assessment Test; evaluation of QoL parameters in patients with newly diagnosed COPD according the Ukrainian version of the international questionnaire MOS SF-36 (Feshchenko Yu.I., Mostovoi Yu.M., Babiichuk Yu.V., 2002); assessment of nicotine addiction; group psycho-correction activities for formation of a motivation to stop tobacco smoking; and statistical methods of analysis.

The work was performed in several stages. At the first stage, an original questionnaire was developed for identification of individuals at high risk of COPD. The questionnaire was based on well-known questionnaires intended for diagnostics of obstructive respiratory diseases, GOLD 2013 recommendations, and Order of the MoH of Ukraine No. 555 dated June 27, 2013. The questionnaire reflects the score of main COPD symptoms and risk factors.

At the next stage, 525 individuals employed by the same company (Khmelnitska Nuclear Power Plant), lived in the same locality and in the similar living conditions were questioned. The average age of questioned individuals was (46.7 ± 6.3) years, including 292 (55.4%) men with the average age of (46.7 ± 6.3) years, and 233 (44.6%) women with the average age of (56.7 ± 4.7) years, who had no history of chronic non-specific obstructive respiratory diseases. All

questioned individuals reported no exposition to ionizing radiation according to radiation and hygienic performance of their jobs.

The results of questioning highlighted the group of individuals at high risk of COPD. The high-risk group was defined against the results of a spirographic examination of individuals who scored different points answering the original questionnaire. It has been established that 18 and more points constitute an informative prediction of COPD at the level of 94%.

At the next stage, a clinical-functional survey of 136 individuals with high risk of COPD was conducted. 38 smokers among patients with newly diagnosed COPD took part in group psycho-corrective activities for forming a motivation to quit smoking.

The psychological training was designed to raise awareness of the necessity to stop smoking, which would contribute to a complete or partial leaving off smoking. The object of the study was the motivational sphere of individuals.

The study revealed that 216 individuals scored 18 or more points and were classified as COPD high-risk individuals, including 101 (46.8%) males and 115 (53.2%) women. Individuals with the age of 40-49 years statistically prevailed over patients aged 50-59 years ($p = 0.05$) and over 60 years ($p = 0.05$) in the COPD high-risk group.

The COPD high-risk group included statistically significantly more smokers than those who were not assigned to COPD high-risk group ($p < 0.05$). Among high-risk individuals, 17 women (19.3%) and 71 (80.7%), males ($p = 0.05$) were smokers.

Burdened family medical history ($p = 0.001$) and two and more cases of respiratory diseases in the last year ($p = 0.001$) were statistically significantly more frequent in individuals with high risk of COPD. Frequent respiratory diseases were reported more frequently by women than men at high risk of COPD ($p = 0.005$). Statistically significantly, individuals with a high risk of COPD more often complained of cough ($p = 0.001$), shortness of breath ($p =$

0.001), and wheezing ($p = 0.002$) compared to questioned individuals at low risk of COPD.

According to the results of spirometry conducted in 136 individuals at high risk of COPD, 79 of them (58.0%) were newly diagnosed with the disease. It was found that individuals with a newly diagnosed COPD were significantly more likely to be males, namely 47 (59.5%), than females - 32 (40.5%), ($p = 0.02$). It's worthy to note that the largest number of men with the newly diagnosed disease were at their age of 41-50 years, while the proportion of individuals over the age of 60 was significantly more evident in women.

It was established that patients with the newly diagnosed disease were more likely to indicate burdened family medical history (50 (51.9%) and 27 (47.4%), $p = 0.05$), and two and more cases of respiratory illness in the last year (57 (72.2%) and 32 (56.2%), $p = 0.05$).

It has been found that individuals with newly diagnosed COPD were smokers significantly more often than patients without a verified disease (57 (67.1%) and 28 (49.2%), $p = 0.005$); the term of smoking was also significantly higher in this group (18.1 ± 1.97 and 15.1 ± 0.95 , $p = 0.05$), as well as the smoking index was (13.5 ± 1.2 and 10.2 ± 0.86 packs/years, $p = 0.05$). Among individuals with the newly diagnosed disease, males were statistically significantly more likely to smoke - 34 (73.9%) than females - 12 (26.1%), $p = 0.0002$.

Coughing was observed in 77 (97.5%) individuals with equal frequency in men and women. The cough correlated with smoking ($r = 0.38$, $p = 0.0009$) and the smoking term ($r = 0.31$, $p = 0.0001$). 76 persons (96.2%) complained of dyspnea. The strongest connection was observed between shortness of breath and smoking term ($r = 0.45$, $p = 0.0001$), and shortness of breath and CAT score ($r = 0.43$, $p = 0.0001$).

Among patients with the newly diagnosed diseases, the Charlson comorbidity index (2 (1; 3) and 1 (0; 1), respectively, $p = 0.005$) was statistically

significantly higher in individuals with a comorbidity index ≥ 3 (34 (43%) and 12 (21.1%), $p = 0.007$), respectively.

No difference in the respiratory rate was noted among the objective symptoms in patients with newly diagnosed COPD and individuals without the established diagnosis, however patients with the newly diagnosed COPD had statistically significantly higher heart rate (74 (70; 82) and 70 (70; 78) , $p = 0.004$); mMRC score (1.44 ± 0.07 and 0.96 ± 0.09 , $p = 0.00001$), and the CAT test score (18.8 ± 0.8 and 12.7 ± 1.0 , $p = 0.00001$).

Distribution by clinical groups was carried out in accordance with Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 555: mMRC ≥ 2 and CAT ≥ 10 , indicating the severity of symptoms. Since we were not able to accurately estimate the number of COPD exacerbations in the last year in individuals with the newly diagnosed disease, we had assigned all patients to clinical groups A and B against the number of symptoms. 43 individuals (54.4%) of the average age ($47,6 \pm 2,4$) years were assigned to Group A; and 36 individuals (45.6%) of the average age (54.9 ± 6.1) years – to Group B. Nearly 45% of patients with newly diagnosed COPD had a large number of symptoms that had not been previously evaluated by doctors who conducted medical examinations.

It was established that men were statistically significantly more often assigned to the clinical group A ($p < 0.05$) than women. Women with newly diagnosed COPD demonstrated statistically significantly higher CAT ($p = 0.03$) and mMRC scores than men ($p = 0.009$).

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 last year's observations. This finding may

justify the fact that patients with COPD at initial stages do not seek medical assistance.

Given the most significant differentiation between individuals with diagnosed COPD and those without the disease was noted in context of physical component QoL, a correlation analysis of the physical component and functional parameters was performed in individuals with COPD. It was found that the closest connection of the physical component was established between mMRC ($r = -0.51$, $p < 0.0001$) and SAT scores ($r = -0.41$, $p < 0.0001$). The psychic component correlated with the severity of shortness of breath under mMRC ($r = -0.33$, $p = 0.0001$) and the smoking term ($r = -0.34$, $p = 0.001$).

Patients with newly diagnosed COPD had a statistically significantly higher level of nicotine addiction under the Fagerstrom test than individuals without the diagnosis, 34 (73.9%) and 6 (26.1%), $p = 0.0001$, respectively. Among patients with the diagnosed disease, 27 (58%) individuals had a strong and moderate desire to quit smoking compared to individuals without such a diagnosis - 23 (40%).

A group psycho-corrective exercises were opted to manage nicotine addiction for formation of incentives for leaving off smoking among the existing methods. Despite the high level of nicotine addiction and a considerable interest of smokers who were aware of the diagnosis of COPD, 38 individuals (71.7%) consented to participate in the training sessions. The second session was attended by 24 patients (52.2%), in the third – by 18 individuals (39.1%). Therefore, the general population of individuals is currently demonstrating no incentive to quit smoking. Despite the awareness of a diagnosed COPD and the role of smoking in the pathology, most patients are not ready to proceed with any efforts to quit smoking.

After three sessions of psycho-corrective exercises for formation of a motivation for leaving off smoking, 11 participants (28.9%) of the training session reported that they completely abandoned smoking (8 women and 3

men). 35 individuals (92.1%) claimed an intention to keep attempting to abandon this habit.

We assessed the smoking status of all participants one month after the training session. These data were obtained by phone interview of participants. It was found that 11 (28.9%) participants of the training session reported having completely abandoned smoking (8 women and 3 men). Three participants refrained from smoking for one month and another four individuals refrained from smoking for 2 weeks. That means that 47.3% of all participants in the training sessions managed to refrain from smoking for two weeks or more. 11 individuals (including 1 female and 10 men) did not manage quit smoking after the training. Therefore, the attitude and willingness of patients to quitting smoking was fairly low. At the same time, our findings confirm that attending psycho-corrective training sessions is quite effective mechanism of quitting smoking and can be applied at various treatment stages.

The results of our work have been implemented in the practical medicine and educational process.

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

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 системіUlrichsweb 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., Распутіна Л.В., Черепій Н.В. // Український пульмонологічний журнал : тези доп. – Київ. 2016. – № 2. – С. 54-55.

16. Черепій Н.В. Проблеми ранньої діагностики хронічного обструктивного захворювання легень / Черепій Н.В., Распутіна 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 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 груп / Н.В. Черепій // Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених: тези доп. – Вінниця. 2016. – С.28-29.

ЗМІСТ

ЗМІСТ	19
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	22
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1. ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ. ПОШИРЕНІСТЬ, ДІАГНОСТИКА НА РАННІХ ЕТАПАХ, ОЦІНКА СИМПТОМІВ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ЇХ КОНТРОЛЬ ТА МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	31
1.1. Поширеність хронічного обструктивного захворювання легень у світі та в Україні. Медико-соціальне значення	31
1.2. Проблема ранньої діагностики хронічного обструктивного захворювання легень на сучасному етапі	35
1.3. Оцінка симптомів та факторів ризику хронічного обструктивного захворювання легень	38
1.4. Значення паління для формування хронічного обструктивного захворювання легень	41
1.5. Впровадження антисмікінгових програм для пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень	47
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	57
2.1. Дизайн клінічного дослідження	57
2.2. Характеристика обстежених контингентів	59
2.3. Методи клініко-функціонального обстеження хворих з вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень	67
РОЗДІЛ 3. ВИЯВЛЕННЯ СИМПТОМІВ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ СЕРЕД ОСІБ, ЯКІ ВВАЖАЮТЬ СЕБЕ ЗДОРОВИМИ ТА РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТЬ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ.....	78

3.1. Діагностика факторів ризику наявності хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування осіб, котрі вважають себе здоровими та регулярно проходять медичні огляди 78

3.2. Оцінка симптомів характерних для хронічних неспецифічних захворювань легень серед усіх проанкетованих робітників..... 90

3.3. Характеристика осіб, які мають високий ризик виникнення ХОЗЛ за даними анкетування 101

3.4. Оцінка факторів ризику виникнення хронічних неспецифічних захворювань органів дихання серед осіб, які за результатами анкетування набрали 18 та більше балів..... 102

3.5. Оцінка симптомів характерних для хронічних обструктивних захворювань легень у осіб, які набрали 18 та більше балів за результатами анкетування..... 106

РОЗДІЛ 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ, ЯКІ ВВАЖАЮТЬ СЕБЕ ЗДОРОВИМИ З НЕДІАГНОСТОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ 120

4.1. Оцінка факторів ризику виникнення ХОЗЛ серед пацієнтів із вперше виявленим захворюванням та осіб без встановленого діагнозу... 123

4.2. Оцінка симптомів у осіб із вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень та осіб без встановленого діагнозу 127

4.3. Супутня патологія та клінічні особливості у пацієнтів із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень 131

4.4. Розподіл пацієнтів за Модифікованою шкалою задишки Дослідницької Групи (mMRC) та шкалою з оцінки ХОЗЛ (CAT) 134

4.5. Характеристика клінічних груп пацієнтів з вперше виявленим захворюванням 136

4.6. Кореляційні взаємозв'язки між симптомами, що найчастіше діагностовані у пацієнтів із ХОЗЛ та рядом клінічних показників 137

РОЗДІЛ 5. ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З ВПЕРШЕ ВСТАНОВЛЕНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРОЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ 142

РОЗДІЛ 6. ОЦІНКА ПАЛІННЯ, СТУПІНЬ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ АНТИСМОКІНГОВИХ МЕТОДИК У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРОЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ 150

6.1. Поширеність паління, як основного фактору ризику ХОЗЛ серед проанкетованих працівників одного підприємства, що вважають себе здоровими та заперечують наявність хронічних неспецифічних захворювань легень 150

6.2 Поширеність паління серед осіб із високою ймовірністю наявності ХОЗЛ за даними анкетування та серед осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ 154

6.3. Оцінка ефективності групової психокорекційної роботи щодо формування в учасників мотивації до припинення тютюнопаління 159

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ 167

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 182

ДОДАТКИ 201

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ – артеріальна гіпертензія
АТ – артеріальний тиск
ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я
ГХ – гіпертонічна хвороба
ЕКГ – електрокардіографія
ЗС – загальний статус
ІМ – інфаркт міокарда
ІМТ – індекс маси тіла
ІХС – ішемічна хвороба серця
МКХ – міжнародна класифікація хвороб
ОР – обмеження ролі
ОФВ₁ – об'єм форсованого видиху за першу секунду
ПС – психічний статус
ПКЗ – психічна компонента здоров'я
РКБТ – рамкова конвенція із боротьби проти тютюну
СН – серцева недостатність
ССЗ – серцево-судинне захворювання
ССС – серцево-судинна система
ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень
ФЖЕЛ – форсована життєва ємкість легень
ФЗД – функція зовнішнього дихання
ФКЗ – фізична компонента здоров'я
ФС – фізичний статус
ЦД – цукровий діабет
ЧД – частота дихання
ЧСС – частота серцевих скорочень
ШКТ – шлунково-кишковий тракт
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).

ВСТУП

Актуальність теми. Попри значні досягнення сучасної медицини, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається провідною проблемою охорони здоров'я [40,41,47]. Загально відомо, що ХОЗЛ – це поширене захворювання, яке можна лікувати та попередити. Провідними ознаками захворювання є прогресуючий перебіг, виражені респіраторні симптомами, обмеження прохідності дихальних шляхів, що асоціюється з підвищеною запальною відповіддю на дію шкідливих чинників [39,45,52,56]. ХОЗЛ зумовлює суттєві економічні та соціальні витрати, зокрема спричиняє до 1/5 частини причин втрати працездатності. Це захворювання суттєво впливає на ЯЖ та зумовлює стійку втрату працездатності пацієнтів у віці понад 40 років [50,101,170].

Дані європейських реєстрів свідчать про поширеність ХОЗЛ на рівні 10% серед осіб старших 40 років та суттєве зростання захворювання серед пацієнтів старше 70 років до 20 % [166].

Існують дані щодо поширеності ХОЗЛ у випадковій вибірці серед осіб старших 40 років. Зокрема в Ісландії з 755 обстежених осіб у 18 % діагностовано ХОЗЛ, з них у 9 % – II-IV ступінь за класифікацією GOLD[104]. В Німеччині серед усіх обстежених ХОЗЛ діагностовано у 13,2 %: I ступінь за GOLD у 7,4 %, GOLD II – 5 %, GOLD III-IV відповідно у 0,8% обстежених [100,114].

Відомо, що ХОЗЛ є четвертою причиною смертності у світі та посідає 5-те місце серед причин стійкої втрати працездатності. За прогнозами дослідників до 2020 року ХОЗЛ може стати третьою причиною смертності в світі [49].

В Україні цей показник складає 2969,1 на 100 тис. дорослого населення (2,9 %) [55]. В середньому від 8 до 22 % осіб старше 40 років страждають на ХОЗЛ. Однак, відомі популяційні дані демонструють значно вищі (в 2,5-3 рази) показники поширеності ХОЗЛ [91,166].

Водночас оцінити істину розповсюженість ХОЗЛ достатньо складно. Основними причинами цього є малосимптомність на початкових стадіях, повільно прогресуючий перебіг, значне поширення факторів ризику, істотне постаріння населення, поширення супутніх захворювань у осіб старших 40 років [77,89]. Ці фактори сприяють пізньому зверненню за медичною допомогою, відсутністю уваги як пацієнта, так і медичного працівника до початкових симптомів захворювання.

Серед факторів ризику ХОЗЛ найбільше значення має паління [79]. За рівнем поширення тютюнопаління Україна посідає провідне місце серед 132 країн світу [32]. Відомо, що палять 67 % чоловіків і 20 % жінок України. Показники смертності від ХОЗЛ серед курців максимальні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і з'являються симптоми цього захворювання [32,165].

Внаслідок збільшення числа курців за останні роки, а також практично необмеженої реклами тютюнових виробів та відсутності реальних профілактичних заходів на державному рівні росте світова захворюваність.

В Копенгагському дослідженні захворювань серця (Copenhagen City Heart Study) розраховано, що $ОФВ_1$ додатково знижується на 7,4 мл на кожний пачко/рік у жінок, які палять та на 6,3 мл – у чоловіків, які палять. Припинення ж паління на будь-якому з етапів перебігу ХОЗЛ уповільнює прогресування хвороби [32].

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, можливості відмови від паління.

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, фармакоекономічні 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.

Для вирішення поставлених завдань використовували наступні методи дослідження:

1. Загальноклінічні та інструментальні методи обстеження хворих на ХОЗЛ в рамках Наказу МОЗ України № 555 (2013);
2. Анкетування за допомогою оригінальної анкети для ранньої діагностики ХОЗЛ.
3. Клініко-функціональне обстеження осіб, що мають високу ймовірність виникнення ХОЗЛ за даними анкетування.

4. Визначення параметрів ЯЖ у хворих з вперше виявленим ХОЗЛ за українською версією міжнародного опитувальника MOSSF-36 (Фещенко Ю.І. та ін., 2003);

5. Визначення ступеню виразності задишки згідно модифікованої шкали задишки mMRC;

6. Визначення загального самопочуття хворих на ХОЗЛ згідно COPDAssessmentTeste.

7. Оцінка ніотинової залежності за тестом Фагерстрема.

8. Статистичний аналіз отриманих результатів за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows (Ліцензійна версія «Grand Pack», Serial Number 9593869), що належить ВНМУ імені М.І. Пирогова.

У ході дослідження обстежено 525 осіб, що працювали на Хмельницькій атомній станції, не мали в анамнезі хронічних неспецифічних захворювань легень, та двічі на рік проходили медичні огляди. Верифікація діагнозу ХОЗЛ проведена згідно Наказу МОЗ України №555 від 27.06.2013 року.

Наукова новизна дослідження.

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

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

3. 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 ($r = -0,34$, $p = 0,001$).

4. 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.

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

2. У роботі проаналізовані дані щодо розповсюдження недіагностованого 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.

3. 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.

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

5. 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); XI з’їзду ВУЛТ (м. Харків, 2011); терапевтичної науково-практичної конференції молодих вчених ВНМУ імені М.І. Пирогова (м. Вінниця, 2017). На європейському респіраторному конгресі (Лондон, 2016; Мілан, 2017).

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.

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

РОЗДІЛ 1

**ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.
ПОШИРЕНІСТЬ, ДІАГНОСТИКА НА РАННІХ ЕТАПАХ, ОЦІНКА
СИМПТОМІВ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ЇХ КОНТРОЛЬ ТА
МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

1.1. Поширеність хронічного обструктивного захворювання легень у світі та в Україні. Медико-соціальне значення

На сьогоднішній день хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з ключових проблем охорони здоров'я. В медико-соціальному та економічному плані ХОЗЛ являється однією із провідних причин захворюваності та смертності у всьому світі [40,99]. У світі спостерігається прискорене зростання поширеності ХОЗЛ внаслідок впливу низки факторів ризику та старіння населення [135].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рахує ХОЗЛ однією з важливих проблем поряд з серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом та злоякісними пухлинами. Загальною рисою в курації цих захворювань є пізня діагностика [159]. Зокрема, ХОЗЛ часто діагностується на тій стадії, коли у людини вже розвивається задишка, відмічається значне обмеження функції зовнішнього дихання (ФЗД) та формується серцева недостатність [8].

Протягом останніх років погляди на визначення та патогенез ХОЗЛ дещо змінилися – наприклад, у перегляді GOLD-2016 зазначається: «ХОЗЛ характеризується стійким, зазвичай прогресуючим, обмеженням прохідності дихальних шляхів та асоціюється з підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів. Загострення та супутні захворювання зумовлюють тяжкість захворювання» [97,110]. У новому чинному перегляді GOLD 2017 значиться: «ХОЗЛ є поширеним захворюванням, якому можна запобігти та лікувати його, що

характеризується стійкими респіраторними симптомами та обмеженням прохідності дихальних шляхів через патологічні зміни дихальних шляхів та/чи альвеол...» [111]. Такі зміни у підходах до визначення захворювання сприяють активній ранній діагностиці та профілактики.

Хронічне обмеження швидкості повітряного потоку, характерне для ХОЗЛ, викликається як ураженням дрібних бронхів (обструктивний бронхіоліт), так і деструкцією паренхіми (емфізема), при цьому ступінь переваги того чи іншого механізму відмінний у різних хворих. Хронічне запалення викликає структурні зміни та звуження дрібних бронхів. Деструкція легеневої паренхіми, що також є результатом запалення, сприяє втраті прикріплення альвеол до дрібних бронхів та зменшення еластичної тяги легень; в свою чергу, ці зміни зменшують здатність дихальних шляхів залишатися розкритими під час видиху [74,95].

Обмеження швидкості повітряного потоку вимірюється за допомогою спірометрії, що є неінвазивним та високо інформативним методом дослідження функціонального стану бронхолегеневої системи [80].

Хронічний бронхіт залишається терміном, що застосовується як для клінічних, так і для епідеміологічних цілей. Однак необхідно розуміти, що хронічний бронхіт – це самостійна хвороба, що може передувати розвитку обмеження швидкості повітряного потоку або супроводжувати його, викликати стійке обмеження повітряного потоку. Між тим хронічний бронхіт може спостерігатись у пацієнтів з нормальними спірометричними показниками [7,161].

Згідно з останніми даними ВООЗ, на сьогодні близько 210 млн. осіб страждають на ХОЗЛ, а щороку від ХОЗЛ вмирає більш ніж 2,75 мільйонів людей [137]. На ХОЗЛ страждає від 8 до 22 % дорослих у віці 40 років та старші. Пізня діагностика і відсутність своєчасного лікування призводять до втрати працездатності та ранньої інвалідизації [44,136].

Частка ХОЗЛ в структурі провідних причин смерті постійно зростає. Смертність хворих на ХОЗЛ у всьому світі зростає [168]. Так, у 2000 році ХОЗЛ було на 6-му місці серед причин смерті. В Європі смертність від ХОЗЛ варіює від 2,3 (Греція) до 41,4 (Угорщина) на 100 тис. населення [174]. За даними Європейського респіраторного товариства (ERS), прогнозується зростання смертності від ХОЗЛ до 2020 року, коли захворюваність вийде на 4 місце після таких захворювань як ІХС, цереброваскулярна патологія, рак легень – така тенденція характерна як для Східної, так і для Західної Європи. ВООЗ прогнозує, що до 2030 року ХОЗЛ стане третьою найбільш поширеною причиною смерті після інсульту та інфаркту міокарда [53,87].

У результаті популяційних досліджень встановлено поширеність ХОЗЛ на рівні, що суттєво вищий ніж загальновідомі. Починаючи з 2000 року більшість країн світу приймають участь у міжнародних дослідженнях по вивченню поширеності та медико-соціального значення ХОЗЛ. Так, у Франції поширеність ХОЗЛ становить 45 %; Чехії – 37 %; Фінляндії – 32,3 %; Данії – 30 %; Словачії – 24,5 %; Монголії – 24,4 %; Швеції – 22,4 %; Польщі – 21 % [117,119,132,141,142].

Поширеність ХОЗЛ у світі серед чоловіків та жінок складає 9,3 % та 7,3 %, серед осіб, що палять – 26,2 та 23,7 % відповідно [64]. У метааналізі великих рандомізованих досліджень встановлено, що поширеність ХОЗЛ у світі та Європі всередньому становить 7,2 %, тобто близько чотирьох мільйонів сто тисяч осіб страждають на це захворювання [105].

У міських жителів поширеність ХОЗЛ сягає 10,2 %, відповідно серед чоловіків – 9,8 % та жінок – 5,6 %, серед пацієнтів старше 40 років – 10 %, старше 65 років – 14,2 %, серед курців – 15,4 %, серед людей, що ніколи не палили – 4,3 %, серед осіб, що відмовилися від паління – 10,7 % [102].

До 2009 року в рубрику статистичної звітності в Україні не було окремо винесено ХОЗЛ як самостійну нозологічну одиницю. Дані офіційної статистики приводилися по хронічному бронхіту. Виділення ХОЗЛ в

окрему графу статистичної звітності уже сьогодні дало відчутний результат. Поширеність ХОЗЛ в 2015 р. складала 3662,1 на 100000 населення, у 2016 р. – 3622,9 на 100000 населення [13,17].

Поширеність ХОЗЛ в останні роки зросла, що свідчить про покращення виявлення захворювання [67]. Це пов'язано з підсиленням діагностичної бази, підвищенням освіченості лікарів з проблеми ХОЗЛ. Попри відомі істотні дослідження сучасної науки, проблема діагностики ХОЗЛ залишається актуальною. Адже насправді відсутні достовірні відомості щодо поширеності ХОЗЛ. Як правило, діагноз ХОЗЛ виставляють у випадку клінічно маніфестного захворювання.

Значно важливими для суспільства є економічні витрати, зумовлені ХОЗЛ. Відомо, що в 2011 році 1/5 частина причин втрати працездатності належить ХОЗЛ, середній вік виходу на пенсію серед пацієнтів з ХОЗЛ – 54 роки [26]. В США витрати на курацію хворих з цим захворюванням становлять 316,000 доларів США на людину [70]. Тому ХОЗЛ – це медична, соціальна та економічна проблема для всього світового суспільства, що, можливо, ще більш виражена в українських реаліях [57].

В Європейському союзі прямі витрати на хвороби органів дихання складають більше 6 % від усього бюджету, що виділяється на охорону здоров'я, серед них на долю ХОЗЛ приходить 56 % (38,6 млрд євро) [93]. В США прямі затрати на ХОЗЛ складають 29,5 млрд доларів та непрямі – 20,4 млрд доларів [10,75]. Головні затрати зумовлені лікуванням загострень, зокрема госпіталізацією та кисневою терапією в амбулаторних умовах, вартість яких різко зростає в міру підсилення тяжкості ХОЗЛ [85]. За статистичними даними 1990 році ХОЗЛ займало 12 місце за соціальними втратами – на нього приходилось 2,1 % всіх витрат; за прогнозами, до 2030 року за цим показником ХОЗЛ переміститься на 7 позицію [94].

За даними DALY (методологія, що визначає, яку частину в загальну смертність і непрацездатність вносить та чи інша медична проблема, і

відображає суму років, втрачених через передчасну смерть, і років, що прожиті з непрацездатністю, з урахуванням тяжкості захворювання) ХОЗЛ у 1990 році було на 12-му місці з соціальних витрат, на нього припадало 2,1 % всіх витрат і, за прогнозами, до 2030 року він переміститься на 7-му позицію [34,169].

Найбільші економічні витрати приносить лікування загострень ХОЗЛ. Не дивно, що має місце пряма залежність між ступенем тяжкості ХОЗЛ і затратами на його лікування. В залежності від прогресування захворювання відбувається перерозподіл витрат [55]. Наприклад, збільшення ступені тяжкості ХОЗЛ сприяє багатократному росту затрат, пов'язаних з госпіталізаціями [61]. Будь-яка оцінка величини прямих медичних затрат на амбулаторну допомогу призведе до зниження реальної вартості лікування для суспільства, тому що в цю оцінку не буде включена економічна вартість догляду за хворим ХОЗЛ зі сторони членів його сім'ї. Оскільки система охорони здоров'я не може забезпечити тривалий догляд за хворим з важкою інвалідизацією, то в результаті робочий процес втратить двох учасників – самого пацієнта і члена його сім'ї, якому прийдеться залишитись вдома, щоб забезпечити догляд за хворим родичем. Так як нерідко в країнах, що розвиваються, найбільшу цінність мають людські ресурси, непрямі затрати пов'язані з ХОЗЛ можуть скласти серйозну загрозу для економіки [76].

Отже, проблема ранньої діагностики ХОЗЛ, своєчасного лікування не лише може вплинути на якість життя (ЯЖ) пацієнта й має важливе суспільно-економічне значення.

1.2. Проблема ранньої діагностики хронічного обструктивного захворювання легень на сучасному етапі

Проблема гіподіагностики ХОЗЛ характерна для всього світу, особливо на ранніх стадіях, коли захворювання ще не проявляється

клінічно і його можна виявити при проведенні скринінгових досліджень (оцінки функції дихання) [152].

Хронічне обмеження швидкості повітряного потоку, характерне для ХОЗЛ, викликається як ураженням дрібних бронхів (обструктивний бронхіоліт), так і деструкцією паренхіми (емфізема), при цьому ступінь переваги того чи іншого механізму відмінний у різних хворих. Хронічне запалення викликає структурні зміни та звуження дрібних бронхів. Деструкція легеневої паренхіми, що також є результатом запалення, сприяє втраті прикріплення альвеол до дрібних бронхів та зменшення еластичної тяги легень; в свою чергу, ці зміни зменшують здатність дихальних шляхів залишатися розкритими під час видиху [74,95].

Обмеження швидкості повітряного потоку вимірюється за допомогою спірометрії, що є неінвазивним та високо інформативним методом дослідження функціонального стану бронхолегеневої системи [80].

Діагностика ХОЗЛ залежить від наявності причин, що найбільш вірогідно викликали порушення дихання або кашель. Вона ґрунтується на сукупності симптомів і підтверджується спірометрією. Важлива мультифакторна оцінка із урахуванням симптомів, таких як: задишка, обмеження переносимості фізичних навантажень та загострення [108]. Спірометрія може застосовуватись для оцінки ступеню обструкції повітряноносних шляхів і разом з іншими методами дослідження може допомогти в прогнозуванні перебігу хвороби [106].

До останніх років не існувало лікувальних підходів, здатних сповільнити втрату легневих об'ємів, незважаючи на зниження частоти загострень та поліпшення ЯЖ у хворих на ХОЗЛ. Проте, успіхи досліджень останніх років дозволили особливо відзначити у визначенні, здавалося б, звичайну для будь-якої іншої патології істину: «захворювання піддається лікуванню і профілактиці» [126].

Спеціалісти охорони здоров'я рекомендують звертатися до лікаря у випадку появи задишки при ходьбі по сходах, чи нахилених поверхнях, кашлі та хронічному виділенні харкотиння в людей старших 40 років, які палять [155].

Негативний вплив на ЯЖ та загальний стан пацієнта створюють симптоми, вираженість яких не завжди чітко корелює з ступенем вентиляційних порушень, а також загострення захворювання. Тому у міжнародний узгоджувальний документ GOLD-2017 (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), у наказі Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2013 №555 пропонують оцінювати тяжкість ХОЗЛ комплексно, ґрунтуючись, в першу чергу, на вираженості симптомів, ризиках несприятливих подій, що залежать від ступеня бронхообструкції, частоті загострень в анамнезі [111].

В GOLD та наказі Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2013 № 555 оптимальною має бути стратегія якомога раннього виявлення захворювання на початкових стадіях, відмови від тютюнопаління, раннього призначення постійної базисної фармакотерапії, своєчасного, раціонального лікування загострень, що сповільнює та упереджує розвиток життєво небезпечних ускладнень, стрімкого зниження ЯЖ пацієнтів із ХОЗЛ [31,111].

Хоч наразі неможливо вилікувати ХОЗЛ, однак можливо допомогти вчасно виявити хворобу, зменшити її симптоми і загальмувати процес пошкодження легень, значно покращити якість і тривалість життя пацієнта [8].

Невід'ємною частиною сучасної медичної науки є дослідження ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям. Ця тема актуальна і щодо ХОЗЛ, адже експерти GOLD у 2011 р. зазначили, що в межах однієї категорії за спірометричною класифікацією GOLD у пацієнтів із ХОЗЛ може бути будь-який стан здоров'я. Саме тому оцінка ЯЖ у осіб із ХОЗЛ є необхідною [27,156].

Найчастіше застосовуване таке визначення ЯЖ – баланс між тим, чого хочеться досягти, і тим, що вже досягнуто або досягне, але це визначення дуже абстрактне для практичного використання [124]. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ЯЖ – сприйняття людиною свого місця в житті з огляду культури та системи цінностей, в якій вона живе, і в зв'язку з її цілями, очікуваннями, стандартами і турботами. Це широке і складне поняття, яке охоплює фізичне здоров'я людини, її психологічний стан, соціальний статус та їх зв'язок з основними особливостями оточення людини [125].

Науковцям необхідне таке вимірювання впливу хвороби на ЯЖ, яке б дозволило порівнювати цей параметр як серед різних пацієнтів, так і в контексті результатів лікування. З цією метою вимірювання порушень здоров'я мають бути стандартизовані, щоб кожен пацієнт обстежувався однаково, а опитувальники були придатними для усіх хворих із конкретною нозологією. Всі пункти опитувальників мають бути прийнятними, хоча б потенційно, для кожного хворого [123]. Вивчення ЯЖ у осіб із ХОЗЛ є важливим елементом надання медичної допомоги [145].

Серед відомих опитувальників ЯЖ є специфічні, що можуть застосовуватись при певних нозологіях, та загальні. До них належить Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOSSF-36) [27].

1.3. Оцінка симптомів та факторів ризику хронічного обструктивного захворювання легень

До факторів ризику ХОЗЛ належать забруднення повітряного басейну відходами виробництва, продуктами згоряння різних видів палива, вихлопними газами, несприятливі умови професійної діяльності, погодні умови і клімат (туман та підвищена вологість), інфекційні чинники. Головним фактором ризику ХОЗЛ визначають паління (в т. ч. пасивне). В нашій країні величезна армія пристрасних прихильників тютюнової

продукції: від школярів початкових класів до пенсіонерів. У всіх них є можливість захворіти на ХОЗЛ [160].

У тих, що палять, порівняно з некурцями, швидше розвиваються незворотні обструктивні порушення. Поєднання паління з бронхіальною гіперреактивністю і гіперімунглобулінемією Е прискорює формування ХОЗЛ [153].

Низька вага при народженні, вади розвитку легенів, часті респіраторні інфекції в ранньому віці та в дитинстві, низький соціально-економічний статус, наявність бронхіальної астми та/або бронхіальної гіперреактивності, хронічний бронхіт, респіраторні інфекції – це ті чинники, що впливають на розвиток та прогресування ХОЗЛ [154].

На сьогодні можливість виникнення професійної етіології ХОЗЛ визнана світовою науковою спільнотою. У перелік професійних захворювань країн – членів Міжнародної Організації Праці (МОП) зазначена патологія була включена в 2002 році [72]. ХОЗЛ професійної етіології діагностується при поєднанні типових клінічних ознак захворювання, відповідних даних спірометрії з наявністю в анамнезі хворого контакту з токсичними та подразнюючими речовинами, у концентраціях, що перевищують гранично допустимі, в умовах виробництва протягом 10 та більше років [59].

Процедура встановлення зв'язку захворювання з умовами праці визначена постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 р. №1232 «Порядок проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві» [26].

Підвищений ризик ХОЗЛ доведений для шахтарів, робітників металургійної промисловості та металопереробних виробництв, працівників сільського господарства, підприємств по виробництву будівельних матеріалів, паперу, переробці зерна, бавовни та ін. [129,131]. Додаткова частка популяційного ризику розвитку ХОЗЛ, обумовленого

професійним етіологічним чинником, оцінюється не менше 15 % [66, 82, 86].

Несприятливо на виникнення ХОЗЛ впливає висока температура повітря в гарячих цехах, протяги, низькі температури та інші особливості мікроклімату на виробництві [113].

Суттєву роль у виникненні ХОЗЛ відіграє генетична схильність. На це вказує той факт, що тільки у частини людей, які палять, довгостроково розвивається ХОЗЛ [112].

Ключовий фактор ризику ХОЗЛ – паління, що діагностується у 80 – 90 % випадків [112]. За даними Rashton L. показники смертності від ХОЗЛ серед осіб, що палять, максимальні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і задишка [155]. Поширеність ХОЗЛ у світі серед чоловіків та жінок, що палять, складає 26,2 та 23,7 % (серед осіб, що не палять – 9,3 та 7,3 % відповідно) [62] (рис. 1.1).

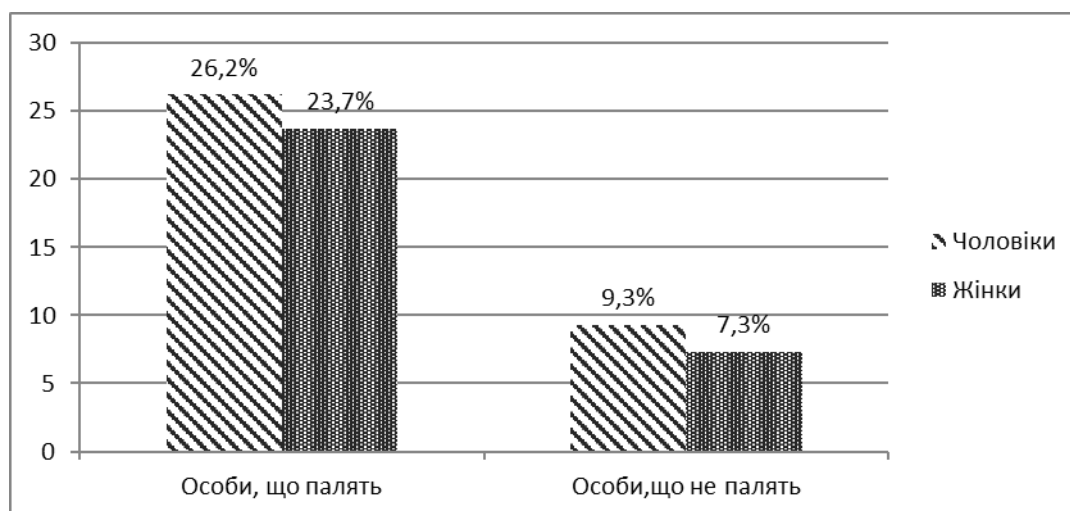


Рис. 1.1. Поширеність хронічного обструктивного захворювання легень у світі серед чоловіків та жінок, залежно від фактору паління [62]

За даними А.Н. Кокосової, Б.Т. Величковського випадки виникнення та прогресування ХОЗЛ відзначаються і серед осіб, що не палять. Задишка з'являється приблизно до 40 років у осіб, що палять, і на 13-15 років раніше у осіб, що не палять [18]. Внаслідок збільшення числа осіб, що палять за останні роки, а також практично необмеженої реклами

тютюнових виробів та відсутності реальних профілактичних заходів на державному рівні росте світова захворюваність. У Копенгагському дослідженні захворювань серця (Copenhagen City Heart Study) розраховано, що ОФВ₁ додатково знижується на 7,4 мл на кожний пачко/рік у жінок, які палять, та на 6,3 мл – у чоловіків, котрі палять. Припинення ж паління на любому з етапів перебігу ХОЗЛ уповільнює прогресування хвороби [11].

Діагностика ХОЗЛ базується на оцінці 3-х симптомів: кашлю, задишки та харкотиння; факторів ризику та подальшої верифікації за допомогою спірометрії [46,60]. Кашель на початку захворювання з'являється лише при пробудженні хворого, але поступово стає постійним симптомом протягом усього дня і триває багато місяців упродовж року. У рідкісних випадках на початкових стадіях захворювання може бути відсутнім [128].

Задишка експіраторна, поступово й неухильно наростає, напади ядухи відсутні на початкових стадіях. На початку захворювання задишка може виявлятися тільки при фізичному навантаженні у вигляді дискомфорту чи стискання в грудній клітці. У міру прогресування ХОЗЛ задишка виникає під час сну, у спокої, різко обмежує життєдіяльність пацієнта.

1.4. Значення паління для формування хронічного обструктивного захворювання легень

Паління, як активне, так і пасивне – головна і найбільш важлива причина розвитку ХОЗЛ [12,62]. Вік початку паління, його тривалість, кількість та якість того, що палять, а також соціальний статус особи, що палить, може слугувати прогностичною ознакою перебігу ХОЗЛ [83,127]. Парадокс у тому, що сучасний світ володіє великою кількістю даних про шкоду тютюнових виробів, як ніколи багато, але ці знання не змогли вплинути на швидкий ріст ринку тютюнових виробів. Слід згадати і про позитивний досвід деяких країн. Так, Норвегія, Швеція, Канада, Данія та

деякі інші країни в останнє десятиріччя здійали ефективні освітні та профілактичні програми, що дозволило їм знизити число хворих на рак легень. Ця форма онкологічного захворювання є чутливим індикатором агресивного впливу тютюнового диму на розвиток неопластичного процесу у людини [79,133].

У липні 2011 р. ВООЗ оприлюднила третій звіт щодо глобальної тютюнової епідемії. За даними ВООЗ, в світі понад 1,1 млрд. людей мають цю шкідливу звичку [69]. За стандартизованим показником поширеності паління серед дорослих у 2006 р. Україна займала четверте місце в світі. Україна входить до групи із 11 країн Європи з найбільшим рівнем поширеності цієї шкідливої звички [143]. У нашій країні в 2003 році нараховувалося більше 9,9 млн. осіб, що палять, тобто третина всього працездатного населення України. За даними 2009 року, в м. Києві палять 650 тисяч чоловіків і 150 тисяч жінок. Найбільший відсоток осіб, що палять, припадає на вікові групи 20-29 років (60 % чоловіків і 19 % жінок) та 30-39 років (57 % і 22 % відповідно) [32]. Жителі нашої країни випалюють на рік приблизно 234 млрд. сигарет. Кількість випалених сигарет на рік на 1 особу, що палить, складала у 2005 році більше 4300 сигарет, у 2006 – 4400 сигарет, у 2007 році – 4500 сигарет [5]. За даними Міністерства охорони здоров'я України, в сучасних умовах в жіночій популяції, кожна п'ята жінка активний курець. Особливе занепокоєння викликано тим, що ця шкідлива звичка припадає на вік до 35 років. За статистикою, щорічно від захворювань, спричинених тютюнокурінням у світі помирає понад 4 млн. людей, в країнах СНД 500 тисяч, в Україні 110 тисяч, а в м. Києві 5,5 тисяч осіб, які насолоджувалися тютюновим димом [54].

У 2009 р показник рівня поширеності паління серед дорослого населення зменшився, і тепер Україна посідає 29-те місце у світі за показником поширеності паління серед дорослих [29].

У вересні 2010 р. був оприлюднений звіт за результатами дослідження «Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну в Україні». Аналіз даних репрезентативних опитувань населення України показав, що загалом частка осіб, які палять щодня, серед українського населення віком до 15 років скоротилася від 37,4 % у 2005 р. до 25,5 % у 2010 р. [17].

Нікотин – головний алкалоїд тютюну. Алкалоїди інших рослин, зокрема коніїн, цитизин, лобелін забезпечують ефекти частково подібні до дії нікотину.

Як медикаментозний засіб нікотин використовується лише для припинення паління у якості замісної терапії. Близько 25 % нікотину міститься у крові у вільній неіонізованій формі.

Близько 17 % осіб, що палять мають важкий ступінь нікотинової залежності. Тютюнопаління – один з видів адитивної, або залежної поведінки, що призводить до хронічної інтоксикації організму. Нікотин, що міститься в тютюні, відноситься до класу наркотичних сполук. Він не викликає стану ейфорії, властивого іншим наркотичним речовинам, але здатність чинити фізичне і психічне звикання у нього така ж, як і у інших наркотиків. Тому в МКХ-10 тютюнова залежність, поряд з алкогольною та наркотичною, включена в категорію «Розумові і поведінкові розлади, зумовлені використанням психоактивних сполук». Розвиток тютюнової залежності пов'язаний з характером куріння (вік, в якому починають палити, стаж, частота паління), з особливостями організму і характером особи, що палить [20].

У формуванні залежності від тютюнопаління важливу роль відіграють психосоціальні умови – паління батьків, вчителів та інших дорослих (тенденція до ідентифікації) і особливо вплив кращих друзів (солідарність). Палке паляння близько до алкогольного і барбітуратного типу залежності. Тому не дивно, що паління корелює з алкоголізацією, а також з наркотичною залежністю [1].

У розвитку будь-якої форми залежності є загальні закономірності. Наукова наркологія розглядає три стадії цього процесу.

Перша стадія – характеризується знайомством людини з обраною нею штучною реальністю. При цьому відбувається перебудова психіки людини та розвивається пристрасть до створюваної нею реальності. Поступово штучна реальність сприймається як більш приємна, ніж своя власна.

Стадія включає два синдроми, котрі складаються з взаємопов'язаних ознак. Перша група ознак – синдром зміненої реактивності. Друга група – синдром психічної залежності.

Синдром зміненої реактивності на першій стадії простежується у тому, що людина все простіше і безболісніше переживає віддалення від самої себе. Перебування в іншій реальності супроводжується зменшенням побічних ефектів. Відбувається «звикання до віддалення від себе» без негативних наслідків. У залежного зростає здатність переносити нефізіологічний стан все довше, глибше, частіше, регулярніше. Таке зростання «дози іншої реальності» називається зміною толерантності. Збільшення частоти втечі в змінену реальність називається зміною форми споживання.

Синдром психічної залежності на першій стадії включає два основних прояви. Перший – психічна потреба в штучній реальності. Другий – виникнення уявлення, що тільки в іншій реальності самопочуття може бути комфортним, приємним. З'являється здатність до досягнення стану психічного комфорту поза своєю реальністю. Таким чином, формується потяг до постійного перебування у зміненій реальності, яку формує об'єкт узалежнення [14,36].

Отже, перша стадія є процесом пристосування людини до нового стану. Він визначається постійним виходом зі своєї реальності в штучно створену.

Друга стадія – настає після повного звикання до існування в змінній реальності. Тепер існування є комфортним лише у стані штучної реальності, а повернення до свого фізіологічного стану викликає дискомфорт, причому не тільки психологічний, а й фізичний. Починає з'являтися фізична потреба у зміні реальності внаслідок неможливості залишатись без агента залежності на якийсь час. Цей час, як правило, вимірюється годинами і відрізняється для різних форм залежності і давності процесу формування узалежнення. Спочатку це відчувається у вигляді психічного дискомфорту, але потім виникає і фізичний дискомфорт. Такий стан особливо виражений при прийомі наркотиків і називається абстинентним або похмільним синдромом. При тютюнопалінні виникає непереборне бажання закурити сигарету [42].

Абстинентний стан (синдром відміни) в МКБ – 10 визначається як група ознак, що виникають при повному припиненні втечі у штучну реальність після неодноразового, зазвичай тривалого і/або глибокого занурення в дану реальність. Початок і перебіг синдрому відміни обмежені в часі і відповідають тому різновиду штучної реальності, яку людина використовувала. Синдром відміни полегшується при зануренні в об'єкт залежності [6].

Отже, друга стадія залежності пов'язана з формуванням якісно нового, стійкого стану – фізичної залежності між комфортним станом організму і перебуванням у штучної реальності.

У другій стадії відзначається подальший розвиток синдромів першої стадії. Синдром зміненої реактивності змінюється – поступово штучна реальність перестає бути настільки приємною, комфортною, як раніше. Змінюється сприйняття самої штучної реальності. Знижується ейфорія. Поза станом зміненої реальності людина не здатна до концентрації волі на діях та зосередженні уваги. Виникає «несила» щось робити без агента залежності, важко утримуватись у вибраних напрямках для діяльності. Людина стає агресивною, дратівливою. Подібна незадоволеність маскує

психічну потребу, потяг до занурення у штучну реальність, яка створюється завдяки агентам залежності.

Відповідно до МКХ – 10, у другій стадії залежності окрім ознак першої стадії залежності додатково присутній ще стан відміни або абстинентний синдром, та/або розвивається висока зосередженість на зануреннях у штучну реальність [14].

Третя стадія – це час повного психологічного і фізичного виснаження. Життя стає непродуктивним, людина не відчуває ніякої радості, ніщо не цікавить, нічого не хочеться, зникають імпульси, потреби.

На цій стадії форма сприйняття штучної реальності продовжує змінюватися. Людина починає сприймати її як єдино можливу для виживання. Знижується толерантність, задоволеність перебуванням в зміненому стані. У пошуках колишніх комфортних станів людина може шукати нові, більш сильні форми залежності [22].

У МКХ – 10 в третій стадії залежності, крім ознак синдрому залежності, наявних в першій і другій стадіях, визначаються ознаки психічних розладів і стійкі порушення фізичного стану.

Існують різні класифікації стадій розвитку залежності. Ми пропонуємо розглянути ту, яка дає можливість пояснення послідовного занурення в глибину залежності і враховує соціальний чинник формування проблеми. Дана класифікація наведена О.В. Ємельяною на прикладі формування наркотичної залежності, але цілком відповідає рівням формування залежності від тютюнопаління. Існує чотири стадії, або рівні залежності [33,25].

Соціальна стадія – про соціальну залежність говорять тоді, коли в людини самої залежності ще не утворилось, але допущення про можливість вживання агента залежності досить глибоко ввійшла в свідомість. Соціальний рівень відрізняється від психічного тим, що вимога до вживання йде від зовнішнього чинника, а на психічному рівні вона стає внутрішньою, психічною потребою.

Психічна залежність – проявляється в тому, що людина знову і знову бажає повернутись до стану зміненої реальності, до приємних переживань, заспокоєння, відволіктись від неприємного.

Фізична залежність – при тривалому вживанні агентів залежності виникають зміни фізичного стану людини, які утворюються завдяки адаптації організму до нової реальності, в яку він потрапляє через вживання. Даний рівень характеризується високою толерантністю до агенту залежності, скороченням часу між прийомом речовини.

Рівень незворотних процесів – цей рівень розвивається тоді, коли у людини вже розвинені серйозні соматичні захворювання, частою причиною яких є зловживання об'єктом залежності. Отже, людина поступово входить в залежність. На кожному етапі у неї є можливість утриматись від погіршення свого стану, а при відповідних зусиллях та бажанні скористатись допомогою для відмови від залежної поведінки [33].

1.5. Впровадження антисмокінгових програм для пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень

У 2006 р. Україна офіційно ратифікувала Рамкову конвенцію із боротьби проти тютюну (РКБТ) ВООЗ – обов'язковий для виконання міжнародний договір. У преамбулі Конвенції країни визнали, що сигарети й деякі інші вироби, що містять тютюн, є високотехнологічними, розробленими таким чином, щоб створювати й підтримувати залежність. Багато компонентів, які в них містяться та дим, що вони виділяють, є фармакологічно активними, токсичними, мутагенними й канцерогенними речовинами [19].

Четверта конференція сторін РКБТ у листопаді 2010 р. ухвалила керівні принципи щодо лікування тютюнової залежності та припинення вживання тютюну. Відповідно до статті 15 Закону України від 22.09.2005 року №2899 «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»

запропоновано рекомендації, які ґрунтуються на зазначених керівних принципах РКБТ з урахуванням законодавства та національних обставин України [31].

Зменшення поширеності паління в Україні відбувається завдяки двом процесам:

- припиненню паління нинішніми особами, що палять;
- зниженню рівня ініціювання паління серед молоді.

Аналіз даних опитування 2010 р. також показав, що на той час допомоги в припиненні паління потребували 3,1-4,4 млн людей. Більш конкретно допомогою лікаря, іншого фахівця або медикаментами готові були скористатися 0,5-1,7 млн осіб [115].

Антисмокінгові програми є необхідними при реабілітації хворих на всіх стадіях ХОЗЛ. Відмова від паління є єдиним, найбільш ефективним та економічно обґрунтованим способом, що дозволяє зменшити ризик розвитку ХОЗЛ та попередити прогресування захворювання. Хворий має чітко усвідомлювати пагубну дію тютюнового диму на дихальну систему. Відмова від паління не відновить існуючі органічні зміни в легенях, але зменшить ступінь та швидкість падіння ОФВ₁, що відмічається у багатьох пацієнтів з ХОЗЛ.

Засобами боротьби з палінням можуть бути нікотинова жувальна гумка, гіпноз, іглорефлексотерапія, модифікація поведінки, організація груп підтримки та ін. На жаль, реальна ступінь успіху кожного з цих методів дуже відносна. Більшу ефективністю мають тільки два метода: нікотинзамісна терапія та бесіди медичного персоналу (психокорекційна робота) [35].

Необхідність медичної допомоги особам, що палять очевидна: недивлячись на те, що більшість осіб, які палять визнають згубну дію нікотину на організм і намагаються кинути палити, тільки 3 % з них можуть відмовитись від паління самостійно, іншим необхідна допомога [43].

Світова практика показує, що лікування пацієнтів, що страждають на нікотинову залежність, в комплексі з іншими мірами : заборонаю на паління в громадських місцях, збільшення вартості тютюнових виробів, зміни оподаткування тютюнових компаній у сторону збільшення податку, заборонаю на рекламу тютюну, інформуванням населення про наслідки його вживання може бути дуже ефективним в зниженні та поширеності тютюнопаління [140,177].

На даний час самим ефективним рахується «Підхід 5 кроків», який був вперше запропонований рекомендаціями клінічної практики США, і являє собою структуроване інтерв'ю на основі практики доказової медицини. Він був схвалений ВООЗ і на сьогодні успішно використовується в багатьох країнах. Цей підхід дозволяє медичним працівникам надати відповідну допомогу кожному пацієнту, який палить [21]. Англійською мовою він називається 5As (Ask, Assess, Advise, Assistan and Arrange followup). Українська версія має назву ЗОНДО (Запитати, Оцінити, Надати пораду, Допомогти, Організувати спостереження і підтримку). Підхід ЗОНДО підкреслює, що кожний медичний працівник має:

- запитати кожного пацієнта, чи він палить;
- оцінити бажання здійснити спробу відмовитися від паління та рівень нікотинової залежності;
- надати пораду всім особам, що палять, відмовитися від паління;
- допомогти безпосередньо та/або направивши до відповідних служб;
- організувати спостереження і підтримку для пацієнта, який збирається відмовитися від паління [31,21].

Крок 1. Запитати усіх пацієнтів про паління

Усім установам охорони здоров'я слід впровадити у медичній документації (амбулаторній карті, історії хвороби тощо) пацієнтів окрему графу або позначку щодо паління. Дослідження показують, що введення такого пункту суттєво збільшує вірогідність короткої консультації особи,

що палить, медичним працівником. Документувати статус паління можна просто: палить; кинув палити; ніколи не палив. Проте лікар зможе надати пораду більш кваліфіковано, якщо збере більше відомостей для кожного з трьох основних статусів щодо паління [22].

Крок 2. Оцінити бажання здійснити спробу відмовитися від паління та рівень нікотинової залежності

Реакція пацієнта на пораду відмовитися від паління зазвичай залежить від того, наскільки він сам вже відчуває потребу кинути палити. Проте, розроблена американськими дослідниками модель стадій змін показує, що кожній особі, що палить, можна запропонувати допомогу, просто форми цієї допомоги відрізняються залежно від стадії готовності пацієнта до відмови від паління [22,145].

Існує загально прийнятий тест Фагерстрема, який дозволяє досить детально визначити рівень нікотинової залежності [65], проте для короткої консультації достатньо 2-3 запитань:

1. Через який час після того як прокинетесь ви палите свою першу сигарету?
2. Скільки сигарет ви палите протягом дня?
3. Якщо ви вже намагалися кинути палити, чи відчували нестерпне бажання палити або якісь нові неприємні відчуття (симптоми відміни)?

Якщо курець палить першу сигарету протягом 30 хвилин після того, як прокинеться, палить 20 або більше сигарет на день і відчував зазначені симптоми відміни, він має значну залежність від нікотину і йому доцільно запропонувати препарати нікотинової замісної терапії (НЗТ) .

Тест Фагерстрема розробив лікар Карл Фагерстрем. Тест складається з 6 питань відповіді на які оцінюються в балах. Максимальна кількість балів – 10. Анкетування може проводити лікар або медична сестра, однак найчастіше пацієнт самостійно заповнює опитувальник. Кожна відповідь має певну кількість балів, а їхня сума відповідає ступеню нікотинової залежності. Пацієнт із сумою балів більше 6 має виражену пристрасть до

нікотину і у разі відмови від паління неминуче стикнеться з проявами синдрому відміни. Тому для цієї групи пацієнтів фармакотерапія є необхідною та досить ефективною (додаток Г) [31].

Форма оцінки паління повинна заповнюватися для всіх пацієнтів. Тест щодо нікотинової залежності виявився корисним для виявлення рівня нікотинової залежності пацієнта, а саме, тяжкості синдрому відміни, труднощів з припиненням куріння і можливої необхідності застосування більш високих доз замісників нікотину. Необхідно гарантувати допомогу пацієнтам, якщо вони готові відмовитися від тютюнопаління (додаток Д) [31].

Крок 3. Надати пораду всім особам, що палять відмовитися від паління.

Дослідження показують, що якщо різні медичні працівники повторюють короткі, наполегливі, позитивні поради щодо відмови від паління (або виказують підтримку нещодавній спробі кинути палити), це значно підвищує шанси на успіх. Тому всім особам, що палять, слід чітко, але не образливо радити відмовитися від цієї звички, наприклад: «Найкраще, що ви зможете зробити для покращення свого здоров'я – це відмовитися від паління» [22].

Крок 4. Допомогти безпосередньо та/або направити до відповідних служб.

Усім особам, які палять, незалежно від того, виявили вони бажання припинити палити чи ні, можна допомогти відмовитися від паління. Проте форми і зміст цієї допомоги залежать як від потреб і уподобань самих осіб, що палять, так і від наявності відповідних медичних препаратів та спеціалізованих служб.

Проведення мотиваційного інтерв'ю може вимагати спеціальної психологічної підготовки, і тому не всі лікарі наважуються його використовувати. Більш проста стратегія підвищення мотивації особи, що палять до відмови від паління називається 5R (Relevance, Risks, Rewards,

Roadblocks, Repetition), яка має українську версію під назвою «Стратегія 5П» (Персоналізація, Попередження, Позитиви, Перепони, Повтори).

1. Персоналізувати причини припинення паління. Людина буде більш мотивована до припинення паління, якщо зрозуміє, що це потрібно не взагалі і колись, а конкретно для нього і зараз. Тому порада припинити палити має бути обґрунтована персональною ситуацією пацієнта – його станом здоров'я, економічною ситуацією (не вистачає грошей на потрібні ліки, але є кошти на сигарети), сімейними (наприклад, наявністю дітей в домі) та іншими важливими саме для нього обставинами.

2. Попередити про ризики негативних наслідків продовження паління. Тут важливо не просто перелічити усі пов'язані з палінням хвороби, а пояснити, що при розвитку таких патологій пацієнт не зможе вільно пересуватися, його родина змушена буде доглядати за ним. Також треба показати, що його звичка наражає на ризик інших людей через пасивне паління, ризик пожежі тощо.

3. Підкреслити позитивні наслідки припинення паління. Позитивних наслідків відмови від даної звички досить багато, і треба зосередитися на тих, які мають особливу цінність для пацієнта: можливість мати здорових дітей, гарний приклад для нащадків, економія коштів (можна швидко і швидко підрахувати, скільки людина зекономить за рік, якщо кине палити).

4. Перепони – виявлення і способи подолання. На даному етапі важливо не демонструвати весь перелік перепон для відмови від паління, щоб пацієнт вибравшись з нього, бо в такому випадку пацієнт позначить кілька перепон, частина з яких для нього насправді не є важливими. Виявляти такі перепони треба за допомогою відкритих запитань, наприклад: «Що вам подобається і що не подобається у вашому палінні?».

5. Повторювати пораду припинити палити. При кожному візиті такого пацієнта треба повторно мотивувати його до здійснення спроби відмови від паління. Якщо пацієнт спробував та зазнав невдачі, треба пояснити, що більшість людей, які успішно відмовилися від цієї звички,

також мали перед цим кілька невдалих спроб, але вони використали власний досвід невдач, для того щоб врешті досягти успіху [21].

Лікар також може запропонувати листівки або брошури з порадами щодо відмови від паління (якщо такі є наявними); направити до спеціалізованих кабінетів допомоги або спеціалізованої телефонної лінії допомоги у припиненні паління (якщо такі працюють у навколишній місцевості і лікар має про них позитивну інформацію); запропонувати придбати в аптеці відповідні наявні препарати і за необхідності виписати на них рецепт.

Крок 5. Організувати спостереження і підтримку

Оскільки після відмови від паління у пацієнта можуть виникнути неочікувані проблеми, потрібно домовитися про наступні консультації, під час яких можна буде вирішити наступні проблеми. Під час таких консультацій треба привітати з успіхом тих осіб, які утримуються від паління [22].

Якщо раптом дуже захотілося палити. У таких випадках треба пам'ятати простий набір з чотирьох правил, який називається СТОП:

С – Стриматися. Бажання палити пройде через кілька хвилин незалежно від того, буде палити людина чи ні.

Т – Три рази глибоко вдихнути і видихнути. Найпростіший і найдоступніший спосіб зняття стресу.

О – Одволіктися. Слід звернути увагу на будь-що навколо, оцінити форму, колір, інші параметри, і бажання палити відступить.

П – Пити воду. Повільне пиття води допомагає впоратися зі стресом. Вода також виводить рештки нікотину з організму.

Уникнення ситуацій і поведінки, які провокують паління. Пацієнту треба пояснити, що важливо уникати ходити туди, де палять, навіть «просто за компанію». Вживання алкоголю може спровокувати бажання запалити, тому під час спроби відмови від паління бажано взагалі відмовитися від алкоголю.

Сучасна особа, що палить, володіє великим арсеналом засобів, які можуть допомогти йому у боротьбі з тютюном. ВООЗ давно визначено, що одним з прогресивних і ефективних способів позбутися від тютюнової залежності є НЗТ [15]. Метод НЗТ заснований на революційному відкритті шведських вчених у кінці 60-х років. Тоді було доведено, що шкоди особі, що палить, завдає не нікотин, а тютюновий дим, що містить і дьоготь, що викликає рак, і окис вуглецю, що сприяє розвитку захворювань серця і судин, та інші небезпечні для здоров'я речовини. Людина, яка відмовилася від сигарет, в більшості випадків через деякий час знову починає палити через те, що не може перенести так званий "синдром відміни", зупинку надходження в організм нікотину.

Революційність НЗТ полягає в тому, що цей метод враховує як фізіологічні, так і поведінкові особливості процесу паління. При використанні препаратів НЗТ в організм залежного надходить нешкідливий чистий нікотин в малих дозах. І тоді з процесу відмови від паління зникає синдром відміни. Адже людина продовжує отримувати нікотин, до якого вона звикла, але в мізерній кількості і без тютюнового диму, який як раз і призводить до раку легенів і серцево-судинних захворювань. Поступово надходження чистого нікотину в організм скорочується, і людина, вже відмовившись від куріння, м'яко закінчує і курс НЗТ. Ці лікарські засоби заповнюють вміст нікотину в організмі [16,110].

В аптеках України наявними є безрецептурні препарати НЗТ у таких формах: жувальна гумка, пластир, інгалятор. Розуміння природи нікотинової залежності є підґрунтям застосування НЗТ, яка полягає у тому, що в організм потрапляє контрольована доза нікотину, але без смол та інших шкідливих речовин.

Препарати НЗТ слід рекомендувати лише тим пацієнтам, які мають ознаки фізичної залежності від нікотину[21].

Для допомоги при відмові від паління широко застосовують методи в які не входять медичні препарати або лікувальні процедури, вони мають форму індивідуальних або групових консультаційних занять, спрямованих на допомогу у зміні поведінки. Вже багато людей успішно відмовилися від паління за допомогою цих методів, проте основна проблема полягає в тому, що їх ефективність більшим чином залежить від особистості того, хто проводить заняття, ніж від методу як такого. Пацієнтам варто рекомендувати такі заняття, якщо лікар має відомості про ефективну роботу конкретного фахівця, який їх проводить [21].

Спеціалізовані кабінети або телефонні лінії допомоги у припиненні куріння зазвичай використовують методи, які були описані вище. Проте такі фахівці мають більше часу і досвіду для ефективної допомоги, ніж звичайний медичний працівник. На жаль, такі кабінети і лінії існують лише в деяких містах, і не скрізь їхні працівники пройшли відповідну підготовку. Тому лікарю треба пересвідчитися у професіоналізмі фахівців спеціалізованих кабінетів або телефонних ліній допомоги у припиненні паління, перш ніж рекомендувати їх [92].

ХОЗЛ залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я на сьогоднішній день. В медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності та смертності в усьому світі; люди страждають від цього захворювання роками і передчасно вмирають від нього або від його ускладнень. Внаслідок тривалого впливу факторів ризику і старіння населення в усьому світі спостерігається прискорене зростання ХОЗЛ. Це захворювання часто діагностується на тій стадії, коли у людини вже розвивається задишка, відмічається значне обмеження ФЗД та серцева недостатність (СН). За результатами великих скринінгових досліджень поширеність ХОЗЛ більша в осіб, які палять, ніж у тих, які не палять, в осіб старших за 40 років більше, ніж у молодих, у чоловіків більше, ніж у жінок. Поширеність ХОЗЛ в останні роки зросла, що свідчить про покращення виявлення захворювання. Це пов'язано з

підсиленням діагностичної бази, підвищенням освідченості лікарів з проблеми ХОЗЛ.

До факторів ризику ХОЗЛ належать забруднення повітряного басейну відходами виробництва, продуктами згоряння різних видів палива, вихлопними газами, несприятливі умови професійної діяльності, погодні умови і клімат (туман та підвищена вологість), інфекційні чинники. Головний фактор ризику ХОЗЛ - це паління, в т. ч. пасивне.

При цьому суспільство мало знає про цю проблему, а за витратами на наукові дослідження ХОЗЛ знаходиться на 13-му місці. Серед всіх хворих на ХОЗЛ тільки у половини встановлений діагноз на ранніх стадіях.

Сучасна особа, що палить, має великий арсенал засобів, які можуть допомогти йому в боротьбі з цією пагубною звичкою. Однак, лише не великий відсоток спроб відмовитись від паління закінчується успішно. Це спонукає науковців всього світу шукати нові методи ведення пацієнтів з тютюновою залежністю. Одним із ефективних антисмокінгових методів є проведення психокорекційних тренінгів з метою формування мотивації до припинення тютюнопаління.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн клінічного дослідження

Відповідно до поставленої мети та завдань дослідження нами було проведено роботу у декілька етапів. На першому етапі було створено оригінальну анкету, на основі наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 та GOLD 2013 та ряду відомих опитувальників (додаток А). 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.

Питання щодо віку, сімейного анамнезу, стажу паління, респіраторних інфекцій протягом останнього року, роз'яснення не потребують. Відповіді на питання щодо кашлю, задишки, свистячого дихання, утрудненого дихання, та кашлю при переході в/з холодне приміщення розподілили наступним чином: не турбує, дуже рідко, інколи, часто, дуже часто (табл. 2.1).

Шляхом оцінки інформативності анкети встановлено, що особи з високим ризиком розвитку ХОЗЛ – це ті, що набрали 18 та більше балів за результатами анкетування.

На наступному етапі провели скринінгове обстеження шляхом анкетування 525 осіб, що вважали себе здоровими, працювали в одному колективі Хмельницької атомної станції та регулярно двічі на рік проходили медичні огляди.

Таблиця 2.1

Критерії оцінки відповідей на питання анкети

Варіанти відповідей	Обґрунтування
Не турбує	Не відмічає ознаку взагалі
Дуже рідко	Симптоми виникають 1-3 рази на місяць, не заважають повсякденній діяльності
Інколи	Симптоми виникають 1-5 рази на тиждень
Часто	Симптоми виникають 1-2 рази на день, заважають повсякденній діяльності
Дуже часто	Симптоми турбують постійно, значно заважають повсякденній діяльності

Критерії включення в дослідження:

- чоловіки та жінки, віком від 35 років, що не мали раніше встановленого діагнозу ХОЗЛ;
- бажання співпраці (заповнена інформована згода).

Критерії виключення:

- вагітність та лактація;
- вік молодше 35 років;
- бронхіальна астма, ХОЗЛ в анамнезі;
- хронічні захворювання внутрішніх органів в стадії декомпенсації;
- небажання до співпраці.

На наступному етапі проведено комп'ютерна спірографія та визначення клініко-функціональних характеристик та параметрів ЯЖ 139 особам, що за результатами опитування мали високий ризик наявності ХОЗЛ.

Далі сформовано групу пацієнтів (38 осіб), яким запропоновані антисмокінгові програми для відмови від паління.

Дослідження дозволило оцінити поширеність симптомів ХОЗЛ, факторів ризику, частоту недіагностованого ХОЗЛ на основі клініко-функціонального обстеження осіб, що вважали себе здоровими та жили і працювали в однакових умовах, встановити значення різних факторів ризику наявності ХОЗЛ серед осіб, що працюють в одному колективі.

2.2. Характеристика обстежених контингентів

Проанкетовано 525 осіб, середній вік ($46,7 \pm 6,3$) роки, серед них 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, що не мали хронічних неспецифічних обструктивних захворювань органів дихання в анамнезі. Статеві-вікова характеристика проанкетованих представлена в табл.2.2.

Таблиця 2.2

Статеві-вікова характеристика проанкетованих

Вік	Всього (n = 525)		Чоловіки (n = 291)		Жінки (n = 234)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
35-40 років	246	46,8	131	45,0	95	40,6
41-49 років	133	25,3	85	29,2	68	29,1
50-59 років	105	20,0	58	19,9	47	20,1
60-69 років	26	5,1	14	4,9	12	5,1
Старше 70 років	5	2,8	3	1,0	12	5,1

Примітка. Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2

Серед опитаних 246 (47,0 %) осіб були у віці 35-49 років, суттєвої різниці між чоловіками та жінками не було; 133 (25,5 %) особи у віці 40-49 років практично порівну розподілилися між чоловіками та жінками; 105 пацієнтів (20,0 %) віком 50-59 років серед них були 58 (19,9 %) чоловіків та 47 (20,1 %) жінок; 26 (5,1 %) проанкетованих віком 60-69 років, серед них чоловіків 14 (4,9 %) та 12 (5,1 %) жінок; 15 (3 %) опитаних були віком старше 70 років, серед них переважали жінки – 12 (5,1 %), чоловіків було 3 (1,0 %).

Серед проанкетованих осіб за соціальним статусом переважали службовці, їх було 309 (58,9 %), серед них 123 (39,8 %) чоловіка та 186 (60,2 %) жінок; робітників – 216 (41,1 %), серед них переважали чоловіки – 169 (78,2 %), жінок було – 47 (21,8 %) ($p=0,001$).

Серед проанкетованих осіб переважали жителі міста – 427 (81,4 %), над жителями села – 98 (18,6 %). Серед жителів міста було 218 (51,0 %)

чоловіків та 209 (49,0 %) жінок; серед жителів села переважали чоловіки 74 (75,5 %) над жінками 24 (24,5 %), ($p = 0,02$).

Аналіз інформативності анкети проводили на незалежній виборці з 100 осіб, що прийняли участь в анкетуванні. Всі особи були поділені на 2 групи в залежності від наявності/відсутності інструментальних ознак бронхообструктивного синдрому (ОФВ₁/ЖЕЛ): 1-а група ($n = 58$) – особи, у яких при проведенні спірографії ОФВ₁/ЖЕЛ > 70 % і 2-а група ($n = 42$) – особи, у яких при проведенні спірографії ОФВ₁/ЖЕЛ ≤ 70 %.

Обстежено 100 осіб, середній вік ($48,7 \pm 4,4$) роки, серед них чоловіків було 69 (69,0 %), середній вік ($50,1 \pm 6,0$) роки, жінок – 31 (31,0 %), середній вік – ($46,7 \pm 4,0$) років, що не мали хронічних неспецифічних обструктивних захворювань органів дихання в анамнезі. Статеві-вікова характеристика проанкетованих представлена в табл.2.3.

Таблиця 2.3

Статеві-вікова характеристика пацієнтів, у котрих визначали інформативність анкети

Вік	Всього ($n = 100$)		Чоловіки ($n = 69$)		Жінки ($n = 31$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
35-40 років	8	8,0	6	8,7	2	6,5
41-49 років	37	37,0	24	34,8	13	41,9
50-59 років	36	36,0	26	37,7	10	32,3
60-69 років	14	14,0	9	13,0	5	16,1
Старше років 70	5	5,0	4	5,8	1	3,2

Серед опитаних 8 (8,0 %) осіб були у віці 35-49 років, чоловіків було 6 (8,7 %), жінок – 2 (6,5 %); 37 (37,0 %) осіб у віці 40-49 років чоловіків було 24 (34,8 %), жінок – 13 (41,9 %); 36 (36,0 %) пацієнтів віком 50-59 років серед них були 26 (37,7 %) чоловіків та 10 (32,3 %) жінок; 14 (14,0 %) осіб віком 60-69 років, серед них чоловіків 9 (13,0 %) та 5 (16,1 %) жінок; 5 (5,0 %) опитаних були віком старше 70 років, серед них переважали чоловіки – 4 (5,8 %), жінка було 1 (3,2 %).

Слід відмітити, що згідно розробленої нами оригінальної анкети мінімальна кількість балів, яка була визначена нами під час анкетування, склала 10 балів, максимальна – 29 балів. Середній визначений бал становив $19,4 \pm 1,6$, медіана – 18 інтерквартильний розмах 12 і 24 (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл хворих залежно від кількості балів за анкетною

Бали	ОФВ ₁ /ЖЕЛ > 70% (n=58)	ОФВ ₁ /ЖЕЛ ≤ 70% (n=42)
10	9 (16%)	-
11	11 (19%)	-
12	10 (17%)	-
13	8 (14%)	-
14	7 (12%)	-
15	4 (7%)	1 (2%)
16	3 (5%)	1 (2%)
17	5 (9%)	-
18	1 (2%)	2 (5%)
19	-	7 (17%)
20	-	13 (31%)
21	-	7 (17%)
22	-	3 (7%)
23	-	1 (2%)
24	-	3 (7%)
25		1 (2%)
26		
27		
28		1 (2%)
29		2 (5%)

Приведені в таблиці дані свідчать, що у 78 % осіб з ОФВ₁/ЖЕЛ > 70 % було виявлено 10-14 балів і лише в 21 % – 15-18 балів. Отже, для прогнозування відсутності бронхообструктивного синдрому оптимальною є величина < 15 балів за розробленою анкетною.

З іншого боку, в осіб з ОФВ₁/ЖЕЛ ≤ 70 % 16-18 балів визначали лише в 9 %, 19-25 – у 84 % і 28-29 балів – у 7 % осіб. Звертає увагу, що оптимальними балами для діагностики бронхообструктивного синдрому є

величина 19-25 балів. Тому в подальшому в якості діагностичних критеріїв бронхообструктивного синдрому нами була взята величина >18 балів.

Для такої величини балів інформативність прогнозування наявності ХОЗЛ склала 94 %, чутливість – 91 % і специфічність – 100 %. Проведені розрахунки свідчать, що у разі використання анкети і критеріїв > 18 і ≤ 18 балів в 94 % випадків можливо вірно прогнозування наявності чи відсутності бронхообструктивного синдрому. За наявності > 18 балів у 91% випадків можливе діагностування бронхообструкції, у той час, як використання критеріїв ≤ 18 балів в 100 % випадків представляється можливим виключити цю патологію.

Нами виділено контингент осіб, які ми віднесли до групи високого ризику наявності ХОЗЛ. Це пацієнти, що під час анкетування набрали 18 та більше балів. Встановлено, що 216 осіб (41,1 %) за даними опитувальника набрали 18 та більше балів та розглядались нами, як пацієнти високого ризику наявності ХОЗЛ (рис. 2.1).

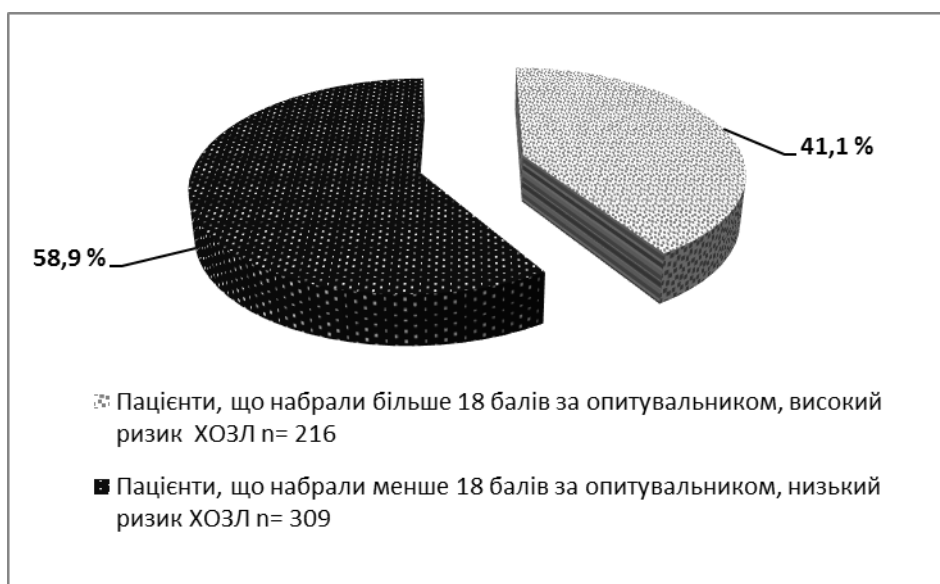


Рис. 2.1. Кількість осіб, що набрали 18 та більше балів та відносились до групи високого ризику ХОЗЛ

Ми провели більш детальний аналіз анамнестичних даних за результатами анкетування цієї групи осіб. Достовірної різниці між

чоловіками та жінками, що набрали 18 та більше балів не встановлено. Серед них було 115 жінок (53,2 %) та 101 чоловік (46,8 %), ($p=0,25$)(рис. 2.2).

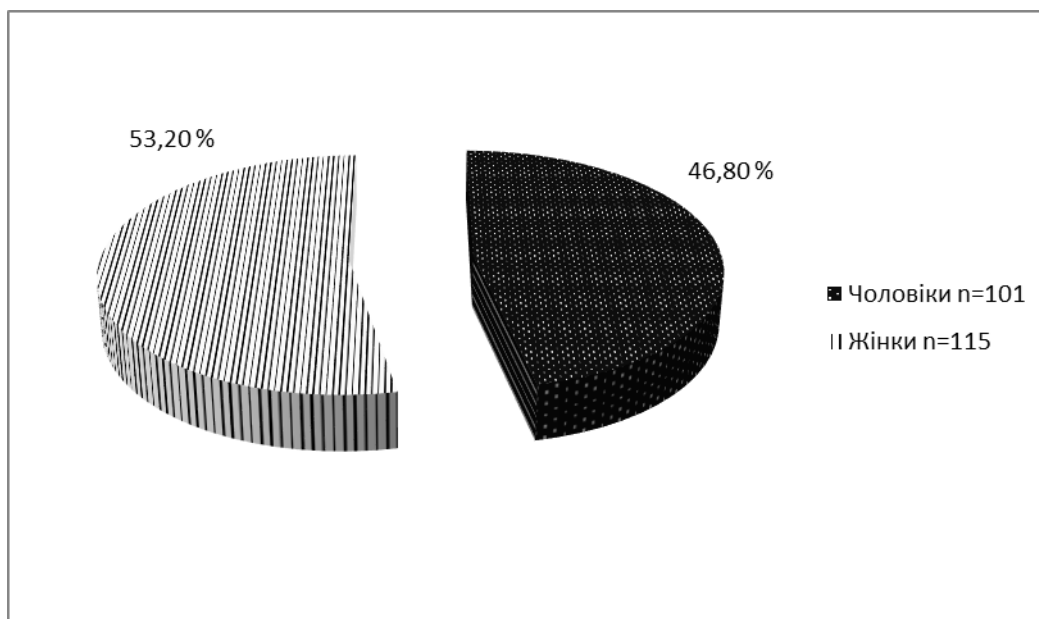


Рис. 2.2. Статевая структура осіб, що за результатами анкетування набрали більше 18 балів

У віковій групі до 40 років набрали більше 18 балів 72 особи (33,3%): 35 чоловіків (48,6 %) та 37 жінок (51,4 %).

У групі 40-49 років було 55 (25,5 %) осіб: 30 (54,5 %) чоловіків та 25 (45,4 %) жінок. У групі 50-59 років – 57 (26,4 %) осіб: 26 (45,6 %) чоловіків та 31 (54,4 %) жінка.

Найбільш численна група пацієнтів з високим ступенем наявності ХОЗЛ, це особи активного працездатного віку до 60 років, а саме 184 (85,2 %). У віковій групі до 40 років набрали більше 18 балів 45 (20,8 %) особи: 15 (33,3 %) чоловіків та 30 (66,6 %) жінок, ($p = 0,08$). У групі 40-49 років було 79 (36,6 %) осіб: достовірно більше чоловіків – 49 (62,0 %) та 30 жінок (38,0 %), ($p = 0,0009$) та в групі 50-59 р – 56 (25,9 %) осіб: 26 (46,4 %) чоловіків та 30 (53,6 %) жінок, ($p = 0,89$), у групі старше 60 років – 36 (16,7 %) осіб: 11 (30,6 %) чоловіків та 25 (39,4 %) жінка, ($p = 0,03$) (рис. 2.3).

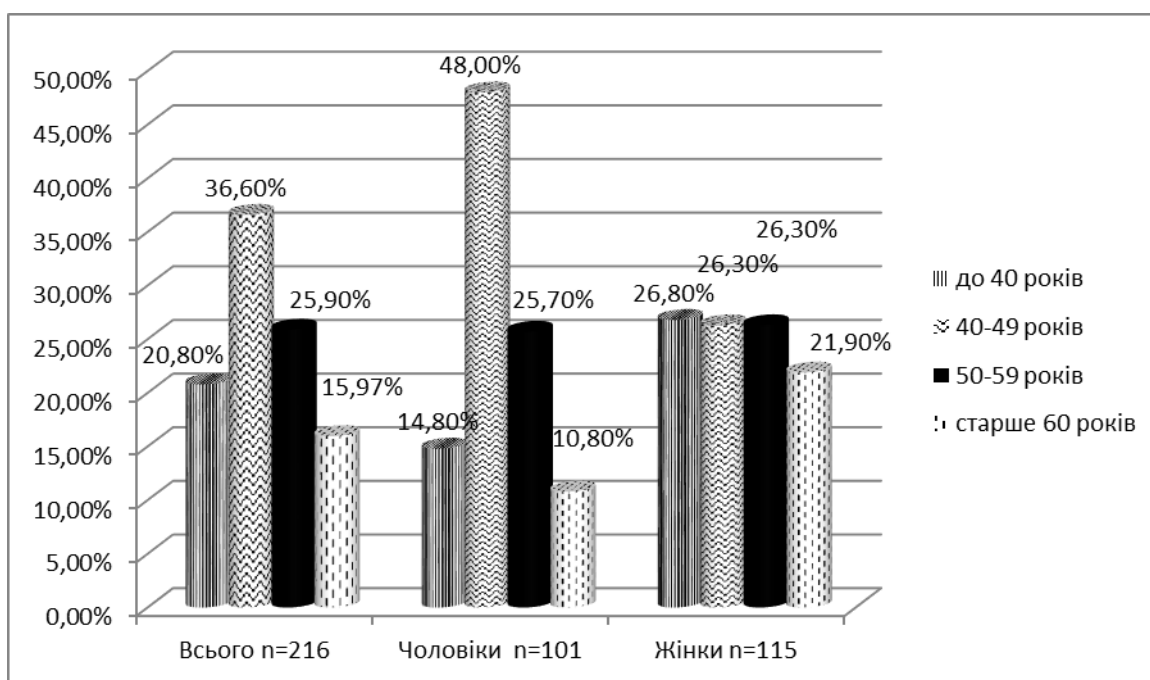


Рис. 2.3. Статеві-вікова характеристика пацієнтів, що мають високу ймовірність ХОЗЛ за результатами опитування

Серед проанкетованих осіб за соціальним статусом переважали службовці, їх було 120 (55,6 %), серед них 30 (25,0 %) чоловіків та 90 (75,0 %) жінок; робітників – 96 (44,4 %), серед них переважали чоловіки – 71 (74,0 %), жінок було – 25 (26,0 %), ($p = 0,001$).

За матеріальним положенням розподіл був наступний: добре матеріальне положення відмітили 34 (15,7 %) особи, середнє – 151 (69,9 %) особа, погане – 30 (13,9 %) осіб, вкрай погане – 1 (0,5 %) особа.

Ми провели аналіз супутньої патології у групі осіб з високою ймовірністю розвитку ХОЗЛ. Наявність супутньої патології з боку серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця) відмітили 90 (41,7 %) осіб з високою ймовірністю ХОЗЛ. Захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, хвороби щитовидної залози) відмічали 32 (14,8 %) особи. Захворювання сечовидільної системи (пієлонефрити, сечо-кам'яна хвороба) – 94 (43,5 %) особи. Захворювання

органів травлення (пептичну виразку, хронічний панкреатит, жовчекам'яну хворобу) відмічали у себе 197 (91,2 %) осіб (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Структура супутньої патології у осіб з високою ймовірністю
ХОЗЛ**

Супутня патологія	Пацієнти з високим ризиком розвитку ХОЗЛ, (n = 216)	
	абс	%
Гіпертонічна хвороба	89	41,2
Ішемічна хвороба серця	32	14,8
Цукровий діабет	11	5,1
Захворювання щитоподібної залози	21	9,7
Пептична виразка	59	27,3
Жовчекам'яна хвороба	28	13,0
Панкреатит	110	50,9
Пієлонефрит	50	23,1
Сечокам'яна хвороба	44	20,4

Отже, нами встановлено, що за результатами анкетування 216 осіб (41,1 %) набрали 18 та більше балів, що оцінено нами як висока ймовірність наявності ХОЗЛ. Достовірної різниці між чоловіками та жінками не було. Достовірно переважали особи працездатного віку. Щодо вікової структури – чоловіків найбільше було у віковій групі 40-49 років. Розподіл жінок за віковими групами був практично рівномірний.

Під час прицільного обстеження пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ, всім пацієнтам, що палять, було проведено опитування з метою визначення ступеня нікотинової залежності та бажання відмовитись від паління [22]. Нами заплановано проведення психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління. Запросили прийняти участь у тренінгу 42 осіб. У першому занятті

прийняли участь 38 осіб, серед них 11 (28,9 %) жінок та 27 (71,0 %) чоловіків, (рис. 2.4).

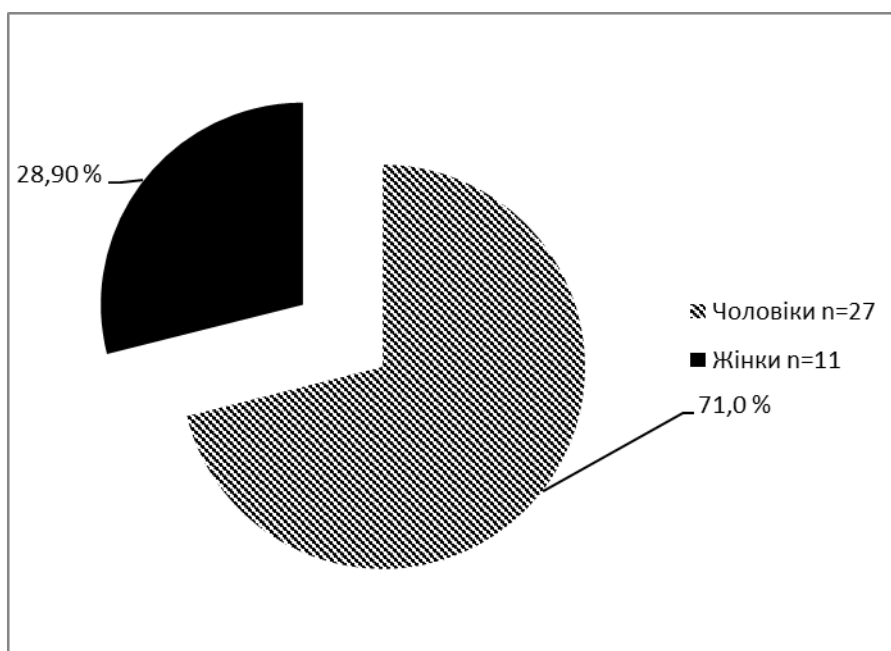


Рис. 2.4. Статева структура осіб, які прийняли участь у тренінгу

Серед осіб, що прийняли участь у тренінгу у віці до 40 років було 2 чоловіків та 3 жінок, що палять. У віці від 40 до 49 років таких осіб було 12 чоловіків та 6 жінок; від 50 до 59 років – 10 чоловіків та 2 жінок; старше 60 років – 3 чоловіків (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Статеві-вікова структура осіб, що прийняли участь у психокорекційному тренінгу по формуванню в учасників мотивації до припинення паління

Стать/Вік	До 40 років	40-49 років	50-59 років	Старше 60 років
Всього n=38	5 (13,2 %)	18 (47,3 %)	12 (31,6 %)	3 (7,9 %)
Чоловіки, n=27	2 (7,4 %)	12 (44,5 %)	10 (37,0 %)	3 (11,1 %)
Жінки, n=11	3 (27,3 %)	6 (54,5 %)	2 (18,2 %)	0 (0 %)

Примітка. Порівняння відсотків між групами проводилось за критерієм χ^2

За соціальним статусом 12 учасників були робітниками (31,6 %), 26 (68,4 %) учасників – службовцями.

Серед осіб, що прийняли участь у тренінгу до GOLD 1 віднесено 4 (10,5 %) особи, найбільше пацієнтів було з GOLD 2 – 15 (39,5 %) осіб та GOLD 3 – 19 (50,0 %) осіб. Серед учасників тренінгу осіб з GOLD 4 не було.

2.3. Методи клініко-функціонального обстеження хворих з вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень

Всім пацієнтам було проведене комплексне клінічне обстеження з використанням поглибленого вивчення скарг та анамнезу, визначення статусу та результатів додаткових методів обстеження. З цією метою всі хворі були обстежені за допомогою спеціально розробленої карти клінічного обстеження (додаток Л).

Діагноз ХОЗЛ встановлювали відповідно до Наказу МОЗ України №555 (від 27.05.2013) та GOLD (2015). Оцінювали інтенсивність задишки за міжнародною шкалою виразності задишки (mMCR-scale) та за опитувальником САТ [148] (додаток Б, додаток В).

Для виключення інших захворювань органів дихання проводили рентгенологічне обстеження. Рентгенографію ОГК проводили в Славутській ЦРЛ Хмельницької області, на апараті РУМ–20, санітарний паспорт №262 від 28.01.99, №262 від 31.05.2016.

Всім пацієнтам виконували реєстрацію ЕКГ у 12 стандартних відведеннях на електрокардіографі HeartScreen 112D, «INNOMED», Угорщина, серійний номер прибору №03007128, свідоцтво про державну реєстрацію №1105–110. Проводили оцінку ритму, ЧСС, електричної вісі серця, ознак гіпертрофії камер серця, ознак порушення ритму та провідності, стану коронарного кровообігу.

Всім розраховували індекс коморбідності за Чарлсоном з метою оцінки прогнозу пацієнтів з тривалими термінами спостереження. Він

являє собою бальну систему оцінки віку та наявності певних супутніх захворювань. При його розрахунку сумуються бали, що відповідають певним супутнім захворюванням, а також додається один бал за кожен декаду життя після 40 років (тобто 50 років – 1 бал, 60 років – 2 бала і т.д.)

Пацієнтам було розраховано індекс маси тіла (ІМТ) — величина, що дозволяє оцінити ступінь відповідності маси людини та її зросту, й тим самим непрямо оцінити, чи є маса недостатньою, нормальною, надмірною (ожирінням). Індекс маси тіла обчислюється за формулою: $I=m/h^2$, де:

m — маса тіла в кілограмах

h — зріст в метрах, і вимірюється в $кг/м^2$.

Встановлення типу та ступеню вентиляційної недостатності визначали шляхом спірографії на комп'ютерному спірографі «Master Score PC» (Erich Jaeger, Німеччина, 2013). Для оцінки функціонального стану респіраторної системи використовувались міжнародні європейські рекомендації з клініко-патофізіологічних аспектів застосування функціональних методів дослідження в пульмонології [134]. В якості функціональних показників ФЗД оцінювали форсовану життєву ємність легень (ФЖЄЛ, FVC), об'єм форсованого видиху за 1 сек (ОФВ₁, FEV₁), ОФВ₁/ЖЄЛ (%). При оцінці основних спірометричних показників враховувались належні величини відповідно до статі, віку, росту та маси тіла пацієнтів [23,38,151]. За межеве нормальне значення параметрів ФЗД приймали показник 80 % від належних розрахункових значень, після бронходілятаційного тесту.

При інтерпретації результатів нормативним значеннями ОФВ₁/ЖЄЛ вважався показник > 70 %, ФЖЄЛ та ОФВ₁ – > 80 %. Обструктивний тип вентиляційних розладів визначався на підставі зменшення співвідношення ОФВ₁/ЖЄЛ < 0,7, рестриктивний тип – за зменшення ФЖЄЛ < 80 %, змішаний тип вентиляційних розладів – за зменшення ОФВ₁/ФЖЄЛ < 0,7, ФЖЄЛ та ОФВ₁ < 80 %.

У разі проведення спірографічного обстеження виконувався запис показників спірограми (вранці, натще, за відміни швидкодіючих бета-2-агоністів, не менше ніж за 12 годин та пролонгованих теофілінів – не менше ніж за 12 годин), проводився бронходилатативний тест (реєстрація спірограми через 20 хвилин після інгаляції 400 мкг сальбутамолу). Тест вважався позитивний за наявністю приросту ОФВ₁ більше ніж на 15 % або 200 мл.

Діагноз ХОЗЛ верифікували за постбронходилатативним показником ОФВ₁/ЖЄЛ < 70 % та незворотною обструкцією. Важкість обструктивних розладів визначали відповідно до Наказу МОЗ України №555 від від 27.06.2013 року та рекомендацій GOLD 2015 [42, 165] (табл. 2.7).

Таблиця 2.7.

Визначення ступеню бронхообструкції за GOLD

Постбронходилатативний ОФВ ₁ /ЖЄЛ	% ОФВ ₁ від розрахункового	Ступінь бронхіальної обструкції
< 0,7	> 80 %	Легка – стадія GOLD 1
< 0,7	50 - 79 %	Середня – стадія GOLD 2
< 0,7	30 - 49 %	Важка – стадія GOLD 3
< 0,7	< 30 %	Дуже важка – стадія GOLD 4

Під час проведення дослідження нами виявлені 3 жінок (0,5 % від усіх проанкетованих), у яких під час проведення спірографії з бронходилатативним тестом виявлено зворотню бронхообструкцію. Цим особам виставлений діагноз бронхіальна астма, про що зроблені відповідні записи у амбулаторних картках і ці пацієнти скеровані до сімейних лікарів та в дослідження включені не були.

Для оцінки симптомів ХОЗЛ нами були застосовані Модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради (Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale) та Тест оцінки ХОЗЛ (TOX) (COPD Assessement Test (CAT)). Шкала mMRC відображує один симптом –

задишку, Тест оцінки ХОЗЛ більш повно відображає вплив захворювання на повсякденну активність хворого та його самопочуття. Шкала mMRC добре корелює з іншими інструментами для вимірювання статусу здоров'я та передбачає ризик майбутньої смертності.

Шкала САТ вміщує 8 пунктів, які вимірюють погіршення статусу здоров'я при ХОЗЛ. Загальний рахунок САТ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань. Оцінка задишки за mMRC ≥ 2 та загальний рахунок САТ ≥ 10 свідчать про вираженість симптомів ХОЗЛ [30,38].

Параметри ЯЖ являються інструментом сучасного лікаря, допомагають оцінити в цілому вплив захворювання на пацієнта. 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) [27]. 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.

Опитувальник орієнтований на визначення 8 комплексних параметрів ЯЖ, які найбільш часто використовуються в популяційних дослідженнях та які найбільш чутливі до змін стану здоров'я людини. Опитувальник MOSSF-36 містить 36 питань (додаток К), 8 шкал та 2 сумарних виміри. Опитувальник забезпечує кількісне визначення ЯЖ за указаними нижче шкалами, при цьому оцінка проводиться за 100-бальною шкалою.

Досліджували наступні критерії оцінки ЯЖ:

Фізична компонента (ФК) характеризується трьома параметрами: фізична активність (ФА), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) та біль (Б). Фізична активність (ФА) або Physical Functioning (PF) суб'єктивна оцінка респондентом об'єму свого буденного

фізичного навантаження. Прямо пропорційний зв'язок: чи вищий бал, тим більша фізична активність;

Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) або Role-tPhysical (RP) приводить до значного впливу захворювання на буденну діяльність. Зворотній зв'язок: чим вищий бал, тим менша роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності;

Біль (Б) або Bodily Pain (BP) – характеризує роль суб'єктивних больових відчуттів респондента в обмеженні його діяльності за останні чотири тижні. Зворотній зв'язок: чим вищий бал, тим менше респондент відчуває біль.

Загальний стан здоров'я характеризується двома показниками – загальне здоров'я (ЗЗ) та життєздатність (ЖЗ). Загальне здоров'я (ЗЗ) або General Health (GH) – це суб'єктивна оцінка респондентом свого загального здоров'я в теперішній час. Прямо пропорційний зв'язок: чим вищий бал, тим краще відчувається респондентом своє здоров'я; Життєздатність (ЖЗ) або Vitality (VT) – це суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість і т.д.) за останні чотири тижня. Прямо пропорційний зв'язок: чим вищий бал, тим вища життєздатність респондента.

Психічна компонента (ПК) оцінюється трьома показниками: соціальною активністю (СА), психічним здоров'ям (ПЗ) та роллю емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ).

Соціальна активність (СА) або Social Functioning (SF) характеризується як суб'єктивна оцінка респондентом своїх відносин з друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні. Прямо пропорційний зв'язок: чим вищий бал, тим вища соціальна активність респондента;

Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) або Role Emotional (RE) – це суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності, обумовленої емоційними проблемами за останні

чотири тижні. Зворотній зв'язок: чим вищий бал, тим менша роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності;

Психічне здоров'я (ПЗ) або Mental Health (МН) – це суб'єктивна оцінка свого настрою за останні чотири тижні. ПЗ має прямо пропорційний зв'язок: чим вищий бал, тим вищий показник психічного здоров'я;

Порівняння самовідчуття з попереднім роком (ПС) або Change Health (СН) має прямо пропорційний зв'язок: чим нижчий бал, тим значніше визначається погіршення самовідчуття респондента в порівнянні з минулим роком.

Такі показники, як ФА, РФ та Б відповідають фізичному статусу здоров'я. Показники СА, РЕ та ПЗ характеризують психічний статус, ЖЗ та ЗЗ – корелюють з обома статусами, ПС дає змогу прослідкувати динаміку здоров'я протягом року.

В процесі дослідження аналізували розподілення параметрів ЯЖ в залежності від ОЗЛ.

Діагностика тютюнової залежності здійснювалась відповідно до визначення ВООЗ [29]. Залежність від нікотину/сигарет оцінювалась за допомогою тесту Фагерстрема на нікотинову залежність, що передбачає не тільки відповіді так/ні, але й остаточну оцінку [85]. Вона класифікує споживачів тютюну, які мають низький, середній або високий рівень нікотинової залежності. Чим вище бали, тим вище рівень нікотинової залежності певної особи. Рівень нікотинової залежності може бути використаний в якості керівництва для розробки планів лікування пацієнтів [85].

Основними питаннями є 1-е та 4-е питання: кількість сигарет, що викурюються протягом дня, а також час першої сигарети після пробудження вранці. Ці питання можуть задаватися лікарем під час консультації і є версією короткого тесту, що оцінюється за шкалою від 0 до 6, з тими ж значеннями балів, які присвоюються для версії тесту Фагерстрема з 10 запитань повної анкети. Отримані 0-3 бали оцінюються,

як низька нікотинова залежність, 4-5 балів – середній ступінь нікотинової залежності, 6-10 балів – високий рівень нікотинової залежності (додаток Г) [32,78].

Форма оцінки паління складається з 6 питань, деякі з них мають кілька варіантів відповідей. Проводиться бальна оцінка відповідей (додаток Д) [32,112].

Усім особам, що палили визначався індекс паління: кількість сигарет, що палить особа за добу множиться на стаж паління (у роках) та отриманий результат ділиться на 20. Отримані дані вище 10 рахується фактором ризику ХОЗЛ [100].

Метою проведення психокорекційної роботи було підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління, що сприятиме повній або частковій відмові від паління. Об'єктом дослідження виступала мотиваційна сфера особистості.

Психокорекційна робота виконувалась двома тренерами-психологами, під керівництвом д.мед.н. О.П. Мостової. Психологи мають тривалий досвід групової та індивідуальної психокорекційної роботи, в тому числі з метою корекції залежної поведінки. Тренери мають повну психологічну освіту рівня магістр психології, додаткову сертифіковану освіту у методах психодрами і символдрами. У тренерському складі витримано принцип гендерної рівності.

Підготовка для групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління включала в себе відбір групи учасників.

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

- знайомство учасників тренінгу. Створення робочої атмосфери в групі;
- визначення попередньої мотивації учасників тренінгу до припинення тютюнопаління та готовності до психокорекційної роботи;

- інформаційно-психокорекційна робота;
- мотиваційно-корекційна робота;
- підтримка готовності до змін;
- психокорекція стану мотивації учасників групи в намірах залишити тютюнопаління;
- адаптація і підтримка учасників групи у відмові від тютюнопаління;
- психодіагностика стану учасників групи;
- завершальний етап і підтримка наміру відмови від тютюнопаління.

Групова робота проводилась в приміщенні Славутської ЦРЛ в кімнаті адаптованій до роботи. Кімната була оснащена зручними стільцями, що розташовані на однаковій відстані від тренерів-психологів.

Попередньо була проведена підготовка учасників до виконання програми психокорекційної роботи з метою припинення тютюнопаління – проведено анкетування з метою оцінки ступеню нікотинової залежності.

Заплановано було проведення 5 занять. Було проведено 3 заняття. Подальші заплановані заняття не відбулися через недостатню кількість учасників. Повторні заняття було проведено з інтервалом в тиждень. Присутні повідомили, що очікували ці зустрічі, хочуть отримати продовження розпочатої роботи.

Виконувались завдання згідно плану психокорекційної роботи, відповідно до поставленої мети (додаток Е,Ж,З).

Тренери надали учасникам інформацію про модель зміни поведінки за Джеймсом Прочаска та Карлом Ді Клементе, відповідно до якої процес змін розділено на кілька стадій та будь-які зміни розглядаються як процес, а не випадкова одноразова подія[42,118].

Наводимо ці стадії:

- Переднамір – попередня, допроблемна стадія, проблема не визнається як проблема, стадія байдужості до проблеми;

- намір – з'являються думки про наявність проблеми, пов'язаної з проявами залежної поведінки;
- стадія прийняття рішень, підготовка до дій;
- стадія активних дій;
- стадія підтримки змін;
- зрив. Необов'язкова стадія, але може трапитись [22,42].

Учасники з цікавістю вивчали матеріал, активно пропонували власні приклади для практичного засвоєння наданої інформації. Тема виявилась надзвичайно актуальною і допомогла учасникам краще зрозуміти власну мотивацію до діяльності чи бездіяльності, в тому числі успішності чи неуспішності спроб покинути паління.

Після активного обговорення динаміки процесів зміни поведінки та розгляду теми мотивації до змін учасникам було запропоновано обрати з буклету по два зображення, які їх найбільше вразили. До буклету ввійшли тематичні зображення, які мають емоційне забарвлення та опосередковано нагадують шкоду від паління (картинки згарищ, спалених дерев, техногенних і природних катаклізмів тощо). Розглядаючи такі картинки людина може проектувати на них власні почуття і переживання. Дана методика є проєктивною і використовується як допоміжна у випадках, коли потрібно продіагностувати емоційне ставлення людини до тієї чи іншої теми, або сприяти емоційній фіксації на рішеннях стосовно даної теми. Всім учасникам надана можливість висказатись у колі про їхнє бачення, символічне переживання теми і отримати емоційне підкріплення до прийнятого рішення. Було запропоновано учасникам знайти емоційний зв'язок між зображенням та їхнім актуальним станом. Таким чином, отримали емоційне підкріплення мотивації до припинення паління [22,109].

Подальша робота була проведена в телефонному режимі. Усі учасники тренінгу дали відповіді на питання, щодо свого відношення до

паління після участі в тернінгу, бажання та готовність відмовитись від паління.

Статистичний аналіз отриманих результатів за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows (Ліцензійна версія «Grand Pack», Serial Number 9593869), що належить ВНМУ імені М.І. Пирогова.

Попередньо проводилась перевірка значень змінних на нормальність розподілення за методом Колмогорова-Смірнова. Якщо було встановлено, що показники, які порівнювались, у хворих та здорових осіб за своїми абсолютними значеннями мали нормальне розподілення, тобто значення змінних достатньо добре підпорядковуються нормальному розподіленню Пуассона при незначущій ймовірності похибки ($p > 0,05$), то для подальшого статистичного аналізу використовували параметричні тести (t-тест Ст'юдента для 2 залежних або незалежних змінних (виборок), простий дисперсійний аналіз (ANOVA) для більше як 2 незалежних змінних та простий дисперсійний аналіз з повторними вимірюваннями для більше як 2 залежних змінних (виборок).

Якщо було встановлено, що показники, за яких проводилось порівняння, у хворих та здорових осіб за своїми абсолютними значеннями мали ненормальне розподілення за Пуассоном ($p < 0,05$), тобто ймовірність похибки була значущою, для подальшого статистичного аналізу використовували непараметричні тести (U-тест Манна-Уїтні для 2 незалежних змінних (виборок).

Виконано описову статистику шляхом побудування крос-таблиць, статистику χ^2 для номінальної шкали, порівняння двох незалежних вибірок (t-критерій Ст'юдента), одномірний дисперсійний аналіз One-WayANOVA (F-критерій Фішера), апостеріорний тест порівняння середніх величин Шеффе, Дункана.

Для виявлення асоціативних зв'язків між бальними характеристиками та клінічними ознаками ХОЗЛ, що відносились до інтервальної шкали, у

зв'язку з невідповідністю згаданих показників нормальному розподіленню, застосовували рангову кореляцію за Спірменом та Кендалом.

Наявність кореляційного зв'язку вважали при $p < 0,05$, при значенні коефіцієнта кореляції в діапазоні від -1 до 0 зв'язок оцінювали як негативний, при діапазоні від 0 до 1 – як позитивний. При значенні коефіцієнта кореляції $< 0,25$ зв'язок визначали як слабкий, 0,26 - 0,75 – середньої сили та при значенні понад 0,75 – сильний.

Досліджувані величини представлені у вигляді «середнє значення \pm стандартна похибка середньої величини» ($M \pm m$) або «середнє значення \pm стандартне відхилення» ($M \pm \sigma$). Достовірними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки (P) не більше 0,05.

РОЗДІЛ 3

ВИЯВЛЕННЯ СИМПТОМІВ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ СЕРЕД ОСІБ, ЯКІ ВВАЖАЮТЬ СЕБЕ ЗДОРОВИМИ ТА РЕГУЛЯРНО ПРОХОДЯТЬ МЕДИЧНІ ОГЛЯДИ

3.1. Діагностика факторів ризику наявності хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування осіб, котрі вважають себе здоровими та регулярно проходять медичні огляди

У формуванні ХОЗЛ ключову роль відіграють різні фактори ризику серед яких виділяють: спадкову схильність, паління, вплив аерополітантів, контакт з хімічними реагентами, побутові чинники, респіраторні інфекції. Враховуючи, що всі обстежені нами особи працювали на одному підприємстві – Хмельницькій атомній станції, де відсутній вплив професійних чинників (всі проанкетовані відповідно до радіаційно-гігієнічної характеристики робочих місць не зазнавали впливу при роботі іонізуючого випромінювання), у тому числі пилу, також всі обстежені проживають в одному районі, що унеможлиблює диференційний вплив побутових агентів, нами вивчені паління, респіраторні інфекції, спадковий фактор як фактори ризику розвитку ХОЗЛ.

Встановлено поширеність факторів ризику наявності ХОЗЛ за даними анкетування в закритому колективі робітників промислового підприємства, проведено оцінку частоти відомих факторів ризику у різних статевих-вікових групах (рис 3.1).

За даними анкетування 525 осіб встановлено, що палять 179 (34,1 %) опитаних. На респіраторні захворювання 2 та більше раз протягом останнього року хворіли 345 (65,6 %) проанкетованих. На наявність у кровних родичів хронічних захворювань органів дихання вказували 135 (25,7 %) респондентів.

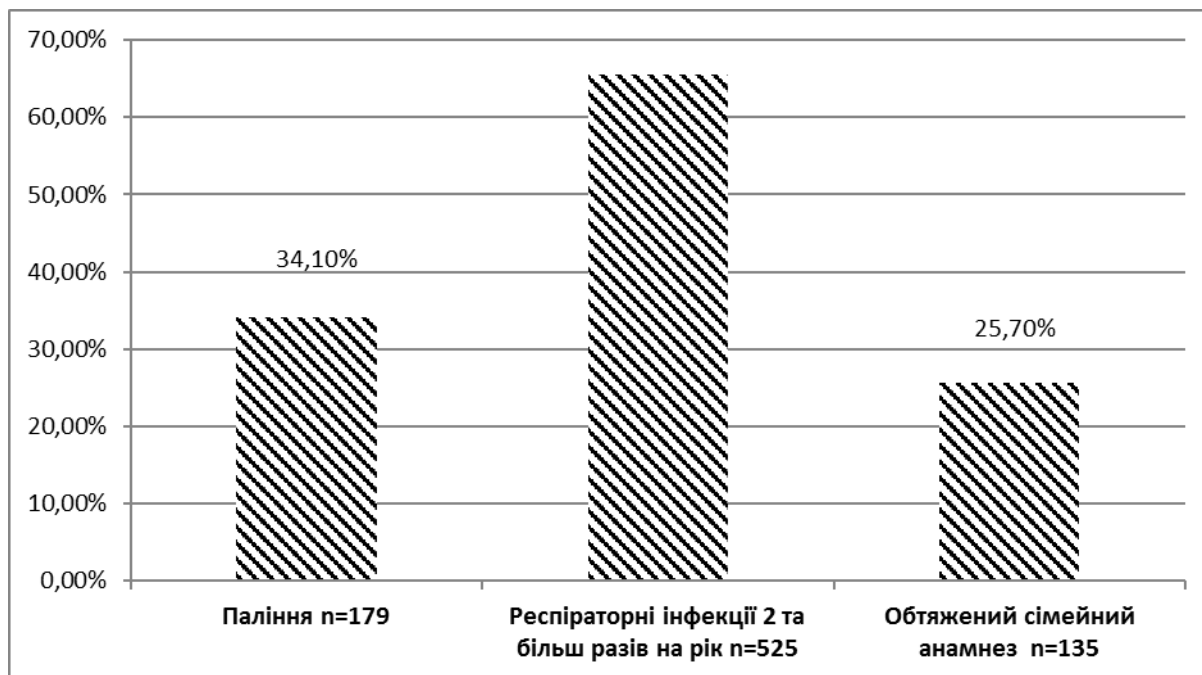


Рис. 3.1. Частота виявлення факторів ризику наявності ХОЗЛ за даними анкетування осіб, котрі вважають себе здоровими

Встановлено, що достовірно частіше палили (у тому числі колишні курці) чоловіки – 144 (49,3 %) та жінок – 35 (15,0 %), ($p = 0,0001$). Не відмічалось достовірної відмінності між чоловіками та жінками, що вказали на обтяжений спадковий анамнез стосовно захворювань органів дихання, відповідно 77 (26,4 %) чоловіків та 58 (24,9 %) жінок, ($p = 0,70$).

Отже, звертає увагу той факт, що серед чоловіків переважає поширеність такого фактора ризику як паління.

Таким чином, найбільш чисельна група проанкетованих були працездатного віку, серед них прослідковується загальна тенденція щодо розподілу за частотою факторів ризику: найчастіше вказали на респіраторні захворювання, далі на паління та обтяжену спадковість.

Отже серед 525 осіб, що вважали себе здоровими та працювали на одному підприємстві, нами виділено основні фактори ризику наявності ХОЗЛ такі як респіраторні захворювання, паління, обтяжений сімейний анамнез.

Ми проаналізували пацієнтів, котрі відмічали респіраторні захворювання протягом останнього року, врахували симптоми, з приводу яких наші проанкетовані звертались за медичною допомогою (амбулаторно та/або стаціонарно).

Аналіз частоти звернень протягом року з приводу респіраторних захворювань, у тому числі серед чоловіків та жінок, виявив певну закономірність: на респіраторні захворювання 2 рази на рік звертались 140 (26,6 %) осіб всього, серед них 69 (49,3 %) чоловіків та 71 (50,7 %) жінок, ($p=0,07$); 3 рази на рік – 30 (5,7 %) осіб всього, 15 (50,0 %) чоловіків та 15 (50,0 %) жінок, ($p=0,52$); 4 рази на рік – 24 (4,6 %) особи всього, серед них 11 (45,8 %) чоловіків та 13 (54,2 %) жінок, ($p=0,032$); 5 раз на рік звертались – 12 (2,3 %) всіх проанкетованих, при чому 9 (75,0 %) чоловіків та 3 (25,0 %) жінки, ($p=0,17$). Достовірної різниці між чоловіками та жінками у цій групі не було (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Частота респіраторних захворювань протягом одного року серед проанкетованих осіб

Частота звернень протягом року	Всього (n = 525)	Чоловіки (n = 292)	Жінки (n = 233)	P (між чоловіками та жінками)
1 раз	319 (60,8 %)	188 (64,4 %)	131 (56,2 %)	0,06
2 рази	140 (26,7 %)	69 (23,6 %)	71 (30,5 %)	0,07
3 рази	30 (5,7 %)	15 (5,1 %)	15 (6,4 %)	0,52
4 рази	24 (4,5 %)	11 (3,8 %)	13 (5,6 %)	0,32
5 раз	12 (2,3 %)	9 (3,1 %)	3 (1,3 %)	0,17

Примітки:

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

Проведено аналіз частоти виникнення респіраторних проявів протягом останнього року серед різних вікових груп проанкетованих (табл 3.5): респіраторні захворювання двічі на рік відмічали особи різних вікових груп практично однаково: до 40 років 58 (26,6 %) проанкетованих; 40-49 років – 47 (29,7 %) осіб; 50-59 років – 22 (21,0 %) осіб; старше 60 років – 13 (29,5 %) опитаних.

Серед осіб різних вікових груп, які відмічали частоту виникнення респіраторних захворювань як тричі на рік, теж не було суттєвої різниці – до 40 років 9 (4,1 %) осіб; 40-49 років – 11 (7,0 %) проанкетованих; 50-59 років – 6 (5,7%); старше 60 років – 4 (9,1 %) опитаних.

Чотири рази на рік хворіли значно рідше опитані віком до 40 років – 2 (0,9 %), а найбільш численнішою

була група пацієнтів віком старше 60 років – 7 (15,9 %) осіб (табл. 3.5). Скарги на виникнення респіраторних захворювань 5 разів на рік опитані віком до 40 років не пред'являли. Найбільше часто хворіли у групі старше 60 років – 7 (15,9 %) опитаних, ($p = 0,001$), тоді як у групі 40-49 років таких осіб було 3 (1,9 %), а у групі 50-59 років – 4 (3,8 %).

Таким чином, всі проанкетовані відмічали в себе респіраторні захворювання протягом року. Один раз за медичною допомогою звертались більшість проанкетованих, а саме 319 осіб (60,8 %), така ж тенденція спостерігається серед чоловіків та серед жінок.

Ми розуміємо, що респіраторні захворювання 1 раз на рік не можуть рахуватися, як фактор ризику ХОЗЛ, адже будь-хто може ймовірно хворіти протягом року. Однак, 206 (39,2 %) проанкетованих відмічали респіраторні захворювання 2 та більше разів на рік; а 66 осіб (20,6 %) взагалі вказали, що хворіли 3 та більше разів. Це було характерним, як для чоловіків так і для жінок. Відмічається зростання кількості звернень з приводу респіраторних захворювань з віком проанкетованих, особливо у осіб старше 60 років.

Таблиця 3.2.

**Частота виникнення респіраторних захворювань у
проанкетованих різних вікових груп**

Частота респіраторних захворювань за рік	Групи хворих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
1 раз	149 (68,3 %)	89 (56,3 %)	67 (63,8 %)	16 (36,4 %)	p1-2=0,02 p1-3=0,41 p1-4<0,0001 p2-3=0,22 p2-4=0,02 p3-4=0,002
2 рази	58 (26,7 %)	47 (29,7 %)	22 (21,0 %)	13 (29,5 %)	p1-2=0,50 p1-3=0,27 p1-4=0,68 p2-3=0,11 p2-4=0,98 p3-4=0,25
3 рази	9 (4,1 %)	11 (7,0 %)	6 (5,7 %)	4 (9,1 %)	p1-2=0,22 p1-3=0,52 p1-4=0,16 p2-3=0,68 p2-4=0,63 p3-4=0,45
4 рази	2 (0,9 %)	8 (5,1 %)	6 (5,7 %)	7 (15,9 %)	p1-2=0,01 p1-3=0,009 p1-4<0,0001 p2-3=0,81 p2-4=0,02 p3-4=0,04
5 раз	0 (0)	3 (1,9 %)	4 (3,8 %)	4 (9,1 %)	p1-2=0,04 p1-3=0,004 p1-4<0,0001 p2-3=0,34 p2-4<0,0001 p3-4=0,01

Примітки:

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

За даними ВООЗ паління є той фактор ризику, з яким пов'язують розвиток ХОЗЛ у більшості хворих. Тому, при оцінці факторів ризику, ми

приділили особливу увагу палінню. Це один з небагатьох факторів ризику ХОЗЛ, на який можна ефективно впливати.

Отже, за даними анкетування 525 осіб встановлено, що палили 179 (34,1 %) опитаних (рис 3.2).

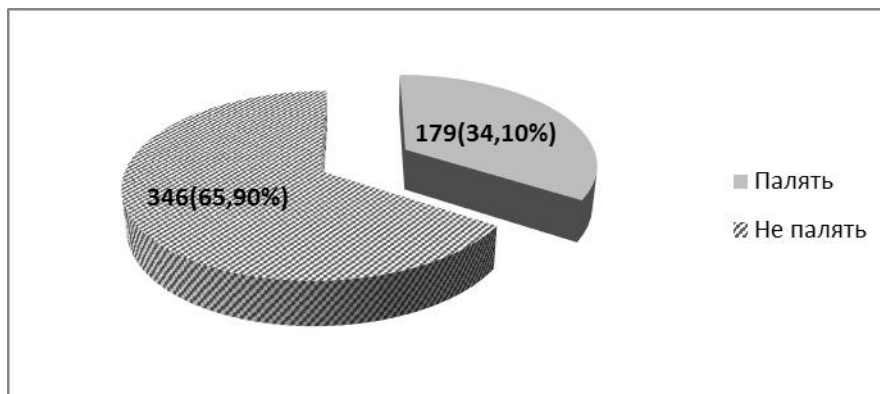


Рис. 3.2. Частота паління серед осіб, що вважали себе здоровими

Встановлено, що серед жінок достовірно переважали особи, які ніколи не палили – 198 (85,0 %), тоді як серед чоловіків їх було лише 148 (50,7 %), ($p < 0,0001$). Проанкетовані, що палять, розподілились наступним чином: достовірно більше було чоловіків 144 (80,5 %), ніж жінок 35 (19,5 %), ($p = 0,005$).

Проаналізовано тривалість паління (роки) серед жінок та чоловіків. Серед жінок переважали особи, котрі вказали про стаж паління до 5 років – 12 (5,2 %) та від 5 до 10 років – 16 (6,8 %), 7 (3,0 %) жінок відмітили, що палять понад 10 років. Серед чоловіків відмічається суттєво більший стаж паління. Відмітили, що палять до 5 років 23 (7,9 %) особи, 5-10 років – 37 (12,7 %) осіб, 11-20 років – 62 (21,2 %) опитаних та стаж паління понад 20 років вказали 22 (7,5 %) проанкетованих (табл.3.3).

Аналіз стажу паління в залежності від статі виявив наступну тенденцію: відсутня достовірна різниця між чоловіками та жінками зі стажем паління до 5 років. Серед чоловіків це відмітили 23 (7,9 %) з проанкетованих, серед жінок – 12 (5,2 %), ($p = 0,21$). Стаж паління від 5 до 10 років достовірно частіше відмічали чоловіки, ніж жінки відповідно 37 (12,7 %) та 16 (6,9 %), ($p = 0,02$). Достовірна різниця також відмічається

серед чоловіків та жінок за стажем паління від 11 до 20 років відповідно: 62 (21,2 %) та 7 (3,0 %), ($p < 0,0001$). Достовірно більше осіб, що палять мали стаж більше 21 року - це були чоловіки 22 (7,5 %), ($p < 0,0001$).

Таблиця 3.3

**Стаж паління серед чоловіків та жінок за результатами
анкетування**

Стаж паління	Чоловіки (n=292)	Жінки (n=233)	p
Не палить	148 (50,7 %)	198 (85,0 %)	< 0,0001
До 5 років	23 (7,9 %)	12 (5,2 %)	0,21
5-10 років	37 (12,7 %)	16 (6,8 %)	0,02
11-20 років	62 (21,2 %)	7 (3,0 %)	< 0,0001
21-30 років	22 (7,5 %)	0 (0)	< 0,0001

Примітки:

1. порівняння відсотків між групами проводилось за критерієм χ^2 ;
2. Достовірною вважалась різниця при $p < 0,05$ при порівнянні показників між чоловіками та жінками.

Проведено аналіз залежності тривалості паління та віку проанкетованих. Встановлено, що частіше палять особи віком до 50 років – 137 (26,1 %).

Серед опитаних осіб, що палять до 5 років достовірно переважали проанкетовані віком 35-40 років – 27 (12,4 %) над особами віком 40-49 років 6(3,8 %), ($p = 0,0004$). В інших вікових групах осіб з таким стажем паління не було.

Серед проанкетованих, що палили 5-10 років, достовірна різниця виявлена лише між опитаними віком 40-49 років – 25 (15,8 %) та опитаними віком 50-59 років – 4 (3,8 %), ($p=0,0002$). Достовірно частіше мають цю звичку особи зі стажем паління 11-20 років у віковій групі 40-49 років – 27 (17,1 %) над особами віком 35-39 років – 21 (9,6 %), ($p = 0,03$) та особами віком 50-59 років – 18 (17,7 %), ($p = 0,05$) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4.

Розподіл проанкетованих, що вказали на паління залежно від віку та стажу паління

Стаж паління	Вік проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
До 5 років	27 (12,4 %)	6 (3,8 %)	0 (0)	0 (0)	$p_{1-2}=0,004$ $p_{1-3}<0,0001$ $p_{1-4}=0,01$ $p_{2-3}=0,04$ $p_{2-4}=0,18$
5-10 років	21 (9,6 %)	25 (15,8 %)	4 (3,8 %)	3 (6,8 %)	$p_{1-2}=0,07$ $p_{1-3}=0,07$ $p_{1-4}=0,55$ $p_{2-3}=0,002$ $p_{2-4}=0,12$ $p_{3-4}=0,42$
11-20 років	21 (9,6 %)	27 (17,1 %)	18 (17,1 %)	4 (9,1 %)	$p_{1-2}=0,03$ $p_{1-3}=0,05$ $p_{1-4}=0,91$ $p_{2-3}=0,99$ $p_{2-4}=0,19$ $p_{3-4}=0,21$
21-30 років	0 (0)	10 (6,3 %)	9 (8,6 %)	3 (6,8 %)	$p_{1-2}<0,0001$ $p_{1-3}<0,0001$ $p_{1-4}<0,0001$ $p_{2-3}=0,49$ $p_{2-4}=0,91$ $p_{3-4}=0,72$

Примітки:

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

Серед осіб зі стажем паління більше 21 року опитаних віком до 40 років не було, у віці 40-49 років було 10 (6,3 %) проанкетованих; у віці 50-

59 років було 9 (8,6 %) осіб, що палять, та у віці старше 60 років – 3 (6,8 %) особи (табл. 3.4).

Таким чином, паління відмічали 179 опитаних (34,1 %), достовірно частіше чоловіки 144(49,3 %), ніж жінки – 35 (15,0 %), ($p < 0,0001$). Більшість осіб, що палять мають стаж паління 11-20 років. Серед чоловіків відмічається достовірне збільшення осіб зі стажем паління понад 5 років та більше.

Обтяжений алергологічний анамнез оцінювали при відомій алергічній реакції та/або відомому встановленому алергологічному діагнозу у родичів першого ряду (бронхіальна астма, кропив'янка, тощо). Виявлено, що скарги на виникнення нежиттю, свербіжу після використання ліків, укусів комах пред'являли 225 (42,9 %) осіб (рис 3.3).

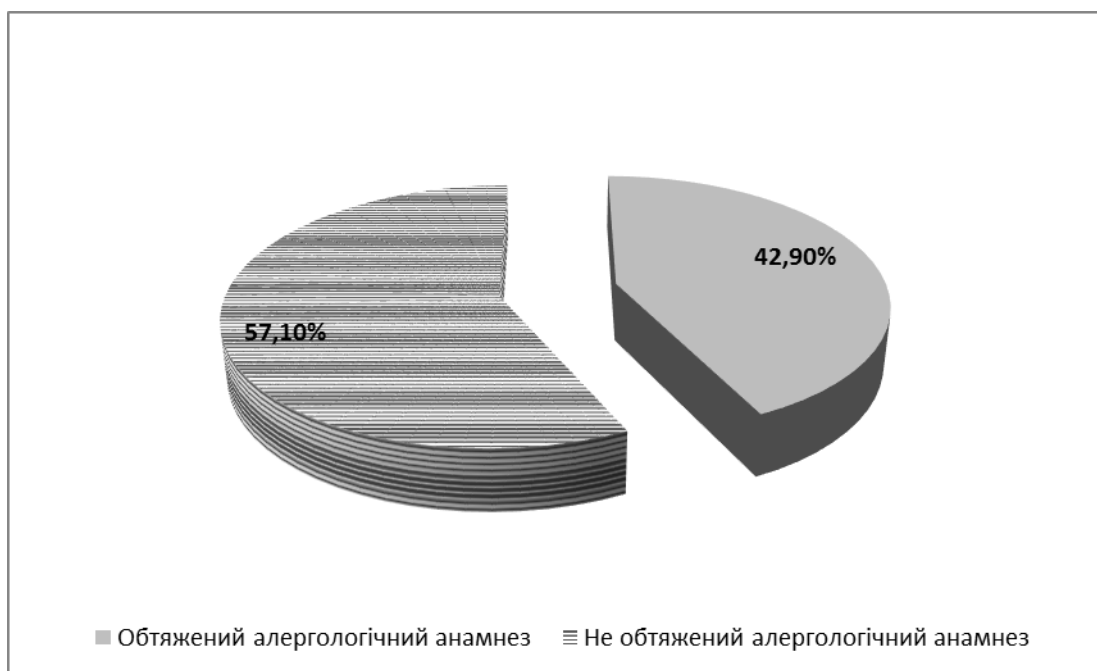


Рис. 3.3. Кількість проанкетованих, які відмітили обтяжений алергологічний анамнез

Достовірно частіше відмічають обтяжений анамнез жінки 128 (24,4 %), ніж чоловіки – 97 (18,5 %), ($p < 0,0001$). Нами оцінено інтенсивність алергічних проявів як серед чоловіків, так і серед жінок (рис 3.4).

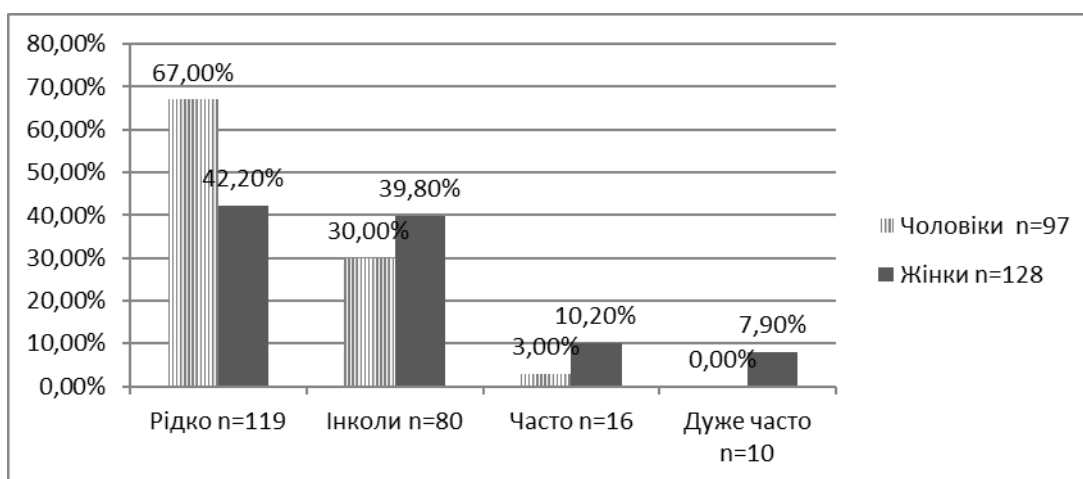


Рис. 3.4. Інтенсивність проявів алергічних симптомів за даними анкетування серед жінок та чоловіків

Інтенсивність виникнення алергічних реакцій розподілилась наступним чином: алергічні прояви, що виникають дуже рідко відмітили 119 (22,7 %) опитаних, серед них 54 (45,3 %) жінки та 65 (54,6 %) чоловіка; інколи – 80 (15,2 %) осіб, серед них 51 (63,8 %) жінка, що достовірно більше, ніж чоловіків – 29 (36,2 %), ($p = 0,002$); часто – 16 (3,0 %), серед них достовірно більше жінок – 13 (81,3 %), ніж чоловіків – 3 (18,7 %), ($p = 0,002$); дуже часто – 10 (7,9 %) жінок.

Таким чином, встановлено, що симптоми, які характерні для алергологічних захворювань мали в анамнезі 225 (42,9 %) осіб. Достовірно частіше відмічають обтяжений анамнез жінки – 128 (54,9 %), ніж чоловіки – 97 (33,2 %), ($p < 0,0001$).

Серед основних факторів ризику виникнення хронічних захворювань органів дихання слід виділити цілий ряд спадково-обумовлених чинників. Ми проаналізували дані анамнезу проанкетованих працівників підприємства, що вважали себе здоровими. Виявили, що 135 (25,7 %) респондентів вказують на наявність в анамнезі у кровних родичів хронічних захворювань органів дихання, з приводу чого ті лікувались.

Серед осіб, які відмічали обтяжену спадковість щодо захворювань органів дихання у родичів, було 58 (43,0 %) жінок та 77 (57,0 %) чоловіків. Суттєвої різниці між чоловіками та жінками не встановлено, ($p=0,70$).

Серед проанкетованих, що мали обтяжений спадковий анамнез 24 (17,8 %) відмічали, що в родині хворіли на хронічні неспецифічні захворювання органів дихання брати чи сестри, серед них було 14 (58,3 %) чоловіків та 10 (41,7 %) жінок. В той же час, 38 (28,1 %) осіб вказали, що в родині хворіли батько чи мати, серед них було 24 (63,2 %) чоловіка та 14 (36,8 %) жінок. Обоє батьків хворіли у 12 (8,9%) опитаних, серед них у 7 (58,3 %) чоловіків та 5 (41,7 %) жінок. Родичі по лінії батька чи матері хворіли у 61 (48,9 %) опитаних, серед них 32 (52,5 %) чоловіків та у 29 (47,5 %) жінок. Достовірної різниці між чоловіками та жінками у цій групі не було (рис 3.5).

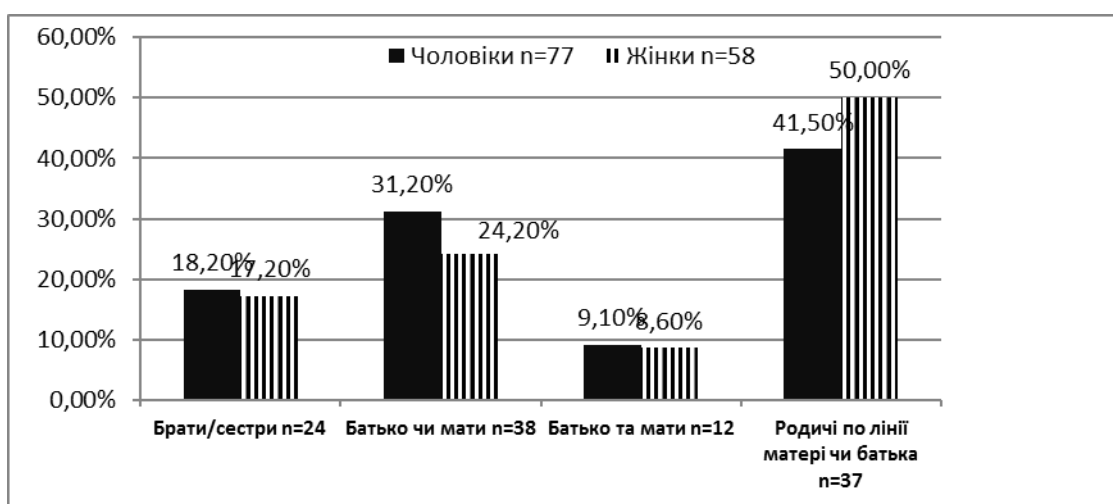


Рис. 3.5. Статева структура усіх опитаних з обтяженим сімейним анамнезом в залежності від того, хто хворів у родині

У ході дослідження нами оцінена структура виявленого обтяженого сімейного анамнезу в опитаних різних вікових груп.

Встановлено, що серед опитаних, які вказали, що у родині хворіли брати чи сестри, осіб віком до 40 років було 7 (3,2 %), 40-49 років – 4 (2,5 %), 50-59 років – 8 (7,6 %), старше 60 років – 5 (11,4 %). Достовірно частіше вказували на хворих братів чи сестер у родинях опитаних віком до 40 років, ніж віком 50-59 років, ($p = 0,02$); у родинях опитаних віком 40-49 років, ніж віком 50-59 років та опитаних старше 60 років, ($p = 0,05$ та $p = 0,01$, відповідно). Серед опитаних, які вказували, що в родині хворіли

батько чи мати достовірно більше було опитаних віком 40-49 років – 20 (12,7 %), ніж опитаних віком до 40 років 10 (4,6 %) та віком 50-59 років – 2 (1,9 %), ($p = 0,0004$ та $p = 0,002$, відповідно) (табл 3.5).

Таблиця 3.5.

Структура виявленого обтяженого сімейного анамнезу серед осіб різних вікових груп

Структура виявленого обтяженого сімейного анамнезу	Групи проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
Брати/сестри	7 (3,2 %)	4 (2,5 %)	8 (7,6 %)	5 (11,4 %)	p1-2=0,70 p1-3=0,08 p1-4=0,02 p2-3=0,05 p2-4=0,01 p3-4=0,46
Батько чи мати	10 (4,6 %)	20 (12,7 %)	2 (1,9 %)	5 (11,4 %)	p1-2=0,004 p1-3=0,23 p1-4=0,08 p2-3=0,002 p2-4=0,81 p3-4=0,01
Батько та мати	0 (0)	8 (5,1 %)	2 (1,9 %)	2 (4,5 %)	p1-2=0,001 p1-3=0,04 p1-4=0,002 p2-3=0,19 p2-4=0,88 p3-4=0,36
Родичі по лінії батька чи матері	24 (11,0 %)	20 (12,7 %)	14 (13,3 %)	8 (18,2 %)	p1-2=0,62 p1-3=0,54 p1-4=0,18 p2-3=0,87 p2-4=0,34 p3-4=0,44

Примітки:

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

Опитаних у віковій групі старше 60 років – 5 (11,4 %) було більше, ніж опитаних віком 50-59 років, ($p = 0,01$). Обоє хворих батьків були у

родинах 8 (5,1 %) опитаних віком 40-49 років, 2 (1,9 %) осіб віком 50-59 років, та у родинах 2 (4,5 %) пацієнтів віком старше 60 років. Родичів по лінії батька чи матері у проанкетованих віком до 40 років було 24 (11,0 %), 40-49 років – 20 (12,7 %), 50-59 років 14 (13,3 %), старше 60 років – 8 (18,2 %). Достовірної різниці між опитаними різних вікових груп у цій категорії виявлено не було.

Отже встановлено, що обтяжений сімейний анамнез виявлено у 135 (25,7 %) опитаних. Серед осіб, які відмічали обтяжений спадковий анамнез щодо захворювань органів дихання, жінок було 58 (43,0 %) та чоловіків 77 (57,0 %), без достовірної різниці, ($p = 0,70$).

3.2. Оцінка симптомів характерних для хронічних неспецифічних захворювань легень серед усіх проанкетованих робітників

Серед усіх проанкетованих ми оцінили частоту основних симптомів хронічних неспецифічних захворювань легень. До питань анкети увійшли наступні симптоми: задишка, кашель, відчуття стиснення у грудях та епізоди свистячого дихання, а також їх інтенсивність (рис 3.6).

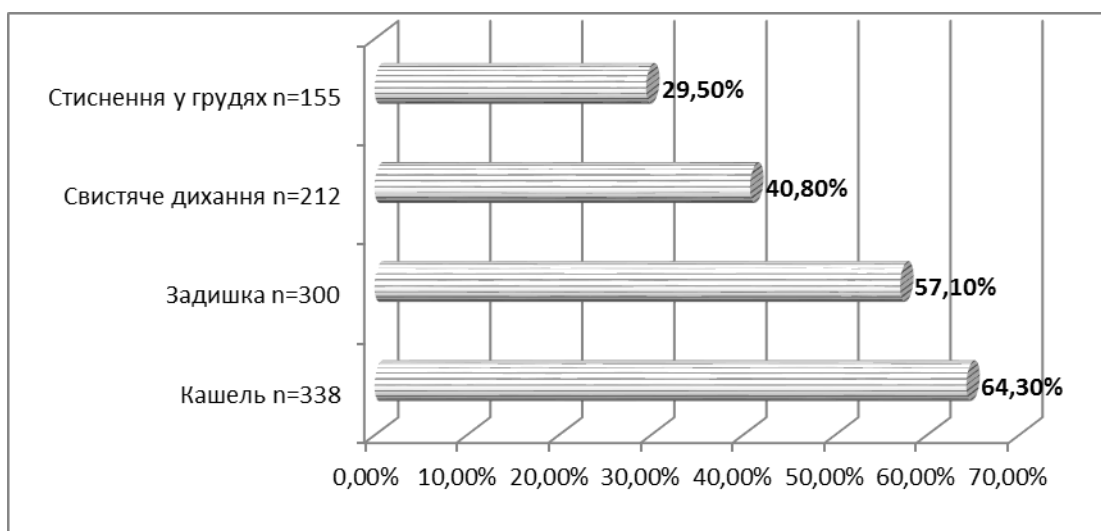


Рис. 3.6. Поширеність симптомів хронічних неспецифічних захворювань органів дихання серед проанкетованих осіб, що вважали себе здоровими

Встановлено, що найчастіше наші респонденти відмічали кашель. Саме цю скаргу пред'являли 338 (64,3 %) осіб всього, серед них жінок було 162 (47,9 %), чоловіків – 176 (52,1 %).

На задишку скаржилися 300 осіб (57,0 %) всього, серед них 150 жінок (50,0 %) та 150 чоловіків (50,0 %).

Встановлено, що на відчуття свистячого дихання скаржаться 212 осіб (40,8 %) всього, серед них 110 (51,9 %) жінок та 102 (48,1 %) чоловіка (рис 3.7).

Стиснення у грудях відмічають 155 осіб (29,5 %) всього, серед них 101 (65,2 %) жінка та 54 (34,8 %) чоловіка.

Таким чином, найпоширенішою скаргою є кашель, як серед чоловіків, так і серед жінок. У жінок частота виникнення стиснення у грудях є достовірно більшою ніж у чоловіків.

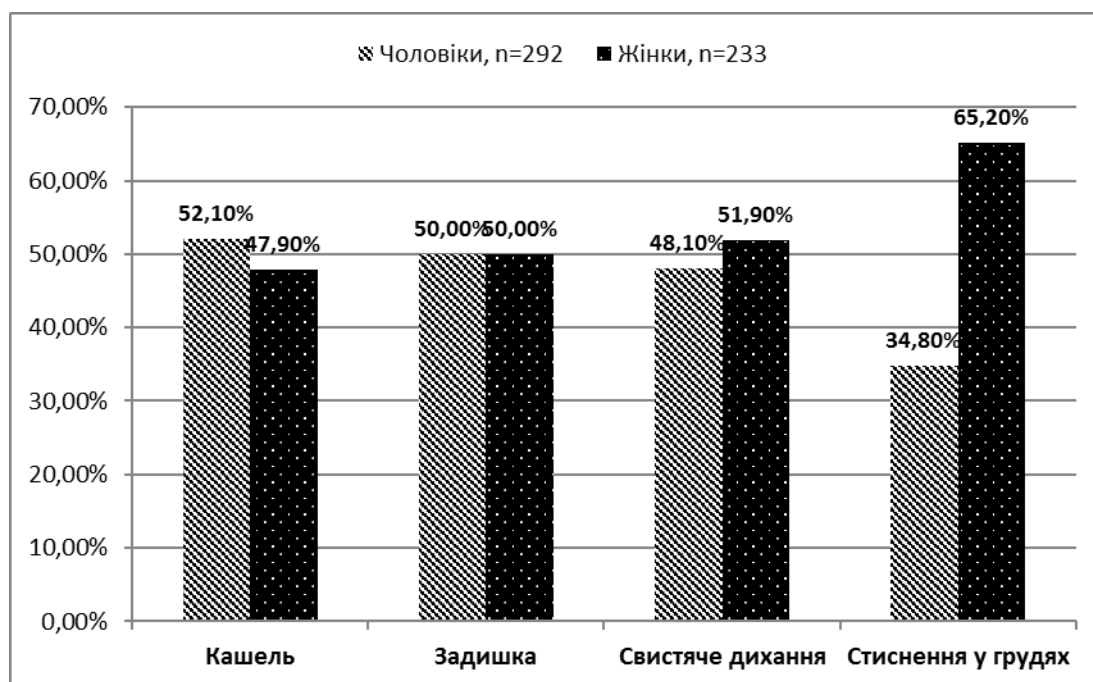


Рис 3.7. Поширеність основних скарг, характерних для хронічних неспецифічних захворювань органів дихання серед чоловіків та жінок за результатами анкетування

Ми оцінили інтенсивність кожної скарги, а саме як ту, що не турбує, дуже рідко турбує, інколи турбує, часто турбує, дуже часто турбує.

Кашель, як скаргу, що турбує рідко відмітили 145 (42,9 %) опитаних, таку, що турбує інколи відмітили 144 (42,6 %) респондентів, часто кашель турбував 41 (12,1 %) і дуже часто – 8 (2,4 %) опитаних (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Інтенсивність скарг, характерних для хронічних неспецифічних захворювань легень за результатами анкетування

Симптом	Інтенсивність скарг				P
	1	2	3	4	
	Турбує рідко (1)	Турбує інколи (2)	Турбує часто (3)	Турбує дуже часто (4)	
Кашель (n=338)	145 (42,9%)	144 (42,6%)	41 (12,1%)	8 (2,4%)	p1-2=0,48 p1-3=0,05 p1-4=0,05 p2-3=0,001 p2-4=0,05 p3-4=0,72
Задишка (n=300)	106 (35,3%)	125 (41,7%)	56 (18,7%)	13 (4,3%)	p1-2=0,41 p1-3=0,05 p1-4=0,001 p2-3=0,02 p2-4=0,01 p3-4=0,05
Свистяче дихання (n=212)	111 (52,3%)	68 (32,1%)	25 (11,8%)	8 (3,8%)	p1-2=0,05 p1-3=0,001 p1-4=0,001 p2-3=0,04 p2-4=0,05 p3-4=0,23
Стиснення у грудях (n=155)	73 (47,1%)	56 (36,1%)	18 (11,6%)	8 (5,2%)	p1-2=0,21 p1-3=0,05 p1-4=0,001 p2-3=0,05 p2-4=0,001 p3-4=0,23

Примітки:

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

На задишку, як таку, що турбує рідко вказали 106 (35,3 %) осіб. Іноді задишка турбувала 125 (41,7 %) опитаних, часто – 56 (18,7 %) та дуже часто – 13 (4,3 %) осіб. Щодо свистячого дихання, то цю скаргу як таку, що виникає рідко відмітили 111 (52,3 %) опитаних. Іноді свистяче дихання турбувало 68 (32,1 %) осіб. Часто та дуже часто цю скаргу відмічали 25 (11,8 %) та 8 (3,8 %) осіб відповідно. Стиснення у грудях рідко турбує 73 (47,1 %) опитаних, іноді – 56 (36,1 %) осіб, часто – 18 (11,6 %), та дуже часто – 8 (5,2 %) проанкетованих .

Ми проаналізували залежність інтенсивності всіх скарг у чоловіків та жінок. Інтенсивність кашлю розподіляли наступним чином: дуже рідко відмічали 61 жінка (26,2 %) та 84 чоловіка (28,8 %), ($p = 0,51$); інколи кашель турбував достовірно частіше жінок, а саме 76 жінок (32,6 %) та 68 чоловіків (23,3 %), ($p = 0,01$); часто – 23 жінки (9,8 %) та 18 чоловіків (6,2 %), достовірної різниці не виявлено; дуже часто 2 жінки (0,9 %) та 6 чоловіків (2,0 %), теж без достовірної різниці (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Оцінка інтенсивності кашлю серед усіх проанкетованих осіб
залежно від статі**

	Чоловіки (n=292)	Жінки (n=233)	p
Не турбує	116 (39,7 %)	71 (30,5 %)	0,02
Рідко	84 (28,8 %)	61 (26,2 %)	0,51
Інколи	68 (23,3 %)	76 (32,6 %)	0,01
Часто	18 (6,2 %)	23 (9,8 %)	0,11
Дуже часто	6 (2,0 %)	2 (0,9 %)	0,26

Примітки:

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

Отже, можна стверджувати, що серед усіх осіб, які прийняли участь у анкетуванні, достовірно частіше кашель турбував жінок ніж чоловіків, ($p = 0,02$). Жінки достовірно частіше характеризували цю скаргу, як таку, що

турбувала інколи ($p=0,01$); така ж тенденція спостерігається при оцінці цієї скарги як часто.

Ми оцінили інтенсивність виникнення задишки при фізичному навантаженні. Встановлено, що задишка, яку оцінено як дуже рідко турбувала 47 (20,2 %) жінок та 59 (20,2 %) чоловіків; інколи – 63 (27,0 %) жінки та 62 (21,2 %) чоловіка; часто – 33 (14,2 %) жінки та 23 (7,9 %) чоловіка; дуже часто – 7 (3,0 %) жінок та 6 (2,1 %) чоловіків.

Таким чином, жінки відмічали задишку достовірно частіше, ніж чоловіки, ($p = 0,002$). У жінок був достовірно більш виражений ступінь задишки, ніж у чоловіків, ($p = 0,02$).

Інтенсивність виникнення відчуття свистячого дихання розподіляли наступним чином: дуже рідко відмічали 50 (21,5 %) жінок та 61 (20,9 %) чоловік; інколи достовірно частіше жінки, а саме 43 (18,5 %) жінки та 25 (8,6 %) чоловіків, ($p = 0,0008$); часто – 14 (6,0 %) жінок та 11 (3,8 %) чоловіків; дуже часто – 3 (1,3 %) жінки та 5 (1,7 %) чоловіків (табл 3.8).

Таблиця 3.8

Оцінка інтенсивності відчуття свистячого дихання серед чоловіків та жінок за результатами анкетування

Інтенсивність скарги	Чоловіки (n=292)	Жінки (n=233)	p
Не турбує	190 (65,1 %)	123 (52,7 %)	0,004
Рідко	61 (20,9 %)	50 (21,5 %)	0,87
Інколи	25 (8,6 %)	43 (18,5 %)	0,0008
Часто	11 (3,8 %)	14 (6,0 %)	0,23
Дуже часто	5 (1,7 %)	3 (1,3 %)	0,69

Примітки:

1. Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2
2. Різниця достовірна при $p < 0,05$

Можна стверджувати, що чоловіки достовірно менше скаржилися на відчуття свистячого дихання, ніж жінки ($p = 0,004$). Достовірно частіше жінки відмічали цю скаргу як таку, що турбує інколи, ($p = 0,0008$).

Аналогічно оцінили інтенсивність скарги стиснення в грудях. Відповіді на запитання розподілились наступним чином: дуже рідко відмітили достовірно частіше жінки, а саме 46 (19,7 %) та 27 (9,2 %) чоловіків, ($p = 0,0005$); інколи – теж достовірно більше відзначили жінки, а саме 37 (15,9 %) та 19 (6,5 %) чоловіків, ($p=0,0005$); часто – також достовірно більше було жінок 13 (5,6 %), ніж чоловіків 5 (1,7 %), $p=0,01$; дуже часто – 5 (2,1 %) жінок та 3 (1,0 %) чоловіка.

Ми також провели аналіз зв'язку залежності кожної скарги від віку проанкетованих осіб.

Кашель, як скаргу, що турбує рідко достовірно частіше відмічали опитані молодші 40 років та особи 40-49 років, ніж проанкетовані віком 50-59 років та старше 60 років, ($p = 0,001$, $p = 0,004$). Іноді кашель турбує достовірно рідше молодих людей до 40 років, ніж опитаних віком 40-49 років та віком 50-59 років ($p = 0,004$, $p = 0,002$). Кашель, що турбував часто відмічали опитані старше 60 років – 11 (25,0 %), ніж віком 50-59 – 12 (11,4 %), ($p = 0,03$) та віком 40-49 років – 15 (9,5 %), ($p = 0,007$).

Проанкетовані віком молодше 40 років хворіли достовірно рідше за опитаних інших вікових груп. Кашель, як такий, що турбував дуже часто особи молодші 40 років, що прийняли участь у анкетуванні, не відмічали. Щодо інших вікових груп, то у даному випадку найчисленнішою була група осіб віком старше 60 років, що достовірно частіше відмічали кашель, як дуже частий, ніж особи молодшого віку ($p = 0,0001$).

Отже, можна стверджувати, що у молодшому віці опитані характеризують кашель, як такий, що турбує рідко та інколи, у той час, як з віком опитані починають відмічати, що кашель турбує інтесивніше (часто та дуже часто) (табл.3.9).

Таблиця 3.9

**Інтенсивність кашлю серед різних вікових груп усіх
проанкетованих**

Інтенсивність кашлю	Групи проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
Рідко	75 (34,4 %)	49 (31,0 %)	16 (15,2 %)	4 (9,1 %)	p1-2=0,49 p1-3<0,0001 p1-4=0,001 p2-3=0,004 p2-4=0,003 p3-4=0,31
Інколи	41 (18,8 %)	50 (31,6 %)	36 (34,3 %)	16 (36,4 %)	p1-2=0,004 p1-3=0,002 p1-4=0,01 p2-3=0,65 p2-4=0,55 p3-4=0,80
Часто	5 (2,3 %)	15 (9,5 %)	12 (11,4 %)	11 (25,0 %)	p1-2=0,002 p1-3=0,001 p1-4<0,0001 p2-3=0,61 p2-4=0,007 p3-4=0,03
Дуже часто	0 (0)	1 (0,6 %)	2 (1,9 %)	4 (9,1 %)	p1-2=0,24 p1-3=0,04 p1-4<0,0001 p2-3=0,34 p2-4=0,001 p3-4=0,04

Примітки:

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

Також ми оцінили інтенсивність задишки в різних вікових групах. Рідко задишку відмічали практично однаково опитані різних вікових груп (табл 3.10).

Таблиця 3.10

Інтенсивність задишки у різних вікових групах

Інтенсивність задишки	Групи проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
Рідко	50 (22,9 %)	35 (22,2 %)	14 (13,3 %)	7 (15,9 %)	p1-2=0,58 p1-3=0,04 p1-4=0,30 p2-3=0,07 p2-4=0,36 p3-4=0,68
Інколи	32 (14,7 %)	40 (25,3 %)	43 (41,0 %)	9 (20,5 %)	p1-2=0,01 p1-3<0,0001 p1-4=0,33 p2-3=0,008 p2-4=0,50 p3-4=0,02
Часто	7 (3,2 %)	21 (13,3 %)	10 (9,5 %)	17 (38,6 %)	p1-2<0,0001 p1-3=0,02 p1-4<0,0001 p2-3=0,35 p2-4<0,0001 p3-4<0,0001
Дуже часто	1 (0,5 %)	3 (1,9 %)	5 (4,8 %)	3 (6,8 %)	p1-2=0,18 p1-3=0,007 p1-4=0,002 p2-3=0,18 p2-4=0,09 p3-4=0,61

Примітки:

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

Задишку, як таку, що турбує інколи рідше відмічали особи молодші 40 років – 32 (14,7 %), ніж опитані віком 40-49 років – 40 (25,3 %), ($p = 0,01$), віком 50-59 років – 43 (41,0 %), ($p < 0,0001$), старше 60 років – 9 (20,5 %) осіб. Цю скаргу як часто відмічають опитані старше 60 років – 17 (38,6 %), ніж віком 50-59 – 10 (9,5 %), ($p < 0,0001$) та віком 40-49 років – 21 (13,3

%), ($p < 0,0001$). Проанкетовані віком молодше 40 років скаржились достовірно рідше за опитаних інших вікових груп – 7 (3,2 %). Дуже часто задишку відмічав лише 1(0,5%) проанкетований віком до 40 років. Скаргу такої інтенсивності відмічали 4(9,1%) опитаних старше 60 років

Оцінюючи інтенсивність задишки в залежності від віку опитаних очевидно, що люди молодшого віку оцінюють задишку переважно, як таку, що турбує рідко та іноді. Встановлено, що з віком інтенсивність задишки зростає.

Наступною скаргою, на яку ми звернули увагу та оцінили її інтенсивність серед різних вікових груп, стало свистяче дихання. Свистяче дихання, що турбує рідко відмічали практично однаково проанкетовані усіх вікових груп.

Інколи свистяче дихання достовірно рідше турбує опитаних до 40 років – 6 (2,8 %), ($p < 0,0001$). Достовірної різниці між опитаними інших вікових груп, що відмічали цю скаргу, як таку, що турбує інколи не було. Часто відмічали свистяче дихання проанкетовані старше 60 років – 10 (22,7 %), ($p < 0,0001$). У інших вікових групах цю скаргу як таку, що турбує часто відмічали – до 40 років 3 особи (1,4 %); 40-49 років – 4 (2,5 %) опитаних; 50-59 років – 7 (6,7 %) проанкетованих (табл. 3.11).

Опитаних у віковій групі до 40 років, яких свистяче дихання турбувало дуже часто в ході дослідження виявлено не було. Достовірної різниці між іншими віковими групами не було (табл. 3.11).

Також приділена увага ще одній скарзі, яка характерна для обструктивних неспецифічних захворювань легень, а саме стиснення у грудях (табл. 3.12).

Стиснення у грудях, що турбувало рідко відмічали практично однаково проанкетовані усіх вікових груп. Інколи стиснення у грудях достовірно рідше турбує опитаних до 40 років – 14 (6,4 %) ($p = 0,003$); достовірної різниці між опитаними інших вікових груп, що відмічали цю скаргу, як таку, що турбує інколи не було (табл. 3.12).

Таблиця 3.11

**Оцінка інтенсивності свистячого дихання серед усіх
проанкетованих різних вікових груп**

Інтенсивність свистячого дихання	Групи проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
Рідко	45 (20,6 %)	30 (19,0 %)	24 (22,9 %)	11 (25,0 %)	p1-2=0,69 p1-3=0,64 p1-4=0,52 p2-3=0,44 p2-4=0,38 p3-4=0,77
Інколи	6 (2,8 %)	30 (19,0 %)	21 (20,0 %)	10 (22,7 %)	p1-2<0,0001 p1-3<0,0001 p1-4<0,0001 p2-3=0,83 p2-4=0,58 p3-4=0,70
Часто	3 (1,4 %)	4 (2,5 %)	7 (6,7 %)	10 (22,7 %)	p1-2=0,41 p1-3=0,01 p1-4<0,0001 p2-3=0,10 p2-4<0,0001 p3-4=0,005
Дуже часто	0 (0)	2 (1,3 %)	4 (3,8 %)	2 (4,5 %)	p1-2=0,10 p1-3=0,004 p1-4=0,002 p2-3=0,17 p2-4=0,16 p3-4=0,83

Примітки:

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

Часто відмічали стиснення у грудях проанкетовані старше 60 років – 4 (9,1 %), ($p < 0,0001$). У інших вікових групах розподіл був наступний: до 40 років – 1 (0,5 %); 40-49 років – 6 (3,8 %); 50-59 років – 5 (4,8 %). Опитаних вікової групи до 40 років, у яких стиснення в грудях турбувало

дуже часто не було. Достовірної різниці між опитаними різних вікових груп у ході дослідження виявлено не було (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Інтенсивність стиснення у грудях серед різних вікових груп усіх проанкетованих

Інтенсивність стиснення у грудях	Групи проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років (n=218)	40-49 років (n=158)	50-59 років (n=105)	Старше 60 років (n=44)	
Рідко	28 (12,8 %)	22 (13,9 %)	14 (13,3 %)	9 (20,5 %)	p1-2=0,76 p1-3=0,90 p1-4=0,18 p2-3=0,89 p2-4=0,28 p3-4=0,10
Інколи	14 (6,4 %)	22 (13,9 %)	11 (10,5 %)	9 (20,5 %)	p1-2=0,02 p1-3=0,20 p1-4=0,003 p2-3=0,41 p2-4=0,28 p3-4=0,10
Часто	1 (0,5 %)	6 (3,8 %)	5 (4,8 %)	4 (9,1 %)	p1-2=0,02 p1-3=0,007 p1-4<0,0001 p2-3=0,70 p2-4=0,15 p3-4=0,31
Дуже часто	0 (0)	2 (1,3 %)	2 (1,9 %)	2 (4,5 %)	p1-2=0,10 p1-3=0,04 p1-4=0,002 p2-3=0,67 p2-4=0,16 p3-4=0,36

Примітки:

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

Отже, найчастіше респонденти відмічали кашель – 338 (64,3 %) осіб.

На задишку скаржилися 300 (57,0 %) осіб. Встановлено, що на відчуття свистячого дихання скаржились 212 (40,8 %) особи. Стиснення у грудях

відмічили 155 (29,5 %) особи. При чому інтенсивність кожної скарги зростає з віком. Жінки відмічають скарги, характерні для неспецифічних захворювань легень достовірно частіше ніж чоловіки.

3.3. Характеристика осіб, які мають високий ризик виникнення ХОЗЛ за даними анкетування

Нами виділено контингент осіб, які ми віднесли до групи високого ризику наявності ХОЗЛ. Це пацієнти, що під час анкетування набрали 18 та більше балів. Таке виділення осіб високого ризику стало можливим за рахунок проведення спірографічного дослідження пацієнтам, що отримали різну кількість балів за анкету (див. розділ 2).

Встановлено, що 216 осіб (41,1 %) за даними опитувальника набрали 18 та більше балів та розглядались нами, як пацієнти високого ризику наявності ХОЗЛ (рис 3.8).

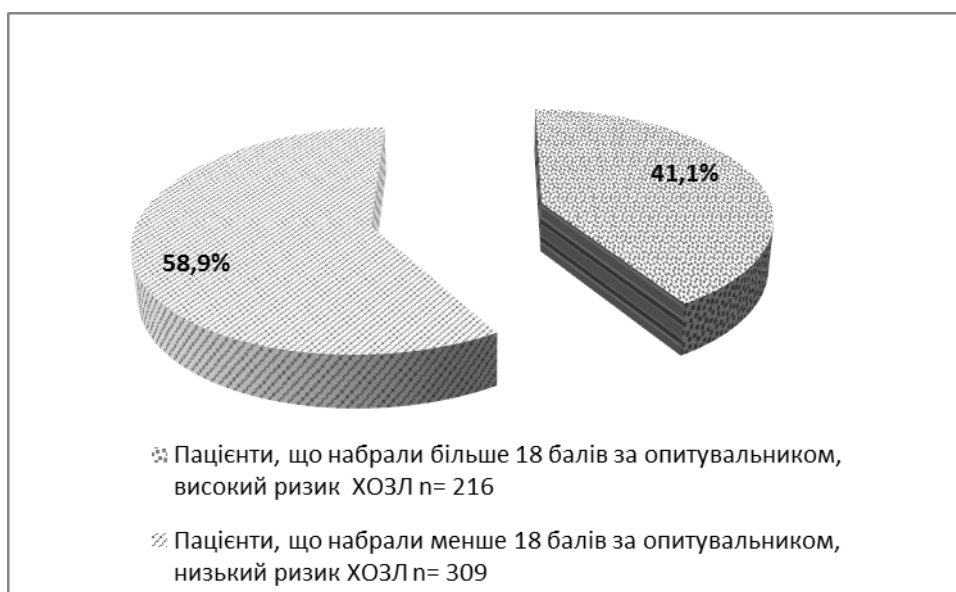


Рис. 3.8. Кількість осіб, що набрали 18 та більше балів та віднесені до групи високого ризику ХОЗЛ

Ми провели більш детальний аналіз анамнестичних даних за результатами анкетування цієї групи осіб. Достовірної різниці між чоловіками та жінками, що набрали 18 та більше балів не було. Серед них було 115 жінок (53,2 %) та 101 чоловік (46,8 %), ($p = 0,25$).

Найбільш чисельна група пацієнтів з високим ступенем наявності ХОЗЛ, це особи активного працездатного віку до 60 років, таких проанкетованих було 184 (85,2 %).

Отже, за результатами анкетування 216 осіб (41,1 %) набрали 18 та більше балів, що оцінено як високий ризик наявності ХОЗЛ. Достовірної різниці між чоловіками та жінками у цій групі не було. Достовірно переважали особи працездатного віку, чоловіків найбільше було у віковій групі 40-49 років. Розподіл жінок за віковими групами був практично рівномірний.

3.4. Оцінка факторів ризику виникнення хронічних неспецифічних захворювань органів дихання серед осіб, які за результатами анкетування набрали 18 та більше балів

У опитаних, які за результатами анкетування набрали 18 та більше балів, ми оцінили частоту різних факторів ризику ХОЗЛ (Рис 3.9).

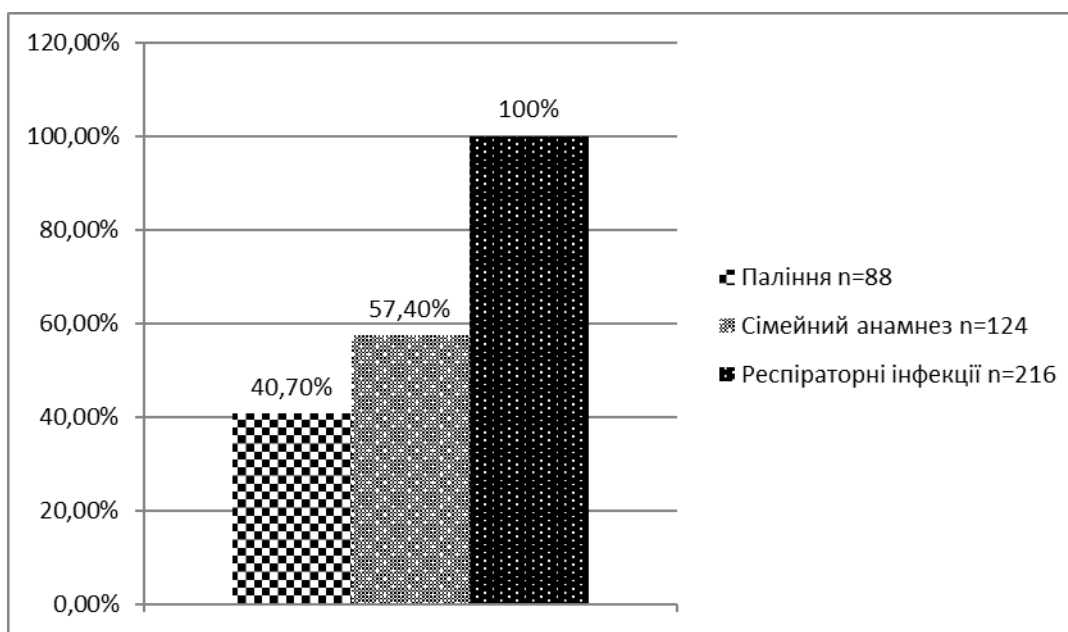


Рис. 3.9. Фактори ризику ХОЗЛ серед опитаних, які набрали 18 та більше балів

Як у загальній групі проанкетованих, так і серед осіб, що набрали 18 та більше балів за опитувальником, найпоширенішим фактором ризику встановлено респіраторні захворювання, на що скаржились всі 100%

проанкетованих. Другим за частотою фактором був обтяжений спадковий анамнез, що відмітили 124 (57,4 %) осіб. Серед осіб високого ризику палили (в тому числі були особи, що палили раніше) 88 (40,7 %) осіб.

Нами встановлено, що серед осіб з високою ймовірністю наявності ХОЗЛ було 88 респондентів, що палять (40,7 %).

Серед осіб, які палять та мають високий ризик наявності ХОЗЛ достовірно більше було чоловіків – 71 (80,7 %) ніж жінок – 17 (19,3 %), ($p < 0,0001$) (рис. 3.10).

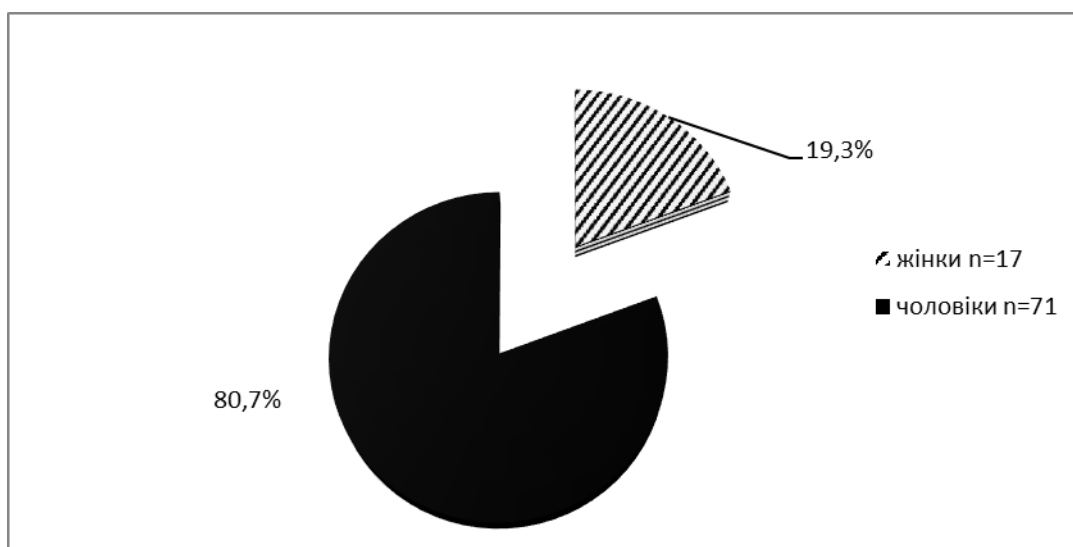


Рис. 3.10. Статева структура осіб, котрі палять та мають високий ризик наявності хронічних обструктивних захворювань легень за даними анкетування

Пацієнти були розподілені за віком та стажем паління таким чином: у віці до 40 років було 22 (31,0 %) чоловіка та 13 (76,3 %) жінок. У віці від 40 до 49 років таких осіб було 26 (36,6 %) чоловіків та 1 (5,9 %) жінка; від 50 до 59 років – 17 (23,9 %) чоловіків та 2 (11,7 %) жінки; старше 60 років – 6 (8,5 %) чоловіків та 1 (5,9 %) жінка (табл. 3.13).

Отже, серед осіб, які палять та мають високий ризик розвитку ХОЗЛ достовірно більше було чоловіків, ніж жінок ($p < 0,0001$) Варто відмітити, що чоловіки, котрі палили, практично однаково розподілились у всіх вікових групах, тоді як жінки переважали у віці до 40 років.

На респіраторні захворювання протягом останнього року хворіли усі проанкетовані. Ми оцінили частоту виникнення респіраторних захворювань за останній рік серед осіб, що набрали за результатами анкетування більше 18 балів (рис 3.11).

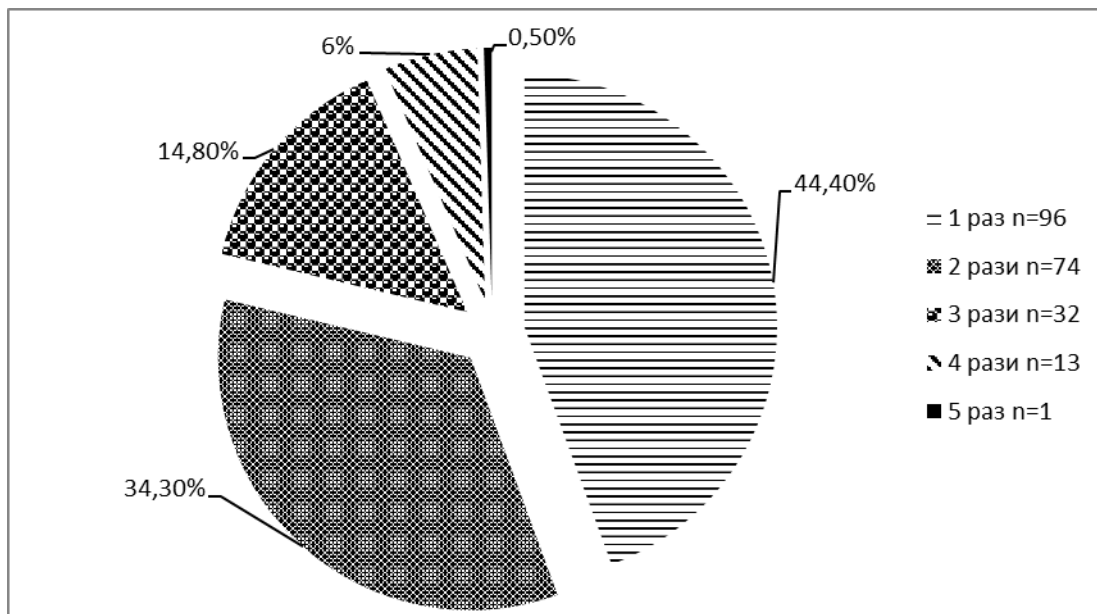


Рис. 3.11. Співвідношення частоти виникнення респіраторних захворювань за останній рік серед проанкетованих осіб, що набрали 18 та більше балів

Частота виникнення респіраторних захворювань на протязі останнього року серед проанкетованих, що набрали 18 та більше балів розподілилась наступним чином: на респіраторні захворювання 1 раз на рік скаржились 96 (44,4 %) пацієнтів, серед них 57 (59,4 %) чоловіків та 39 (40,6 %) жінок; 2 рази на рік – 74 (34,3 %) особи, серед них 32 (43,2 %) чоловіків та 42 (56,8 %) жінок; 3 рази на рік скаржились 32 (14,8 %) всіх проанкетованих, серед них 8 (25,0 %) чоловіків та 24 (75,0 %) жінок; 4 рази на рік – 13 (6,0 %) осіб, серед них 4 (30,8 %) чоловіків та 9 (69,2 %) жінок; 5 раз на рік скаржилась 1 (0,5 %) жінка.

Отже, слід відмітити, що 55,6 % осіб відмічали у себе респіраторні захворювання 2 та більш разів на рік. Виходячи з проаналізованих даних, можна помітити, що жінки частіше хворіють на респіраторні захворювання, ніж чоловіки (рис 3.12).

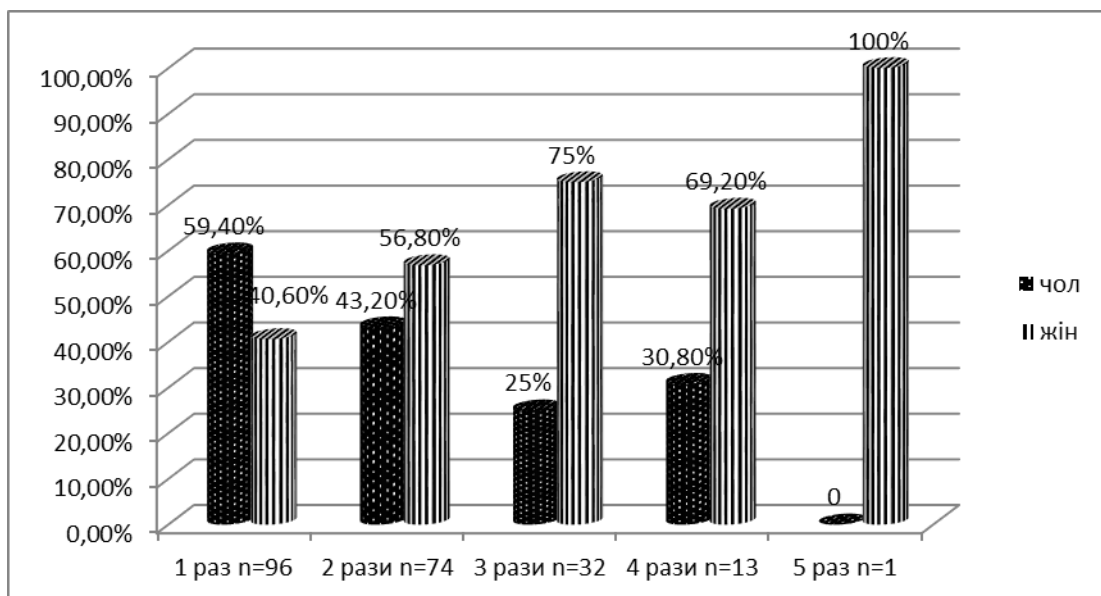


Рис. 3.12. Статеву структуру осіб з високим ризиком наявності хронічних обструктивних захворювань легень, що скаржаться на виникнення респіраторних захворювань на протязі останнього року

На обтяжений сімейний анамнез вказали 124 опитаних, які набрали 18 та більше балів (57,4 %). Серед осіб з високим ризиком розвитку ХОЗЛ мають в родині хворих на хвороби органів дихання родичів зі сторони матері чи батька 45 (20,8 %) осіб, хворих брата чи сестру – 18 (8,3 %) опитаних, у родині хворіє мати чи батько 25 (11,6 %) опитаних, хворіє мати та батько у 4 (1,9 %) осіб (рис. 3.13).

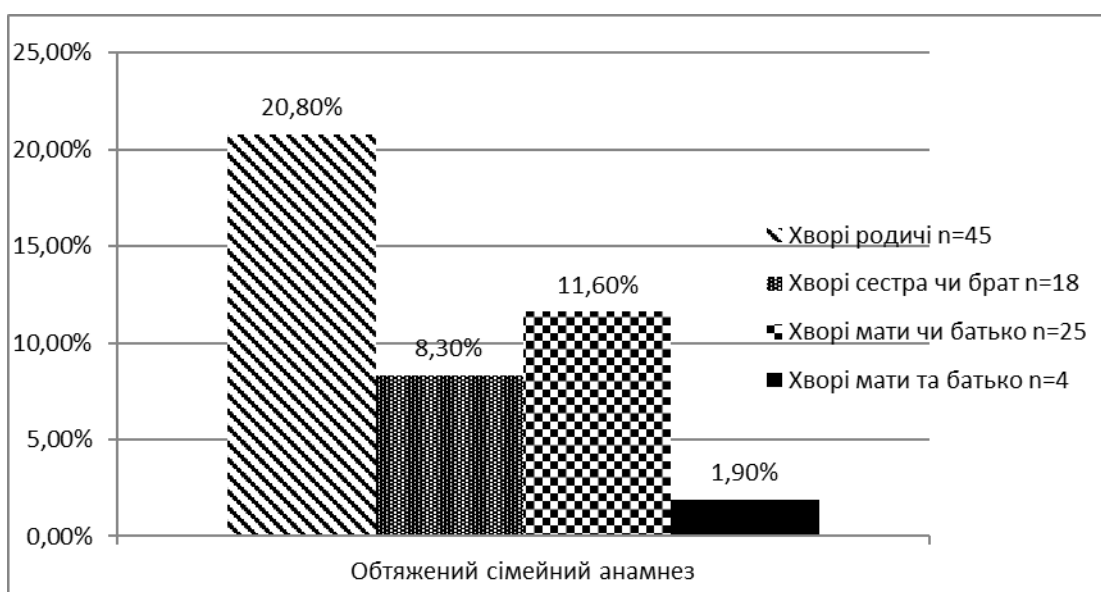


Рис. 3.13. Обтяжений сімейний анамнез у осіб, що набрали за результатами анкетування 18 та більше балів

Найбільш поширеними факторами ризику ХОЗЛ є паління та часті респіраторні захворювання. Наші дані свідчать про зростання кількості респіраторних захворювань з віком. Палять достовірно більше опитаних чоловіків, що може бути пов'язано з особливостями статево-вікової групи проанкетованих. У більш ніж у половини опитаних, з високим ризиком наявності ХОЗЛ виявлено обтяжений сімейний анамнез. Достовірної різниці між чоловіками та жінками за обтяженим сімейним анамнезом не встановлено.

3.5. Оцінка симптомів характерних для хронічних обструктивних захворювань легень у осіб, які набрали 18 та більше балів за результатами анкетування

Ми оцінили частоту та інтенсивність основних респіраторних симптомів, що можуть бути характерними для ХОЗЛ: задишку, кашель, відчуття стиснення у грудях та епізоди свистячого дихання у респондентів, які за даними анкетування набрали 18 та більше балів (рис 3.14).

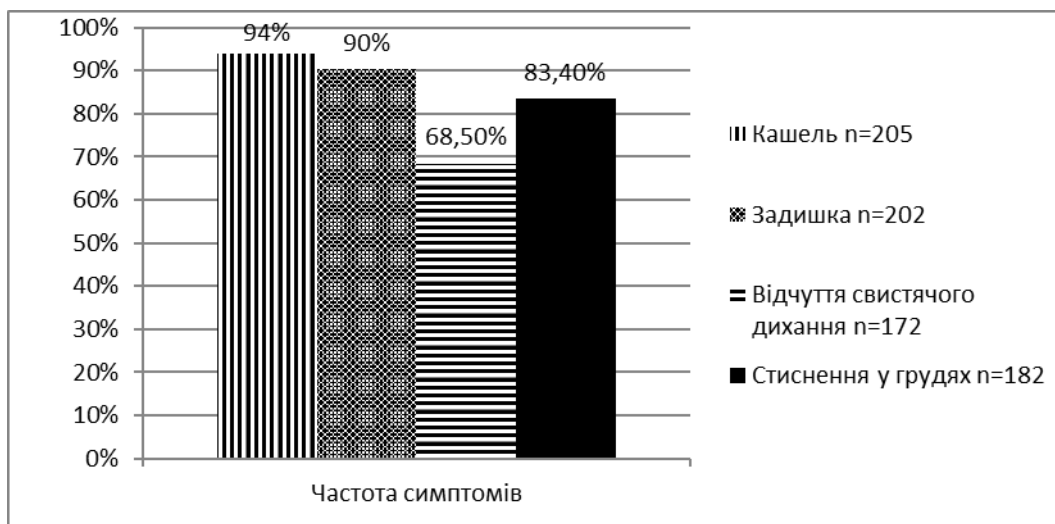


Рис. 3.14. Поширеність респіраторних симптомів серед пацієнтів високого ризику наявності хронічного обструктивного захворювання легень за результатами анкетування

На кашель скаржились 205 (94,9 %) осіб високого ризику наявності ХОЗЛ, серед них 110 (96,5 %) жінок та 95 (93,1 %) чоловіків, ($p = 0,26$). На

задишку серед опитаних нами пацієнтів скаржились 202 (93,5 %) особи всього, серед них 108 (94,7 %) жінок та 94 (92,2 %) чоловіків, ($p = 0,44$). Виявлено частоту виникнення свистячого дихання серед опитаних нами пацієнтів. На відчуття свистячого дихання, стиснення у грудях скаржились 172 (79,6 %) особи всього, серед них 92 (80,7 %) жінки та 80 (78,4 %) чоловіків, ($p = 0,67$). Проведена оцінка частоти виникнення утрудненого дихання серед опитаних нами пацієнтів. Утруднене дихання відмічали 182 респондента (84,3 %) всього, серед них 112 (97,4 %) жінок та 70 (69,3 %) чоловіків, ($p = 0,76$) (табл. 3.13).

Таблиця 3.13.

Частота скарг характерних для хронічних неспецифічних захворювань легень для різних статевих груп, серед осіб, що набрали 18 та більше балів

Симптоми	Чоловіки, n=101	Жінки, n=115	p
Кашель	95 (93,1 %)	110 (96,5 %)	0,26
Задишка	94 (92,2 %)	108 (94,7 %)	0,44
Свистяче дихання	80 (78,4 %)	92 (80,7 %)	0,67
Стиснення у грудях	70 (69,3 %)	112 (97,4 %)	0,76

Примітки:

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

Ми оцінили інтенсивність кожної скарги, а саме як ту, що не турбує, дуже рідко турбує, інколи турбує, часто турбує, дуже часто турбує. Інтенсивність кашлю розподіляли наступним чином: дуже рідко цю скаргу відмітили 57 (28,1 %) осіб, серед них 32 (56,1 %) жінки та 25 (43,9 %) чоловіків; інколи вказали 105 (51,7 %) респондентів, серед них 57 (54,3 %) жінок та 48 (45,7 %) чоловіків; часто – 36 (17,7 %), серед них 21 (72,2 %)

жінка та 15 (17,8 %) чоловіків; дуже часто – 5 (2,5 %), серед них 2 (40,0 %) жінки та 3 (60,0 %) чоловіка (рис 3.15).

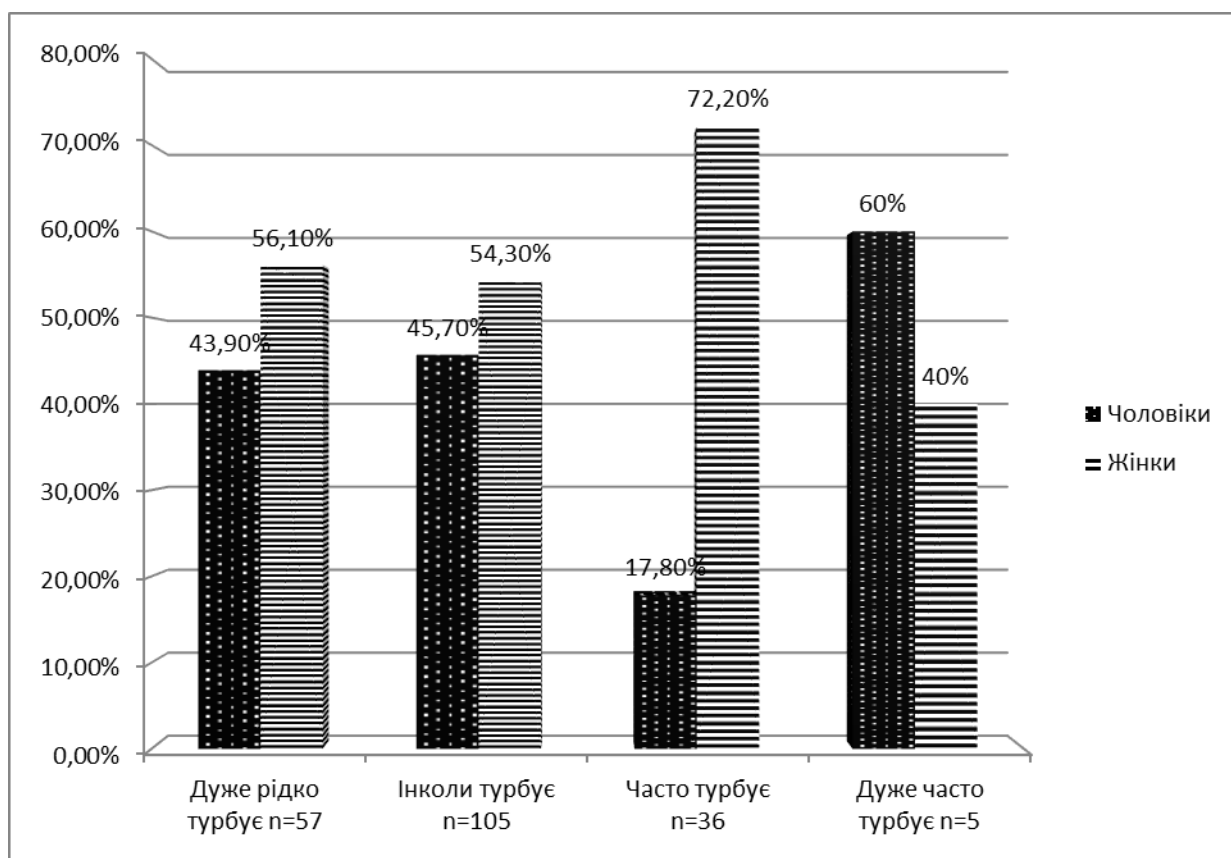


Рис. 3.15. Статева структура осіб, що скаржилися на кашель та мали високий ризик наявності хронічного обструктивного захворювання легень

У ході дослідження нами оцінена статево-вікова структура осіб, що набрали за результатами анкетування 18 та більше балів та пред'являли скарги на кашель. При оцінці залежності інтенсивності кашлю від віку обстежених встановлено: до 40 років дуже рідко кашель турбував 13 (18,0 %) чоловіків та 11 (15,3 %) жінок, ($p = 0,41$); від 40 до 49 років – 5 (9,1 %) чоловіків та 7 (12,7 %) жінок, ($p = 0,27$); від 50 до 59 років – 6 (10,5 %) чоловіків та 7 (12,3 %) жінок, ($p = 0,23$); від 60 до 69 років – чоловіків не було, 5 (29,4 %) жінок; старше 70 років – 1 (6,8 %) чоловік та 2 (13,3 %)

жінки, ($p = 0,05$). У всіх вікових групах кашель частіше відмічали, як такий, що турбував іноді як чоловіки так і жінки (табл.3.14).

Таблиця 3.14.

Статеві - вікова характеристика проанкетованих, що набрали 18 та більше балів відповідно до інтенсивності скарги кашлю

Вікова характеристика/стать		Дуже рідко (n=57)		Інколи (n=105)		Часто (n=36)		Дуже часто (n=5)	
		абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
До 40 р. (n=72)	Чоловіки (n=35)	13	18,0	19	26,4	0	0	1	1,4
	Жінки (n=37)	11	15,3	21	29,2	3	4,1	0	0
40-49 рр. (n=55)	Чоловіки (n=30)	5	9,1	16	29,1	5	9,1	0	0
	Жінки (n=25)	7	12,7	13	23,6	4	7,3	0	0
50-59 рр. (n=57)	Чоловіки (n=26)	6	10,5	10	17,6	6	10,5	0	0
	Жінки (n=31)	7	12,3	17	29,8	7	12,3	0	0
60-69 рр. (n=17)	Чоловіки (n=7)	0	0	3	17,6	2	11,8	2	11,8
	Жінки (n=10)	5	29,4	1	5,9	4	23,5	0	0
Старше 70 р. (n=15)	Чоловіки (n=3)	1	6,8	0	0	2	13,3	0	0
	Жінки (n=12)	2	13,3	5	33,3	3	20	2	13,3

Примітка. Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2 .

Таким чином, кашель турбує переважно чоловіків у віці 50-59 років – 22 (93 %) та жінок у віці 50-59 років – 31 (100 %). На питання щодо частоти виникнення кашлю, як дуже часто відповідали найчастіше чоловіки у віці 60-69 років – 2 (11,8 %) та жінки старше 70 років – 2 (13,3 %).

Наступною скаргою, що характерна для неспецифічних обструктивних захворювань легень, є задишка. Задишка турбує 202 (93,5

%) проанкетованих, які за результатами обстеження набрали 18 та більше балів.

Ми оцінили також інтенсивність виникнення задишк, враховуючи і гендерний показник: дуже рідко задишку відмічали – 55 (28,2 %) осіб, серед них 30 (54,5 %) жінок та 25 (45,5 %) чоловіків; інколи задишка турбувала – 87 (44,6 %) проанкетованих, серед них 45 (51,7 %) жінка та 42 (48,3 %) чоловіка; часто задишку відмічали – 44 (22,6 %) респонденти, серед них 28 (63,6 %) жінок та 16 (36,4 %) чоловіків; задишку, як на таку, що турбує дуже часто вказали 9 (4,6 %), серед них 7 (77,8 %) жінок та 2 (22,2 %) чоловіка (рис 3.16).

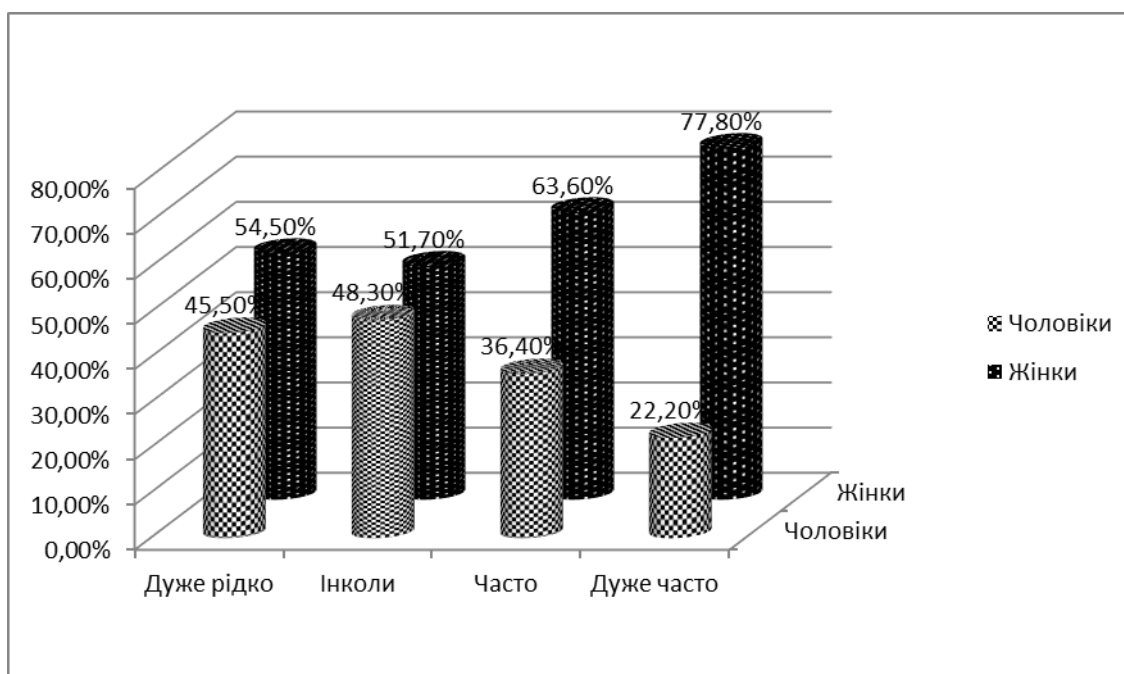


Рис. 3.16. Статева структура осіб, які скаржаться на виникнення задишки

Отже, задишка дещо частіше турбувала жінок. Жінки відмічали більшу інтенсивність задишки ніж чоловіки.

Наступним кроком ми оцінили залежність інтенсивності задишки від віку обстежених. Дуже рідко задишку частіше відмічали жінки у всіх вікових групах, чоловіки частіше відмічали цю скаргу у віці від 40 до 49 років. Інколи на задишку скаржилися жінки віком до 40 років та від 40 до

49 років та чоловіки віком до 40 років та 50-59 років. Задишку, яка турбує часто відмічали частіше жінки у віці 60-69 та старші, а серед чоловіків переважали особи віком 60-69 років. Дуже часто задишка турбує переважно жінок 50-59 років та старше 70 років (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Статеву - вікова характеристика проанкетованих, котрі набрали 18 та більше балів відповідно до інтенсивності задишки

Статеву-вікова характеристика		Дуже рідко (n=55)		Інколи (n=87)		Часто (n=44)		Дуже часто (n=9)	
		абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%
До 40 р. (n=72)	Чоловіки (n=35)	6	8,3	20	27,8	2	2,8	1	1,4
	Жінки (n=37)	14	19,4	15	20,9	6	8,3	0	0
40-49 рр. (n=55)	Чоловіки (n=30)	13	23,6	7	12,7	6	10,9	1	1,8
	Жінки (n=25)	5	9,1	10	18,2	7	12,8	1	1,8
50-59 рр. (n=57)	Чоловіки (n=26)	6	10,5	13	22,8	2	3,5	0	0
	Жінки (n=31)	3	5,3	17	29,8	8	14,0	2	3,5
60-69 рр. (n=17)	Чоловіки (n=7)	0	0	1	5,9	5	29,4	0	0
	Жінки (n=10)	4	23,5	2	11,8	4	23,5	0	0
Старше 70 р. (n=15)	Чоловіки (n=3)	1	6,7	1	6,7	1	6,7	0	0
	Жінки (n=12)	3	20,0	1	6,7	3	20,0	4	26,5

Примітка. Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2 .

Ми оцінили частоту виникнення свистячого дихання серед опитаних нами пацієнтів. Встановлено, що цю скаргу відмічали 182 (84, %) всього осіб, серед цього контингенту.

Оцінена статеву структура осіб, що мали високий ризик наявності захворювання та пред'являли скаргу на свистяче дихання, серед них було 112 (61,5 %) жінок та 70 (38,5 %) чоловіків.

Інтенсивність виникнення відчуття свистячого дихання розподіляли наступним чином: дуже рідко – 71 (39,0 %) пацієнт, серед них 33 (46,5 %) жінок та 38 (53,5 %) чоловіків, ($p = 0,01$); іноді – 86 (47,5 %) пацієнтів, серед них 54 (62,8 %) жінок та 32 (37,2 %) чоловіків, ($p = 0,05$); часто – 19 (10,4 %), серед них 15 (78,9 %) жінок та 4 (21,1 %) чоловіків, ($p = 0,05$); дуже часто – 6 (3,3 %), серед них 5 (83,3 %) жінок та 1 (16,7 %) чоловік, ($p = 0,05$), (рис 3.17).

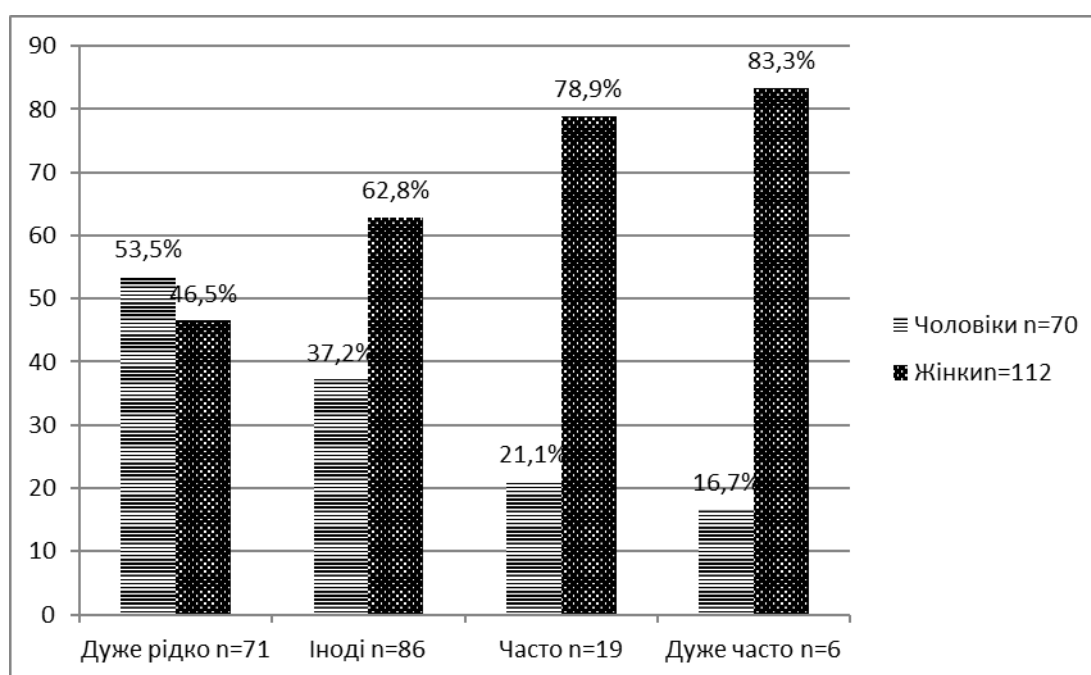


Рис. 3.17. Статева структура осіб, які скаржилися на виникнення свистячого дихання та за результатами анкетування набрали 18 та більше балів

Наступним кроком у нашому дослідженні була оцінка інтенсивності даної скарги залежно від вікової та статевої структури опитаних. Дуже рідко відчуття свистячого дихання відмічали жінки віком до 40 років та старших вікових груп – 60-69 років та старше 70 років, чоловіки відмічали цю скаргу у віці 50-59 років та 60-69 років. Відчуття свистячого дихання, як таке, що турбує інколи частіше відмічали жінки всіх вікових категорій, та чоловіки віком до 40 років. Часто відчуття свистячого дихання турбувало жінок старше 70 років та чоловіків віком 40-49 років та 50-59

років. Дуже часто відчуття свистячого дихання турбувало жінок віком 40-49 років (табл 3.16)

Таблиця 3.16.

Статеву - вікову характеристику проанкетованих, які набрали 18 та більше балів відповідно до інтенсивності виникнення відчуття свистячого дихання

		Дуже рідко (n=71)		Інколи (n=86)		Часто (n=19)		Дуже часто (n=6)	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
До 40 р. (n=72)	Чоловіки (n=35)	10	13,9	17	23,6	0	0	1	1,4
	Жінки (n=37)	12	16,6	16	22,2	4	5,6	1	1,4
40-49 рр. (n=55)	Чоловіки (n=30)	9	16,4	7	12,7	2	3,6	0	0
	Жінки (n=25)	7	12,7	12	21,9	3	5,5	2	3,6
50-59 рр. (n=57)	Чоловіки (n=26)	13	22,8	4	7,0	2	3,4	0	0
	Жінки (n=31)	7	12,3	18	31,6	4	7,0	1	1,8
60-69 рр. (n=17)	Чоловіки (n=7)	5	29,4	2	11,8	0	0	0	0
	Жінки (n=10)	4	23,5	4	23,5	1	5,9	0	0
Старше 70 р. (n=15)	Чоловіки (n=3)	1	6,7	2	13,3	0	0	0	0
	Жінки (n=12)	3	20,0	4	26,6	3	20,0	1	6,7

Примітка. Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2 .

Таким чином, скаржилися на виникнення відчуття свистячого дихання переважно чоловіки у віці 60-69 років та жінки у віці 50-59 років.

Ми оцінили частоту виникнення відчуття стиснення у грудях серед опитаних нами пацієнтів: на відчуття свистячого дихання скаржились 148 (68,5 %) проанкетованих групи високого ризику ХОЗЛ.

Нами оцінена статева структура осіб, які відмічали відчуття стиснення у грудях та за даними анкетування мали високий ризик наявності ХОЗЛ. Серед них було 83 (56,1 %) жінки та 65 (43,9 %) чоловіків

Інтенсивність виникнення відчуття стиснення у грудях розподіляли наступним чином: дуже рідко – 66 (44,6 %) пацієнтів, серед них 37 (56,1 %) жінок та 29 (43,9 %) чоловіків, ($p = 0,26$); інколи – 58 (39,1 %), серед них 29 (50,0 %) жінок та 29 (50,0 %) чоловіків; часто – 18 (12,2 %), серед них 13 (72,2 %) жінок та 5 (27,8 %) чоловіків, $p = 0,02$; дуже часто – 6 (4,1 %), серед них 4 (66,7 %) жінок та 2 (33,3 %) чоловіків, ($p = 0,05$) (рис.3.18).

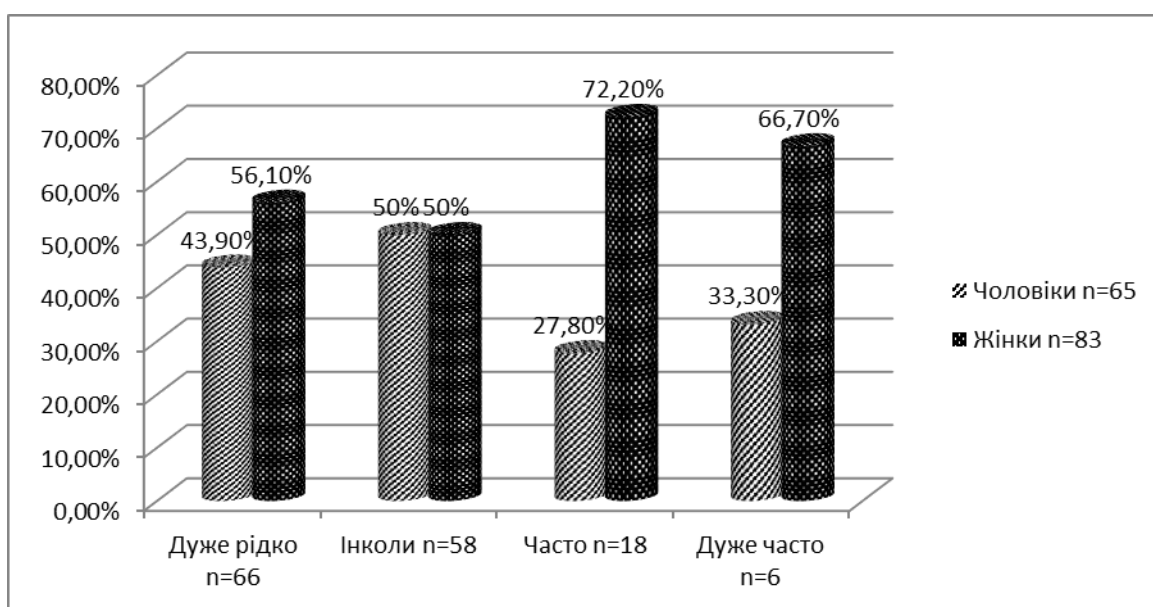


Рисунок 3.18. Статева структура осіб, котрі скаржились на виникнення відчуття стиснення у грудях та мають високий ризик наявності хронічного обструктивного захворювання легень

У ході дослідження оцінено інтенсивність даної скарги залежно від вікової та статевої структури опитаних. У групі пацієнтів високого ризику ХОЗЛ дуже рідко відчуття стиснення у грудях частіше турбувало жінок у всіх вікових категоріях. Чоловіки відмічали цю скаргу, як таку, що турбує дуже рідко у віці 40-49 та 50-59 років.

Інколи відчуття стиснення у грудях турбувало жінок віком 50-59 та 60-69 років та чоловіків старшої вікової категорії – 60 та старше.

Часто скарга на відчуття стиснення у грудях турбувала жінок старше 70 років та чоловіків віком 60-69 років. Дуже часто свистяче дихання турбувало переважно жінок віком старше 70 років (табл. 3.17).

Таблиця 3.17.

Статеву - вікову характеристику проанкетованих, котрі набрали 18 та більше балів відповідно частоти виникнення відчуття стиснення у грудях

		Дуже рідко (n=66)		Інколи (n=58)		Часто (n=18)		Дуже часто (n=6)	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
До 40 р. (n=72)	Чоловіки (n=35)	11	15,4	8	11,1	0	0	1	1,4
	Жінки (n=37)	15	20,8	8	11,1	1	1,4	0	0
40-49 рр. (n=55)	Чоловіки (n=30)	7	12,7	10	18,2	2	3,6	1	1,8
	Жінки (n=25)	9	16,4	4	7,3	4	7,3	0	0
50-59 рр. (n=57)	Чоловіки (n=26)	10	17,5	6	10,5	1	1,8	0	0
	Жінки (n=31)	8	14,0	12	21,0	3	5,3	1	1,8
60-69 рр. (n=17)	Чоловіки (n=7)	0	0	3	17,6	2	11,8	0	0
	Жінки (n=10)	2	11,8	4	23,5	1	5,9	0	0
Старше 70 р. (n=15)	Чоловіки (n=3)	1	6,7	2	13,3	0	0	0	0
	Жінки (n=12)	3	20,0	1	6,7	4	26,6	3	20,0

Примітки:

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

Таким чином, скаржились на виникнення стиснення у грудях переважно чоловіки у віці 50-59 років та жінок у віці 60-69 років.

Отже серед 525 осіб, котрі вважали себе здоровими та працювали на одному підприємстві, нами виділено основні фактори ризику ХОЗЛ, такі як паління, часті респіраторні захворювання, обтяжений сімейний анамнез.

Паління відмічали 179 опитаних (34,1 %), достовірно частіше чоловіки 144 (49,3 %), ніж жінки – 35 (15,0 %), ($p < 0,0001$). Більшість осіб, що палять, мали стаж паління 11-20 років. Серед чоловіків відмічається достовірне збільшення осіб зі стажем паління понад 5 років.

Всі проанкетовані відмічали в себе респіраторні захворювання протягом року. Відмічається зростання кількості звернень з приводу респіраторних захворювань з віком проанкетованих, особливо у осіб старше 60 років.

Обтяжений сімейний анамнез виявлено у 135 (25,7 %) опитаних. Серед осіб, які відмічали обтяжений спадковий анамнез щодо захворювань органів дихання було 58 (43,0 %) жінок та 77 (57,0 %) чоловіків. Суттєвої різниці між чоловіками та жінками не було ($p = 0,70$).

Серед усіх проанкетованих достовірно частіше кашель турбував жінок, ніж чоловіків ($p = 0,02$). Жінки достовірно частіше характеризували цю скаргу, як ту, що турбує інколи ($p = 0,01$). Така ж тенденція спостерігається при оцінці цієї скарги як часто. У молодшому віці опитані характеризують кашель, як такий, що турбує рідко та інколи, у той час, як з віком опитані починають відмічати, що кашель турбує інтесивніше (часто та дуже часто).

Люди молодшого віку оцінюють задишку переважно, як таку, що турбує рідко та іноді, з віком інтенсивність задишки зростає. Таким чином, жінки відмічали задишку достовірно частіше ніж чоловіки, ($p = 0,002$). У жінок був достовірно більш виражений ступінь задишки, ніж у чоловіків ($p = 0,02$). Чоловіки достовірно менше скаржаться на відчуття свистячого дихання, ніж жінки ($p = 0,004$). Достовірно частіше жінки відмічали цю скаргу як таку, що турбує інколи ($p = 0,0008$).

Отже, жінки відмічають скарги характерні для ХОЗЛ достовірно частіше, ніж чоловіки. Варто відмітити, що інтенсивність кожної скарги зростає з віком.

Нами встановлено, що за результатами анкетування 216 осіб (41,1 %) набрали 18 та більше балів, що оцінено як високий ризик наявності ХОЗЛ. Достовірної різниці між чоловіками та жінками не було. Достовірно переважали особи працездатного віку. Щодо вікової структури – чоловіків найбільше було у віковій групі 40-49 років. Розподіл жінок за віковими групами був практично рівномірний.

Як в загальній групі проанкетованих, так і серед осіб, що набрали 18 та більше балів за опитувальником, найпоширенішим фактором ризику можна вважати обтяжений спадковий анамнез, на що відмітили 124 (57,4 %) осіб. Другим за частотою фактором були респіраторні захворювання 2 та частіше рази на рік, на що скаржились 55,6 % проанкетовані. Серед осіб високого ризику палили (в тому числі колишні курці) 88 (40,7 %) пацієнтів. Наші дані свідчать, що суттєвої різниці між чоловіками та жінками, що скаржилися на респіраторні захворювання не виявлено. Відмічається зростання кількості респіраторних захворювань з віком. Палять достовірно більше опитаних чоловіків, ніж жінок, що може бути пов'язано з особливостями статево-вікової групи проанкетованих. У більш ніж половини опинаних, з високим ризиком ХОЗЛ виявлено обтяжений сімейний анамнез. Достовірної різниці між чоловіками та жінками з обтяженим сімейним анамнезом не було.

Кашель турбував переважно чоловіків у віці 50-59 років – 22 (93 %) та жінок у віці 50-59 років – 31 (100 %). На питання щодо частоти виникнення кашлю дуже часто вказали найчастіше чоловіки у віці 60-69 років – 2 (11,8 %) та жінки старше 70 років – 2 (13,3 %).

Задишка дещо частіше турбувала жінок: вони відмічають, що задишка турбує їх інтенсивніше, ніж чоловіків. Задишка турбувала переважно чоловіків у віці 60-69 років та жінок у віці 50-59 років. На

питання щодо частоти виникнення задишки дуже часто відповідали чоловіки у віці 40-49 років та жінки старше 70 років.

Таким чином, проведення анкетування осіб старше 40 років, які палять або більше 2 раз на рік хворіють респіраторними захворюваннями допоможе відібрати групу пацієнтів для проведення комп'ютерної спірографії з метою діагностики ХОЗЛ. Слід врахувати, що пацієнти переважно відмічали неінтенсивні скарги, що підвищує значимість анкетування для скринінгового відбору пацієнтів.

Результати даного розділу опубліковані в наступних роботах:

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.

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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

РОЗДІЛ 4

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ, ЯКІ ВВАЖАЮТЬ СЕБЕ ЗДОРОВИМИ З НЕДІАГНОСТОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Сучасна діагностика ХОЗЛ передбачає оцінку тяжкості обструктивних змін, ступеня задишки та частоти симптомів за шкалою з оцінки ХОЗЛ (CAT), а також кількість загострень захворювання протягом останнього року. Ці фактори покладені в основу виділення клінічних груп ХОЗЛ, відповідно до чого визначається тактика вибору базисної терапії [32].

Тому на наступному етапі нашої роботи проведено функціональне обстеження осіб, що вважали себе здоровими та заперечували будь-які хронічні неспецифічні захворювання органів дихання. Виконано комп'ютерну спірографію та пробу з бронхолітиком за загальноприйнятою методикою, визначено ступінь задишки за Модифікованою шкалою задишки Дослідницької Групи (mMRC) та шкалою з оцінки ХОЗЛ (CAT) [32].

Обстежено 136 осіб, що за даними анкетування набрали понад 18 балів та були віднесені нами до пацієнтів з високою ймовірністю наявності ХОЗЛ. Решта 80 осіб відмовились проходити обстеження.

Після проведення спірографічного дослідження у осіб, що мали високу ймовірність наявності ХОЗЛ, діагноз встановлений у 79 (58,0 %) пацієнтів.

Нами проведений порівняльний аналіз клініко-функціональних параметрів у осіб, що набрали більше 18 балів за скринінговою анкету та у кого було діагностовано ХОЗЛ (79 осіб, з вперше діагностованим ХОЗЛ) та пацієнтами, у кого ХОЗЛ не підтверджено (57 осіб) (рис. 4.1).

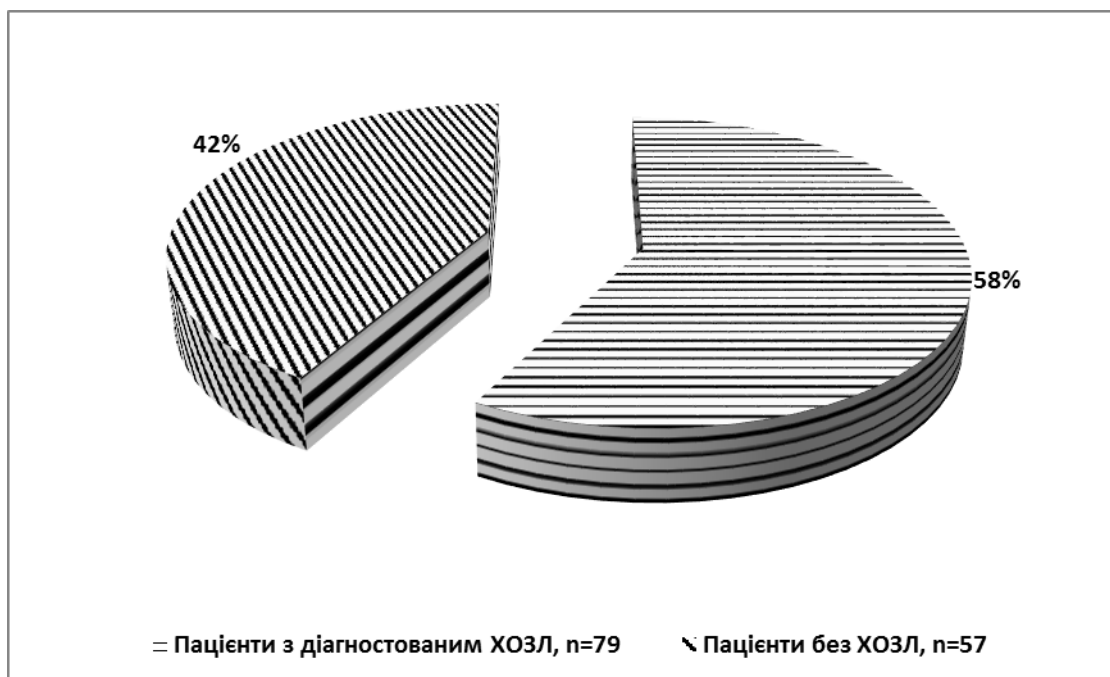


Рис 4.1. Частка осіб з діагностованим хронічним обструктивним захворювань легень за даними спірографічного дослідження

Серед обстежених зі встановленим ХОЗЛ було 48 (60,8 %) чоловік і 31 (39,2 %) жінка. Співвідношення чоловіків до жінок 1,5 до 1,0 демонструє, що в дослідженні суттєво переважали пацієнти чоловічої статі. Ми спостерігали таке ж співвідношення і у групі осіб без діагнозу ХОЗЛ: чоловіків було 33 (57,9 %) та жінок – 24 (42,1 %) (рис.4.2).

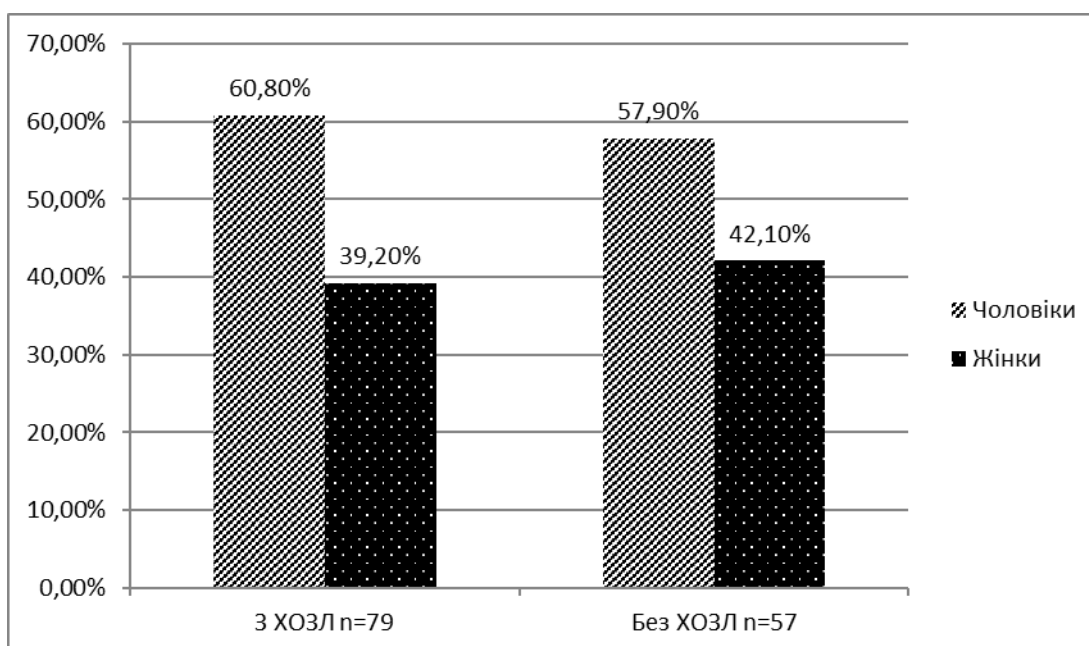


Рис 4.2. Статеву структуру осіб з діагностованим ХОЗЛ та без виявленого захворювання

Аналіз статево-вікової структури осіб в двох групах порівняння виявив певні закономірності (табл.4.1).

Таблиця 4.1.

Порівняння статево-вікової структури осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ та без верифікованого захворювання

Показники	Група пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ (n=79)		P	Група пацієнтів без встановленого ХОЗЛ (n=57)		P (
	Чоловіки (n=47)	Жінки (n=32)		Чоловіки (n=33)	Жінки (n=24)	
До 40 років	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)	0 (0)	-
40-49	28(59,6%)	14(43,8%)	0,38	22(66,7%)	16(66,7%)	1,00
50-59	15(31,9%)	7 (21,9%)	0,62	10(30,3%)	5 (20,8%)	0,72
60-69	2 (4,3%)	9 (28,1%)	0,01	1 (3,0%)	3 (12,5%)	0,38
Старше 70 років	2 (4,3%)	2 (6,3%)	0,92	0 (0)	0 (0)	-

Примітки:

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

Серед осіб з вперше діагностованим ХОЗЛ переважали пацієнти віком 40-49 років, як серед чоловіків так і серед жінок. Серед жінок з виявленим ХОЗЛ відмічається достовірне зростання порівняно з чоловіками пацієнтів віком 60-67 років, відповідно 9 (28,1 %) та 2 (4,3 %), ($p = 0,01$).

Порівнявши групи пацієнтів з виявленим ХОЗЛ та без можна сказати, що достовірна різниці між кількістю чоловіків та жінок за віком обстежених відзначалася лише у групі осіб з виявленим ХОЗЛ віком 60-69 років. Жінок у цій групі було 9 (28,1 %), що достовірно більше ніж чоловіків – 2 (4,3 %) ($p = 0,01$).

У осіб без виявленого захворювання переважали робітники – 34 (59,6 %), службовців було 23 (40,4 %). У осіб з вперше діагностованим захворюванням теж переважали робітники – 44 (55,7 %), службовців було

35 (44,3 %). Співвідношення у групах та між групами достовірно не відрізнялася

За матеріальним забезпеченням достовірної різниці між групами виявлено не було: як добре визначене в 12 (15,2 %) пацієнтів з ХОЗЛ та 11 (19,3 %) осіб без даної патології ($p=0,52$), як середнє – у 55 (67,6 %) у осіб з ХОЗЛ та 37 (64,9 %) у осіб без встановленого діагнозу ($p = 0,56$), як погане – у 12 (15,2 %) та 7 (12,3 %) відповідно у осіб з ХОЗЛ та без; і як вкрай погане – у 2 осіб без ХОЗЛ. У дослідженні суттєво переважали особи із середнім матеріальним забезпеченням ($p < 0,0001$) і найбільш рідко зустрічались пацієнти з вкрай поганим матеріальним забезпеченням ($p < 0,0001$).

Таким чином, після спірографії, що проведена пацієнтам високого наявності ХОЗЛ (тобто тим, що набрали 18 та більше балів за результатами анкетування), у 79 (58 %) осіб вперше діагностовано захворювання. Це були пацієнти, що заперечували в себе наявність хронічних захворювань органів дихання та регулярно проходили медичні огляди. Попри існуючі дані, що на ХОЗЛ страждають переважно чоловіки нами встановлено, що у осіб з вперше діагностованим захворюванням відсутня достовірна різниця між чоловіками та жінками. Слід відмітити, що найбільше чоловіків з вперше діагностованим захворюванням були у віці 41-50 років, тоді як серед жінок зростає суттєво частка осіб з вперше діагностованим захворюванням старше 60 років.

4.1. Оцінка факторів ризику виникнення ХОЗЛ серед пацієнтів із вперше виявленим захворюванням та осіб без встановленого діагнозу

Аналіз основних факторів ризику ХОЗЛ у двох групах обстежених дозволив виділити наступну закономірність. Всі опитані, що набрали більше 18 балів та були нами розцінені, як пацієнти високого ризику обструктивних захворювань, скаржились на часті респіраторні захворювання. При чому, це характерно як пацієнтам з діагностованим

ХОЗЛ, так і особам без підтвердженого ХОЗЛ. Достовірної різниці між чоловіками та жінками в обох групах не виявлено (рис.4.3).

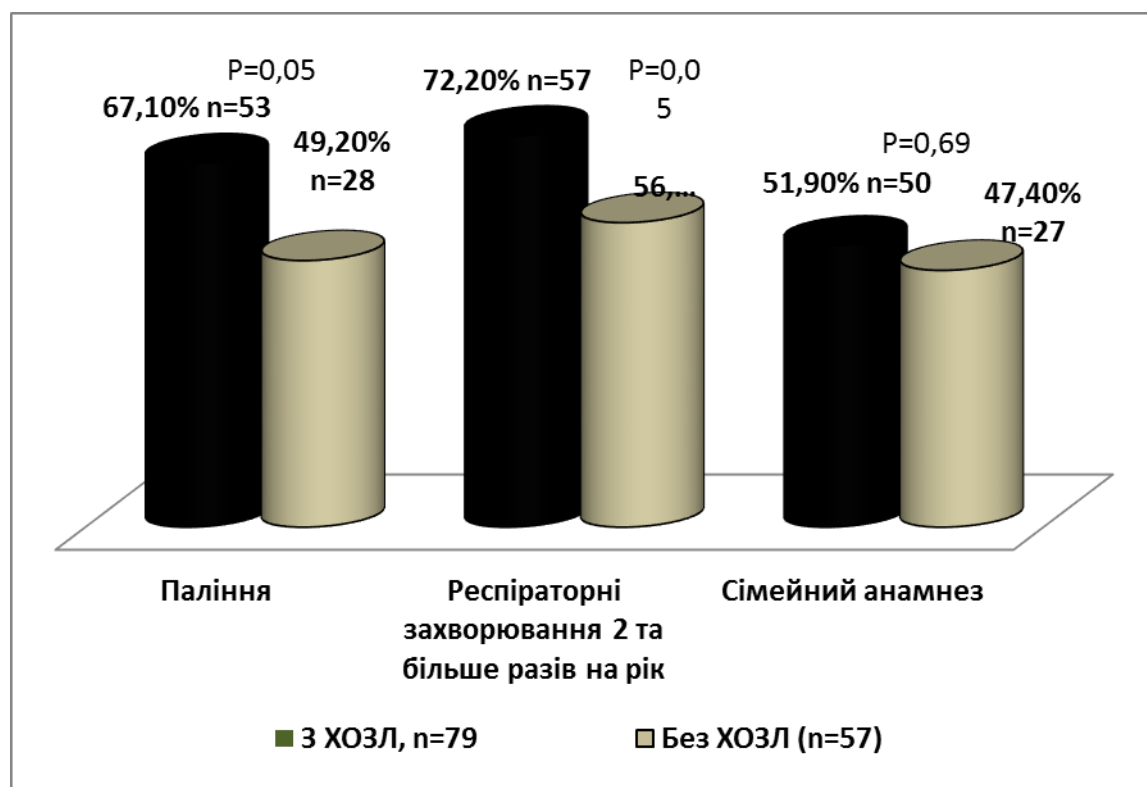


Рис. 4.3. Оцінка факторів ризику ХОЗЛ серед пацієнтів із вперше виявленим захворюванням та пацієнтами без ХОЗЛ

Сімейний анамнез був обтяжений у 50 (51,9 %) осіб з ХОЗЛ та 27 (47,4 %) осіб без верифікованого захворювання.

Респіраторні захворювання 2 та більше разів на рік частіше відмічали пацієнти з ХОЗЛ.

Встановлено, що 53 (67,1 %) особи групи з вперше діагностованим ХОЗЛ палять (у тому числі колишні курці), у той час, як серед осіб без ХОЗЛ курців було – 28 (49,2 %) ($p = 0,05$). Отже, у осіб з ХОЗЛ достовірно частіше виявляли тих, що палять.

Стаж паління (у тому числі і серед колишніх курців) складав $18,1 \pm 1,97$ років у пацієнтів з вперше встановленим ХОЗЛ та $15,07 \pm 0,95$ у осіб без діагнозу ХОЗЛ. Достовірної різниці між цими показниками в даних групах виявлено не було ($p = 0,50$), як і не відмічалася різниця між чоловіками та жінками між групами за стажем паління.

Середня кількість сигарет за добу складала 16 (13;20) у групі пацієнтів з ХОЗЛ та 14 (10;18) у осіб без ХОЗЛ ($p = 0,46$). Індекс паління становив 13,5 та 11,2 пачко-років відповідно у осіб з ХОЗЛ та без ХОЗЛ ($p = 0,21$).

Нами оцінена інтенсивність вираженості кожного фактору ризику та порівняння цих показники між групами пацієнтів з виявленим ХОЗЛ та без нього.

Ми порівняли дані щодо обтяженого сімейного анамнезу, які отримали у ході дослідження між пацієнтами груп з ХОЗЛ та без ХОЗЛ (табл. 4.2).

Таблиця 4.2.

Порівняння груп пацієнтів із вперше встановленим ХОЗЛ та без ХОЗЛ, залежно від обтяженого сімейного анамнезу

	Наявний ХОЗЛ (n=79)	Без ХОЗЛ (n=57)	P
Родичі по лінії батька чи матері	12 (15,2 %)	10 (17,5 %)	0,71
Брати, сестри або діти	8 (10,1 %)	7 (12,3 %)	0,69
Батько чи мати	13 (16,5 %)	8 (14,0 %)	0,69
Батько та мати	8 (10,1 %)	2 (3,5 %)	0,14

Примітки:

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

У осіб з ХОЗЛ, що мали обтяжений анамнез, 12 (15,2 %) відмітили наявність хронічних захворювань органів дихання у родичів по лінії батька/матері, у той час, як у групі без ХОЗЛ таких осіб було 10 (17,5 %), ($p = 0,71$); брат/сестра/діти хворіли у 8 (10,1 %) пацієнтів з встановленим діагнозом, а без діагнозу таких осіб було – 7 (12,3 %) ($p = 0,69$), 13 осіб (16,5 %) з ХОЗЛ відмітили у своїх родинях хворих на хронічні захворювання органів дихання батька та мати, а особи без ХОЗЛ – 2 (3,5

%), ($p = 0,14$), 8 (10,1 %) пацієнтів з ХОЗЛ вказали на наявність хронічних захворювань органів дихання або в батька, або в матері, а без ХОЗЛ – 8 (14,0 %), ($p = 0,14$).

Оцінюючи частоту виникнення респіраторних захворювань впродовж останнього року у групах пацієнтів з ХОЗЛ та без встановленого діагнозу можна стверджувати, що у пацієнтів з ХОЗЛ респіраторні захворювання виникають достовірно частіше ніж у осіб без ХОЗЛ – захворювання 4 рази на рік відмітили 14 (17,7 %) пацієнтів з ХОЗЛ, а без ХОЗЛ – 3 (5,3 %). (рис 4.4).

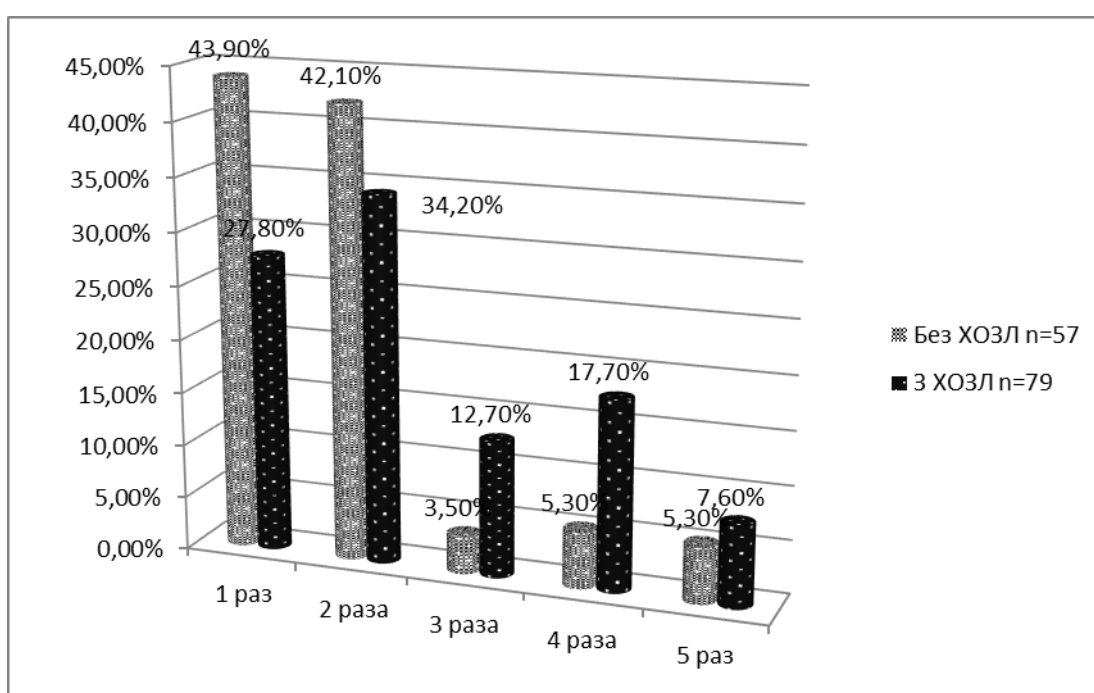


Рис 4.4. Частота виникнення респіраторних захворювань впродовж останнього року в групах пацієнтів із ХОЗЛ та без встановленого діагнозу

Отже можна стверджувати, що паління, як основний фактор ризику ХОЗЛ достовірно частіше відмічається у групі пацієнтів з ХОЗЛ ($p = 0,05$). Пацієнти з вперше встановленим діагнозом також достовірно частіше відмічають респіраторні захворювання протягом року ($p=0,05$). У той же час достовірної різниці між цими групами при оцінці обтяженого сімейного анамнезу виявлено не було ($p = 0,69$).

4.2. Оцінка симптомів у осіб із вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень та осіб без встановленого діагнозу

Оцінка симптомів ХОЗЛ дозволила виявити, що в групі осіб з ХОЗЛ найчастішою скаргою був кашель, а пацієнти без встановленого діагнозу, найчастіше пред'являли скарги на задишку.

На кашель скаржились 77 (97,5 %) осіб в групі з вперше діагностованим ХОЗЛ та 51 (89,0 %) особа без ХОЗЛ.

На задишку при незначному фізичному навантаженні та на виникнення відчуття стиснення в грудях скаржились практично однаково пацієнти обох груп. Задишку відмічали 76 (96,2 %) осіб з ХОЗЛ та 54 (94,7 %) осіб без встановленого діагнозу. На стиснення у грудях скаржилися 66 (83,5 %) осіб з ХОЗЛ та 48 (84,2 %) осіб без ХОЗЛ.

Скаргу свистячого дихання відмічали 50 (63,3 %) осіб з ХОЗЛ та 34 (59,6 %) пацієнта без встановленого діагнозу (рис.4.5).

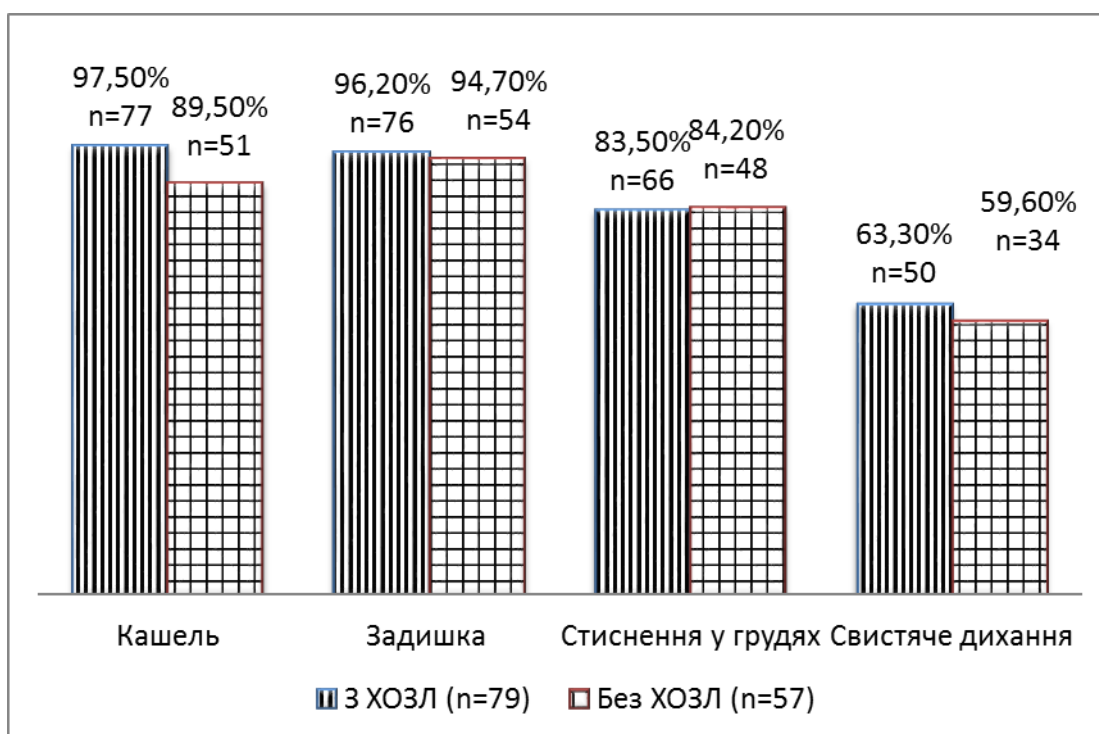


Рис 4.5. Оцінка симптомів ХОЗЛ серед пацієнтів із вперше виявленим захворюванням та без захворювання

Ми оцінили інтенсивність вираженості кожної скарги та порівняли ці показники між групами пацієнтів з виявленим ХОЗЛ та без цього діагнозу. Оцінили інтенсивність кашлю у пацієнтів двох груп (табл. 4.3).

Таблиця 4.3.

**Інтенсивність кашлю у пацієнтів із встановленим діагнозом та
без
ХОЗЛ**

	Наявний ХОЗЛ (n=79)	Без ХОЗЛ (n=57)	P
Не турбує	2 (2,5 %)	6 (10,5 %)	0,05
Дуже рідко	16 (20,3 %)	12 (21,1 %)	0,90
Інколи	40 (50,6 %)	29 (50,9 %)	0,97
Часто	17 (21,5 %)	10 (17,5 %)	0,56
Дуже часто	4 (5,1 %)	0 (0)	0,08

Примітки:

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

Кашель достовірно рідше турбував осіб у групі без встановленого діагнозу. Щодо інтенсивності кашлю, то між пацієнтами, які відмітили таку скаргу, суттєвої різниці не було. Кашель, як такий, що турбує дуже рідко відмічали 16 (20,3 %) пацієнтів з ХОЗЛ та 12 осіб (21,1 %) без встановленого діагнозу ($p = 0,90$). Інколи на кашель скаржилися 40 пацієнтів (50,6 %) з ХОЗЛ та 29 (50,9 %) без встановленого діагнозу. Особи без встановленого ХОЗЛ дуже часто кашель не відмічали, у той же час кашель такої інтенсивності відмітили 4 (5,1 %) пацієнта з вперше діагностованим ХОЗЛ.

Наступною скаргою, яку ми порівнювали у досліджуваних групах, була задишка. Достовірно частіше задишку відмічали у групі з ХОЗЛ та оцінювали її, як таку, що турбує дуже часто – 6 (7,6 %), ($p = 0,03$). Можна

відмітити наступну закономірність : у групі з встановленим ХОЗЛ, так і без захворювання найчастіше відмічали задишку, як таку, що турбує інколи – 40 (50,6 %) та 31 (54,4 %) пацієнтів відповідно, ($p = 0,66$). Часто задишка турбувала 23 (29,1 %) пацієнтів з ХОЗЛ та 13 (22,8 %) без встановленого діагнозу ($p = 0,41$) (рис.4.6).

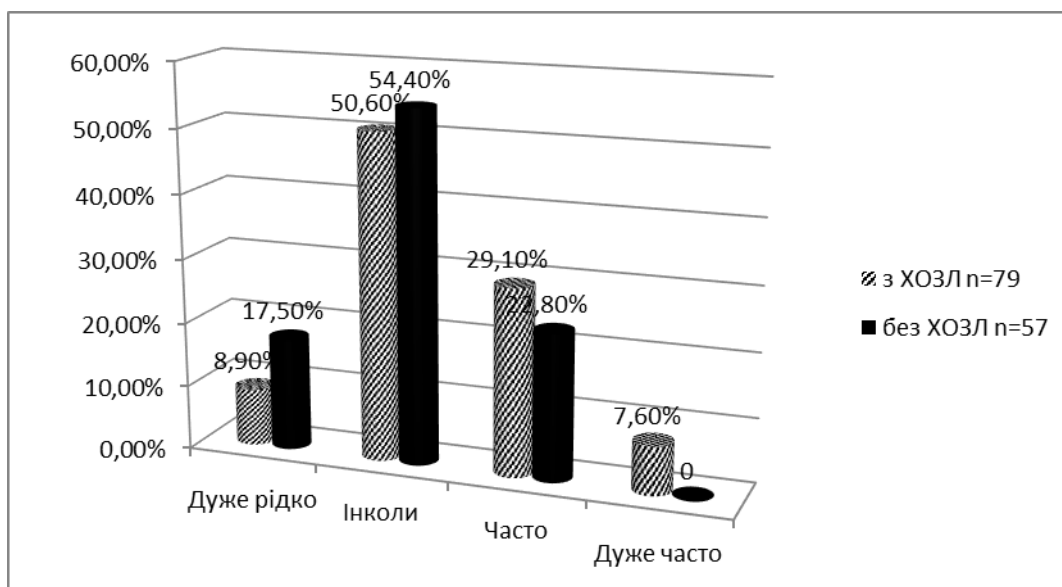


Рис. 4.6 Інтенсивність задишки у осіб із виявленим ХОЗЛ та у осіб без встановленого діагнозу

Наступною скаргою, на яку ми звернули увагу, було відчуття свистячого дихання (табл.4.4).

Таблиця 4.4.

Інтенсивність відчуття свистячого дихання у осіб із виявленим ХОЗЛ та у осіб без встановленого діагнозу

	Наявний ХОЗЛ (n=79)	Без ХОЗЛ (n=57)	P
Дуже рідко	27 (34,2 %)	18 (31,6 %)	0,75
Інколи	25 (31,6 %)	25 (43,9 %)	0,14
Часто	9 (11,4 %)	5 (8,8 %)	0,61
Дуже часто	5 (6,3 %)	0 (0)	0,05

Примітки:

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

Інтенсивність виникнення свистячого дихання серед пацієнтів із вперше виявленим ХОЗЛ розподілялися наступним чином: дуже рідко відмічали цю скаргу 27 (34,2 %) пацієнтів; інколи вказували на виникнення свистячого дихання – 25 (31,6 %) осіб; скаргу, як таку, що турбує часто вказували – 9 (11,4 %) пацієнтів з вперше виявленим захворюванням; дуже часто відчуття свистячого дихання турбувало – 5 (6,3 %) пацієнтів.

У той час пацієнти без встановленого діагнозу, що відмічали цю скаргу, за інтенсивністю розподілилися наступним чином: дуже рідко відмічали цю скаргу – 18 (31,6 %) пацієнтів; інколи вказували на виникнення свистячого дихання – 25 (43,9 %) осіб; скаргу, як таку, що турбує часто вказували – 5 (8,8 %) пацієнтів. Отже, можна стверджувати, що пацієнти з ХОЗЛ достовірно частіше скаржилися на відчуття свистячого дихання та відмічали цю скаргу, як таку, що турбує дуже часто ($p = 0,05$).

Таким же чином ми порівняли інтенсивність виникнення відчуття стиснення у грудях у цих групах пацієнтів (табл.4.5).

Таблиця 4.5.

Інтенсивність виникнення відчуття стиснення у грудях серед осіб із виявленим ХОЗЛ та у осіб без встановленого діагнозу

	Наявний ХОЗЛ (n=79)	Без ХОЗЛ (n=57)	P
Дуже рідко	17 (21,5 %)	16 (28,1 %)	0,37
Інколи	15 (19,0 %)	14 (24,6 %)	0,43
Часто	15 (19,0 %)	4 (7,0 %)	0,04
Дуже часто	3 (3,8 %)	0 (0)	0,13

Примітки:

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

Пацієнти з ХОЗЛ достовірно частіше скаржились на стиснення у грудях, як на таке, що турбувало часто – 15 (19,0 %), у той час, як таких осіб без встановленого діагнозу було 4 (7,0 %), ($p = 0,04$). Проте, варто

відмітити, що стиснення у грудях, як таке, що турбувало дуже рідко та інколи частіше відмічали пацієнти без даної патології, дуже рідко – 16 (28,1 %), інколи – 15 (19,0 %), серед пацієнтів з ХОЗЛ на цю скаргу такої інтенсивності відповідно вказали 16 (28,1 %) та 14 (24,6 %) осіб. Достовірної різниці між цими показниками не було ($p = 0,37$, $p = 0,43$).

Отже, можна стверджувати, що пацієнти з вперше встановленим діагнозом ХОЗЛ частіше відмічали скарги, характерні для цієї патології, ніж пацієнти без підтвердженого ХОЗЛ. Варто зазначити, що інтенсивність вираженості кожної скарги у пацієнтів з групи пацієнтів з ХОЗЛ теж вища, ніж у осіб без даної патології.

4.3. Супутня патологія та клінічні особливості у пацієнтів із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень

Ми провели аналіз супутньої патології у групах пацієнтів із 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 страждали на захворювання органів травлення – пептична виразка діагностована 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, ($p=0,0004$). Інфаркт міокарда в анамнезі достовірно частіше відмічали пацієнти без ХОЗЛ ($p=0,09$)(табл. 4.6)

Таблиця 4.7.

**Структура супутньої патології у пацієнтів із вперше
діагностованим ХОЗЛ**

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
Жовчекам'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

Примітки:

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

У групах обстежених нами був розрахований та проаналізований індекс коморбідності Чарлсона [149]. Відповідно до нього, поєднання найбільшої кількості патологій мали пацієнти із вперше встановленим ХОЗЛ – індекс склав в середньому 2 (1;3) бала, обстежені без ХОЗЛ – 1(0;1) бал.

Таблиця 4.8.

Індекс коморбідності Чарлсона

Індекс коморбідності за Charlson	Наявний ХОЗЛ (n=79)	Без ХОЗЛ (n=57)	P
≤1	32 (40,5 %)	32 (56,1 %)	0,07
2	13 (16,5 %)	13 (22,8 %)	0,35
≥3	34 (43,0 %)	12 (21,1 %)	0,007

Примітки:

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

У пацієнтів з встановленим ХОЗЛ достовірно частіше відмічається індекс коморбідності ≥ 3 – у 34 (43,0 %) осіб, у той час такий же показник у пацієнтів без діагнозу був виявлений у 12 (21,1 %) осіб ($p = 0,007$) (табл.4.8).

При порівнянні даних клінічного обстеження пацієнтів обох груп встановлено, що достовірної різниці у показниках ЧД виявлено не було – 16 (15;17) у пацієнтів з ХОЗЛ та 15 (15; 16) у осіб без встановленого діагнозу ($p = 0,19$). В той же час у осіб з ХОЗЛ більшою була середня ЧСС на відміну від пацієнтів без цього захворювання відповідно: 74 (70; 82) та 70 (70; 78), ($p = 0,04$); ступінь задишки mMRC відповідно: $1,44 \pm 0,07$ балів та $0,96 \pm 0,09$ балів, ($p = 0,0001$), кількість балів за шкалою САТ, відповідно: $18,8 \pm 0,8$ та $12,7 \pm 1,0$, ($p = 0,0001$). Вага та індекс маси тіла достовірно вищими були у групі без встановленого діагнозу ніж у групі з встановленим ХОЗЛ: вага - 90 (73; 104) та 84 (68; 95) вага відповідно ($p=0,05$) та ІМТ – 30,8 (26,0; 33,8) у осіб без ХОЗЛ та 27,7 (24,5; 32,2) у осіб з ХОЗЛ ($p = 0,03$) (табл.4.9).

Таблиця 4.9.

Клінічні особливості у пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ

Ознака	Пацієнти із діагностованим ХОЗЛ (n=79)	Пацієнти без діагностованого ХОЗЛ (n=57)	P
Частота дихання, в хв	16 (15; 17)	15 (15; 16)	0,19
Частота серцевих скорочень (ЧСС), в хв	74 (70; 82)	70 (70; 78)	0,04
АТ, мм.рт.ст	105 (102; 110)	108 (102; 114)	0,37
Зріст, м	1,7 (1,6; 1,8)	1,7 (1,6; 1,8)	0,71
Вага, кг	84 (68; 95)	90 (73; 104)	0,05
ІМТ, кг/м ²	27,7 (24,5; 32,2)	30,8 (26,0; 33,8)	0,03
mMRC, бали	$1,44 \pm 0,07$	$0,96 \pm 0,09$	0,0001
Тест САТ, бали	$18,8 \pm 0,8$	$12,7 \pm 1,0$	0,0001

Примітки:

1. порівняння величин загального балу між групами проведено за Mann-Whitney U test;
2. різниця достовірна при $p < 0,05$.

Таким чином, можна констатувати, що найпоширенішими скаргами у пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ були кашель, задишка, епізоди свистячого дихання. На кашель скаржились найчастіше, а саме 77 (97,5 %) осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ, на задишку при незначному фізичному навантаженні – 76 осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ (96,2 %). Відчуття свистячого дихання відмічали 66 осіб (83,5 %).

Аналізуючи інтенсивність скарг, звертає на себе увагу той момент, що вони були, як правило, не виразними. Більшість пацієнтів вказали на них, як на таких, що виникають інколи.

4.4. Розподіл пацієнтів за Модифікованою шкалою задишки Дослідницької Групи (mMRC) та шкалою з оцінки ХОЗЛ (CAT)

Ступінь задишки оцінена за модифікованою шкалою тяжкості задишки медичної дослідної ради (mMRC) і встановлено, що достовірно вищі бали мали пацієнти в групі з вперше встановленим діагнозом ХОЗЛ – середній бал склав $1,44 \pm 0,07$, у той час, як у групі без виявленого захворювання середній бал склав $0,96 \pm 0,09$, ($p \leq 0,0001$). Ступінь задишки у жінок в групі з ХОЗЛ становив 2(1;2) і був достовірно вищий, ніж у чоловіків – 1 (1;2), ($p = 0,009$).

Достовірної різниці між чоловіками та жінками у групі без ХОЗЛ не встановлено. Серед пацієнтів із встановленим діагнозом найчисленніші були групи, це ті до яких віднесені пацієнти, що набрали 1 та 2 бали – по 38 осіб (48,1 %), що характерно як для чоловіків, так і для жінок (рис. 4.7).

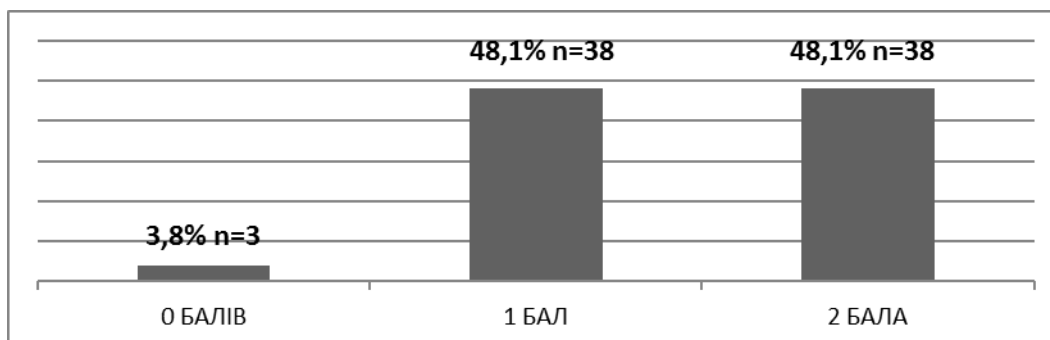


Рис. 4.7. Ступінь задишки за шкалою mMRC у пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ

За тестом САТ достовірно вищі бали були в групі з встановленим діагнозом, ніж у групі без ХОЗЛ - середній бал склав $(18,8 \pm 0,8)$ та $(12,7 \pm 1,0)$, відповідно ($p \leq 0,0001$). Кількість балів за тестом САТ у жінок становив 22 (16;27) в групі з ХОЗЛ та був достовірно вищий, ніж у чоловіків 18 (13;22), ($p = 0,03$). Достовірної різниці між чоловіками та жінками у групі без ХОЗЛ не встановлено.

Розподіливши пацієнтів за ступенем тяжкості ХОЗЛ бачимо, що найбільше пацієнтів було з GOLD 2 – 26 осіб (32,9 %) та GOLD 3 – 28 осіб (35,4 %). Найменш численніша група GOLD 4 – 4 пацієнта (5,1 %), до GOLD 1 віднесено 21 (26,6 %) особа (рис. 4.8).

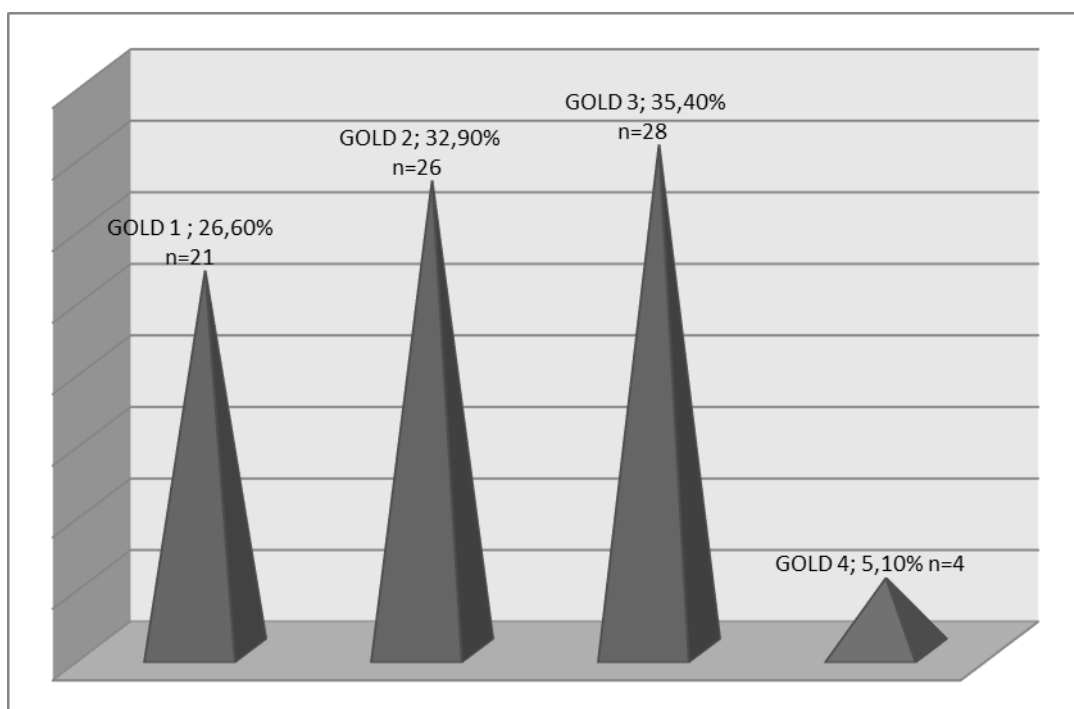


Рис.4.8. Ступінь тяжкості ХОЗЛ у осіб із вперше діагностованим захворюванням

Статева структура пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ в залежності від ступеня тяжкості була наступною: GOLD 1 діагностовано у 15 чоловіків (19,0 %) та 6 жінок (7,6 %); GOLD 2 встановлено у 14 чоловіків (17,7 %) та 12 жінок (15,2 %); GOLD 3 виявлено у 16 чоловіків (20,2 %) та 12 жінок (15,2 %); GOLD 4 – у 2 чоловіків (2,5 %) та 2 жінки (2,5 %) (табл. 4.10).

Таблиця 4.10.

**Статева структура осіб із вперше діагностованим захворюванням
залежно від ступеня тяжкості**

Ступені тяжкості ХОЗЛ	Чоловіки (n=47)	Жінки (n=32)
GOLD 1	15 (19,0 %)	6 (7,6 %)
GOLD 2	14 (17,7 %)	12 (15,2 %)
GOLD 3	16 (20,2 %)	12 (15,2 %)
GOLD 4	2 (2,5 %)	2 (2,5 %)

Примітки:

1. Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2
2. Різниця достовірна при $p < 0,05$

4.5. Характеристика клінічних груп пацієнтів з вперше виявленим захворюванням

Оскільки ми не маємо можливість точно оцінити кількість загострень ХОЗЛ за останній рік у осіб з вперше діагностованим захворюванням, ми розподілили усіх пацієнтів за кількістю симптомів на клінічну групу А та В. До групи А – невелика кількість симптомів віднесено 43 (54,4 %) особи; група В – велика кількість симптомів – 36 осіб (45,6 %).

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 (рис. 4.9).

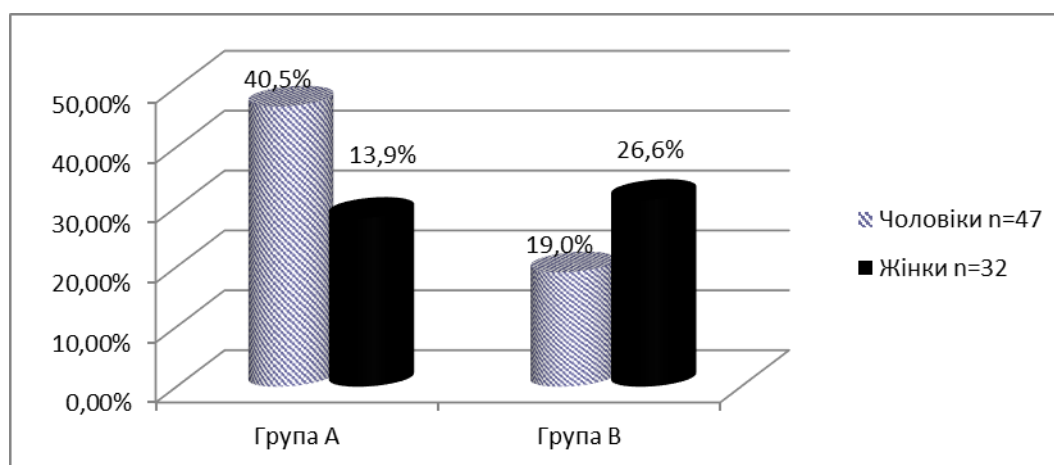


Рис. 4.9. Клінічні групи ХОЗЛ у осіб із вперше виявленим захворюванням : статеву структуру

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 %) жінок, ($p = 0,27$).

Отже, найчисленнішою була клінічна група А – 55%, у ній переважали особи чоловічої статі. Проте варто відмітити, що у клінічній групі В було 36 осіб (45,6 %) із вперше виявленим захворюванням, тобто це пацієнти з великою кількістю симптомів, що не було своєчасно оцінено сімейними лікарями при регулярних медичних оглядах. Серед цих осіб переважали жінки.

4.6. Кореляційні взаємозв'язки між симптомами, що найчастіше діагностовані у пацієнтів із ХОЗЛ та рядом клінічних показників

Так як наші пацієнти на початку дослідження не мали встановленого діагнозу ХОЗЛ та заперечували хронічні неспецифічні захворювання органів дихання у себе, в основу діагностичного алгоритму нами було покладено саме оцінка симптомів за допомогою анкетування. Тому у пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ ми провели ранговий кореляційний аналіз Спірмена (Spearman Rank Order Correlation) між питаннями анкети та клінічними показниками.

Встановлено, що найтісніший прямий зв'язок середньої сили відмічається між кашлем та палінням ($r = 0,38$, $p = 0,0009$) та стажем паління ($r = 0,31$, $p = 0,001$). Найслабший кореляційний зв'язок виявлено з ступенем тяжкості ХОЗЛ ($r = 0,23$, $p = 0,003$).

Наявність задишки найтісніше корелює зі стажем паління ($r = 0,45$, $p = 0,00001$). Найслабший кореляційний зв'язок виявлено з індексом паління ($r = 0,18$, $p = 0,00001$).

Відчуття свистячого дихання найтісніше корелює з палінням та кількістю сигарет на добу ($r = 0,27$, $p = 0,001$). Найслабший кореляційний зв'язок діагностовано з індексом паління ($r = 0,22$, $p = 0,009$) (табл.4.12)

Таблиця 4.12.

Ранговий кореляційний аналіз між питаннями анкети та різними клінічними показниками у пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ

Клініко-інструментальні ознаки	Spearman R	T (134)	p
Наявність кашлю			
Паління	0,38	4,38	0,0009
Стаж паління, роки	0,31	4,45	0,001
Кількість цигарок на добу	0,28	3,32	0,001
Індекс паління, пачко/роки	0,25	3,01	0,003
Ступінь тяжкості ХОЗЛ	0,23	2,12	0,003
Наявність задишки			
Паління	0,35	4,22	0,00004
Стаж паління, роки	0,45	5,76	0,00001
Кількість цигарок на добу	0,37	4,51	0,00001
Індекс паління, пачко/роки	0,18	2,12	0,00001
Відчуття свистячого дихання			
Паління	0,27	3,28	0,001
Кількість цигарок на добу	0,27	3,19	0,001
Індекс паління, пачко/роки	0,24	2,83	0,005

Примітка. Наявність кореляційного зв'язку визначена при $p < 0,05$.

Сильний зв'язок встановлено при SpearmanR $> 0,75$, середньої сили – $0,25-0,75$, слабкий – $< 0,24$.

Серед 525 осіб, що вважали себе здоровими, заперечували наявність хронічних неспецифічних захворювань органів дихання, після проведення анкетування з метою виявлення симптомів хронічних неспецифічних захворювань органів дихання та послідуочого спірографічного дослідження ХОЗЛ діагностованоу 79 осіб (15,9 %). Це були пацієнти, що заперечували в себе наявність хронічних захворювань органів дихання та регулярно проходили медичні огляди. Згідно з існуючими даними, що на ХОЗЛ страждають переважно чоловіки нами встановлено, що серед осіб із

вперше діагностованим захворюванням достовірно переважали чоловіки, а саме 48 (60,8 %), ніж жінки – 31 (39,2 %), ($p = 0,02$). Слід відмітити, що найбільше чоловіків з вперше діагностованим захворюванням були у віці 41-50 років, тоді як серед жінок зростає суттєво частка осіб з вперше діагностованим захворюванням старше 60 років.

Аналіз факторів ризику встановив, що паління, як основний фактор ризику ХОЗЛ, достовірно частіше відмічається у групі пацієнтів з ХОЗЛ. Пацієнти з вперше встановленим діагнозом також достовірно частіше відмічають часті респіраторні захворювання протягом року. У той же час достовірної різниці між цими групами при оцінці обтяженого сімейного анамнезу виявлено не було.

Пацієнти з вперше встановленим діагнозом ХОЗЛ частіше відмічають скарги, характерні для цієї патології, ніж пацієнти без підтвердженого ХОЗЛ. Відмічається, що інтенсивність вираженості кожної скарги у пацієнтів із діагностованим ХОЗЛ теж вища ніж у осіб без даної патології.

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.

У осіб із ХОЗЛ більшою була середня ЧСС на відміну від пацієнтів без ХОЗЛ ($p = 0,04$); вищою також була ступінь задишки mMRC, ($p = 0,0001$), та кількість балів за шкалою САТ ($p = 0,0001$).

Найчисленнішою була клінічна група А – 55%, у ній переважали особи чоловічої статі. Проте варто відмітити, що у клінічній групі В було 36 осіб (45,6 %) із вперше виявленим захворюванням, тобто це пацієнти з великою кількістю симптомів, що не було своєчасно оцінено сімейними

лікарями при регулярних медичних оглядах. Серед цих осіб переважали жінки.

Результати даного розділу опубліковані в наступних роботах:

1. 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.

2. 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..

3. 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.

4. 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.

5. Cherepii N. Prevalence of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease among individuals considering themselves health / Cherepii N. // Астма і алергія – 2017. – № 1. – С .41-44.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

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

10. 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.

11. 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.

РОЗДІЛ 5

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З ВПЕРШЕ ВСТАНОВЛЕНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВРОЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Вивчення параметрів ЯЖ дозволяє оцінювати статус пацієнта як зі сторони клініко-інструментальної симптоматики, так і оцінки індивідуального ставлення до свого захворювання. Такий підхід дозволяє розглядати вплив захворювання на індивідуума комплексно [40, 112]. Будь-яке захворювання, а особливо хронічне, здатне негативно впливати на психологічний статус пацієнта. Це, звичайно, погіршує перебіг захворювання, знижує прихильність до лікування, сприяє збільшенню кількості загострень та госпіталізацій (рис. 5.1).

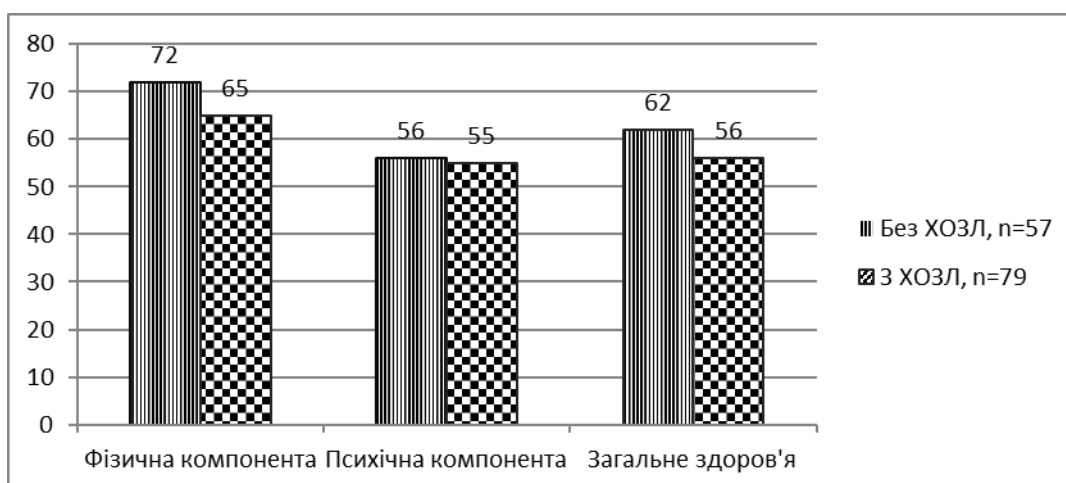


Рис. 5.1. Основні параметри якості життя у пацієнтів з ХОЗЛ та без патології

Оцінка основних параметрів ЯЖ дозволяє бачити дещо нижчі показники ЯЖ у пацієнтів з ХОЗЛ, ніж у пацієнтів без даної патології. При оцінці ФК середня кількість балів у осіб з ХОЗЛ склала 65 (50;80), у той час як у пацієнтів без ХОЗЛ –72 (56;80) балів, ($p = 0,35$).

Щодо ПК бали розподілилися наступним чином - у пацієнтів з ХОЗЛ вони склали 55 (45;70), у пацієнтів без встановленого діагнозу 56 (45;70) балів, ($p = 0,64$).

При оцінці загального статусу (ЗС) встановлено, що у пацієнтів з ХОЗЛ середній бал становив 56 (47;66), а у пацієнтів без даної патології – 62 (51;66) бали. Проте, варто відмітити відсутність достовірної різниці показників основних параметрів ЯЖ у групах пацієнтів з ХОЗЛ та без ХОЗЛ ($p = 0,46$).

Проведено аналіз, за рахунок яких статусів відмічаються зниження як фізичного, психічного, так і загального статусу. Перш за все слід відмітити, що життєздатність, як показник, що відображає психічний та фізичний статус, був найнижчим саме у пацієнтів з ХОЗЛ ($p = 0,86$), на відміну від опитаних без встановленого діагнозу.

Показник загального здоров'я, що є інтегральним як для психічної, так і для фізичної компоненти, був нижчим серед пацієнтів з ХОЗЛ ($p = 0,60$). Порівняння свого самопочуття з минулим роком не мало достовірної різниці між показниками різних груп. Тобто, можна стверджувати, що у пацієнтів з вперше встановленим захворюванням прогресивного погіршення свого стану, що зумовлене перебігом захворювання, виявлено не було, що можна пояснити великою кількістю пацієнтів із виявленим захворюванням на початкових стадіях, без маніфестного прояву симптомів.

Компоненти параметрів ЯЖ, що є складовими фізичного статусу, розподілились по-різному в групах обстежених. Достовірної різниці між цими групами встановлено не було ($p = 0,80$).

Достовірної різниці між показником ОР у двох групах встановлено теж не було ($p = 0,33$), найбільше значення він мав у осіб без ХОЗЛ.

Частіше на біль скаржаться пацієнти з ХОЗЛ ($p = 0,86$), на відміну від хворих без ХОЗЛ (рис. 5.2). Отже, зниження фізичного статусу відбувається за рахунок як фізичної активності, так і ролі фізичних проблем в життєдіяльності, що найбільш виражено у хворих на ХОЗЛ (рис. 5.2).

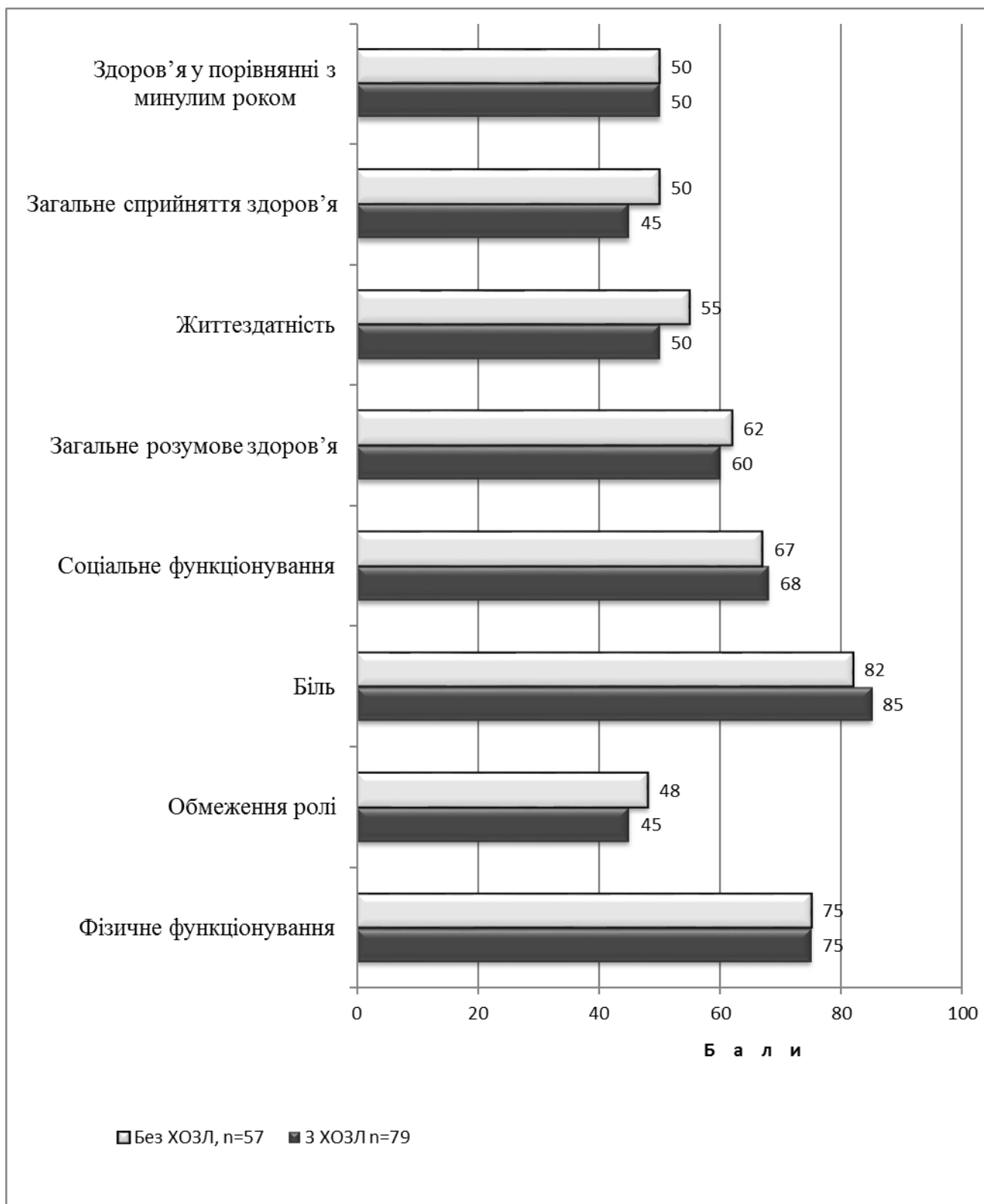


Рис. 5.2. Оцінка параметрів якості життя, що є складовими фізичного та психічного статусу у хворих на ХОЗЛ та осіб без встановленого діагнозу

В обох групах хворих різниці між показниками соціальної активності встановлено не було ($p = 0,97$) (рис. 5.2).

Серед пацієнтів з ХОЗЛ відмічалися дещо нижчі показники загального розумового здоров'я та обмеження ролі внаслідок емоційних проблем, ніж особи, без встановленого діагнозу, проте достовірної різниці між цими показниками виявлено не було, ($p = 0,68$, $p = 0,20$) (рис. 5.2).

У пацієнтів з вперше діагностованим ХОЗЛ відмічається зниження показників ЯЖ, що характеризують фізичну компоненту (статус) значно більше, ніж у осіб без встановленого діагнозу. Така ж тенденція спостерігається при оцінці загального здоров'я, що є значно меншим у пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ.

Також нами проведено аналіз, за рахунок яких компонентів відмічаються зниження як фізичного, психічного, так і загального статусу серед осіб різних статей. При оцінці життєздатності, встановлено, що достовірної різниці між чоловіками та жінками ні в групі з ХОЗЛ, ($p = 0,56$), ні в групі без діагностованого захворювання, ($p = 0,50$) встановлено не було (табл. 5.1).

Показник загального здоров'я, був дещо вищий серед опитаних чоловіків без захворювання – 50 (40;55) балів, у той час, як у жінок було 45 (35;60) балів, ($p = 0,40$). У чоловіків з ХОЗЛ цей показник складав – 45 (40; 60) балів, а у жінок – 45 (35; 60) балів, ($p = 0,70$), (табл. 5.1).

Порівняння свого самопочуття з минулим роком не мало достовірної різниці між чоловіками та жінками у групах порівняння (табл. 5.1).

Компоненти параметрів ЯЖ, що є складовими фізичного статусу, розподілились в різних статевих групах обстежених наступним чином: у хворих з ХОЗЛ найнижчим був показник ФА, у чоловіків 71 (56;86) бал, у жінок 73 (56;88) балів. У групі осіб без ХОЗЛ цей показник був вищим, у чоловіків 75 (56;82) балів, жінки 80 (66; 87) (табл. 5.1).

Найбільше значення показник обмеження ролі (ОР) був у жінок, без встановленого діагнозу – 50 (33; 75) балів, у той час як у чоловіків – 45 (35;55), щодо осіб з ХОЗЛ, там розподіл виявився наступний: чоловіки – 46 (32; 51), жінки – 42 (25;55), достовірної різниці виявлено не було, ($p = 0,60$), (табл. 5.1).

Таблиця 5. 1

Статеві показники якості життя у осіб із вперше встановленим ХОЗЛ та без виявленого захворювання

Показники	З вперше встановленим ХОЗЛ		P	Без ХОЗЛ		P
	Чоловіки (n=47)	Жінки (n=32)		Чоловіки (n=33)	Жінки (n=24)	
Фізичне функціонування	71 (56; 86)	73 (56;88)	0,36	75 (56;82)	80 (66;87)	0,39
Обмеження ролі	46 (32; 51)	42 (25;55)	0,60	45 (35;55)	50 (33;75)	0,35
Біль	83 (67;100)	77 (65;100)	0,92	82 (75; 97)	80 (55;100)	0,60
Соціальне функціонування	68 (61; 75)	70 (62;75)	0,64	70 (65;79)	64 (49;70)	0,01
Загальне розумове здоров'я	60 (55; 71)	60 (48;66)	0,67	62 (57;68)	60 (49;70)	0,43
Життєздатність	50 (45; 80)	55 (50;70)	0,56	55 (50;62)	52 (47;77)	0,50
Загальне сприйняття здоров'я	45 (40; 60)	45 (35;60)	0,70	50 (41;60)	45 (40;60)	0,40
Здоров'я у порівнянні з минулим роком	50 (40; 55)	50 (25;55)	0,70	50 (35;55)	50 (25;55)	0,74

Примітки:

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

При оцінці болю достовірної різниці між чоловіками та жінками з ХОЗЛ встановлено не було ($p = 0,92$), так само, як між чоловіками та жінками без встановленого діагнозу ($p = 0,60$), (табл. 5.1).

В обох групах хворих різних статей виявлена наступна закономірність – у групі осіб без встановленого діагнозу жінки мали достовірно нижчий показник соціальної активності – 64 (49; 70) балів, ніж чоловіки – 70 (65; 79) балів ($p = 0,01$). Між особами різних статей з ХОЗЛ такої закономірності виявлено не було ($p = 0,64$), (табл. 5.1).

Нами проведено кореляційний аналіз ФС з рядом клініко-функціональних показників (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Кореляційний зв'язок фізичного статусу та клініко-функціональних параметрів пацієнтів із ХОЗЛ

Показник	Kendall tau	z	P
ХОЗЛ група А	0,192	2,48	0,013
ХОЗЛ група В	-0,196	-2,54	0,011
ЧСС	-0,24	-3,14	0,0017
mMRC, бал	-0,51	-6,59	<0,0001
САТ, бал	-0,41	-5,35	<0,0001
Індекс коморбідності Чарлсона	-0,23	-2,94	0,003
Кількість респіраторних симптомів 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

Примітка. Наявність кореляційного зв'язку визначена при $p < 0,05$.

Сильний зв'язок встановлено при Kendalltau $> 0,75$, середньої сили – 0,25-0,75, слабкий – $< 0,24$.

Встановлено, що найтісніший зворотній зв'язок фізичного статусу відмічається між балами mMRC ($r = -0,51$, $p < 0,0001$) та балами САТ ($r = -0,41$, $p < 0,0001$). Найслабший кореляційний зв'язок діагностовано з палінням та кількістю респіраторних симптомів за останній рік ($r = -0,17$, $p = 0,031$).

Таким же чином оцінили наявність кореляційних зв'язків ПС з клініко-функціональними показниками (табл 5.3).

Таблиця 5.3

Кореляційний зв'язок психічного статусу та клініко-функціональних параметрів пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ

Показник	Kendall tau	z	p
Вік 50-59 років	0,18	2,32	0,020
ХОЗЛ групи В	0,17	2,26	0,024
mMRC, бал	-0,33	-4,34	<0,0001
CAT, бал	-0,44	-5,77	<0,0001
Кількість сигарет за добу	-0,21	-2,22	0,026
Паління	-0,34	-4,35	0,001

Примітка. Наявність кореляційного зв'язку визначена при $p < 0,05$.

Сильний зв'язок встановлено при $Kendalltau > 0,75$, середньої сили – $0,25-0,75$, слабкий – $< 0,24$.

Встановлено, що найтісніший зворотній зв'язок відмічається між балами CAT ($r = -0,44$, $p < 0,0001$) та балами mMRC ($r = -0,33$, $p < 0,0001$), теж доцільно відмітити наявність зворотнього кореляційного зв'язку ПС та палінням ($r = -0,34$, $p = 0,001$). Найслабший кореляційний зв'язок діагностовано з ХОЗЛ групи В ($r = 0,17$, $p = 0,024$).

Оцінка основних параметрів ЯЖ дозволяє бачити дещо нижчі показники ЯЖ у пацієнтів з ХОЗЛ, ніж у пацієнтів без даної патології. Проте варто відмітити відсутність достовірної різниці показників основних параметрів ЯЖ у групах пацієнтів з ХОЗЛ та без ХОЗЛ, ($p = 0,46$).

При оцінці розподілу показників різних параметрів ЯЖ серед пацієнтів різної статі виявлено, що жінки мали достовірно нижчий показник соціальної активності – 64 (49; 70) балів, ніж чоловіки – 70 (65; 79) балів, ($p = 0,01$). При оцінці інших показників ЯЖ між особами різних статей з ХОЗЛ та без ХОЗЛ такої закономірності виявлено не було.

Встановлено, що фізичний статус тісно корелює з ступенем задишки за mMRC ($r = -0,51$, $p = 0,0001$), балом CAT ($r = -0,41$, $p = 0,0001$), з індексом коморбідності Чарлсона ($r = -0,23$, $p = 0,003$). Психічний статус корелює з ступенем задишки за mMRC ($r = -0,33$, $p = 0,0001$), стажем палінням ($r = -0,34$, $p = 0,001$).

Результати даного розділу опубліковані в наступних роботах:

1. 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.

2. Cherepii N. Prevalence of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease among individuals considering themselves health / Cherepii N. // Астма і алергія – 2017. – № 1. – С .41-44.

РОЗДІЛ 6

ОЦІНКА ПАЛІННЯ, СТУПІНЬ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ АНТИСМОКІНГОВИХ МЕТОДИК У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Безумовно у виникненні та прогресуванні ХОЗЛ відіграють роль різні фактори ризику. Обстежений нами контингент пацієнтів працював на одному підприємстві, проживав в одній місцевості та регулярно проходив медичні огляди. При оцінці факторів ризику ХОЗЛ, ми приділили особливу увагу палінню. Показники смертності від ХОЗЛ серед осіб, котрі палять максимальні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і задишка [175].

Саме відмова від паління та його активне лікування на разі може розглядатись, як ефективний вплив на фактори ризику хронічних неспецифічних захворювань органів дихання, особливо ХОЗЛ[148].

6.1. Поширеність паління, як основного фактору ризику ХОЗЛ серед проанкетованих працівників одного підприємства, що вважають себе здоровими та заперечують наявність хронічних неспецифічних захворювань легень

Серед запитань анкети, що ми використовували для діагностики симптомів та факторів ризику ХОЗЛ, були запитання, що стосувалися паління. Зокрема, ми запитували про наявність паління та його стаж. За даними опитування 525 проанкетованих осіб, що вважали себе здоровими та заперечували наявність хронічних неспецифічних захворювань органів дихання, встановлено, що 179 (34,1 %) палять (рис.6.1).



Рис. 6.1. Частота паління серед осіб, котрі вважали себе здоровими

Серед жінок достовірно переважали особи, які ніколи не палили – 198 (85,0 %), тоді як серед чоловіків їх було 148 (50,7 %), ($p < 0,0001$). Проанкетовані, що палили, розподілились наступним чином, достовірно більше серед них було чоловіків 144 (80,5 %), ніж жінок 35 (19,5 %), ($p = 0,005$).

Слід відмітити, що серед осіб, котрі палили 35 (19,6 %) мають стаж паління до 5 років, 53 (29,6 %) – 5-10 років, 69 осіб (38,5 %) відмітили паління протягом 10-20 років та 22 пацієнта (12,3 %) – палять більше 20 років, (рис. 6.2).

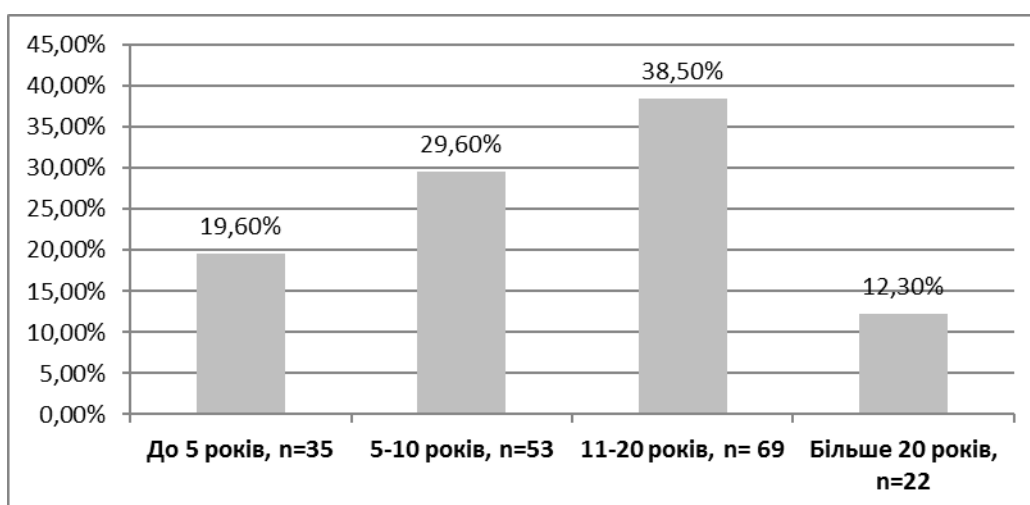


Рис. 6.2. Розподіл проанкетованих осіб, котрі палять залежно від стажу паління

Проаналізована тривалість паління у чоловіків та жінок. Аналіз стажу паління в залежності від статі виявив наступну тенденцію (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

**Тривалість паління серед чоловіків та жінок за результатами
анкетування**

Стаж паління	Чоловіки (n=292)	Жінки (n=233)	P
Не палить	148 (50,7 %)	198 (85,0 %)	<0,0001
До 5 років	23 (7,9 %)	12 (5,2 %)	0,21
5-10 років	37 (12,7 %)	16 (6,8 %)	0,02
11-20 років	62 (21,2 %)	7 (3,0 %)	<0,0001
21-30 років	22 (7,5 %)	0 (0)	<0,0001

Примітки:

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

Відсутня достовірна різниця між чоловіками та жінками зі стажом паління до 5 років. Серед чоловіків на це вказали 23 (7,9 %) проанкетованих, серед жінок – 12 (5,2 %), ($p = 0,21$). Стаж паління від 5 до 10 років достовірно частіше відмічали чоловіки, ніж жінки, відповідно 37 (12,7 %) та 16 (6,9 %), ($p = 0,02$). Достовірна різниця також відмічається серед чоловіків та жінок за стажом паління від 11 до 20 років, відповідно: 62 (21,2 %) та 7 (3,0 %), ($p < 0,0001$). Серед осіб, що палять більше 21 року достовірно переважали чоловіки 22 (7,5 %) ,ніж жінки ($p < 0,0001$).

Проведено аналіз залежності тривалості паління від віку проанкетованих: частіше палили особи віком до 50 років, а саме 137 (26,1 %) пацієнтів (табл. 6.2).

Серед опитаних осіб, що палили до 5 років достовірно переважали проанкетовані віком 35-40 років – 27 (12,4 %) чоловік над особами віком 40-49 років 6 (3,8 %) чоловік ($p = 0,0004$). В інших вікових групах осіб із

таким стажем паління не було. Серед проанкетованих, що палили, 5-10 років достовірна різниця виявлена лише між опитаними віком 40-49 років – 25 (15,8 %) та опитаними віком 50-59 років – 4 (3,8 %), ($p = 0,0002$) (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

Віковий аналіз проанкетованих з різним стажем паління

Стаж паління	Групи проанкетованих				P
	1	2	3	4	
	До 40 років, n=218	40-49 років, n=158	50-59 років, n=105	Старше 60 років, n=44	
До 5 років	27 (12,4%)	6 (3,8%)	0 (0)	0 (0)	$p_{1-2}=0,004$ $p_{1-3}<0,0001$ $p_{1-4}=0,01$ $p_{2-3}=0,04$ $p_{2-4}=0,18$
5-10 років	21 (9,6%)	25 (15,8%)	4 (3,8%)	3 (6,8%)	$p_{1-2}=0,07$ $p_{1-3}=0,07$ $p_{1-4}=0,55$ $p_{2-3}=0,002$ $p_{2-4}=0,12$ $p_{3-4}=0,42$
11-20 років	21 (9,6%)	27 (17,1%)	18 (17,1%)	4 (9,1%)	$p_{1-2}=0,03$ $p_{1-3}=0,05$ $p_{1-4}=0,91$ $p_{2-3}=0,99$ $p_{2-4}=0,19$ $p_{3-4}=0,21$
21-30 років	0 (0)	10 (6,3%)	9 (8,6%)	3 (6,8%)	$p_{1-2}<0,0001$ $p_{1-3}<0,0001$ $p_{1-4}<0,0001$ $p_{2-3}=0,49$ $p_{2-4}=0,91$ $p_{3-4}=0,72$

Примітки:

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

Достовірно частіше мали цю звичку особи зі стажем паління 11-20 років у віковій групі 40-49 років – 27 (17,1 %), порівняно з особами віком 35-39 років – 21(9,6 %), ($p = 0,03$) та особами віком 50-59 років – 18 (17,7 %), ($p = 0,05$).

Серед осіб зі стажем паління понад 21 рік, осіб віком до 40 років не було, у віці 40-49 років було 10 (6,3 %) опитаних; у віці 50-59 років було 9 (8,6 %) осіб, що палять та у віці старше 60 років було 3 (6,8 %) проанкетованих.

Таким чином, паління відмічали 179 опитаних (34,1 %), достовірно частіше чоловіки, а саме 144 (49,3 %), ніж жінки – 35 (15,0 %) ($p < 0,0001$). Більшість осіб, що палили, мали стаж паління 11-20 років. Серед чоловіків відмічається достовірне збільшення осіб зі стажем паління понад 5 років та більше.

6.2 Поширеність паління серед осіб із високою ймовірністю наявності ХОЗЛ за даними анкетування та серед осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ

Нами встановлено, що серед осіб із високою ймовірністю наявності ХОЗЛ було 88 респондентів, що палять (40,7 %).

Серед осіб, які палили та мали високий ризик ХОЗЛ достовірно більше було чоловіків – 71 (80,7 %), ніж жінок – 17 (19,3 %), ($p < 0,0001$).

Пацієнти були розподілені за віком та стажем паління таким чином: у віці до 40 років було 22 чоловіка (21,7 %) та 13 жінок (11,3 %), що палили. У віці від 40 до 49 років таких осіб було 26 чоловіків (36,6 %) та 1 жінка (5,9 %); від 50 до 59 років – 17 чоловіків (23,9 %) та 2 жінки (11,7 %); старше 60 років – 6 чоловіків (8,5 %) та 1 жінка (5,9 %).

Варто відмітити, що чоловіки, котрі палили практично однаково розподілились у всіх вікових групах, тоді як жінки переважали у віці до 40 років (табл. 6.3).

Таблиця 6.3.

Статеві-вікова структура осіб, що палили та мали високий ризик хронічних неспецифічних захворювань легень за даними анкетування

Стать/Вік	До 40 років	40-49 років	50-59 років	Старше 60 років
Чоловіки, n=71	22 (31,0 %)	26 (36,6 %)	17 (23,9 %)	6 (8,5 %)
Жінки, n=17	13 (76,5 %)	1 (5,9 %)	2 (11,7 %)	1 (5,9 %)

Примітки:

Порівняння відсотків між групами проведено за критерієм χ^2

Серед опитаних, у яких було вперше діагностовано ХОЗЛ 53 (67,1 %) палили, з них – 7 (8,9 %) осіб – колишні курці. Отже, за нашими даними у цих осіб виявлено паління (рис. 6.3). Цей факт може розглядатися, як фактор ризику ХОЗЛ саме у цій групі осіб.

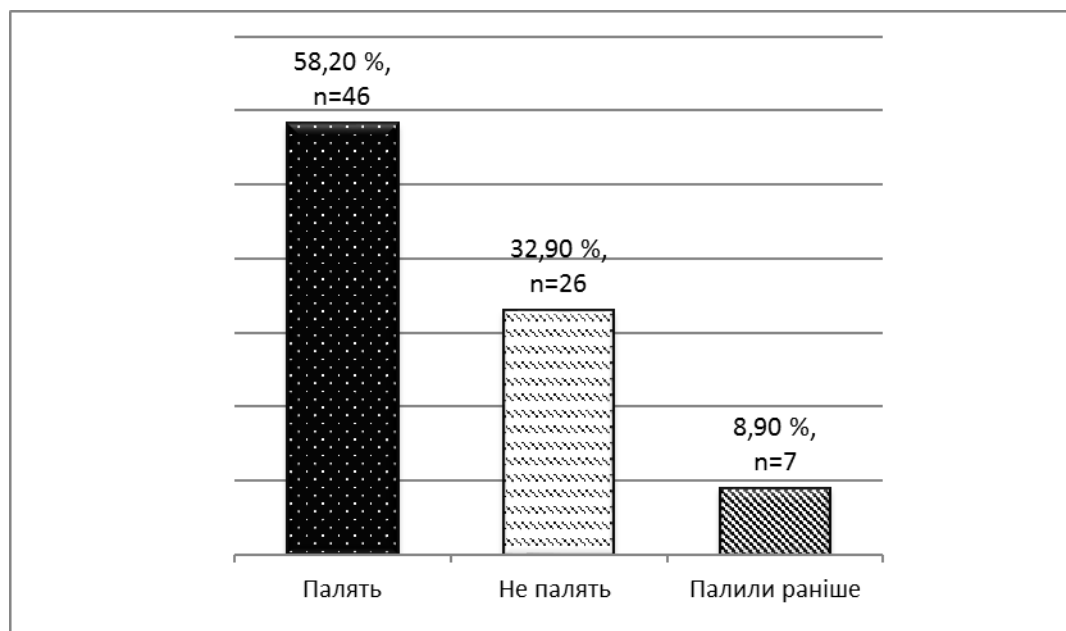


Рис. 6.3. Частота паління у осіб з вперше діагностованим ХОЗЛ

Окремо ми оцінили статеву структуру осіб, що палили і виявили суттєву різницю між чоловіками та жінками. Чоловіків, котрі палили було

34 (73,9 %), у той час, як жінок, що палили – 12 (26,1 %), ($p = 0,0002$)(рис. 6.4).

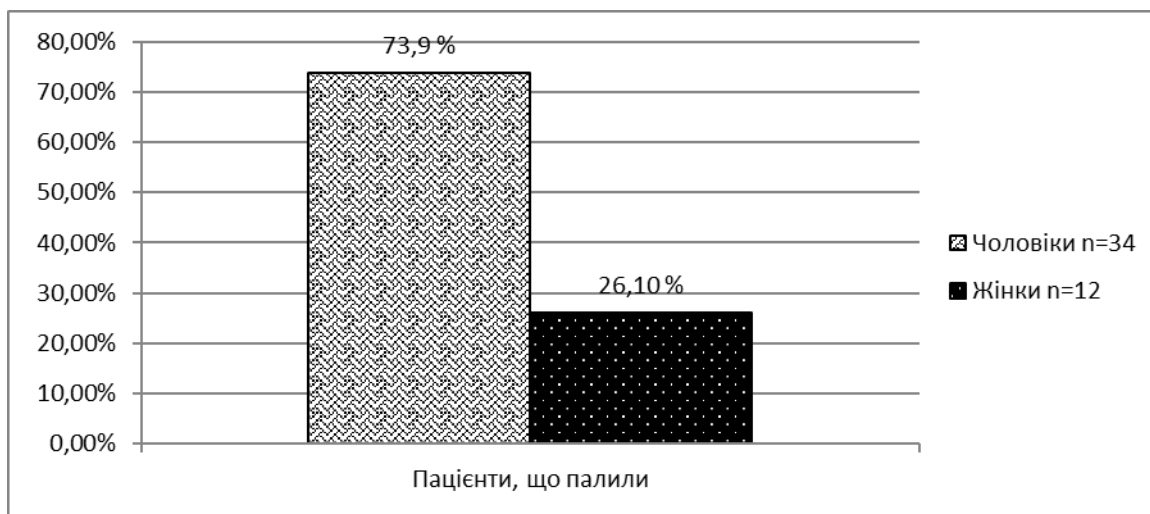


Рис. 6.4. Статева структура осіб, що палили з впершим діагностованим ХОЗЛ

При порівнянні поширеності паління у осіб з виявленим ХОЗЛ та осіб без ХОЗЛ встановлено, що у першому випадку курців було достовірно більше – 46 (58,2 %) та 23 (40,4 %) особи відповідно, $p = 0,03$ (табл.6.4).

Таблиця 6.4.

Поширеність паління серед осіб із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень

Групи обстежених	Особи з ХОЗЛ (n=79)	Без ХОЗЛ (n=57)	P
Не палять	26 (32,9 %)	29 (50,9 %)	0,03
Палять	46 (58,2 %)	23 (40,4 %)	0,03
Палили колись	7 (8,9 %)	5 (8,8 %)	0,98

Примітки:

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

Стаж паління (у тому числі і серед колишніх курців) склав $18,1 \pm 1,97$ років у пацієнтів із вперше виявленим ХОЗЛ та $15,07 \pm 0,95$ років у осіб без підтвердженого діагнозу ХОЗЛ. Достовірної різниці між цими показниками в даних групах виявлено не було ($p = 0,50$).

Середня кількість цигарок за добу складала 16 (13;20) у групі пацієнтів з ХОЗЛ та 14 (10;18) у осіб без ХОЗЛ, $p < 0,05$. Індекс паління становив 13,5 та 11,2 пачко-років відповідно у осіб з ХОЗЛ та без ХОЗЛ (рис.6.5).

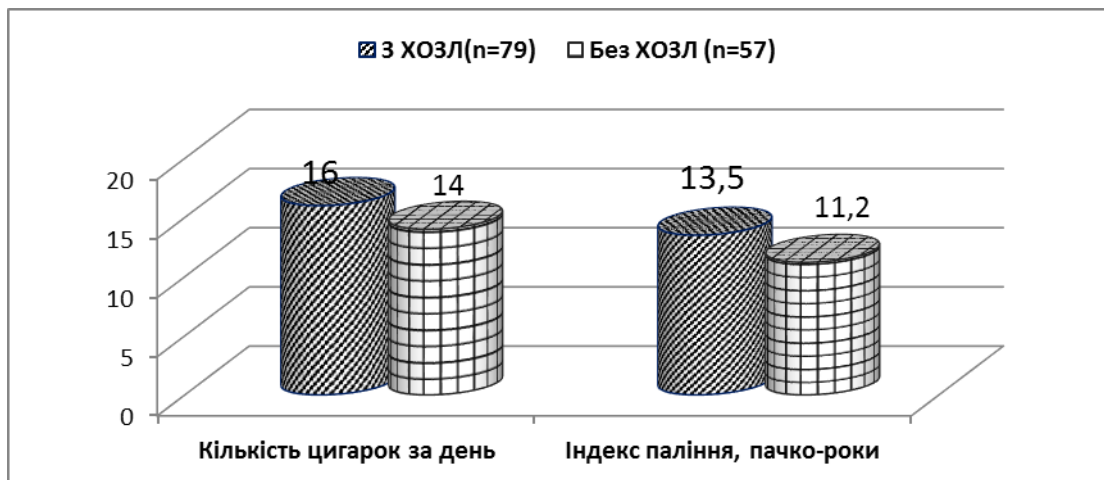


Рис. 6.5. Кількість цигарок за день та індекс паління у осіб із вперше виявленим хронічним захворюванням легень та без нього.

Отже кількість цигарок за день та індекс паління суттєво вищі у групі з вперше виставленим діагнозом, ніж у групі без ХОЗЛ ($p = 0,04$). Це співпадає з даними літератури щодо важливості паління, як фактору формування ХОЗЛ [84].

6.4. Ступінь ніотинової залежності та зацікавленість покинути палити у осіб із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень, які палять

Діагностика тютюнової залежності здійснювалась відповідно до наказу МОЗ України від 3.08.2012 р. №601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів» [32].

За тестом Фагерстрема провели порівняльний аналіз між пацієнтами з ХОЗЛ та без захворювання та виявили, що 0-3 бали, що оцінюється як низька ніотинова залежність у групі осіб з ХОЗЛ не набрав ніхто. У групі без ХОЗЛ таких осіб було 10 (43,50 %). Середній ступінь ніотинової

залежності, це особи, що набрали 4-5 балів, виявлений у 12 осіб (26,10 %) з ХОЗЛ та у 7 пацієнтів (30,40 %) без ХОЗЛ. В той же час 34 особи (74,90 %) з вперше виявленим ХОЗЛ мали високий рівень ніотинової залежності (6-10 балів), у той час, як у групі без ХОЗЛ таких осіб було лише 6 (26,10 %) ($p = 0,05$) (рис. 6.6).

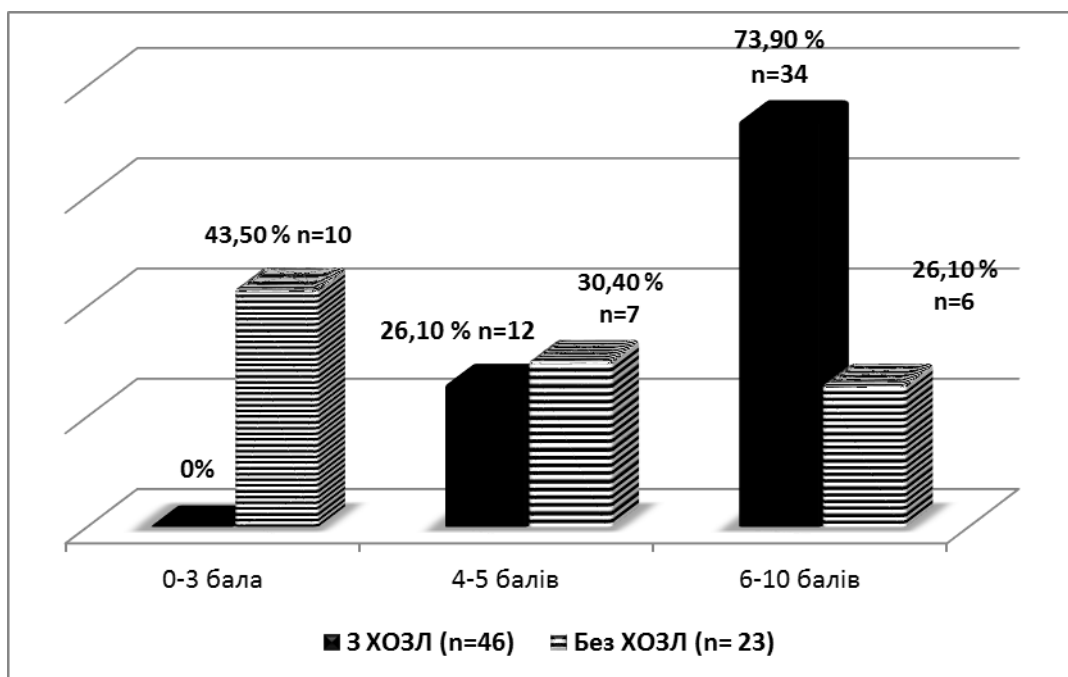


Рис.6.6. Порівняльний аналіз результатів отриманих за допомогою тесту Фагерстрема у осіб із вперше виявленим ХОЗЛ та без нього (в балах)

Отже, пацієнти з вперше діагностованим ХОЗЛ мають достовірно вищі бали за тестом Фагерстрема, що свідчить про високий рівень ніотинової залежності.

За формою оцінки паління визначили зацікавленість кинути палити серед осіб, що палили. У деякій мірі та значно хочуть кинути палити 27 (58,0 %) осіб, зовсім не хочуть кинути палити – 4 (9,0 %) особи, трохи – 12 (26,2 %) осіб. Серед пацієнтів без ХОЗЛ відповідно розподілились наступним чином: у деякій мірі та значно хочуть кинути палити 21 пацієнт (36,6 %), зовсім не хочуть – 15 (26,7 %) осіб. Дуже зацікавлених кинути палити осіб не було виявлено ні в одній із груп (рис.6.7).

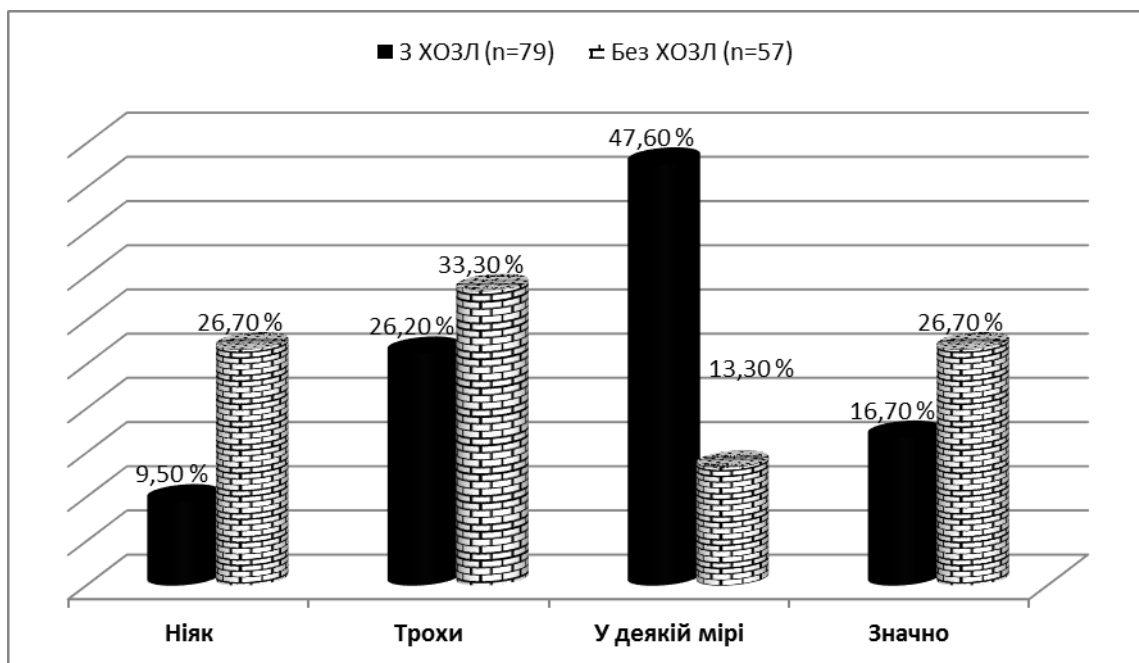


Рис. 6.7. Оцінка зацікавленості відмовитись від паління у осіб із вперше виявленим ХОЗЛ та без встановленого захворювання за формою оцінки паління

Попри високий рівень нікотинової залежності встановлено, що особи з вперше верифікованим діагнозом ХОЗЛ, достовірно частіше виявили бажання кинути палити ($p = 0,01$) (рис.6.10), що має спонукати сімейних лікарів ширше впроваджувати у своїй практиці антисмокінгові програми.

6.3. Оцінка ефективності групової психокорекційної роботи щодо формування в учасників мотивації до припинення тютюнопаління

Ми провели групову психокорекційну роботу по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління.

З усіма пацієнтами, що палили та мали вперше встановлений діагноз ХОЗЛ була проведена бесіда, щодо відмови від паління, обґрунтована шкідливість цієї звички та запропоновано обрати один з двох методів антисмокінгової терапії, що за даними літератури мають доведену ефективність. Ми запропонували обрати використання нікотинзамісних препаратів у вигляді жувальної гумки, що містить нікотин 2 мг (Нікоретте 2 мг), 5-6 гумок на добу; або ж участь у психокорекційній роботі, метою

якої є формування в учасників мотивації до припинення тютюнопаління. За результатами опитування виявили, що лише 4 (8,7 %), особи погодились на використання нікотинзамісної терапії, і 42 особи виявили бажання прийняти участь у психокорекційному тренінгу. Враховуючи це, ми провели психокорекційний тренінг з метою формування у учасників мотивації до припинення паління (див. розділ 2)

У першому занятті прийняли участь 38 (71,7 %) осіб – серед них 11 (28,9 %) жінок та 27 (71,0 %) чоловіків.

Під час знайомства та обговорення очікувань більшість учасників доволі скептично оцінювали свої можливості у відмові від тютюнопаління та виявили певне розчарування в тому, що тренери не взяли на себе повну відповідальність за те, що всі вони обов'язково покинуть палити.

В обговоренні учасники назвали деякі причини паління:

- фантазії, що інші отримують задоволення відмітили 17 (44,8 %) учасників тренінгу (6 жінок та 11 чоловіків);
- Розуміння, що ця звичка вирізняє їх серед інших, на що вказали 20 (52,6 %) осіб, (5 жінок та 15 чоловіків).
- тиск соціального оточення (заставили в армії), вказав 1 (2,6 %) чоловік.

Окрім цього, ми відмітили, що ні у кого з учасників немає картинки свого майбутнього без паління. Більшість учасників – 24 особи (63,1 %) суб'єктивно визначили свій рівень залежності як психологічний, але половина з них повідомляли про більші прояви фізичної залежності. Таким чином, ми можемо припустити, що вони не готові реалістично оцінювати свій стан.

Під час інтерактивного обговорення отриманої інформації учасники повідомили про те, що не готові надто заглиблюватись в особливості своєї поведінки, шукати інші варіанти для зняття емоційної напруги, ніж паління.

Отже, це дає підстави зробити припущення про доволі низький рівень початкової мотивації учасників до припинення тютюнопаління.

На друге заняття прийшли 24 (63,2 %) учасника із групи, що була сформована початково, серед них 10 жінок та 14 чоловіків. Присутні повідомили, що очікували цю зустріч, хочуть отримати продовження розпочатої роботи. Двоє учасниць повідомила, що минулого тижня не палили взагалі. Ще чотири учасника сказали, що утвердились в своєму рішенні залишити паління. Тренери запропонували учасникам з більшою увагою поставитись до власних потреб, можливостей і обмежень. А також надали лекційний матеріал стосовно базових основ психоаналітичної теорії формування залежної структури особистості та рівнів сформованості залежності за О.В.Ємельяною [14,6].

На третє заняття прийшли 18 (47,4 %) учасників із початкової групи (8 жінок та 10 чоловіків).

Тренери надали учасникам інформацію про модель зміни поведінки за Джеймсом Прочаска та Карлом Ді Клементе [6], відповідно до якої процес змін розділено на кілька стадій та будь-які зміни розглядаються як процес, а не випадкова одноразова подія.

Учасники з цікавістю вивчали матеріал, активно пропонували власні приклади для практичного засвоєння наданої інформації. Тема виявилась надзвичайно актуальною і допомогла учасникам краще зрозуміти власну мотивацію до діяльності чи бездіяльності, у тому числі успішності чи неуспішності спроб покинути паління.

Слід відмітити, що на четверте заняття виявили бажання прийти лише 7 учасників, інші пацієнти не виявили бажання для продовження роботи з психокорекції щодо відмови від паління. Спершу нами це оцінено, як невдачу. Однак ми розуміємо, що це є відображення здатності суспільства до визнання своїх шкідливих звичок та готовності до припинення паління.

Через один місяць після проведення основного етапу психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління ми провели повторне анкетування учасників. Ці дані ми отримали шляхом телефонного опитування наших 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. 6.8).

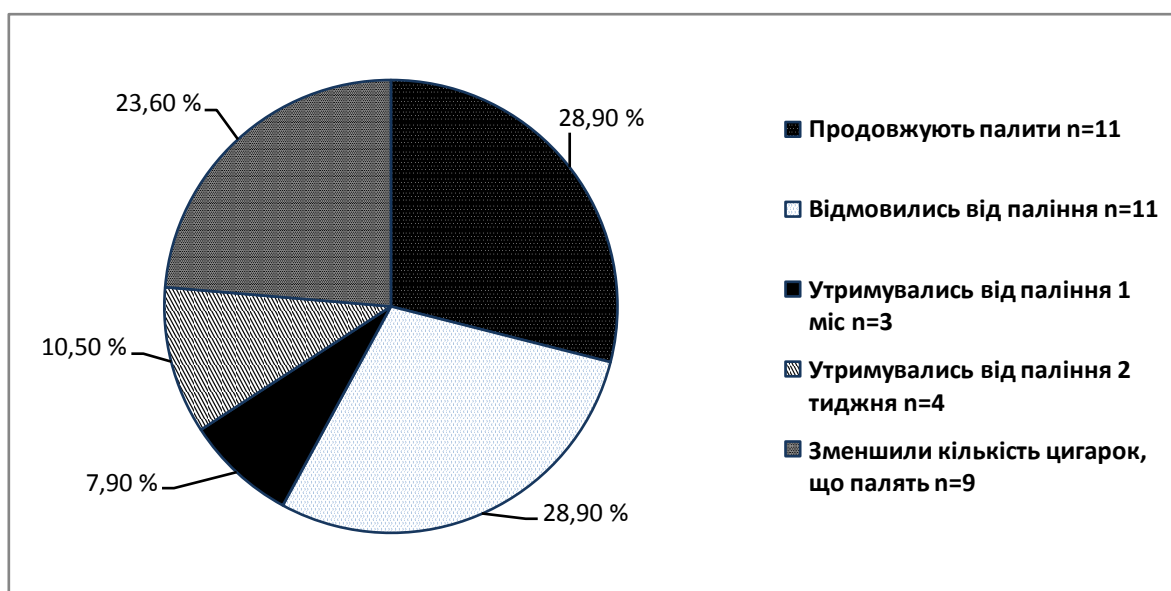


Рис. 6.8. Структура осіб, за результатами проведеної психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління

Учасників тренінгу ми попросили оцінити свою зацікавленість відмовитися від паління та впевненість, що їм це вдасться на протязі найближчого часу.

При відповіді на питання, про рівень зацікавленості відмовитись від паління учасники розподілились наступним чином: ніяк – не відмітив ніхто, трохи зацікавлений кинути палити – 3 учасників, в деякій мірі – 6

учасників, значно – 17 осіб, дуже сильне бажання відмовитись від цієї звички виявили 12 учасників (рис. 6.9).

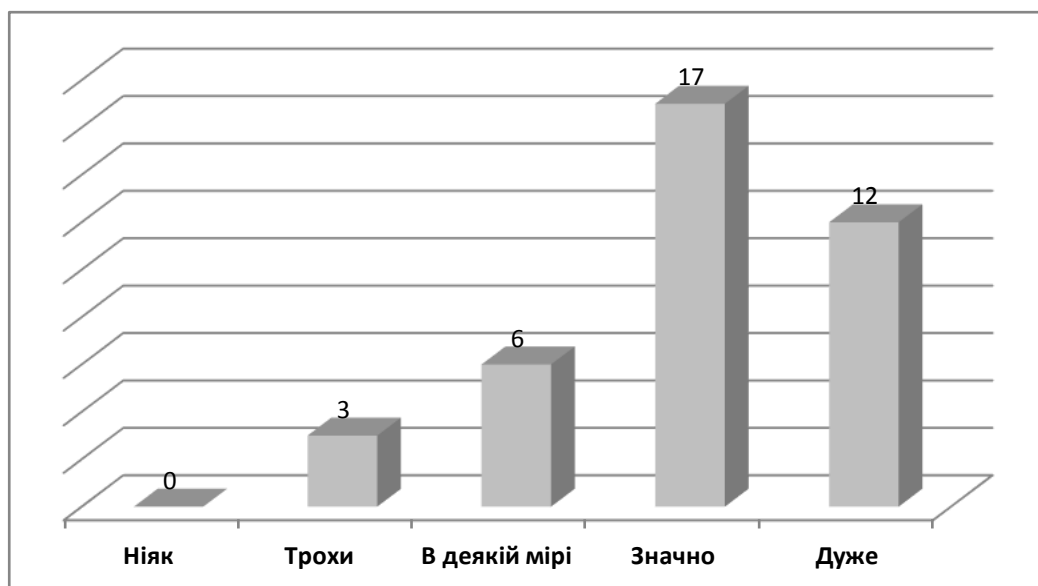


Рис. 6.9. Структура осіб, залежно від рівня зацікавленості відмовитись від паління

Також ми запитали наших пацієнтів, чи впевнені вони, що зможуть покинути паління. Відповіді розподілились наступним чином: трохи - відмітили 6 осіб, в деякій мірі – 17 учасників, досить впевнені, що їм це вдасться – 6 учасників і свою впевненість, як дуже відмітили 9 осіб (рис.6.10).

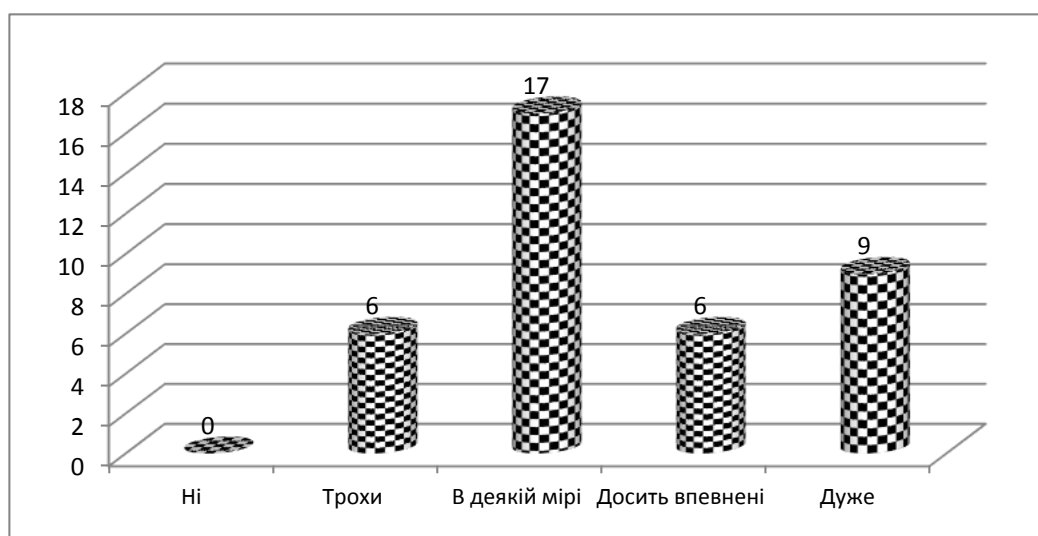


Рис. 6.10. Структура осіб, залежно від рівня впевненості, щодо здатності відмовитись від паління

Під час тренінгу учасники визначили рівень своєї залежності: соціальний рівень – 6 осіб, психологічний рівень – 26 осіб, фізичний рівень – 6 осіб. Даний показник є доволі цікавим, адже після проведення тренінгу, його учасники по іншому визначили рівень своєї залежності, а саме: на соціальний рівень вказали 29 осіб, на психологічний – 9 осіб. Це може свідчити про небажання визнавати у себе глибину проблеми з тютюнопалінням (рис. 6.11).

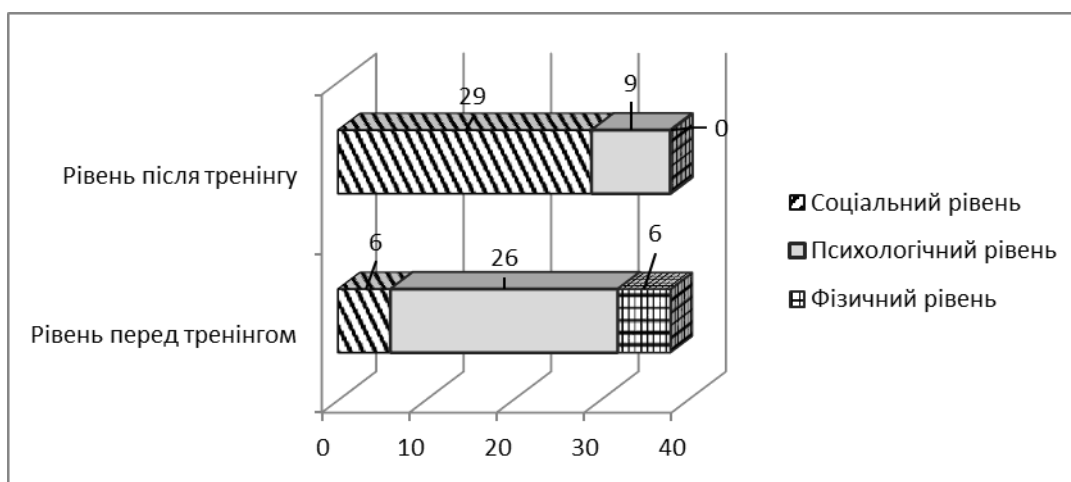


Рис. 6.11. Рівень залежності від паління серед учасників тренінгу в динаміці

Отже, якщо враховувати те, що психокорекційна робота була скорочена через відсутність достатньої кількості учасників, загальні результати ефективності проведеної роботи доволі високі. Наша гіпотеза стосовно того, що підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління сприятиме повній або частковій відмові від паління, виявилась вірною.

Таким чином, встановлено, що паління відмічали 179 усіх проанкетованих на початковому етапі (34,1 %), достовірно частіше чоловіки 144 (49,3 %), ніж жінки – 35 (15,0 %), ($p < 0,0001$). Більшість осіб, що палили мали стаж паління 11-20 років. Серед чоловіків відмічалось достовірно збільшення осіб зі стажем паління понад 5 років та більше.

Серед осіб, які палили та мали високий ризик ХОЗЛ достовірно більше було чоловіків – 71 (80,7 %), ніж жінок – 17 (19,3 %), ($p < 0,0001$). Варто відмітити, що чоловіки, котрі палили практично однаково розподілились у всіх вікових групах, тоді як жінки переважали у віці до 40 років.

Серед опитаних, у кого було вперше діагностовано ХОЗЛ 53 (67,1 %) особи палили, у тому числі 7 (8,9 %) – це колишні курці. Отже, за нашими даними паління слід розглядати, як один з основних чинників ХОЗЛ серед осіб, що вважають себе здоровими. Кількість цигарок за день та індекс паління суттєво вищі у групі з вперше виставленим діагнозом, ніж у групі без ХОЗЛ ($p = 0,04$). Це співпадає з даними літератури щодо важливості паління, як фактору формування ХОЗЛ.

Серед існуючих методів лікування нікотинової залежності ми обрали 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. Слід відмітити, що більшість пацієнтів (74,0 %) з вперше виявленим ХОЗЛ мали високий рівень нікотинової залежності та значну зацікавленості кинути палити. В телефонній розмові ми отримали інформацію про бажання усіх осіб, що палять прийняти участь у тій чи іншій програмі, спрямованій на допомогу при відмові від паління, проте на перше заняття з психокорекційної роботи прийшли лише 82,6 % осіб, що палили. Завершили тренінг 18 (47,4 %), що свідчить про низьку усвідомлюваність потреба відмови від паління.

Після проведення трьох занять психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління лише 11 осіб (28,9 %) з учасників тренінгу повідомили, що вони повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіки). Бажання робити спроби

відмовитися від даної звички і надалі виявили бажання більшість учасників тренінгу – 35 осіб (92,1 %).

Отже, припущення про підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління сприятиме повній або частковій відмові від паління, виявилось вірним.

Результати даного розділу опубліковані в наступних роботах:

1. 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., Распутіна Л.В. // Клінічна та експериментальна патологія. – 2017. – Т 16. – № 3(61). – С. 70-76

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Поширеність та частота паління, як основного фактору ризику виникнення хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування серед пацієнтів різних статево-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.

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Однією з провідних причин захворюваності та смертності у всьому світі є ХОЗЛ, що представляє також значну медико-соціальну проблему. Спостерігається прискорений ріст поширеності ХОЗЛ внаслідок тривалої дії факторів ризику та старіння населення [2,120].

ХОЗЛ діагностується у 8-22 % людей віком старше 40 років, серед них переважають чоловіки, що палять. Дані щодо розповсюдженості ХОЗЛ не відображають істинного положення справ у зв'язку з тим, що хвороба, як правило, діагностується на пізніх стадіях захворювання [3,116]. Статистичні дані щодо поширеності ХОЗЛ ґрунтуються лише на врахування лише клінічно виражених стадій захворювання, при яких пацієнти звертаються до лікаря із-за явних симптомів захворювання, тоді як велика частка пацієнтів з ХОЗЛ залишаються поза увагою клініцистів [100,118].

За даними ВООЗ, смертність від ХОЗЛ у двічі вища, ніж від раку легень і щорічно від цієї патології помирає більше 10 млн осіб, що палять [13,79,102,130]. На думку європейської респіраторної спільноти, від 9 до 30% пацієнтів з ХОЗЛ навіть не підозрюють про наявність у них даної патології [44]. Діагноз ХОЗЛ переважно встановлюється на клінічно виражених стадіях. Лише у 25 % осіб захворювання діагностується вчасно. Нажаль, більшість пацієнтів не отримують адекватної терапії. [62,68,85].

Існує кілька причин значного збільшення захворюваності та смертності від даної патології: низька інформованість населення та настороженість медичного персоналу, поширеність факторів ризику ХОЗЛ, невираженість ранніх симптомів характерних для даної патології, повільне прогресування захворювання, низький рівень забезпеченості первинної ланки засобами для спірометричного дослідження [78,103].

Нажаль, найчастіше захворювання діагностується на пізніх стадіях, коли навіть сучасні схеми лікування виявляються недостатньо ефективними для припинення прогресування захворювання [86].

У ряді різних клінічних досліджень показано, що симптоми ХОЗЛ залежать від паління, віку, професійного анамнезу, стану навколишнього середовища і в меншій мірі, від статті та расової належності [30,73,127]. Слід відмітити, що більшість популяційних досліджень в різних країнах виявили значно більшу поширеність та смертність від ХОЗЛ серед чоловіків, ніж серед жінок [10,119,154].

У метааналізі великих рандомізованих досліджень встановлено, що поширеність ХОЗЛ у світі та Європі всередньому становить 7,2 %, тобто близько чотирьох мільйонів сто тисяч людей страждають на це захворювання [119]. У міських жителів поширеність ХОЗЛ сягає 10,2 %, відповідно серед чоловіків – 9,8 % та жінок – 5,6 %, серед пацієнтів старше 40 років – 10 %, старше 65 років – 14,2 %, серед курців – 15,4 %, серед людей, що ніколи не палили – 4,3 %, серед осіб, що відмовилися від паління – 10,7 % [32].

При цьому співставлення даних 1990 та 1999 рр. показало, що захворюваність на ХОЗЛ серед жінок зростає більше, ніж серед чоловіків відповідно на 69 % на відміну від 25 % характерних для чоловіків. Ці дані, хоча й отримані досить давно, проте можуть свідчити про певні відмінності в ситуації з поширеністю цього захворювання серед чоловіків та жінок. Можливо поясненням цього є поширеність паління серед жінок, вплив повітряних поллютантів, перш за все побутових [71,90]. Слід відмітити, що існує ряд досліджень, в яких показано переважання поширеності ХОЗЛ серед жінок, ніж серед чоловіків [98].

Проведено визначення поширеності ХОЗЛ серед осіб, що працювали на одному підприємстві, в однакових умовах праці, двічі на рік проходили медичні огляди.

Була розроблена оригінальна анкета, де інтенсивність скарг та факторів ризику представлена у балах. За її допомогою 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, що не мали хронічних захворювань органів дихання в анамнезі. Хворих розподілили на дві групи: 1 група це особи, що набрали 18 та більше балів, що розцінено нами, як високий ризик наявності ХОЗЛ, та 2 група осіб, що набрали за анкетною менше 18 балів, та оцінено нами, як ті, що мають низький ризик ХОЗЛ.

Встановлено, що має місце досить суттєва за чисельністю група пацієнтів, з вперше виявленим ХОЗЛ, серед осіб, що вважали себе здоровими та регулярно проходили медичні огляди, а саме 79 (15,0 %). Наші дані істотно вищі, ніж офіційні середньостатистичні показники поширеності ХОЗЛ в Україні та світі.

У метааналізі великих рандомізованих досліджень встановлено, що поширеність ХОЗЛ у світі та Європі в середньому становить 7,2 % [40], але є дані в межах неофіційної статистики, щодо реальної поширеності ХОЗЛ на рівні – 8-22 % [44,46]. Це може свідчити про гіподіагностику даного захворювання та недостатню настороженість медичного персоналу щодо захворювання.

Особливо вражає те, що всі проанкетовані регулярно проходили медичні огляди. Необхідно відмітити, що в нашій країні дані щодо поширеності ХОЗЛ значно відрізняються від європейських, що у великій мірі зумовлено проблемами діагностики захворювання, недостатнім знанням серед практичних лікарів визначення ХОЗЛ та діагностичних критеріїв захворювання [19].

Згідно з існуючими даними, що на ХОЗЛ страждають переважно чоловіки, нами встановлено, що серед осіб із вперше діагностованим захворюванням достовірно переважали чоловіки, а саме 47 (60,8 %), ніж жінки – 32 (39,2 %), ($p = 0,02$).

Аналіз вікової структури серед чоловіків та жінок з вперше діагностованим ХОЗЛ дозволив виявити наступну тенденцію. Найбільша кількість пацієнтів були у віці 41-50 років. Чоловіків у цій віковій групі було 29 (59,6 %), жінок – 13 (43,8 %), при чому достовірної відмінності

між чоловіками та жінками не встановлено, ($p = 0,38$). У віковій групі 51-60 років більше було чоловіків, ніж жінок, відповідно: 15 (31,9 %) та 7 (21,9 %), ($p = 0,62$). Відмічається суттєве збільшення частки жінок з вперше діагностованим ХОЗЛ у віці 61-70 років. Чоловіків в цій віковій групі було 2 (4,3 %), жінок – 9 (28,1 %), ($p = 0,01$). Серед осіб старше 70 років також переважали жінки, проте не достовірно, ($p = 0,92$).

До факторів ризику ХОЗЛ відносять часті респіраторні інфекції, обтяжений сімейний анамнез, вплив тютюнового диму, професійні шкідливості. На нашу думку, один з основних факторів ризику ХОЗЛ є паління, що виявляється у 80-90 % випадків діагностованого ХОЗЛ. Показники смертності від ХОЗЛ серед осіб, котрі палять максимальні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і задишка [32,129]. Поширеність ХОЗЛ у світі серед чоловіків та жінок, що палять складає 26,2 % та 23,7 %, що значно перевищують такі показники у осіб, котрі не палять [154]. Припинення ж паління на будь-якому з етапів перебігу ХОЗЛ уповільнює прогресування хвороби, що підтверджує необхідність та доцільність проведення та впровадження різних антисмокінгових програм [143].

Поширеність паління серед опитаних, у яких було вперше діагностовано ХОЗЛ становила 53 (67,1 %). У тому числі 7 (8,9 %) були колишні курці. Окремо ми оцінили статеву структуру осіб, що палять і виявили суттєву різницю між чоловіками та жінками, ($p = 0,0002$). Чоловіків, котрі палили було 38 (82,6 %), у той час як жінок, що палять було 8 (17,4 %). Нами було встановлено, що серед осіб без ХОЗЛ курців було 49 (28,1 %). Отже встановлено, що у групі з ХОЗЛ курців було достовірно більше, що співпадає з даними літератури [32,143]. Але оскільки при оцінці даних, щодо паління виявлено, що зростає кількість жінок, що палять у віці 40-49 років, у найближчому майбутньому можна очікувати зростання захворюваності на ХОЗЛ серед жінок.

Середня кількість цигарок за добу складала 16 (13;20) у групі пацієнтів з ХОЗЛ та 14 (10;18) у осіб без ХОЗЛ, $p < 0,05$. Індекс паління становив 13,5 та 11,2 пачко-років, відповідно у осіб з ХОЗЛ та без ХОЗЛ. Отже, кількість цигарок за день та індекс паління суттєво вищі у групі з вперше виставленим діагнозом, ніж у групі без ХОЗЛ ($p = 0,04$). Це співпадає з даними літератури щодо важливості паління, як фактору формування ХОЗЛ [84]. Тобто, бачимо, що ці показники, теж вищі у групі з ХОЗЛ. Ці дані підтверджують значимість такого фактору ризику, як паління у розвитку ХОЗЛ.

У ході нашого дослідження встановлено, що обтяжена спадковість щодо захворювань органів дихання виявлена у 41 пацієнта (51,9 %). У осіб з обтяженим анамнезом 12 (15,2 %) відмітили наявність хронічних захворювань органів дихання у родичів по лінії батька/матері, 8 (10,1 %) – брат/сестра/діти, 13 осіб (16,5 %) – батько та мати хворіли на хронічні захворювання органів дихання, 8 пацієнтів (10,1 %) вказали на наявність хронічних захворювань органів дихання або в батька, або в матері. Достовірної різниці між цими групами при оцінці обтяженого сімейного анамнезу виявлено не було. Проаналізувавши дані літератури, ми встановили, що за результатами ряду досліджень суттєву роль у виникненні ХОЗЛ відіграє спадкова схильність. На це вказує той факт, що тільки у частини людей, які палять, довгостроково розвивається ХОЗЛ [31].

Пацієнти з вперше встановленим діагнозом також достовірно частіше відмічають часті респіраторні захворювання протягом року і ми вважаємо, що цей контингент пацієнтів потребує прискіпливої уваги у плані діагностики ХОЗЛ. Всі особи з вперше виявленим захворюванням страждали на респіраторні захворювання. Варто відзначити, що з віком частота виникнення таких станів відмічається частіше. Така закономірність виявлена і серед жінок, і серед чоловіків. Отримані нами

дані підтверджують дані літератури з цього питання: часті респіраторні захворювання мають потенційний вплив на ризик розвитку ХОЗЛ [46,84].

В сучасній науковій літературі, велика кількість публікацій та наукова дискусія присвячена вивченню причин вираженої гіподіагностики ХОЗЛ. Зокрема відмічається низька поінформованість медичного персоналу первинної та вторинної ланки щодо симптомів ХОЗЛ [44,62].

Ми також можемо констатувати те, що навіть до пацієнтів, котрі регулярно проходили медичні огляди, не було настороженості лікарів стосовно обструктивних захворювань органів дихання. Це характерно, як для осіб, що пред'являли скарги, так і тих, хто тривалий час палив. Посилаючись на цей факт, нами було оцінено поширеність основних симптомів ХОЗЛ і встановлено, що пацієнти з вперше діагностованим ХОЗЛ частіше відмічають скарги, характерні для цієї патології, ніж пацієнти без підтвердженого захворювання. Аналізуючи інтенсивність скарг, звертає на себе увагу той момент, що вони були, як правило, не виразними. Більшість пацієнтів вказали на них, як на таких, що виникають інколи, що, в свою чергу, підтверджує дані літератури про безсимптомність та малосимптомність перебігу ХОЗЛ [165,169].

На ранніх стадіях найпоширенішими скаргами у пацієнтів із вперше діагностованим ХОЗЛ були кашель, задишка, епізоди свистячого дихання. Оцінка симптомів ХОЗЛ дозволяє виявити, що в групі осіб з ХОЗЛ найчастішою скаргою був кашель, а в групі без встановленого діагнозу пацієнти найчастіше пред'являли скарги на задишку.

Ми оцінили частоту кашлю серед пацієнтів із вперше виявленим ХОЗЛ та пацієнтів без ХОЗЛ. Встановлено, що на кашель скаржаться 77 (97,5 %) осіб з групи вперше діагностованого ХОЗЛ та 51 (89 %) особа без ХОЗЛ. Достовірної різниці між чоловіками та жінками у цих групах виявлено не було.

Встановлено, що кашель достовірно рідше турбує осіб з групи без підтвердженого діагнозу – 6 (10,5 %) осіб, у той час як у групі з ХОЗЛ

таких осіб було лише 2 (2,5 %), ($p = 0,05$). Щодо інтенсивності кашлю, то між пацієнтами, які відмітили таку скаргу суттєвої різниці не було. Кашель, як такий, що турбує дуже рідко відмічали 16 (20,3 %) пацієнтів з ХОЗЛ та 12 осіб (21,1 %) без встановленого діагнозу ($p=0,90$). Інколи на кашель скаржилися 40 пацієнтів (50,6 %) з ХОЗЛ та 29 (50,9 %) без. Часто на кашель скаржилися 17 (21,5 %) хворих та 10 (17,5 %) осіб без захворювання. Особи без встановленого ХОЗЛ дуже часто кашель не відмічали, у той же час кашель такої інтенсивності відмітили 4 (5,1 %) пацієнта з вперше діагностованим ХОЗЛ.

Встановлено, що на задишку та на виникнення відчуття стиснення в грудях скаржились практично однаково пацієнти обох груп. Наступною скаргою інтенсивність, якої ми порівнювали у досліджуваних групах, була задишка. Достовірно частіше задишку відмічали у групі з ХОЗЛ та оцінювали її, як таку, що турбує дуже часто – 6 (7,6 %), ($p = 0,03$). Можна відмітити наступну закономірність – у групі з встановленим ХОЗЛ так і без ХОЗЛ найчастіше відмічали задишку, як таку, що турбує інколи – 40 (50,6 %) та 31 (54,4 %) пацієнтів відповідно, ($p=0,66$). Часто задишка турбувала 23 (29,1 %) пацієнтів з ХОЗЛ та 13 (22,8 %) без встановленого діагнозу, ($p = 0,41$).

На стиснення у грудях скаржаться 66 (83,5 %) осіб з ХОЗЛ та 48 (84,2 %) без ХОЗЛ. Достовірної різниці між чоловіками та жінками у цих групах виявлено не було. Інтенсивність виникнення свистячого дихання серед пацієнтів з вперше виявленим ХОЗЛ розподіляли наступним чином: дуже рідко відмічали цю скаргу 27 пацієнтів (34,2%); інколи вказували на виникнення свистячого дихання – 25 (31,6 %) осіб; скаргу, як таку, що турбує часто вказували – 9 (11,4 %) пацієнтів з вперше виявленим захворюванням; дуже часто відчуття свистячого дихання турбувало – 5 (6,3 %) пацієнтів.

У той же час пацієнти без встановленого діагнозу, що відмічали цю скаргу за інтенсивністю розподілилися наступним чином: дуже рідко

відмічали цю скаргу – 18 пацієнтів (31,6 %); інколи вказували на виникнення свистячого дихання – 25 (43,9 %) осіб; скаргу, як таку, що турбує часто вказували – 5 (8,8 %) пацієнтів з вперше виявленим захворюванням.

Отже, можна стверджувати, що пацієнти з ХОЗЛ достовірно частіше скаржилися на відчуття свистячого дихання та відмічали цю скаргу, як таку, що турбує дуже часто ($p = 0,05$).

Проведена оцінка частоти виникнення утрудненого дихання серед обстежених нами пацієнтів. Цю скаргу відмічають 50 (63,3 %) осіб з ХОЗЛ та 34 (59 %) осіб без встановленого діагнозу. Достовірної різниці між чоловіками та жінками у цих групах виявлено не було. Проаналізувавши отримані дані, можна стверджувати, що пацієнти з ХОЗЛ достовірно частіше скаржились на стиснення у грудях, як на таке, що турбує часто – 15 (19,0 %), у той час, як таких осіб без встановленого діагнозу було 4 (7,0 %), ($p = 0,04$). Проте варто відмітити, що стиснення у грудях, як таке, що турбує дуже рідко та інколи частіше відмічали пацієнти без даної патології – дуже рідко – 16 (28,1 %), інколи – 15 (19,0 %), серед пацієнтів з ХОЗЛ цю скаргу такої інтенсивності відповідно вказали 16 (28,1 %) та 14 (24,6 %) осіб. Достовірної різниці між цими показниками не було ($p = 0,37$, $p = 0,43$).

Аналізуючи інтенсивність скарг, звертає на себе увагу той момент, що вони були як правило не виразними. Більшість пацієнтів вказали на них, як на таких, що виникають інколи. Ці дані підтверджують існуючу думку, щодо безсимптомності та малосимптомності перебігу ХОЗЛ [165,172]. Проте, варто зазначити, що інтенсивність вираженості кожної скарги у пацієнтів з ХОЗЛ вища, ніж у осіб без даної патології.

Варто відзначити, що за даним GOLD 2017, основною відмінністю від попередніх наукових поглядів на діагностику ХОЗЛ стало відокремлення оцінки симптомів ХОЗЛ від спірометричної оцінки. Не дивлячись на те, що дослідження ФЗД залишається необхідним, для

встановлення діагнозу, основною метою при обстеженні являється оцінка симптомів, ризику загострення, а також вплив на ЯЖ пацієнтів. На основі цих даних і відбувається розподіл пацієнтів на клінічні групи А, В, С, D, відповідно до яких і визначається подальша тактика лікування хворих [78,110,112].

Багато досліджень підтверджують, що при розподілі хворих на ХОЗЛ на клінічні групи А,В,С,D відповідно до запропонованих GOLD 2017 опитувальникам отримують протиречиві дані. Проведено ряд досліджень, які стверджують, що найбільш інформативною для класифікації хворих з ХОЗЛ і визначення подальших ризиків є анкета САТ [96,118,164,171].

Ступінь задишки оцінена за mMRC та встановлено, що достовірно вищі бали мали пацієнти з групи ХОЗЛ – середній бал склав $1,44 \pm 0,07$, у той час як у групі без виявленого захворювання середній бал склав $0,96 \pm 0,09$, ($p \leq 0,0001$).

Ступінь задишки у жінок в групі з ХОЗЛ становив 2 бали (1;2), був достовірно вищий ніж у чоловіків – 1 (1;2), ($p = 0,009$). Достовірної різниці між чоловіками та жінками у групі без ХОЗЛ не встановлено. Серед пацієнтів із встановленим діагнозом найчисленніші були групи, це ті, до яких віднесені пацієнти, що набрали 1 та 2 бали – по 38 осіб (48,1 %), що характерно як для чоловіків та для жінок.

За тестом САТ достовірно вищі бали були у групі осіб із встановленим діагнозом, ніж у групі без ХОЗЛ – середній бал склав ($18,8 \pm 0,8$) та ($12,7 \pm 1,0$), відповідно, ($p \leq 0,0001$). Кількість балів за тестом САТ у жінок становив 22 (16;27) у групі з ХОЗЛ та був достовірно вищий ,ніж у чоловіків 18 (13;22), ($p = 0,03$). Достовірної різниці між чоловіками та жінками у групі без ХОЗЛ не встановлено.

Оскільки ми не маємо можливість точно оцінити кількість загострень ХОЗЛ за останній рік у осіб з вперше діагностованим захворюванням, ми розподілили усіх пацієнтів за кількістю симптомів на клінічну групу А та

В. 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.

Важливим етапом лікування ХОЗЛ, попередження ускладнень є вплив на фактори ризику. Якщо вплинути на генетичні чинники неможливо, то паління – це той фактор ризику, що може бути модифікований.

Світова практика свідчить, що досить ефективними є антисмокінгові програми. Так, у багатьох країнах запроваджено ряд заходів, спрямованих на зменшення припинення палінням особами, що палять, та зниження рівня ініціювання паління серед молоді: заборона на паління в громадських місцях, збільшення вартості тютюнових виробів, зміни оподаткування тютюнових компаній у збільшенні податку, заборонаю на рекламу тютюну, інформуванням населення про наслідки його вживання [140,177].

Завдяки реалізації комплексних засобів провідні країни Європи, в числі яких Нідерланди, Великобританія, Германія, Франція зменшили кількість вживаних сигарет.

Ми зробили спробу вплинути на паління у наших пацієнтів. Як антисмокінгову програму ми обрали 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.

Слід відмітити, що попри високий ступінь нікотинової залежності (більшість пацієнтів (34 особи, 74,0 %) з вперше виявленим ХОЗЛ мали високий рівень нікотинової залежності (6-10 балів)) та значній зацікавленості осіб (у деякій мірі та значно хочуть кинути палити 27 осіб (58,0 %), що палять та знають про встановлення діагнозу ХОЗЛ, дали згоду на участь в тренінгах лише 38 осіб.

Після проведення трьох занять психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління виявлено: 11 осіб

(28,9 %) з учасників тренінгу повідомили, що повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків). Троє учасників (7,9 %) утримувались від паління один місяць, і ще четверо учасників (10,5 %) утримувались 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 (28,9 %) (серед них 1 жінка та 10 чоловіків). Щодо доцільності проведення антисмокінгових програм свідчать дані визначення ступення нікотинової залежності та бажання відмовитись від паління: пацієнти з виявленим ХОЗЛ мають достовірно вищі бали за тестом Фагерстрема, що свідчить про високий рівень нікотинової залежності. Попри високий рівень нікотинової залежності встановлено, що особи з вперше верифікованим діагнозом ХОЗЛ, достовірно частіше виявляють бажання кинути палити, ($p=0,01$).

Звичайно, представлені нами результати, що отримані при аналізі невеликої групи, що виявила бажання прийняти участь у проведенні групової психокорекційної роботи щодо формування в учасників мотивації до припинення тютюнопаління, не можуть поширюватись на всю популяцію, навіть одного регіону. Адже ми не проводили скринінгове обстеження, не вивчали вплив різних антисмокінгових програм на велику кількість пацієнтів з ХОЗЛ та не проводили перспективний аналіз впливу відмови від паління на перебіг захворювання. В будь-якому випадку, ми вважаємо, що отриманих даних щодо поширеності паління серед пацієнтів з ХОЗЛ, ступеня нікотинової залежності та бажання відмовитись від згубної звички та аналізу отриманих результатів після проведення групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління, достатньо для підтвердження доцільності використання антисмокінгових програм, оскільки відмова від паління на будь-якому етапі розвитку ХОЗЛ має позитивний вплив на перебіг та прогноз захворювання [32,78].

Отже, сучасні соціально-економічні умови, демографічна ситуації, що складається протягом останніх десятиріч у всьому світі та зокрема в Україні, змінили підходи щодо визначення ХОЗЛ. На перший план виходить необхідність створення зручних та економічно обґрунтованих методик для відбору пацієнтів з метою проведення подальшого спірометричного дослідження для встановлення чи виключення діагнозу ХОЗЛ.

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.

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.

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 недіагностованим 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 ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березін С.В., Лисецький К.С., Назаров Е.А. Психологія наркотичної залежності та співзалежності. Монографія. /С.В. Березін, К.С. Лисецький, Е.А. Назаров - М.: МПА, 2011. 191 с.
2. Беялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. Монография. Иркутск: 2011. 234 с.
3. Верткин А. Л. Сопутствующие заболевания у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: роль хронического системного воспаления и клинических фармакологических нишах рофлумапта / А.Л. Вè рткин, А.С. Скотников, О.М. Губжокова // Лечащий врач. Февраль, 2014. № 2. С.92-96.
4. Вишнинецкий И.И. Лечение хронического обструктивного заболевания легких: проблемы и перспективы на стыке медицины и экономики / И.И. Вишнинецкий // Новости медицины и фармации. 2011. № 5. С. 6–8.
5. Вольнова Л.М. Профілактика девіантної поведінки. К. 2009.с
6. Гаврисюк В.К. Системные проявления ХОЗЛ: особенности клиники, диагностики и лечения. В.К. Гаврисюк: Материалы научно-практической конференции // Укр.пульмон.журн. 2009. №2. С.7-8.
7. Гаврисюк В.К. Системные проявления ХОЗЛ: особенности клиники, диагностики и лечения / В.К. Гаврисюк // Укр. пульмонол. журн. 2009. № 2. С. 7. 38
8. Гашинова Е. Ю. Системные эффекты и коморбидность у амбулаторных пациентов с ХОЗЛ / Е.Ю. Гашинова // Укр. пульмонол. журн. 2013. №2. С.41–45.
9. Голубчиков М. В., Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення (Лекція)/ М.В. Голубчиков, Н.М. Орлова. // Україна. Здоров'я нації. 2017. №3 (44). С. 89-94.

10. Дзюблик Я. А. Новые возможности терапии больных хозл с различным риском обострений/ Дзюблик Я. А.// Український пульмонологічний журнал. 2016, № 2. С.52-53.
11. Доказова внутрішня медицина: Підручник для студентів вищих мед. Навч. Закладів III-IV рівнів акредитації / В.І. Денисюк, О.В. Денисюк. – Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика». 2011. 928 с.
12. Заліська О.М. Дослідження соціально-економічних аспектів збитковості внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень / О.М.Заліська, В. В. Толубаєв // Укр. пульмонол. журн. 2011. №1. С.33–36.
13. Інструкція з аддіктології. За ред. проф. В.Д. Менделевича - СПб.: Мова, 2007. 768 с.
14. Клиническая фармакология : учеб./ Под ред. В.Г. Кукеса. 4-е изд, М., 2013. с. 345-472.
15. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии / под. ред. Е.Е. Баженова, В.А. Ахмедова, В.А. Остапенко. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. 359 с.
16. Коваленко В.М. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України / Коваленко В.М., Корнацький В.М.- К.: Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», 2011. 165 с.
17. Кокосова А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь лёгких / А.Н. Кокосова. СПб: Лань, 2012. С.167–172.
18. Константинович Т.В. Курація хворих на бронхіальну астму за супутніх соматопсихічних станів з урахуванням фармакоеконімічних показників та параметрів якості життя : Авт. дис. докт. мед. н.: 14.01.27 / Татьяна Володимирівна Константинович. К., 2011. 33 с.
19. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. – СПб., М., 2012. С. 484-485.
20. Котляров А.В. Інші наркотики, або Homo Addictus/О.В. Котляров - М.: "Психотерапія", 2011. 480 с.

21. Котляров А.В. Звільнення від залежностей, або школа успішного вибору/ О.В. Котляров - М.: "Психотерапія", 2015. 448 с.
22. Крахмалова О.О. Системне запалення як фактор розвитку позалегеневих ускладнень ХОЗЛ / О. О. Крахмалова, Л. С. Воєйкова, І. В. Талалай // Укр. терапевт. журнал. 2011. N 2. С. 79-83.
23. Масік Н.П. Якість життя та ризик остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень/ Н.П. Масік// Український терапевтичний журнал. 2016. №1. С.68-74.
24. Менделевич В.Д. Психологія девіантної поведінки /В.Д. Менделевич // М., 2011. 432 с.
25. Методика перевірки стану обліку і звітності та вірогідності статистичної інформації у лікарняних закладах: методичні рекомендації / М. В. Голубчиков та ін. К.: МОЗ України, 2013. 20 с.
26. Мостовой Ю.М. Показники якості життя, їх трактовка та адаптація міжнародного опитувальника MOSSF-36 в Україні / Ю.М. Мостовой, Ю.В. Бабійчук, Г.І. Томашкевич [та ін.] // Ліки України. 2007. №108 (лютий). С.28-31.
27. Мостовой Ю.М. Значення дисфункції скелетних м'язів у фенотипуванні хронічного обструктивного захворювання легень/ Ю.М. Мостовой, А.В. Демчук, В.Л. Пбережець// Український пульмонологічний журнал. 2014.№2. с. 60-62.
28. Мостовой Ю.М. Фармакоепідеміологічні та фармакоеконімічні дослідження у медицині: навчальний посібник / Ю.М. Мостовой, Г.І. Томашкевич, Т.В. Константинович-Чічірельо. Вінниця, 2013. 79 с.
29. Мостовой Ю.М., Распутина Л.В., Черепій Н.В. Діагностика симптомів хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування. Медицина сьогодні і завтра. 2015; 2(67) : 59-65.
30. 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". 6-54с.

31. Наказ МОЗ України від 3.08.2012 р. №601 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів". 9-44с.

32. Лебедько В., Баранник О. Механізми людських залежностей та стратегії звільнення від них/В. Лебедько, О. Баранник - М.: МГУ, 2012. 56 с

33. Линник М.І. 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.]. Київ, 2011. 34 с.

34. Лисецький К.С., Литягина Є.В. Психологія незалежності/ К.С. Лисецький, Є.В. Литягина - М.: "Універс-груп", 2013. 352 с.

35. Основи глибинної психології : курс лекцій : [навч. посіб.] / уклад. Н. В. Гриньова. – Умань : Візаві, 2013. 124 с.

36. Островський М.М., Варунків О.І., Малофій Л.С. Нові можливості впливу на бронхообструктивний синдром при загостреннях хронічного обструктивного захворювання легень // Галицький лікарський вісник. – 2011. Т. 18, № 14. С. 116–121.

37. Островський М.М. Бронхообструктивний синдром: актуальні питання діагностики та лікування / М.М. Островський // Укр. пульмонолог. журнал. 2011. №2. С. 14-16

38. Островський М. М. Хронічне обструктивне захворювання легень: нові відтінки проблеми/ Островський М. М.//Астма та алергія, № 4. 2016. С. 52-57.

39. Перцева Т.А. Эпидемиология и диагностика хронического обструктивного заболевания легких / Т.А. Перцева // Укр. пульмонолог. журнал. 2011. №2. С. 20

40. Перцева Т.О. Показники функції ендотелію у чоловіків, що палять, із хронічним обструктивним захворюванням легенів / Т.О. Перцева, К.Ю. Гашинова, Н.О. Єфімова // Медичні перспективи. 2010. ТомXV. №3. С. 36-40.
41. ПерцеваТ. О. Хронічне обструктивне захворювання легень: можливості модифікації перебігу / Перцева Т. О.// Астма та алергія, № 4. 2015 с.55-56.
42. Психологія та лікування залежної поведінки /За ред. С. Даулінга - М.: Клас, 2010. 240 с.
43. Психологія і педагогіка. Військова психологія /За ред. А.Г. Маклакова. СПб.: Пітер, 2014. 464 с.
44. Радченко О.М. Вегетативна дисфункція у хворих на ХОЗЛ і бронхіальну астму / О. М. Радченко, Л. М. Радченко // Сімейна медицина. 2011. №1. С. 14-18.
45. Распутіна Л.В. Проблеми ранньої діагностики хронічного обструктивного захворювання легень/ Распутіна Л.В.//Науково-практичне видання «Український науково- медичний журнал» 2014. С.
46. Распутіна Л. В. Гендерні особливості клінічного перебігу артеріальної гіпертензії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / Л.В. Распутіна // Biomedical and biosocial anthropology. 2013. № 21. С.165-169
47. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA/ О.Ю. Реброва// М., МедиаСфера, 2006. 312 с.
48. Сергеева В. Артериальная гипертензия у больных хронической обструктивной болезнью легких / В. Сергеева. Ламберт. , 2011. 120 с.
49. Сердюк В.Н. Оцінка ендотеліальної дисфункції та вазорегуляції у хворих на хронічне легеневе серце залежно від стадії серцевої недостатності / В.Н. Сердюк // Клінічна та експериментальна патологія. 2012. Том XI, №1(39). С. 142-146.

50. СиренкоЮ.Н. Взаимосвязь показателей артериального давления и показателей нарушения дыхания во время сна у пациентов с синдромом обструктивного АПНОЭ-ГИПОПНОЭ сна и при его сочетании с ХОЗЛ / Ю.Н. Сиренко, К.В. Михеева // Укр. пульмонол. журнал. 2011. №2. С. 39-44

51. Сироткин С.А. Системная дисфункция эндотелия у больных хроническим обструктивным заболеванием легких С.А. Сироткин, С.А. Прибылов // Биомедицинский журнал Medline.ru . 2007. №8. 41-48. <http://www.medline.ru/public/art/tom8/art005pdf.phtml>

52. Снегірьов П.Г. ХОЗЛ у дзеркалі GOLD-2017: від науково-технологічних інновацій до практично-лікувальних можливостей/ Снегірьов П.Г.// Редакція журналу «Український медичний часопис» №3(191). 2017

53. Фещенко Ю.И. Актуальные вопросы хронического обструктивного заболевания легких // Укр. Пульмон. Журнал. 2013. №1. С.6-10.

54. ФещенкоЮ.И. Фармакотерапия больных с обострениями хронического обструктивного заболевания легких/Ю.И. Фещенко, В.К. Гаврисюк, А.Я. Дзюблик//Здоров'я України. 2015. № 16. С. 23-24.

55. Фещенко Ю.И. Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Я. Дзюблик, В.Г. Гаврисюк // Здоров'я України. 2011. №2(14). С.10-11.

56. Фещенко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень і супутні депресія та розлади сну / Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, О.В. Поточняк// Український пульмонологічний журнал. 2013.№3. С.33-40

57. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Фещенко Ю.И. // Український пульмонологічний журнал. 2012. №2. Р. 6–8.

58. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Дзюблик А.Я., Гаврисюк В.Г. Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких. Здоров'я України. 2011, №6, с.10-11.
59. Фещенко Ю.И. Контроль над ХОЗЛ – возможен ли он сегодня? / Ю.И. Фещенко // Здоров'я України. 2011. № 1. С.1–3.
60. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмонол. журн. 2012. № 2. С. 6–8.
61. Фещенко Ю.И. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія/ Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, О. Я. Дзюблик// Укр. пульмонол. журн. 2013. № 3. С. 7–12.
62. Фещенко Ю.И. Бронхообструктивні захворювання: від стандартних підходів до персоналіфікованої медицини / Ю.І. Фещенко // Укр. мед. часопис. 2015. №.5. С.6–7.
63. Чернюк Н.В. Зміни цитокинового статусу організму у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане з артеріальною гіпертензією / Н.В. Чернюк // Укр. мед. альманах 2009. Т.12, № 4. С.202–204.
64. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания. Ч. I. ХОБЛ и поражения сердечно-сосудистой системы / А.Г. Чучалин // Русск. мед. журн. 2010. № 16 (2). С. 58-65
65. Швайко Л.И. Эволюция взглядов на проблему лечения хронического обструктивного заболевания легких / Л.И. Швайко // Укр. пульмонол. журн. 2010. № 1. С. 16.
66. Юдина Л.В. Хроническое обструктивное заболевание легких. Не так все безнадежно/ Л.В. Юдина // Укр.пульмон. журнал. 2010. №3. С.37-39.
67. Юдина Л.В. Новые возможности улучшения качества диагностики и лечения заболеваний внутренних органов / Л.В. Юдина // Здоров'я України. 2011. № 7. С. 32–33.

68. Agusti A, Calverley PM, Celli B, et al.: Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Resp Res* 2013;11:122.

69. Aisanov Z., Bai C., Bauerle O., Colodenco F.D., Feldman C., Hashimoto S., Jardim J., Lai C.K., Laniado-Laborin R., Nadeau G. et al. Primary care physician perceptions on the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease in diverse regions of the world // *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2012, 7: 271-282.

70. Akazawa M., Halpern R., Riedel A.A., Stanford R.H., Dalal A., Blanchette C.M. Economic burden prior to COPD diagnosis: a matched case-control study in the United States // *Respiratory medicine* 2014, 102 (12): 1744-1752.

71. Akamatsu K., Yamagata T., Kida Y., Tanaka H., Ueda H., Ichinose M. Poor sensitivity of symptoms in early detection of COPD // *Copd* 2015, 5 (5): 269-273.

72. American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force: Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. Version 1.2. New York: American Thoracic Society, 2004. PDF available for download at thoracic.org/sections/copd/ (accessed March 20, 2009).

73. Assessing health status in COPD. A head-to-head comparison between the COPD assessment test (CAT) and the clinical COPD questionnaire (CCQ) / I.G. Tsiligianni, T. Van der Molen, D. Moraitaki, et al. // *Pulm. Med.* 2012. Vol. 12(20). P. 1–9.

74. Are GOLD ABCD groups better associated with health status and costs than GOLD 1234 grades. A cross-sectional study / M. Boland, A. Tsiachristas, A.L. Kruis et al. // *Prim. Care. Respir. J.* 2014. Vol. 23(1). P. 30–37.

75. Barbara P. Yawn. Co-morbidities in people with COPD: a result of multiple diseases, or multiple manifestations of smoking and reactive inflammation/ Barbara P. Yawn, Alan Kaplan // *Primary Care Respiratory Journal.* 2008. V.17(4). P. 199-204 <http://www.thepcrj.org>

76. Barnes P.J. Chronic obstructive pulmonary disease: effects beyond the lungs / P.J. Barnes // *PLoS Med.* 2010. №7(3) P. 100-102.

77. Bednarek M., Maciejewski J., Wozniak M., Kuca P., Zielinski J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting // *Thorax* 2015, 63 (5): 402-407.

78. Blanchette C.M., Roberts M.H., Petersen H., Dalal A.A., Mapel D.W. Economic burden of chronic bronchitis in the United States: a retrospective case-control study // *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2011, 6: 73-81.

79. Bourbeau J. Preventing Hospitalization for COPD Exacerbations. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine.* 2010; 31 (3): 313–320.

80. Calverley P.M., Rabe K.F., Goehring U.M., et al.: Roflumilast in symptomatic chronic obstructive pulmonary disease: two randomised clinical trials. *Lancet* 2009;374(9691):685-94.

81. Campbell–Scherer D. Multimorbidity : a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // *Evid. Based Med.* 2010. Vol. 15 (6). P.165– 166.

82. Cardiovascular event in patients with COPD: TORCH Study results / P.M.A. Carverley [et al.] // *Thorax.* 2010. №65. P.719-725.

83. Cardiovascular Safety in Patients Receiving Roflumilast for the Treatment of COPD / W.B. White, G.E. Cooke, P.R. Kowey [et al.] // *Chest.* 2013. Vol. 144 / 3. P. 758–765

84. Cave AJ, Atkinson L, Tsiligianni IG, Kaplan AG. Assessment of COPD wellness tools for use in primary care: an IPCRG initiative. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2012;7:447–456.

85. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with systemic inflammation / S.J.Kim [et al.] // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2011. Sep. № 15(9). P. 1265-1270.

86. Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. NICE 2010 Guideline CG101.

87. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G.E. Caughey, E.N. Ramsay, A.I. Vitry A [et al.] // *J. Epidemiol. Community Health*. 2010. Vol. 64 (12). P. 1036– 1042.

88. Comparison between COPD and non-COPD patients with established cardiovascular diseases: A profiling of respiratory symptoms and functional status[Elektronic resourse] / Li-Cher Loh, Narentharen Selvarajah, Shanthiny Mohan [et al.] // Abstracts. 20th ERS Annual Congress, Barcelona, 18-22 september 2010.

89. Comparison of the COPD Assessment Test (CAT) and the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) in a Clinical Population / J. Sundha, B. Ställbergb, K. Lisspersb et al. // *J COPD F*. 2015. Vol. 14. P. 1–9.

90. COPD and comorbidities/ A. Cavailles, G. Brinchault-Rabin, A. Dixmier [et al.] // *Eur. Resp. Rev*. 2013.Vol. 22 (130). P. 454–75.

91. Coultas D.B., Mapel D., Gagnon R., Lydick E. The health impact of undiagnosed airflow obstruction in a national sample of United States adults // *American journal of respiratory and critical care medicine* 2012, 164 (3): 372-377.

92. Damarla M., Celli B.R., Mullerova H.X., Pinto-Plata V.M. Discrepancy in the use of confirmatory tests in patients hospitalized with the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease or congestive heart failure // *Respiratory care* 2016, 51 (10): 1120-1124.

93. Dewan N.A., Rice K.L., Caldwell M., et al.: Economic evaluation of a disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*2011;8(3):153-9.

94. Evaluation of correlation of BODE index with health-related quality of life among patients with stable COPD attending a tertiary care hospital / S.K. Sakar, S. Basuthakur, A. Das [et al.] // *Lung India*. 2015. Vol. 32 (1). P.24–8.
95. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease / Anto J.M. [etal.] // *Eur. Respir. J.* 2011. V.17, №5. P. 982-994.
96. Ernst A., Anantham D.: Bronchoscopic lung volume reduction. *Pulm Med*. 2011; 2011:610802.
97. Exacerbations and mortality of COPD patients with cardiovascular disease in the UK / David P. Miller, Tim Sampson, Janusz Kaminski[et al.] // Abstracts. 20th ERS Annual Congress, Barcelona, 18-22 september 2010.
98. Fan V.S., Gaziano J.M.: A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2012;156(10):673-83.
99. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. Available from: goldcopd.org. Accessed online July 12, 2012.
100. García-Olmos L., Alberquilla A., Ayala V. et al. Comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease in family practice: a cross sectional study // *BMC Fam Pract*. 2013. Jan 16; 14:11. Epub 2013 Jan 16.
101. Gershon A.S., Warner L., Cascagnette P., Victor J.C., To T. Lifetime risk of developing chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal population study // *Lancet* 2011, 378 (9795): 991-996.
102. Giora Netzer. Inhaled Corticosteroids and Mortality in COPD / Giora Netzer // *Chest*. 2007. № 131. P. 939.
103. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2008)/ 2008. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Updated 2010. Accessed April 7, 2011.

104. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI\WHO workshop report. WHO, 2017.

105. GOLD Committee. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD).

106. Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation / S.A. Hunt, W.T. Abraham, M.H. Chin [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. 2009. Vol. 53(15). P.1–90.

107. Hanania N.A., Feldman G., Zachgo W. et al.: The efficacy and safety of the novel, long-acting beta 2 agonist vilanterol in patients with COPD: A randomized placebo-controlled trial. *Chest* 2012; 142:119–127.

108. Hanania N.A., Celli B.R., Donohue J.F., Martin U.J.: Bronchodilator reversibility in COPD // *Chest* 2011, 140 (4): 1055-1063.

109. Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A., Badamgarav E., Buist A.S., Mannino D.M. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis // *The European respiratory journal: official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology* 2013, 28 (3): 523-532.

110. Hong Y., Ra S.W., Shim T.S., Lim C.M., Koh Y., Lee S.D., Kim W.S., Kim D.S., Kim W.D., Oh Y.M. Poor interpretation of pulmonary function tests in patients with concomitant decreases in FEV1 and FVC // *Respirology* 2016, 13 (4): 569-574.

111. Huchon G.J. Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis / G.J. Huchon, A. Vergnenegre, F. Neukirch et al. // *Eur Respir J.* 2012. 20. P.806-812.

112. Hurst J.R., Vestbo J., Anzueto A., et al.: Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2010;363:1128-38.

113. Izquierdo J.L., Martin A., de Lucas P., Rodriguez-Gonzalez-Moro J.M., Almonacid C., Paravisini A. Misdiagnosis of patients receiving inhaled therapies in primary care // *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2010, 5: 241-249.

114. Johannessen A., Omenaas E.R., Bakke P.S., Gulsvik A. Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study // *Thorax* 2015, 60 (10): 842-847.

115. 100. Jones R.C., Dickson-Spillmann M., Mather M.J., Marks D., Shackell B.S. Accuracy of diagnostic registers and management of chronic obstructive pulmonary disease: the Devon primary care audit // *Respiratory research* 2015, 9: 62.

116. Jones P.W., Harding G., Berry P., et al.: Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009;34(3):648-54.

117. Jones P.W. Comparisons of health status scores with MRC grades in COPD: implications for the GOLD 2011 classification / P.W. Jones, L. Adamek, G. Nadeau, N. Banik // *Eur. Respir. J.* 2013. Vol. 42. P. 647–654.

118. Kim S. J. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with systemic inflammation. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* 2011: 15 (9): 1265–1270.

119. Lindberg A., Jonsson A.C., Ronmark E., Lundgren R., Larsson L.G., Lundback B. Ten-year cumulative incidence of COPD and risk factors for incident disease in a symptomatic cohort // *Chest* 2015, 127 (5): 1544-1552.

120. Jiménez-Ruiz C.A. "Smoking cessation treatment for COPD smokers : the role of counselling"/ C.A. Jiménez-Ruiz, K.O. Fagerström // *Monaldi Arch. Chest Dis.* 2013. Vol. 79 (1). P. 33–37.

121. Liu S.M. Epidemiologic analysis of COPD in Guangdong province / S.M. Liu, X.P. Wang, D.L. Wang et al. // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2014. 23. 85(11). P.747-752.;
122. Liu S., Zhou Y., Wang X., et al: Biomass fuels are the probable risk factor for chronic obstructive pulmonary disease in rural South China. *Thorax*2007;62(10):889-97.
123. Mannino D.M. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends /D.M. Mannino, Sonia Buist A. // *Lancet*. 2007. №370(9589). P. 765–773.
124. Mapel D.W., Robinson S.B., Dastani H.B., Shah H., Phillips A.L., Lydick E: The direct medical costs of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease // *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 2014, 11 (4): 628-636.
125. Marco R., Accordini S., Marcon A., Cerveri I., Anto J.M., Gislason T., Heinrich J., Janson C., Jarvis D., Kuenzli N. et al. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults // *American journal of respiratory and critical care medicine* 2011, 183 (7): 891-897.
126. McDonough J.E. Small-Airway Obstruction and Emphysema in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2011; 365: 1567-75.
127. Miravittles M., Ferrer M., Pont A., Luis Viejo J., Fernando Masa J., Gabriel R., Jimenez-Ruiz C.A., Villasante C., Fernandez-Fau L., Sobradillo V. Characteristics of a population of COPD patients identified from a population-based study. Focus on previous diagnosis and never smokers // *Respiratory medicine* 2015, 99 (8): 985-995
128. Mostovoy Y.M., Rasputina L.V., Cherepiy N.V. Prevalence of symptoms of chronic obstructive pulmonary disease among different gender and age groups according to the survey // *Abstract Book – 2015*
129. Murtagh E. Prevalence of obstructive lung disease in a general population sample: the NICE COPD study / E. Murtagh, L. Hcaney, J. Gingles // *Eur J Epidemiol*. 2015. 20(5). P.443-453.;

130. Nascimento O.A., Camelier A., Rosa F.W., Menezes A.M., Perez-Padilla R., Jardim J.R.: Chronic obstructive pulmonary disease is underdiagnosed and undertreated in Sao Paulo (Brazil): results of the PLATINO study // Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas / Sociedade Brasileira de Biofisica [et al.] 2014, 40 (7): 887-895.

131. National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE Clinical Guidelines 128.Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults // August 2011.

132. Nowak D. Epidemiology and health economics of COPD across Europe: a critical analysis / D. Nowak, K. Berger, B. Lippert et al. // Treat Respir Med. 2015. 4(6). P. 381-95.)

133. Ohar J.A., Sadeghnejad A., Meyers D.A., Donohue J.F., Bleecker E.R. Do symptoms predict COPD in smokers? // Chest 2010, 137 (6): 1345-1353.

134. Pattern of Comorbidities in hospitalized elderly patient of chronic obstructive pulmonary disease/ M. Gupta [et al.] // Journal of The Indian Academy of Geriatrics. 2011. №7. P. 6-11.

135. Petty T.L. The history of COPD // International journal of chronic obstructive pulmonary disease 2016, 1 (1): 3-14.

136. Plasma C- 5Reactive protein and Endothelin-1 level in patients with Chronic obstructive pulmonary disease and pulmonary hypertension/ Y.S.Know [et al.] // J. Korean Med Sci. 2010. october №25(10). P. 1487-1491

137. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in COPD /Mannino D.M., Thorn D., Swensen A. // Eur. Respir. J. 2008. №32(4). P. 962–969.

138. Prevalence of cardiovascular disease in COPD patients in the UK / David P. Miller, Tim Sampson, Janusz Kaminski[et al.] // Abstracts. 20th ERS Annual Congress, Barcelona, 18-22 september 2010.

139. Prevalence of cardiovascular disease in subjects hospitalized due to chronic obstructive pulmonary disease in Beijing from 2000 to 2010 / H. Cui [et al.] // *Journal of Geriatric Cardiology*. 2012. №9. P.5-10.

140. Prevalence of undiagnosed COPD in patients with established cardio vascular diseases / Li-Cher Loh, Narentharen Se Ivarajah, Shanthiny Mohan [etal.] // Abstracts. 20th ERS Annual Congress, Barcelona, 18-22 september 2010.

141. Pulmonary microvascular blood flow in chronic obstructive pulmonary disorder and emphysema The MESA COPD study / K. Hueper, J. Vogel-Claussen, M.A. Parikh [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2015. Vol. 192 (5). P. 570–80.

142. Puhan M.A., Garcia-Aymerich J., Frey M., et al.: Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: The updated BODE index and the ADO index. *Lancet* 2009;374:704–711.

143. Qaseem A., Wilt T.J., Weinberger S.E., Hanania N.A., Criner G., van der Molen T., Marciniuk D.D., Denberg T., Schunemann H., Wedzicha W. et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society // *Annals of internal medicine* 2012, 155 (3): 179-191.

144. Real-world characterization and differentiation of the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease strategy classification / D.B. Price, C.L. Baker, K.H. Zou, et al. // *J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014. Vol. 9. P. 551–561.

145. Rashton L. Occupational causes of obstructive pulmonary disease / Rashton L. // *Rev Environ Helth.* 2014. P. 195–212.

146. Ribeiro M., Chapman K.R. Comparative efficacy of indacaterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Intl J COPD* 2012; 7:145-152.

147. Ringbaek T.A. A comparison of the assessment of quality of life with CAT, CCQ, and SGRQ in COPD patients participating in pulmonary rehabilitation / T. Ringbaek, G. Martinez, P. Lange // *J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012. Vol. 9(1). P. 12–15.

148. Sichletidis L., Chloros D., Spyrtos D., Chatzidimitriou N., Chatziiliadis P., Protopappas N., Charalambidou O., Pelagidou D., Zarvalis E., Patakas D. The validity of the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in general practice // *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group* 2012, 16 (2): 82-88.

149. Smoking habit, smoking cessation and relapse rates in patients with comorbid diseases / Zeynep Pinar Onen,¹ Elif Sen,¹ Banu Eris Gulbay[et al.] // Abstracts. 20th ERS Annual Congress, Barcelona, 18-22 september 2010.

150. Soriano J.B., Rigo F., Guerrero D., Yanez A., Forteza J.F., Frontera G., Togores B., Agusti A. High prevalence of undiagnosed airflow limitation in patients with cardiovascular disease // *Chest* 2012, 137 (2): 333-340.

151. Stoller J.K., Aboussouan L. Concise clinical review: Alpha-1 antitrypsin deficiency. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;185:246-259.

152. Stoller J.K., Panos R., Krachman S., Doherty D., Make B. Oxygen therapy for patients with COPD: Evidence for current therapy and the Long-term Oxygen Treatment Trial (LOTT). *Chest* 2010;38:179-187.

153. Sundh J., Stallberg B., Lisspers K., Kampe M., Janson C., Montgomery S. Comparison of the COPD assessment test (CAT) and the clinical COPD questionnaire (CCQ) in a clinical population. *Chron. Obstruct. Pulmon. Dis*. 2016;13:57–65.

154. Systemic inflammation in patient with COPD and Pulmonary Hypertension / Pavol Joppa [et al.]// *Chest*. 2006. № 130. P. 326-333.

155. Talamo C., de Oca M.M., Halbert R., Perez-Padilla R., Jardim J.R., Muino A., Lopez M.V., Valdivia G., Pertuze J., Moreno D. et al. Diagnostic labeling of COPD in five Latin American cities // *Chest* 2014, 131 (1): 60-67.

156. Teramoto S. A comprehensive assessment using COPD assessment test scoring and modified Medical Research Council dyspnea scoring is necessary for personalized therapy for COPD patients / S Teramoto, T. Inui, N. Hizawa // *J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2015. Vol. 10. P. 2203–2206.

157. The prospective impact of chronic obstructive pulmonary disease on short-term prognosis of patients with chronic heart failure / Piera Boschetto, Alessandro Fucili, Alfredo Potena // Abstracts. 20th ERS Annual Congress, Barcelona, 18-22 september 2010.

158. The 2014 Updated GOLD Strategy: A Comparison of the Various Scenarios / S. Wilke, D. E. Smid, M. A. Spruit et al. // *J. COPD F.* 2014. Vol. 1(2). P. 212–220.

159. Trappenburg J.C., Monninkhof E.M., Bourbeau J., et al.: Effect of an action plan with ongoing support by a case manager on exacerbation-related outcome in patients with COPD: A multicentre randomised controlled trial. *Thorax* 2011;66(11):977-84.

160. Tsiligianni I.G., et al. Assessing health status in COPD. A head-to-head comparison between the COPD assessment test (CAT) and the clinical COPD questionnaire (CCQ) *BMC Pulm. Med.* 2012;12:20.

161. Van der Molen T., Miravittles M., Kocks J.W. COPD management: role of symptom assessment in routine clinical practice. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2013;8:461–471.

162. Van Gestel AJRA utonomic dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / AJR Gestel Van, Steier J. // *JThoracDis.* 2010. №2. P.215-222.

163. Vestbo J., Hurd S.S., Agusti A.G., Jones P.W., Vogelmeier C., Anzueto A., Barnes P.J., Fabbri L.M., Martinez F.J., Nishimura M. et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD Executive Summary // *American journal of respiratory and critical care medicine* 2012.

164. Walters J.A., Walters E.H., Nelson M., Robinson A., Scott J., Turner P., Wood-Baker R. Factors associated with misdiagnosis of COPD in primary care // *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group* 2011, 20 (4):396-402.

165. Yohannes, AM Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles / A.M.Yohannes [et al.] // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010. №25. P.1209-1221.

166. Zwar N.A., Marks G.B., Hermiz O., Middleton S., Comino E.J., Hasan I., Vagholkar S., Wilson S.F. Predictors of accuracy of diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in general practice // *The Medical journal of Australia* 2011, 195 (4): 168-171.

ДОДАТКИ

Додаток А

Оригінальна анкета для виявлення ХОЗЛ

Анкета 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 хворів ¹	Родичі по лінії ² батька або матері	Брати, сестри, діти ³	Батько або мати 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 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?				
Не виникає ¹	Дужерідко ²	Інколи ³	Часто ⁴	Дуже часто ⁵
9). Чи буває у Вас відчуття свистячого дихання?				
Не буває	Дуже рідко 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.				

Додаток Б

Модифікована шкала Медичної Дослідницької Ради (ММДР)

Оцінка задишки в балах	Опис
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні.
1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору.
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості.
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості.
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні.

Додаток В

Тест з оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)).

Як проходить Ваше хронічне обструктивне захворювання легені (ХОЗЛ)?
Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)). Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоб вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування. Приклад:

Я дуже щасливий(-а)  Мені дуже сумно

БАЛИ

Я взагалі не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я кашляю постійно
У мене в грудях зовсім немає харкотиння (слизу)	0	1	2	3	4	5	Мої груди повністю заповнені харкотинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0	1	2	3	4	5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0	1	2	3	4	5	Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0	1	2	3	4	5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я відчуваю впевнено, незважаючи на захворювання легені	0	1	2	3	4	5	Виходячи з дому, я відчуваю невпевнено через захворювання легені
Я міцно сплю	0	1	2	3	4	5	Я погано сплю через захворювання легені
У мене багато енергії	0	1	2	3	4	5	У мене зовсім немає енергії

Загальний рахунок Тесту з оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань.

Додаток Г

Тест на нікотинову залежність (Тест Фагерстрема)

	Бали			
	0	1	2	3
1. Як скоро після прокидання ви викурюєте першу сигарету?	Через 1 год.	Від 1/2 до 1 години	Від 6 до 30 хв.	5 хв. або менше
2. Чи вам важко утриматися від паління у місцях, де це заборонено (напр., у церкві, бібліотеці, кінотеатрі)?		Ні	Так	
3. Від якої сигарети ви найбільше не хотіли б відмовитися?		Будь-якої іншої	Першої вранці	
4. Скільки сигарет ви викурюєте на день?	< 10	11 - 20	21 - 30	> 31
5. Чи курите ви частіше впродовж першої години після прокидання, ніж упродовж усього дня?		Ні	Так	
6. Чи ви курите, коли хворий і знаходитесь у ліжку?		Ні	Так	

Додаток Д
Форма оцінки паління

1. Чи ви палите сигарети?	так		ні		
2. Чи ваша найближча людина палить сигарети?	так		ні		
3. Скільки сигарет ви викурюєте на день?					
4. Як скоро після прокидання ви палите	<30 хв.		> 30 хв.		
5. Наскільки ви зацікавлені в тому, щоб кинути палити?	Ніяк	Трохи	В деякій мірі	значно	Дуже
6. Якщо ви вирішили повністю кинути палити за наступні два тижні, ви впевнені, що вам це вдасться?	Ні	Трохи	В деякій мірі	Досить впевнений	Дуже

Додаток Е

План проведення заняття № 1 групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління

№	Час проведення	завдання	мета
1	11.00-11.15	Знайомство, представлення тренерів, прийняття правил роботи	Створення довірливої атмосфери для роботи
2	11.15-12.30	Виявлення очікувань учасників групи	Визначення первинної мотивації до припинення тютюнопаління в учасників групи
3	12.30-13.00	Перерва на каву	Відпочинок учасників групи
4	13.00-13.30	Надати лекційний матеріал з базових основ психоаналітичної теорії формування залежної структури особистості та рівнів сформованості залежності за О.В.Ємельяноюю.	Проведення психоедукаційної роботи з учасникам тренінгу за темою формування залежності
5	13.30-14.10	Інтерактивне обговорення лекційного матеріалу	Виявлення суб'єктивного ставлення учасників до своєї проблеми з палінням та визначення сформованості в них рівня залежності від тютюнопаління
6	14.10-14.30	Підведення підсумків дня	Завершення етапу роботи. Повідомлення про план наступного заняття

Додаток Ж

План проведення заняття № 2. групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління

№	Час проведення	завдання	мета
1	11.00-11.15	Вітання з учасниками, прийняття правил роботи	Створення довірливої атмосфери для роботи
2	11.15-11.45	Отримати повідомлення від учасників групи про зміни в їхній звичці до паління.	Визначення мотивації до продовження роботи для припинення тютюнопаління в учасників групи
3	11.45-12.30	Надати інформацію про модель зміни поведінки за Джеймсом Прочаска та Карлом Ді Клементе.	Надати учасникам знання про закономірності утворення їхньої мотиваційної системи готовності до змін у поведінці.
3	12.30-13.00	Перерва на каву	Відпочинок учасників групи
4	13.00-13.30	Виконати практичне завдання по імагінативним технікам психокорекційної роботи з тематичними зображеннями.	Підкріплення мотивації до змін з опорою на емоційну сферу особистості.
5	13.30-14.10	Інтерактивне обговорення матеріалу тренінгу	Виявлення суб'єктивного ставлення учасників до своєї проблеми з палінням та визначення сформованості в них мотивації до припинення тютюнопаління
6	14.10-14.30	Підведення підсумків дня	Завершення етапу роботи. Повідомлення про план наступного заняття

Додаток 3

План проведення заняття № 3. групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління

№	Час проведення	завдання	мета
1	11.00-11.15	Вітання з учасниками, прийняття правил роботи	Створення довірливої атмосфери для роботи
2	11.15-12.30	Отримати повідомлення від учасників групи про зміни в їхній звичці до паління.	Визначення мотивації до продовження роботи для припинення тютюнопаління в учасників групи
3	12.30-13.00	Перерва на каву	Відпочинок учасників групи
4	13.00-13.30	Виконати практичне завдання по імагінативним технікам психокорекційної роботи з тематичними зображеннями.	Підкріплення мотивації до змін з опорою на емоційну сферу особистості.
5	13.30-14.10	Інтерактивне обговорення матеріалу тренінгу	Виявлення суб'єктивного ставлення учасників до своєї проблеми з палінням та визначення сформованості в них мотивації до припинення тютюнопаління
6	14.10-14.30	Підведення підсумків дня	Завершення етапу роботи. Повідомлення про план наступного заняття

Додаток К

Опитувальник MOSSF-36

1. Ваше здоров'я взагалі є:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Чудове	Дуже добре	Добре	Задовільне	Погане

2. Ви розцінюєте своє здоров'я за останні 12 місяців як:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не контролювана	Погано контролювана	Помірно контролювана	Добре контролювана	Повністю контролювана

3. Як Ви в загальному оцінюєте Ваше здоров'я в даний час в порівнянні з тим, що було рік тому?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Набагато краще	Трохи краще	Практично без змін	Трохи гірше	Набагато гірше

4. Порівняно з тим, як це було 5 років тому, тепер стан вашого здоров'я є:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Набагато краще	Трохи краще	Практично без змін	Трохи гірше	Набагато гірше

5. Чи Ваш стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати певні дії/продовжзвичайного дня? Якщо перешкоджає, то наскільки?

Дія	Так, дуже перешкоджає	Так, перешкоджає помірно	Ні, не перешкоджає
<u>Надмірні зусилля</u> (піднімати важкі предмети, бігати, брати участь у спортивних змаганнях, тощо)			
<u>Помірні зусилля</u> (пересувати стіл, прибирати в квартирі)			
Пройти більше одного кілометра			
Пройти декілька сотень метрів			
Піднімати або носити сумки з продуктами			
Підніматися на <u>декілька</u> поверхів сходами			
Самостійно митись та вдягатись			

6. Чи мали Ви любі труднощі з виконанням своєї роботи чи іншої щоденної діяльності через Ваш фізичний стан за останні чотири тижні ?

ДІЯ	ТАК	НІ
Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю		
Зробили менше ніж хотіли		
Були обмежені у деяких видах роботи чи іншій діяльності		
Мали труднощі виконуючи роботу чи іншу щоденну діяльність (наприклад: витратили на неї більше зусиль)		

7. Чи мали Ви за останні чотири тижні проблеми з роботою чи іншою щоденною діяльністю внаслідок емоційних проблем(відчуття тривоги, депресія)?

ДІЯ	ТАК	НІ
Менше часу працювали чи займались іншою діяльністю		
Зробили менше ніж хотіли		
Були обмежені у деяких видах роботи чи іншій діяльності		
Мали труднощі виконуючи роботу чи іншу щоденну діяльність (наприклад: витратили на неї більше зусиль)		

До якого ступеня за останніх чотири тижні Ваші проблеми із здоров'ям , емоційним станом перешкоджали Вашому соціальному спілкуванню з сім'єю, друзями, сусідами, колективом ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не заважали	Трохи заважали	Помірно заважали	Значно заважали	Дуже заважали

Наскільки сильною була фізична біль у Вас протягом останніх 4 тижнів?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не було	Дуже слабка	Слабка	Помірна	Сильна

Протягом якого часу за останні 4 тижні Ви були сповнені енергії?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Весь час	Більшу частину	Меншу частину	Незначну частину	Такого не було

Протягом якого часу за останні 4 тижні Ви відчували себе спокійно?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Весь час	Більшу частину	Меншу частину	Незначну частину	Такого не було

Протягом якого часу за останні 4 тижні Ви дуже нервували?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Весь час	Більшу частину	Меншу частину	Незначну частину	Такого не було

Протягом якого часу за останні 4 тижні Ви відчували подавленість?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Весь час	Більшу частину	Меншу частину	Незначну частину	Такого не було

Протягом якого часу за останні 4 тижні Ви були щасливою людиною?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Весь час	Більшу частину	Меншу частину	Незначну частину	Такого не було

Протягом якого часу за останні 4 тижні Ви відчували, що Вам все набридло?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Весь час	Більшу частину	Меншу частину	Незначну частину	Такого не було

Наскільки правильним для Вас є кожне із слідуючих тверджень?

Я хворію набагато частіше, ніж інші:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цілком вірно	Загалом вірно	Не знаю	Загалом не вірно	Цілком невірно

Моє здоров'я таке ж, як і в інших, кого я знаю

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цілком вірно	Загалом вірно	Не знаю	Загалом не вірно	Цілком невірно

Я передчуваю погіршення здоров'я

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цілком вірно	Загалом вірно	Не знаю	Загалом не вірно	Цілком невірно

Моє здоров'я прекрасне

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цілком вірно	Загалом вірно	Не знаю	Загалом не вірно	Цілком невірно

Додаток Л

Карта клінічного обстеження №

П.І.П _____

Адреса, телефон _____

Дата народження _____

Місце роботи, інвалідність _____

Соціальне положення : службовець, робітник, військовий, учень, пенсіонер, не працюю, Ліквідатор аварії на ЧАЕС: так, ні.

Матеріальне забезпечення : добре, середнє, погане, вкрай погане

Скільки разів ви звертались до лікаря за останні 12 місяців (підкреслити): 1 чи рідше, двічі, тричі, чотири рази, 5 разів та більше.

Анамнез.

Скарги _____

Кашель _____, виділення харкотиння _____, часті застуди взимку _____, епізоди свистячого дихання _____, прокдання вночі від задишки(ядухи) _____, кількість загострень за рік (бронхітів) _____.

Оцінка задишки в балах _____ mMRC

Анамнез

захворювання _____

Анамнез життя:

Захворювання	Дата встановлення діагнозу	Лікування, що отримує	Додаткові обстеження
Гіпертонічна хвороба			
Ішемічна хвороба серця			
Інфаркт міокарда			
Інсульт			
Цукровий діабет			
Захворювання щитоподібної залози			
Туберкульоз			
Пептична виразка			
ЖКХ			
панкреатит			
Пієлонефрит			
СКХ			

Онкологічні захворювання (вказати локалізацію)			
Інші захворювання			
Оперативні втручання			

Куріння _____ Стаж _____ К-сть

сигарет _____ Індекс Куріння _____

Алергологічний анамнез _____ Спадковий анамнез:

Професійний анамнез: контакт з поллютантами, пилом, тривалість контакту _____

Гінекологічний анамнез, вік наступлення менопаузи, хірургічні втручання _____

Об'єктивне обстеження

ЧД _____ Перкуторний

звук _____

Аускультация _____

Пульс _____ ЧСС _____ Тони _____

_____ Межі _____

_____ АТ

Зріст _____ ВАГА _____ Індекс маси

тіла _____ Окружність талії _____ Окружність

стегон _____ Співвідношення окружність талії/окружність

стегон _____ Співвідношення окружність талії/зріст

Спірографія: Дата _____ до бронхолітика:

ОФВ1 _____ ЖЕЛ _____ ФЖЕЛ _____ ОФВ1/ФЖЕЛ _____

FEF25 _____ FEF50 _____ FEF75 _____ ММЕФ _____. Після бронхолітика (400 мкг сальбутамола):

ОФВ1 _____ ЖЕЛ _____ ФЖЕЛ _____ ОФВ1/ФЖЕЛ _____.

ЕКГ: дата _____ Ритм синусовий, несинусовий, правильний, неправильний, ЧСС _____, гіпертрофія ЛШ, ЛП, ПШ, ПП, інші зміни _____

Діагноз:

Основний _____

Ускладнення _____

Супутні _____

Інформована згода на проведення клінічного дослідження, обробку та використання даних

П.І.П. _____ Адреса _____

—
Даю свою згоду на проведення досліджень згідно з протоколом, на обробку моїх персональних даних, співпрацю з лікарем, я поінформований щодо використання цих даних у ході виконання науково-дослідної роботи. Я ознайомлений лікарем про суть, мету та тривалість дослідження. Я отримав відповіді щодо моєї участі у науковій програмі. Вся зібрана інформація залишається конфіденційною. Я не буду виступати проти використання результатів дослідження.

Дата _____ Підпис _____
(пацієнт)

Дата _____ Підпис _____
(лікар)

Додаток М

Список публікацій здобувача

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

11. 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.

12. 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.

13. Поширеність та частота паління, як основного фактору ризику виникнення хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування серед пацієнтів різних статевих 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.

14. Виявлення недиагностованого 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.

15. Частота респіраторних захворювань, як одного з факторів ризику виникнення хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування серед пацієнтів різних статевих груп / Н.В. Черепій // Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених: тези доп. – Вінниця. 2016. – С.28-29.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

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

21. 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. Вінниці, 10 лютого 2017 р. : тези доп. – Вінниця, 2017.–С.10.

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Науково-практична конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої дню науки «Внесок молодих спеціалістів в

розвиток медичної науки і практики», Харків, 15 травня 2014, публікація тез у збірнику матеріалів конференції.

2. Міжнародна науково-практична конференція «Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень», Львів, 25-26 жовтня, 2014, публікація тез у збірнику матеріалів конференції.

3. Конференція молодих вчених кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, присвяченої 80-річчю створення кафедри м. Вінниця, 18 грудня 2015 р., усна доповідь, публікація тез у збірнику матеріалів конференції.

4. VI міжнародна науково-практична конференція молодих вчених, м. Вінниця, 2016 р., усна доповідь.

5. International Congress of the European Respiratory Society, London, United Kingdom, 3-7 September 2016., стендова доповідь, публікація тез у збірнику матеріалів конференції.

6. XXXIII Всеукраїнська науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів «Ліки - людині», Харків, 8 квітня 2016 р., публікація тез у збірнику матеріалів конференції.

7. II міжнародна науково-практична конференція «Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів» (присвячена пам'яті академіка НАМН України Є.М. Нейка), Івано-Франківськ, 6-7 жовтня, 2016 р., публікація тез у збірнику матеріалів конференції.

8. Терапевтична конференція молодих вчених ВНМУ імені М.І. Пирогова клініки МКЛ №1 м. Вінниці, м. Вінниця, 2017 р., усна доповідь.

Додаток Н
Акти впровадженъ