


**Громадське здоров'я і  
громадське медсестринство:  
підручник (ВНЗ I—III р. а.)**

Опис книги Громадське здоров'я і громадське медсестринство: підручник (ВНЗ I—III р. а.) / Є.Я. Склярів, М.Б. Шегедин, Б.Б. Лемішко та ін.; за ред. Є.Я. Склярів, М.Б. Шегедин, Б.Б. Лемішка. — 3-є вид. У підручнику викладено основні завдання громадської медичної сестри в справі збереження, зміцнення й відновлення громадського здоров'я, шляхи виконання цих завдань, первинної і вторинної профілактики найпоширеніших патологічних процесів у дорослого населення та дітей, планування сім'ї й запобігання небажаних вагітностей.  Для студентів вищих медичних закладів освіти I—III рівнів акредитації, а також медичних сестер, що працюють у різних лікувально-профілактичних закладах України.

# ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

## У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

За редакцією  
професора **Є.Я. СКЛЯРОВА**,  
професора **М.А. БИЧКОВА**

ПІДРУЧНИК

### РЕКОМЕНДОВАНО

вченою радою Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького як підручник для студентів, лікарів-інтернів, магістрів медичних закладів вищої освіти, резидентів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів

**Київ**  
**ВСВ «Медицина»**  
**2020**

УДК 614.253;371.7  
ББК 51.1(2)2.6  
Г87

*Рекомендовано вченою радою Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького як підручник для студентів, лікарів-інтернів, магістрів медичних закладів вищої освіти, резидентів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів (протокол № 2 від 27.02.2019)*

**Автори:**

професори: Є.Я. Склярів, М.А. Бичков, Н.М. Громнацька, Б.Б. Лемішко, О.О. Бондаренко;

доценти: А.Р. Вергун, В.О. Склярова, І.С. Садовий, І.В. Шалько, Н.В. Матолінець, А.Л. Демидова, З.М. Кіт;

асистенти: О.Є. Склярова, Б.Б. Лемішко

**Рецензенти:**

В.Г. Мицук — д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини Івано-Франківського національного медичного університету;

О.І. Федів — д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб ВДНЗУ “Буковинський державний медичний університет”

Г87 **Громадське здоров'я у практиці сімейного лікаря : підручник /** Є.Я. Склярів, М.А. Бичков, Н.М. Громнацька та ін. ; за ред. Є.Я. Склярова, М.А. Бичкова. — К. : ВСВ “Медицина”, 2020. — 288 с.

ISBN 978-617-505-778-0

Підручник складається із 5 розділів, які присвячені основам загальної практики і лікуванню захворювань окремих органів і систем. Розділи написані відповідно до принципів доказової медицини. Структура книги така, що читач може швидко знайти в ній будь-яку необхідну інформацію. У книгу включено графіки фізичного розвитку дитини.

Додатково висвітлено питання управління громадським здоров'ям об'єднаних територіальних громад у закладах сімейної медицини.

Для студентів, лікарів-інтернів, магістрів медичних закладів вищої освіти, резидентів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів.

УДК 614.253;371.7  
ББК 51.1(2)2.6

ISBN 978-617-505-778-0

© Є.Я. Склярів, М.А. Бичков,  
Н.М. Громнацька, Б.Б. Лемішко,  
О.О. Бондаренко, А.Р. Вергун,  
В.О. Склярова, І.С. Садовий,  
І.В. Шалько, Н.В. Матолінець,  
А.Л. Демидова, З.М. Кіт,  
О.Є. Склярова, Б.Б. Лемішко, 2020  
© ВСВ “Медицина”, оформлення, 2020

**ЗМІСТ**

Умовні скорочення.....	5
Передмова .....	7
<b>Розділ 1. Управління громадським здоров'ям об'єднаних територіальних громад у закладах сімейної медицини</b> (Б.Б. Лемішко, Б.Б. Лемішко).....	8
<b>Розділ 2. Профілактика захворювань внутрішніх органів .....</b>	<b>23</b>
Бронхіальна астма (А.Л. Демидова) .....	23
Хронічне обструктивне захворювання легень (І.С. Садовий).....	28
Пневмонія (І.С. Садовий).....	38
Грип (І.С. Садовий).....	46
Стабільна ішемічна хвороба серця (О.Є. Складорова) .....	51
Артеріальна гіпертензія (О.Є. Складорова) .....	58
Дисліпідемії (О.Є. Складорова) .....	67
Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (М.А. Бичков) .....	75
Пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки (М.А. Бичков).....	80
Жовчнокам'яна хвороба (Є.Я. Складоров, І.В. Шалько).....	85
Хронічний безкам'яний холецистит (І.В. Шалько) .....	92
Дискінезія жовчних шляхів (І.В. Шалько) .....	96
Хронічний панкреатит (О.О. Бондаренко) .....	103
Синдром подразненої кишки (О.О. Бондаренко).....	109
Метаболічний синдром (О.О. Бондаренко).....	111
Ожиріння (О.О. Бондаренко, З.М. Кіт, О.Є. Складорова) .....	112
Цукровий діабет (А.Л. Демидова) .....	115
Раціональне харчування та ризик виникнення ішемічної хвороби серця (Є.Я. Складоров, А.Л. Демидова).....	126
<b>Розділ 3. Основні питання хірургії.....</b>	<b>135</b>
Синдром діабетичної стопи (А.Р. Вергун) .....	135

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

---

Флегмона стопи ( <i>А.Р. Вергун</i> ).....	150
Мастит ( <i>А.Р. Вергун</i> ).....	158
Травматизм ( <i>Н.В. Матолінець</i> ).....	167
<b>Розділ 4. Здорова дитина. Оцінювання фізичного та нервово-психічного розвитку (<i>Н.М. Громнацька</i>).....</b>	<b>178</b>
Вигодовування дітей першого року життя.....	190
Профілактика залізодефіцитної анемії в дітей грудного віку .....	201
Профілактика рахіту в дітей грудного віку .....	212
<b>Розділ 5. Охорона материнства і дитинства (<i>В.О. Склярова</i>).....</b>	<b>222</b>
Аntenатальне спостереження.....	227
Додатки .....	268
Література.....	286

## ПЕРЕДМОВА

Головна мета підручника — допомогти лікарю загальної практики розпізнати і лікувати найпоширеніші хвороби, долати труднощі, з якими він зіштовшується у повсякденній роботі та уникати лікарських помилок. Видання практично повністю оновлене для забезпечення лікарів найсучаснішою інформацією з основних питань загальної практики. Пропонований підручник є результатом роботи науковців Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Також у його основу покладено великі напрацювання Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, Міністерства охорони здоров'я України, Східноєвропейського науково-практичного журналу громадського здоров'я, численні матеріали з'їздів сімейної медицини в Україні, особистий досвід роботи з організації сімейної медицини, в тому числі й за кордоном.

Книга дає змогу отримати певний обсяг знань з основних завдань сімейного лікаря в справі збереження, зміцнення й відновлення громадського здоров'я. Власне поглиблення знань лікарів ґрунтується на інтеграції міждисциплінарних знань, вивченні нових досягнень медицини.

Підручник складається із 5 розділів, які присвячені основам загальної практики й лікуванню захворювань окремих органів і систем. Розділи підготовлено відповідно до принципів доказової медицини. Структура книги така, що читач може швидко знайти в ній будь-яку необхідну інформацію. Підручник ілюстровано таблицями, схемами і малюнками.

Додатково висвітлено питання управління громадським здоров'ям об'єднаних територіальних громад у закладах сімейної медицини. Підручник відповідає основним вимогам кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики — сімейної медицини, із визначенням основних і спеціальних знань, загальних та специфічних навичок і маніпуляцій у сфері охорони громадського здоров'я. Висвітлені питання ранньої діагностики вагітності, патології вагітності та гінекологічних захворювань, які трапляються найчастіше, питання профілактики акушерсько-гінекологічної патології, обсягу надання первинної невідкладної допомоги, основи планування сім'ї. Розкрито окремі розділи хірургії (синдром діабетичної стопи, гнійно-запальні захворювання м'яких тканин, мастити).

Матеріали підручника розкривають основні організаційні основи діагностики, лікування й профілактики в практиці сімейного лікаря. Книга розрахована на лікарів первинного рівня, інтернів, які бажають навчатись за спеціальністю “Загальна практика — сімейна медицина”, студентів вищих медичних закладів освіти. Підручник буде корисним усім, хто цікавиться розвитком сімейної медицини в Україні, в інших державах, дбає про власне здоров'я, здоров'я близьких і рідних.

*Колектив авторів*



## РОЗДІЛ 2

### ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

#### БРОНХІАЛЬНА АСТМА

Бронхіальна астма — хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, у розвитку якого беруть участь імунні клітини (Т-хелпери і В-лімфоцити, еозинофіли, лаброцити). Це призводить до гіперреактивності бронхів і проявляється рецидивним свистячим диханням, експираторною задишкою, відчуттям тиску, скутості в грудній клітці, появою кашлю, особливо вночі та вранці. Ці епізоди пов'язані з варіабельною бронхіальною обструкцією, оборотною спонтанно чи під впливом терапії. Поширеність бронхіальної астми, за даними зарубіжних епідеміологічних досліджень, коливається від 4 до 8 % (10—15 % дітей і близько 5 % дорослих). У нашій країні захворюваність реєструється на рівні 1—2 %, але цей показник є заниженим.

**Чинники ризику.** У розвитку бронхіальної астми мають значення внутрішні чинники і чинники навколишнього середовища. До внутрішніх чинників відносять спадкову схильність (атопію), що найчастіше виражається в генетично детермінованій здатності до підвищеного вироблення імуноглобулінів Е, розподілі антигенів гістосумісності, що зумовлюють зміну біохімізму та іннервації в бронхах. До чинників навколишнього середовища належать: 1) неінфекційні алергени (пил, хутро тварин, пилок рослин, виробничі, лікарські та ін.); 2) інфекційні агенти; 3) механічні й хімічні іританти (металевий, деревний, силікатний, бавовняний пил, дим, пари кислот, лугів та ін.); 4) фізичні і метеорологічні агенти (зміна температури і вологості повітря, коливання барометричного тиску, магнітного поля та ін.); 5) нервово-психічні впливи. Під впливом чинників навколишнього середовища відбувається реалізація внутрішніх чинників і розвивається бронхіальна астма.

#### Класифікація

1. Залежно від чинників, які провокують загострення, виділяють такі *клінічні форми* бронхіальної астми:

а) екзогенна форма (атопічна) — провокується алергенами, наявними в довкіллі;

б) ендогенна форма (неатопічна) — це рецидивні напади ядухи за відсутності їх зв'язку з провокацією алергенами, негативним алерголо-



гічним анамнезом, негативними результатами шкірного тестування або нормальним рівнем IgE в сироватці крові. Вона зумовлена інфекцією, фізичним або емоційним перенапруженням, різкою зміною температури навколишнього середовища тощо;

в) змішана форма поєднує ознаки екзо- й ендогенної бронхіальної астми, частіше трапляється в дітей.

До особливих форм бронхіальної астми відносять астму фізичного зусилля та аспіринову.

2. За ступенем тяжкості виділяють інтермітивний (епізодичний) і персистивний (постійний) варіант: легкий, середньої тяжкості і тяжкий.

Ступінь 1 — інтермітивна бронхіальна астма: короточасні симптоми виникають рідше ніж 1 раз на тиждень; короточасні загострення (від кількох годин до кількох днів); нічні симптоми виникають не частіше ніж 2 рази на місяць; нормальні значення показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) між загостреннями; об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>) або пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШ<sub>вид</sub>) > 80 % від належних; добові коливання ПОШ<sub>вид</sub> або ОФВ<sub>1</sub> < 20 %.

Ступінь 2 — легкий ступінь, персистивна бронхіальна астма: симптоми виникають частіше ніж 1 раз на тиждень, але рідше ніж 1 раз на день; загострення можуть порушувати активність і сон; нічні симптоми виникають частіше ніж 2 рази на місяць; ОФВ<sub>1</sub> або ПОШ<sub>вид</sub> > 80 % від належних; добові коливання ПОШ<sub>вид</sub> або ОФВ<sub>1</sub> — 20—30 %.

Ступінь 3 — персистивна бронхіальна астма середньої тяжкості: симптоми виникають щодня; загострення призводять до порушення активності й сну; нічні симптоми виникають частіше ніж 1 раз на тиждень; є потреба в щоденному застосуванні β<sub>2</sub>-агоністів короткої дії; ОФВ<sub>1</sub> або ПОШ<sub>вид</sub> 60—80 % від належних; добові коливання ПОШ<sub>вид</sub> або ОФВ<sub>1</sub> > 30 %.

Ступінь 4 — персистивна бронхіальна астма, тяжкий ступінь: постійна наявність денних симптомів; часті загострення; часті нічні симптоми; обмеження фізичної активності, зумовлене бронхіальною обструкцією; ОФВ<sub>1</sub> або ПОШ<sub>вид</sub> < 60 % від належних; добові коливання ПОШ<sub>вид</sub> або ОФВ<sub>1</sub> > 30 %.

Залежно від ступеня бронхіальної астми проводять лікування.

3. *За фазами перебігу*: загострення, нестабільної ремісії, ремісії та стабільної ремісії (характеризуються тривалою, понад 2 роки, відсутністю проявів хвороби).

*Стадії астматичного статусу*

I. Відносної компенсації. Спостерігається посилення кашлю із зменшенням кількості мокротиння, наростання ядухи, поява дистанційних хрипів.

II. Декомпенсації, або “німої” легені, проявляється вираженою невідповідністю між шумним, свистячим диханням і майже повною відсутністю хрипів у легенях, різким ослабленням дихання або відсутністю його в деяких ділянках легені.

III. Гіперкапічної (гіпоксемічної) коми. Вона характеризується значною артеріальною гіпоксемією ( $\text{PaO}_2$  40—55 мм рт. ст.) і гіперкапінією ( $\text{PaCO}_2$  80—90 мм рт. ст. і вище).

*Діагностика*

Обов'язковим при встановленні діагнозу бронхіальної астми є дослідження ФЗД (спірометрія). Діагноз бронхіальної астми зазвичай базується на наявності характерних симптомів і функціональних показників (спірометрія, пікфлоуметрія).

Важливе значення має алергологічне дослідження: алергологічний анамнез, наявність у хворого алергійного риніту, атопічного дерматиту, бронхіальної астми або атопічних захворювань у членів його сім'ї; позитивні шкірні проби з алергенами; підвищений рівень загального та специфічного IgE.

Визначення гіперреактивності бронхів. Проводять у хворих з клінічними симптомами, характерними для бронхіальної астми, але за відсутності характерних порушень ФЗД. Гіперреактивність бронхів оцінюють за результатами провокаційних тестів з гістаміном, метахоліном, фізичним навантаженням. Ці тести є чутливими в діагностиці бронхіальної астми, але мають обмежену специфічність.

Лабораторні дослідження зазвичай у межах норми. У загальному аналізі крові можлива еозинофілія, яка має важливе значення при встановленні діагнозу бронхіальної астми.

Обов'язковими є консультації фахівців: пульмонолога, алерголога.

У складних діагностичних випадках, за нормальних показників бронхіальної прохідності і для виявлення гіперреактивності застосовують бронхопровокаційні тести з метахоліном, ацетилхоліном, гістаміном.

Крім провокаційних тестів із фармакологічними агентами, проводять провокаційну пробу з фізичним навантаженням. Тест із фізичним навантаженням застосовують у хворих з бронхіальною астмою, з ха-

раактерними скаргами у відповідь на фізичне навантаження при нормальній ФЗД.

Діагностичні критерії. Діагноз бронхіальної астми зазвичай базується на наявності характерних симптомів і функціональних показників (спірометрія, пікфлоуметрія).

Профілактика. Профілактика є найважливішою частиною в лікуванні астми. Іноді тільки за допомогою профілактики (наприклад, відмовою від куріння) можна досягти тривалої стійкої ремісії, звести до мінімуму ризик прогресування захворювання і розвитку ускладнень.

Розрізняють первинну і вторинну профілактику. Первинну профілактику проводять людям із групи ризику, в яких у минулому відзначалися алергійні реакції, епізоди крупу або обструктивного бронхіту, є хронічні захворювання дихальних шляхів, атопічний дерматит, поліноз, алергійний риніт, спадкова схильність до алергійних захворювань.

Для профілактики бронхіальної астми слід дотримуватися таких рекомендацій:

- прогулянки на свіжому повітрі не менше 2 год на день;
- виключення контактів з алергеном (наприклад, домашніми тваринами, тютюновим димом, різкими запахами);
- профілактика хронічних інфекцій верхніх дихальних шляхів (загартовування, курси імуномодулювальних препаратів, за відсутності алергії до них, тощо);
- вживання гіпоалергенних продуктів;
- за неможливості виключення контакту з алергеном (наприклад, алергія на пилок, пух тополі) показані сезонні курси протиалергійних препаратів (препарат, дозування і тривалість курсу визначається індивідуально лікарем);
- обов'язкова відмова від куріння (у тому числі й від пасивного);
- курси лікувальної фізкультури, можливо — заняття спортом (якщо фізичне навантаження не провокує напади захворювання);
- за потреби може бути показане раціональне працевлаштування (за наявності професійних шкідливостей), зміна місця проживання (якщо хворий проживає в старому сирому будинку, на першому поверсі).

*Вторинна профілактика.* Своєчасна діагностика і терапія бронхіальної астми — основний і чільний принцип вторинної профілактики. Тільки завдяки йому можна уникнути прогресування хвороби та виключити тяжкі напади ядухи. Зазвичай крім серйозного підходу до ан-

## РОЗДІЛ 2

тиастматичної терапії, вторинна профілактика вимагає вжиття таких заходів:

— своєчасне лікування хронічних захворювань бронхо-легеневої системи, зокрема обструкцій, не пов'язаних з астмою (хронічне обструктивне захворювання легень);

— повна відмова від куріння, уникнення пасивного куріння, виключення міцних алкогольних напоїв;

— необхідно прибрати з кімнати хворого все, що може накопичувати пил, регулярно проводити прибирання і провітрювання;

— виключити контакт із домашніми тваринами, у тому числі не рекомендується заводити рибок, оскільки корм для них володіє високою астматичною активністю;

— особливу обережність потрібно проявляти у весняно-літній період, коли цвітуть рослини й можливі часті укуси комах;

— повне виключення з меню високоалергенних продуктів, а також продуктів, які містять велику кількість харчових добавок;

— показане проведення лікувального масажу, самомасажу;

— рекомендується дихальна гімнастика (дихання за методом Бутейко, різні дихальні вправи, інгаляції з використанням небулайзерів та ін.);

— добрі результати з профілактики загострень бронхіальної астми показує акупунктура, фітотерапія, спелеотерапія (лікування в соляних печерах).

Слід уникати захворювання на ГРВІ, чому сприяє загартовування, сон на свіжому повітрі, профілактичне вживання вітамінів. Також дають змогу знизити частоту нападів бронхіальної астми і методи народної терапії. Вони полегшують перебіг захворювання, прискорюють одужання.

Лікування хворих із бронхіальною астмою у фазі ремісії включає:

— санацію вогнищ інфекції;

— усунення контакту з алергеном;

— специфічну гіпосенсибілізацію (проводять за умови встановлення алергену);

— неспецифічну гіпосенсибілізацію (лікування гістаглобуліном);

— бронхолітичні засоби;

— рефлексотерапію;

— підтримувальні дози інталу або кетотафену;

— підтримувальні дози кортикостероїдів в аерозолях;



- постійні заняття лікувальною фізичною культурою (ЛФК) та інші фізіотерапевтичні процедури;
- санаторно-курортне.

Хворим із бронхіальною астмою рекомендоване санаторно-курортне лікування. Найсприятливіший період для цього — час цвітіння, коли в повітрі міститься велика кількість пилку. Виїхати на цей час в іншу місцевість, де період цвітіння вже минув або ще не розпочався, дуже корисно. Сприятливі місця для астматиків — Кисловодськ, Приельбрусся, Прибалтика, гірський Алтай (влітку), Туркменія, південний берег Криму, практично все європейське Середземномор'я. Але їхати в інший регіон, в іншу кліматичну зону можна тільки поза періодом загострення астми.

Прогноз захворювання і критерії ефективності профілактики. Ознаки контрольованого перебігу бронхіальної астми: мінімальні (в ідеалі відсутні) хронічні симптоми, включаючи нічні; мінімальні (нечасті) загострення; відсутність станів, що вимагають невідкладної допомоги; мінімальна (в ідеалі відсутня) потреба в застосуванні  $\beta_2$ -агоністів короткої дії; відсутність зниження активності, у тому числі фізичної; варіабельність  $PO_{2\text{вид}}$  упродовж доби менше 20 %; близьких до нормальних значень показників  $PO_{2\text{вид}}$ ; мінімальні (чи відсутні) побічні ефекти терапії.

## ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — поширене захворювання, якому можна запобігти та лікувати, що характеризується стійким обмеженням дихальних шляхів, яке зазвичай прогресує та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на шкідливі частки й газу. Загострення та супутні захворювання впливають на загальну тяжкість в окремих хворих.

Епідеміологія ХОЗЛ залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я на сьогодні. У 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. Унаслідок

## РОЗДІЛ 2

тривалого впливу чинників ризику і старіння населення загалом спостерігається прискорене зростання ХОЗЛ. Частка ХОЗЛ, як однієї з провідних причин смерті, постійно збільшується. Так, у 1990 р. ХОЗЛ було на 6-му місці серед причин смерті, до 2020 р. переміститься на 3-є місце, до 2030 р., за даними останніх прогнозів, — буде четвертою провідною причиною смерті у світі. Від ХОЗЛ страждає від 8 до 22 % дорослих у віці 40 років і старші. За результатами скринінгових досліджень поширеність ХОЗЛ більша в курців, ніж у тих, хто не курить, в осіб віком понад 40 років та у чоловіків. При цьому суспільство мало знає про цю проблему, а за витратами на наукові дослідження ХОЗЛ перебуває на 13-му місці. Серед усіх хворих з ХОЗЛ тільки в половині встановлений діагноз. Це захворювання справляє величезний негативний економічний вплив: за даними 2011 р., 1/5 частина причин втрати працездатності виникає через ХОЗЛ, середній вік виходу на пенсію при ХОЗЛ — 54 роки (зменшений на 11 років). Збитки становлять 316 000 доларів США на людину. ХОЗЛ є причиною медичних, соціальних та економічних збитків для всього світового суспільства, який, можливо, ще більше виражений в українських реаліях. 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 в непрацездатності з урахуванням тяжкості недуги), ХОЗЛ у 1990 р. займало 12-е місце. На нього припадало 2,1 % усіх втрат, і за прогнозами до 2030 р. це захворювання стане сьомим у рейтингу.

Практика окремого визначення ХОЗЛ у медичній статистиці загальноприйнята в Європі і світі, і ХОЗЛ представлено в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) у рубриці J44. До 2009 р. до рубрики статистичної звітності в Україні не було окремо внесено ХОЗЛ, як самостійну нозологічну одиницю, і дані офіційної статистики наводилися щодо хронічного бронхіту. У результаті поширеність хронічного бронхіту становить 1/6 поширеності усіх хвороб органів дихання загалом. Найбільш постійна тенденція до збільшення захворюваності серед хвороб органів дихання відзначається саме щодо хронічного бронхіту.

Смертність і лікарняна летальність у кілька разів перевищувала аналогічні показники при пневмонії, бронхіальній астмі та астматичних станах. Такі невмотивовано тяжкі наслідки саме хронічного

бронхіту були зумовлені тим, що в статистичну звітність із цього захворювання входила також статистична звітність щодо ХОЗЛ, яке може призводити до тяжких наслідків у медичному та соціальному плані — розвитку тяжкої бронхообструкції, емфіземи, легеневої недостатності, легеневого серця, небажаних системних ефектів, інвалідності, зниження якості життя і передчасної смерті.

Чинники ризику розвитку ХОЗЛ. Зовнішні чинники ризику: куріння впродовж тривалого часу; пасивне куріння; промислові та побутові шкідливі викиди (повітряні поллютанти, гази та продукти згорання біоорганічного палива); часті інфекції в дитячому віці; скрутне соціально-економічне становище. Внутрішні чинники ризику: генетично зумовлений спадковий дефіцит альфа<sub>1</sub>-антитрипсину; гіперреактивність бронхів (супутня бронхіальна астма); незавершений розвиток легень (ускладнення під час вагітності, пологів, обтяжливі обставини розвитку в дитячому віці).

Клінічна картина. Фізикальні методи обстеження низькочутливі й малоінформативні для діагностики ХОЗЛ. Вони стають інформативними, коли ФЗД зменшується на 50—60 % від належного. Наявність хрипів не є критерієм тяжкості захворювання, і часто вони відсутні при стабільному, але наявні при тяжкому ХОЗЛ. У частини пацієнтів у разі тривалого перебігу захворювання відзначають емфізематозну деформацію грудної клітки, обмеження її рухомості під час дихання, участь в акті дихання допоміжних м'язів, послаблення дихальних звуків (послаблене дихання) і подовження фази видиху, тимпаніт при перкусії. При загостренні захворювання можуть з'явитися такі симптоми, як тахіпное, тахікардія, участь в акті дихання допоміжних м'язів, ціаноз тощо. У разі розвитку ускладнень ХОЗЛ (легенева гіпертензія із формуванням легеневого серця (cor pulmonale) з проявами правошлунчкової недостатності) можуть мати місце вибухання яремних вен (венозний пульс) і периферичні набряки.

Діагностичні критерії. ХОЗЛ діагностують у пацієнтів віком понад 35 років і з чинниками ризику (зазвичай куріння), якщо має місце вплив небезпечних чинників виробничого середовища, а також наявний один або більше з характерних симптомів. Відзначають такі характерні симптоми: 1) сильне утруднення дихання (що прогресує або персистує з погіршенням при розвитку респіраторних інфекцій і супроводжується зниженням повсякденної активності); 2) хронічний ка-



## РОЗДІЛ 2

шель (швидкоминуций або щоденний, частіше щоденний; рідко тільки вночі); 3) хронічне виділення мокротиння (практично в будь-якому випадку тривале виділення мокротиння свідчить про ХОЗЛ); 4) гострі бронхіти, що повторюються, переважно взимку; 5) хрипи в легенях при аускультації. У пацієнта з підозрою на ХОЗЛ з'ясовують: чи були спроби зниження маси тіла; чи турбує поганий нічний сон із частими пробудженнями; чи є підвищена дратівливість; чи є набряки нижніх кінцівок; чи є підвищена стомлюваність; чи є професійні ризики (пил, загазованість повітря та ін.); чи є біль у грудній клітці; чи є кровохаркання.

Лабораторні та інструментальні методи дослідження. Наявність і тяжкість бронхіальної обструкції неможливо визначити клінічними методами дослідження. Переконаливо рекомендують застосовувати спірометрію як єдиний об'єктивний метод визначення обструкції та її ступеня. Пікова об'ємна швидкість (ПОШ) не є чутливим тестом визначення функції дихальних шляхів у пацієнта з ХОЗЛ, оскільки вона має широкий діапазон нормальних значень. Пацієнту потрібно провести дослідження в закладі, який надає вторинну медичну допомогу. Виконання спірометрії після вживання 400 мкг бронходилататора (сальбутамолу) та оцінювання показника  $ОФВ_1/ФЖЄЛ$  менше 0,7 (70 %) вказує на наявність стійкої бронхообструкції. Ступінь тяжкості бронхообструкції визначають за  $ОФВ_1$  після вживання бронхолітика, у пацієнта літнього віку  $ОФВ_1/ФЖЄЛ < 0,65—0,7$  без клінічних симптомів може бути нормою. Виконують рентгенографію органів грудної порожнини. Визначають загальний аналіз крові (рівень гемоглобіну, еритроцитів, колірний показник, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), кількість лейкоцитів, лейкоцитарна формула).

Низку досліджень проводять для підтвердження діагнозу і виключення інших захворювань, що мають клінічну картину, схожу з ХОЗЛ: 1) визначення індексу маси тіла (ІМТ) — вимірювання зросту, маси тіла з наступним обчисленням ІМТ; 2) ехокардіографію (ЕКГ), ехокардіоскопію серця; 3) пульсоксиметрію; 4) визначення фактора переносу монооксиду вуглецю — TLCO; 5) комп'ютерну томографію (КТ) органів грудної порожнини; 6) визначення рівня альфа<sub>1</sub>-антитрипсину; 7) пікфлоуметрію (періодичний надомний контроль ПОШ<sub>вид</sub>).

Пульсоксиметрію і пікфлоуметрію необхідно виконувати в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу як допоміжний контроль за станом пацієнта.

Спірометрія є обов'язковим методом дослідження для верифікації діагнозу ХОЗЛ та визначення ступеня тяжкості обмеження дихальних шляхів і разом з іншими дослідженнями може допомогти у визначенні прогнозу і виборі терапевтичної тактики.

Згідно із спірометричною класифікацією ступеня тяжкості обмеження прохідності дихальних шляхів виділяють 4 ступені.

### Класифікація тяжкості обмеження дихальних шляхів при ХОЗЛ

Ступінь	ОФВ <sub>1</sub> після вживання бронхолітика (% від належного)
Легкий	$\geq 80$
Помірний	$50 \leq \text{ОФВ}_1 < 80$
Тяжкий	$30 \leq \text{ОФВ}_1 < 50$
Дуже тяжкий	$\text{ОФВ}_1 < 30$

Рекомендується як критерій наявності бронхообструкції при ХОЗЛ застосовувати зменшення співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ після вживання бронхолітика  $< 70\%$ , а тяжкість бронхообструкції оцінювати, виходячи зі зменшення ОФВ<sub>1</sub>.

### Стадії та ступені тяжкості перебігу ХОЗЛ

Стадія/ступінь тяжкості	Ознаки ХОЗЛ
I, легкий, GOLD	$\text{ОФВ}_1 \geq 80\%$ від належного
II, помірний, GOLD	$50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ від належного
III, тяжкий, GOLD	$30\% \leq \text{ОФВ}_1 < 50\%$ від належного
IV, дуже тяжкий, GOLD	$\text{ОФВ}_1 < 30\%$ від належного

*Примітка.* У разі дуже тяжкого перебігу ХОЗЛ та значного зменшення форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ збільшується і втрачає діагностичну цінність.

**ridmi**  
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

**КУПИТИ**