

УДК 616.233-002.2-071

DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.1.2017.27

Н.В. Черепій

ВИЯВЛЕННЯ ТА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВПЕРШЕ ВСТАНОВЛЕНИМ ДІАГНОЗОМ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Резюме. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на сьогоднішній день у світі біля 210 млн осіб страждає на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Головний фактор ризику ХОЗЛ – паління, що діагностується у 80-90 % випадків. Показники смертності від ХОЗЛ серед осіб, що палять – максимальні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і задишка.

Метою даної роботи було встановити поширеність паління, як основного фактору ризику серед робітників організованого колективу, провести аналіз статевікової структури. Дослідження проводили в декілька етапів. На першому етапі проведено опитування за допомогою оригінальної анкети, створеної на основі опитувальника GOLD (2012, 2015 рр.) та наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р.

Проанкетовано 525 осіб, старше 35 років, що не мали в анамнезі будь-яких хронічних захворювань органів дихання. На наступному етапі в осіб, які набрали 18 та більше балів, проведено спірографію з бронходилататорним тестом із використанням 400 мкг салбутамолу та опитування за модифікованою анкетною оцінкою задишки медичної дослідницької ради (мМДР) і тестом з оцінки ХОЗЛ (ТОХ). Ступінь нікотинової залежності

оцінювали за допомогою тесту Фагерстрема, зацікавленість кинути палити – за формою оцінки паління. Обстежено 136 пацієнтів віком від 38 до 77 років. У групі осіб, що регулярно проходять медичні огляди, недіагностоване ХОЗЛ становить 14,9 %.

Серед опитаних, у яких було вперше діагностовано ХОЗЛ, 53 (67,1 %) особи палили, у тому числі 7 (8,9 %) – це колишні курці. При порівнянні поширеності паління в осіб із виявленим ХОЗЛ та осіб без ХОЗЛ установлено, що в першому випадку курців було достовірно більше.

Пацієнти, що палять, із вперше виявленим ХОЗЛ мають високий ступінь нікотинової залежності (74 %). Серед курців із вперше діагностованим ХОЗЛ 58,7 % зацікавлені кинути палити в значній та деякій мірі. Світова практика показує, що лікування пацієнтів, що страждають на нікотинову залежність, у комплексі з іншими мірами може бути дуже ефективним у зниженні та поширеності тютюнопаління, що, у свою чергу, буде вести до зниження кількості хворих на хронічне захворювання легень.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, рання діагностика, фактори ризику ХОЗЛ, паління.

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на сьогоднішній день у світі біля 210 млн осіб страждає на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [1].

Посідаючи на початок 21-го сторіччя 4-5-те місце, серед причин смертності хворих віком старше 45 років і забираючи життя біля 3 млн осіб на рік ХОЗЛ залишається єдиним найбільш поширеним захворюванням, смертність від якого не лише не знижується, але й продовжує зростати [7, 9]. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року ця хвороба увійде у трійку захворювань, що є провідними за смертністю, зумовлюючи до 4,7 млн смертей на рік у загальній популяції [4].

До факторів ризику ХОЗЛ належать паління, несприятливі умови професійної діяльності та життя, інфекційні чинники, обтяжений сімейний та алергологічний анамнез, погодні умови і кліматичні чинники (туман та підвищена вологість)[5].

Головний фактор ризику ХОЗЛ – паління, що діагностується у 80-90 % випадків. Показники смертності від ХОЗЛ серед осіб, що палять, максимальні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і задишка [8]. Поширеність ХОЗЛ у світі серед чоловіків та жінок, що палять, становить 26,2 та 23,7 % (серед осіб, що не палять – 9,3 та 7,3 % відповідно) [1, 10].

Оцінити масштаби проблеми ХОЗЛ в Україні достатньо складно. У першу чергу, це виклика-

но гіподіагностикою захворювання, особливо на ранніх стадіях, низькою настороженістю у відношенні ХОЗЛ серед медичного персоналу та відсутністю коректних статистичних даних щодо цієї нозології. Тому, вивчення поширеності факторів ризику дозволить привернути увагу лікарів до проблеми ранньої діагностики ХОЗЛ.

Мета дослідження. Встановити поширеність паління, як основного фактору ризику серед робітників організованого колективу, провести аналіз статевікової структури.

Матеріал і методи. Дослідження проводили в декілька етапів. На першому етапі проведено опитування за допомогою оригінальної анкети, створеної на основі опитувальника GOLD (2012, 2015 рр.) та наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 [2]. Питання анкети дозволяють у бальному еквіваленті розподілити пацієнтів залежно від вираженості клінічних проявів респіраторних симптомів та факторів ризику виникнення ХОЗЛ.

Проанкетовано 525 осіб, старше 35 років, що не мали в анамнезі будь-яких хронічних захворювань органів дихання, середній вік (46,7±6,3) років, серед них чоловіків було 291 (55,4 %), середній вік (46,7±6,3) років, жінок – 234 (44,6 %), середній вік – (56,7±4,7) років. Всі проанкетовані працювали в організованому колективі та регулярно, 2 рази на рік, проходили медичні огляди.

На наступному етапі в осіб, які набрали 18 та більше балів, проведено спірографію з бронходилататорним тестом із використанням 400 мкг салбутамолу та опитування за модифікованою анкетною оцінкою задишки медичної дослідницької ради (ММДР) і тестом з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) для визначення клінічної групи ХОЗЛ, що регламентовано наказом МОЗ України №555 від 27.05.2013 р. [2,5]. Ступінь ніотинової залежності оцінювали за допомогою тесту Фагерстрема (табл. 1), зацікавленість кинути палити – за формою оцінки паління (табл. 2), що регламентовано наказом МОЗ України №601 від 3.08.2012 р. [3].

Обстежено 136 пацієнтів віком від 38 до 77 (середній вік – 51,5±0,8). Статеві-вікова характеристика обстежених представлена в таблиці 3.

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

Статистичну обробку отриманих результатів виконували на персональному комп'ютері за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програм Microsoft Excel 2003 і StatSoft „Statistica” v. 6.1, (Ліцензійна версія №BXXR901E246022FA належить медико-діагностичному центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова),

згідно з рекомендаціями [6]. Вірогідними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки p<0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 525 проанкетованих у 216 (41,2 %) осіб виявлено симптоми хронічних неспецифічних захворювань легень. Жінок – 115 (53,2 %), чоловіків – 101 (46,8 %), і серед чоловіків і серед жінок переважали особи віком до 50 років.

При детальному обстеженні 136 пацієнтів із групи з високим ризиком розвитку ХОЗЛ за допомогою використання комп'ютерної спірографії встановлено, що серед обстежених у 79 (58,1 %) пацієнтів за результатами спірографії виявлено зниження індексу Тифно (ОФV₁/ЖЕЛ) менше 70 % та розцінено як вперше встановлений діагноз ХОЗЛ. У 57 пацієнтів (41,9 %), що набрали 18 та більше балів за анкетною, діагноз ХОЗЛ не верифікований (рис. 1).

Серед опитаних, у яких вперше діагностовано ХОЗЛ, 53 (67,1 %) особи палили, у тому числі 7 (8,9 %) – це колишні курці. Отже, за нашими даними, у цих осіб є основний фактор розвитку ХОЗЛ – паління (рис. 2).

При порівнянні поширеності паління в осіб із виявленим ХОЗЛ та осіб без ХОЗЛ встановлено, що в першому випадку курців було достовірно більше – 46 (58,2 %) осіб та 23 (40,4 %) особи відповідно (табл. 4).

Стаж паління (у тому числі і серед колишніх курців) становив (15,07±0,95) років у пацієнтів із

Таблиця 1

Тест на ніотинову залежність

	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	

Таблиця 2

Форма оцінки паління

1. Чи ви палите сигарети?	так	ні			
2. Чи ваша найближча людина палить сигарети?	так	ні			
3. Скільки сигарет ви викурюєте за день?					
4. Як скоро після прокидання ви палите	<30 хв	>30 хв			
5. Наскільки ви зацікавлені в тому, щоб кинути палити?	Ніяк	Трохи	У деякій мірі	Значно	Дуже
6. Якщо ви вирішили повністю кинути палити за наступні два тижні, ви впевнені, що вам це вдасться?	Ні	Трохи	У деякій мірі	Досить впевнений	Дуже

Таблиця 3

Характеристика обстежених осіб

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

Таблиця 4

Поширеність паління серед обстежених осіб

	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



Рис. 1. Частка осіб із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень

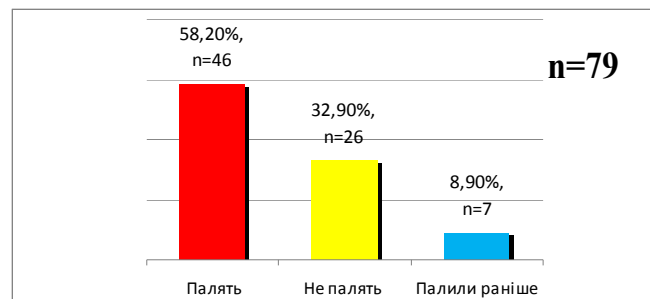


Рис. 2. Частота паління в осіб із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень

вперше виявленим ХОЗЛ та $(18,1 \pm 1,97)$ – в осіб без встановленого діагнозу. Достовірної різниці між цими показниками в даних групах не виявлено ($p=0,50$).

Середня кількість сигарет за добу становила 16 (13; 20) у групі пацієнтів із ХОЗЛ та 14 (10; 18) в осіб без ХОЗЛ. Індекс паління становив 13,5 та 11,2 пачко-років відповідно в осіб із ХОЗЛ та без ХОЗЛ (рис. 3).

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 збігається з даними літератури щодо важливості паління, як фактору формування ХОЗЛ.

За тестом Фагерстрема провели порівняльний аналіз між пацієнтами з ХОЗЛ та без ХОЗЛ і

виявили, що 0-3 бали, які оцінюються як низька нікотинова залежність, у групі осіб із ХОЗЛ не набрав ніхто, а в групі без ХОЗЛ таких осіб було 10 (43 %), середній ступінь нікотинової залежності виявлений у 12 осіб (26 %) із ХОЗЛ та в 7 осіб (30 %) без ХОЗЛ. Більшість пацієнтів (34 особи, 74 %) із вперше виявленим ХОЗЛ мали високий рівень нікотинової залежності, у той час як у групі без ХОЗЛ таких осіб було лише 26 % (6 осіб) (рис. 4).

Отже, пацієнти з виявленим ХОЗЛ мають достовірно вищі бали за тестом Фагерстрема, що свідчить про високий рівень нікотинової залежності.

За формою оцінки паління, оцінили зацікавленість кинути палити серед осіб із ХОЗЛ – у

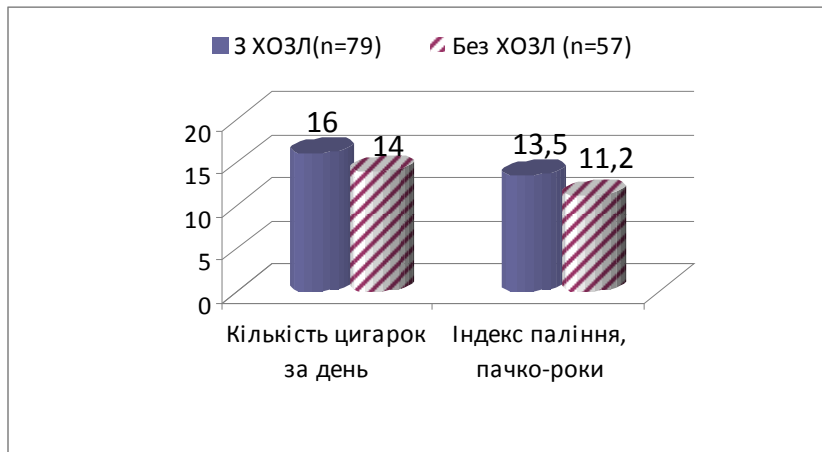


Рис. 3. Кількість цигарок за день та індекс паління в осіб із вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень та без хронічного обструктивного захворювання легень

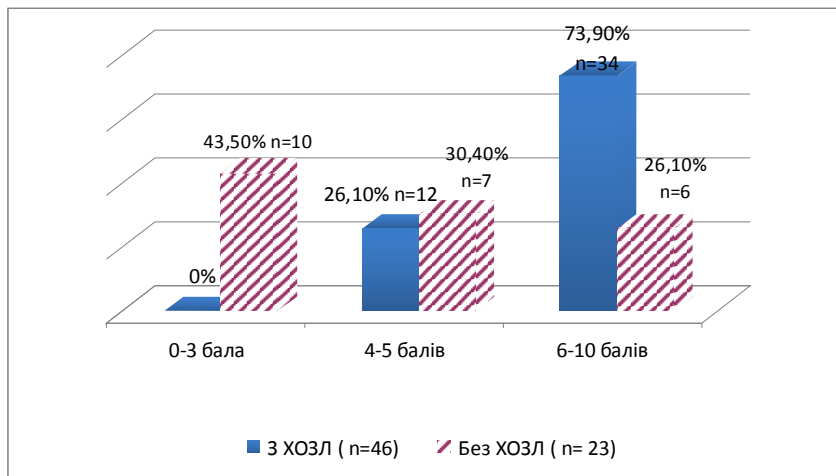


Рис. 4. Порівняльний аналіз результатів, отриманих за допомогою тесту Фагерстрема в осіб із вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень та без хронічного обструктивного захворювання легень

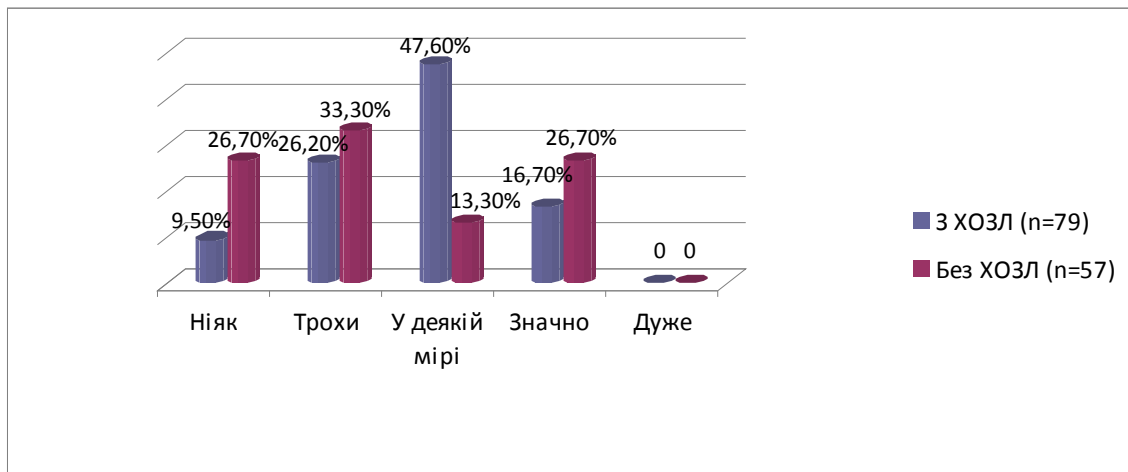


Рис. 5. Оцінка зацікавленості відмовитися від паління в осіб із вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень та без хронічного обструктивного захворювання легень за формою оцінки паління

деякій мірі та значно хочуть кинути палити 27 осіб – (58 %), зовсім не хочуть – 4 особи (9 %), а в пацієнтів без ХОЗЛ – 21 особа (36,6 %) та 15 осіб (26,7 %) відповідно (рис. 5).

Попри високий рівень ніотинової залежності встановлено, що особи з вперше верифікованим діагнозом достовірно частіше виявляють бажання кинути палити ($p=0,01$) (рис. 5), що по-

винно спонукати сімейних лікарів ширше впроваджувати у своїй практиці антисмокінгові програми.

Висновки

1. У групі осіб, що регулярно проходять медичні огляди, не діагностоване хронічне обструктивне захворювання легень становить 14,9 %.

2. Серед опитаних, у яких вперше діагностовано хронічне обструктивне захворювання легень, 53 (67,1 %) особи палили, у тому числі 7 (8,9 %) – це колишні курці. При порівнянні поширеності паління в осіб із виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень та осіб без хронічного обструктивного захворювання легень встановлено, що в першому випадку курців достовірно більше.

3. Пацієнти, що палять, із вперше виявленим хронічним обструктивним захворюванням легень мають високий ступінь нікотинової залежності (74 %). Серед курців із вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень 58,7 % зацікавлені кинути палити в значній та деякій мірі.

Перспективи подальших досліджень. Світова практика показує, що лікування пацієнтів, які страждають на нікотинову залежність, у комплексі з іншими засобами – заборонаю на паління в громадських місцях, високою вартістю тютюнових виробів, високим оподаткуванням тютюнових компаній, заборонаю на рекламу тютюну, інформуванням населення про наслідки його вживання – може бути дуже ефективно в зниженні та поширеності тютюнопаління, що, у свою чергу, буде вести до зниження кількості хворих на хронічні захворювання легень.

Література

1. Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Я. Дзюблик, В.Г. Гаврисюк // Здоров'я України. – 2015. – № 20 (369). – С. 10-11
2. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних доку-

ментів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень". – С. 6-54.

3. 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". – С. 9-44.
4. 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. – К., 2011. – 34 с.
5. Современные подходы к диагностике и лечению ХОЗЛ: украинские специалисты стараются идти в ногу со временем: материалы II Наук.-практ. конф. [«Актуальні проблеми лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень»] (К., 12 квітня 2012 р.). Нац.ін-т фтиз. та пульм. ім. Ф. Г. Яновського НАМН України // Здоров'я України. – 2012. – № 10 (287). – С. 20-22.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / Реброва О.Ю. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 269 с.
7. Bourbeau J. Preventing hospitalization for COPD exacerbations / J. Bourbe // Semin. Respir. Crit. Care Med. – 2010. – Vol. 31, № 3. – P. 313-320.
8. COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program / S. Sidney, M. Sorel, C. P. Quesenberry [et al.] // Chest. Bourbeau J. – 2005. – Vol. 128. – P. 2068-2075.
9. Kim S.J. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with systemic inflammation [Elektronic resourse] / S.J. Kim // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2011. – Sep. – № 15 (9). – P. 1265-1270.
10. Rashton L. Occupational causes of obstructive pulmonary disease / L. Rashton // Rev Environ Health. Bourbeau J. – 2007. – № 11 – P. 195-212.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ

Н.В. Череный

Резюме. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на сегодняшний день в мире около 210 млн человек страдает хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ). Главный фактор риска ХОЗЛ – курение, что диагностируется в 80-90 % случаев. Показатели смертности от ХОЗЛ среди курящих максимальны, у них быстрее развивается обструкция дыхательных путей и одышка.

Целью данной работы было установить распространенность курения, как основного фактора риска среди рабочих организованного коллектива, провести анализ половозрастной структуры. Исследования проводили в несколько этапов. На первом этапе проведен опрос с помощью оригинальной анкеты, созданной на основе опросника GOLD(2012, 2015 гг) и приказа МЗ Украины № 555 от 27.06.2013 г.

Проанкетированы 525 человек, старше 35 лет, не имевших в анамнезе каких-либо хронических заболеваний органов дыхания. На следующем этапе у лиц, которые набрали 18 и более баллов, была проведена спирография с бронходилатационным тестом с использованием 400 мкг сальбутамола и проведен опрос по модифицированной анкете оценки одышки медицинского исследовательского совета и тестом по оценке ХОЗЛ (ТОХ). Степень никотиновой зависимости оценивали с помощью теста Фагерстрема, заинтересованность бросить курить – по форме оценки курения. Обследовано 136 пациентов в возрасте от 38 до 77 лет. В группе лиц, которые регулярно проходят медицинские осмотры, недиагностированное ХОЗЛ составляет 14,9 %.

Среди опрошенных, у которых впервые диагностировано ХОЗЛ 53 (67,1 %) человека курили, в том числе 7 (8,9 %) – это бывшие курильщики. При сравнении распространенности курения у лиц с выявленным ХОЗЛ и лиц без ХОЗЛ установлено, что в первом случае курящих было достоверно больше.

Пацієнти, які курять, уперше виявленні ХОЗЛ мають високу ступінь нікотинової залежності (74 %). Серед курців з вперше діагностованим ХОЗЛ 58,7 % зацікавлені бросити курити в значительной и некоторой степени. Мировая практика показывает, что лечение пациентов, страдающих никотиновой зависимостью, в комплексе с другими мерами может быть очень эффективным в снижении и распространенности табакокурения, что, в свою очередь, будет вести к снижению количества больных на хронические заболевания легких.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ранняя диагностика, факторы риска ХОЗЛ, курение.

IDENTIFICATION AND ASSESSMENT OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE RISK FACTORS IN FIRST DIAGNOSED PATIENTS*N.V. Cherepii*

Abstract. According to the World Health Organization (WHO), today about 210 million people are suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) worldwide. The main risk factor of COPD is smoking, registered in 80-90 % of cases. Smokers have the highest mortality from COPD, they develop airway obstruction and dyspnea more quickly.

The objective of this study is to establish the prevalence of smoking as a major risk factor among employees of an organized group, and to assess gender and age structure. The study was conducted in several phases. In the first phase, we interviewed the population using the original questionnaire, created on the basis of GOLD questionnaire (2012, 2015) and Order of the MOH of Ukraine No. 555 of 27 June 2013.

We questioned 525 people over 35, who had not had the history of any chronic respiratory disease. In the next phase, individuals who scored 18 or more points, were subjected to a spirometry with bronchodilatation test using salbutamol 400 µg and a passed a survey using a modified medical research council dyspnea scale (mMRC) and COPD assessment test (CAT). A degree of nicotine dependence was assessed using a Fagerstrom test, and an interest to quit smoking – according to smoking evaluation form. The study involved 136 patients aged 38 to 77 years. In the group of individuals, who regularly passed medical examinations, undiagnosed COPD was detected in 14,9 % of subjects.

Among respondents who were first diagnosed COPD, 53 (67.1%) individuals were smokers, including 7 (8,9 %) former smokers. When compared the prevalence of smoking in individuals diagnosed COPD to those without COPD, we found significantly more smokers attributed to the first group.

Smoker patients with first diagnosed COPD had a high degree of nicotine dependence (74 %). Among smokers with newly diagnosed COPD, 58,7 % of patients presented significant and moderate desire to quit smoking. World practice shows that treatment of patients suffering from nicotine dependence in combination with other measures may be very effective in reducing the prevalence of smoking, which in turn will lead to reduction in the number of patients with chronic lung disease.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, early diagnostics, COPD risk factors, smoking.

Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – проф. Л.Д. Тодоріко

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 1. – P. 121-126

Надійшла до редакції 21.03.2017 року