



М.О. Кулінич-Міський, М.М. Островський, О.І. Варунків,
І.О. Савеліхіна, Г.З. Корж, А.Б. Зубань
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Сучасні аспекти діагностики і лікування хронічного обструктивного захворювання легень у світлі нових міжнародних рекомендацій GOLD

Наведено літературний огляд із проблем лікування хронічного обструктивного захворювання легень. Наведено рекомендації «Глобальна стратегія: діагностика, лікування і профілактика ХОЗЛ (GOLD)» Європейського респіраторного товариства (ERS) та «Протокол надання медичної допомоги з діагностики і лікування ХОЗЛ». Наголошено на важливості використання сучасних технологій для лікування хронічного обструктивного захворювання легень.

Ключові слова

Хронічне обструктивне захворювання легень, рекомендації, лікування.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — одна з обтяжливих хвороб щодо інвалідності та економічних витрат, друга за поширенням інфекційна недуга у світі — посідає четверте місце в структурі смертності й характеризується стійкою тенденцією до зростання в майбутньому кількості хворих через поширення шкідливих звичок та збільшення тривалості життя [1, 3]. Згідно з оприлюдненими даними, у нашій державі утримується негативна тенденція щодо смертності внаслідок досліджуваної нозології [2, 4, 5]. Згадана патологія посідає шосте місце серед причин смертей населення Земної кулі, а в «Європейській білій книзі легень» Україна представлена як одна з країн із найвищим рівнем смертності чоловіків унаслідок патології дихальних шляхів [9]. Слід зауважити, що рівень внутрішньогоспітальної летальності за досліджуваної патології також залишається високим (0,89 %), а це можна порівняти з таким при пневмоніях (1,21 %), що вказує на недоліки як на стадії ранньої діагностики, стаціонарного лікування, так і на етапі постійної базової терапії [2].

Визначення ХОЗЛ з'явилося не одразу. Тільки за останні півстоліття практичним лікарям пропонували використовувати різні терміни, а саме: хронічне неспецифічне захворювання легень, хронічна пневмонія, неспецифічний обструктивний бронхіт, хронічне обструктивне захворювання легень, тобто ХОЗЛ [1]. Відповідно до визначення 2001 р., ХОЗЛ — хвороба, якій можна запобігти і яку можна лікувати, що характеризується персистентним обмеженням швидкості руху повітря, зазвичай прогресує і зв'язана з підвищеною хронічною запальною відповіддю легень на дію патогенних частинок чи газів. Загострення її і супутня патологія можуть впливати на загальну картину тяжкості ХОЗЛ.

Дані епідеміологічних досліджень за останні 10 років свідчать про високу поширеність ХОЗЛ (3–11 % у людей, що не курять). Поряд із високою поширеністю надзвичайно важливою характеристикою ХОЗЛ є його надзвичайно прогресивний перебіг та інвалідизація пацієнтів. Посідаючи на початку XXI ст. 4–5-те місце серед причин смертності пацієнтів віком понад 45 років і забираючи життя майже 3 млн людей на рік, ХОЗЛ залишається єдиною із найпоширеніших хвороб, смертність від якої не тільки не знижу-

ється, а продовжує рости. За прогнозом ВООЗ, до 2020 р. вона буде в першій трійці хвороб-лідерів щодо смертності, спричинюючи майже 4,7 млн смертей на рік. Захворюваність і смертність пацієнтів із ХОЗЛ продовжує зростати в усьому світі, що насамперед пов'язано з поширенням куріння. Велике медико-соціальне значення ХОЗЛ стало причиною видання з ініціативи ВООЗ міжнародного документа-згоди, присвяченого діагностиці, лікуванню та профілактиці захворювання, які засновані на принципах доказової медицини — Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [10]. На підставі цього документа видано наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія», який регламентує основні питання діагностики і лікування низки хвороб органів дихання, зокрема й ХОЗЛ.

ХОЗЛ належить до екологічно зумовлених хвороб і виникає під впливом різних чинників ризику, основним з яких є куріння. Встановлено, що морфологічні зміни при ХОЗЛ виявляються найбільшим ураженням дистальних відділів дихальних шляхів, паренхіми легень і судин із формуванням емфіземи [6]. Початкове зниження швидкості повітряного потоку може бути зворотним під дією бронходилататорів. Проте з часом бронхіальна обструкція за ХОЗЛ наростає і може стати повністю незворотною. В основі її розвитку лежать різноманітні механізми: в дебюті переважають мукоциліарна дисфункція і бронхоспазм, але основну роль відіграє запалення, притаманне ХОЗЛ усіх ступенів тяжкості, характер якого відрізняється від такого при бронхіальній астмі. Вагома роль у розвитку і становленні захворювання належить окисному стресу.

У GOLD перегляду 2011 р. (далі — GOLD-2011) визначено основні ознаки, що дають змогу запідозрити згадане захворювання: хронічний кашель із виділенням мокротиння і задишка, що виникають у разі чинників ризику. До останніх зараховують:

- куріння (зокрема популярних сумішей тютюну), яке на сьогодні найпоширеніше і є значним чинником ризику (90 % курців хворіють на ХОЗЛ). У курців частіше бувають респіраторні симптоми і розлади дихальних функцій, зменшення об'єму форсованого видиху за 1 с (ОФВ₁) і підвищена смертність унаслідок ХОЗЛ порівняно з тими, хто не курить. Інші види куріння (куріння трубки, сигар, кальяну, марихуани) теж є чинниками ризику захворювання;

- забруднення повітря в приміщенні внаслідок згорання біоорганічного палива для приготування їжі та обігрівання осель з недостатньою вентиляцією;

- професійна шкідливість (дія органічного та неорганічного пилу, хімічних агентів, диму).

Хронічний кашель — найбільш ранній симптом, який виявляють у віці 40–50 років, часто сприймають як наслідок куріння чи дії чинників довкілля. Спочатку кашель може бути епізодичним, але згодом з'являється щодня, нерідко протягом усієї доби, рідше виникає вночі, частіше — під час фізичних навантажень. У деяких випадках значне зниження швидкості повітряного потоку може розвинутися і без кашлю.

Мокротиння зазвичай виділяється в невеликій кількості (рідко понад 50 мл/добу), переважно зранку після серії кашльових поштовхів, має слизовий в'язкий характер. Нерідко оцінити продукцію мокротиння важко, оскільки хворі можуть його заковтувати частіше, ніж випльовувати. Будь-який випадок хронічного відходження мокротиння може свідчити про бронхоектази. Гнійний характер може вказувати на підвищення рівня медіаторів запалення і загострення хвороби. Поява крові в мокротинні дає змогу запідозрити рак легень, туберкульоз чи бронхоектатичну хворобу, хоча прожилки крові під час кашлю можливі й у разі ХОЗЛ унаслідок пошкодження капілярів.

Задишка — провідна ознака ХОЗЛ, яка часто є й основною причиною звернення до лікаря. Цей симптом з'являється на 10 років пізніше від кашлю, посилюється під час фізичних навантажень, прогресує з часом і в міру порушення функції легень. У типових випадках хворі описують задишку як відчуття збільшення зусиль для дихання, тяжкість, нестачу повітря, задуху. Задишка — найважливіший симптом ХОЗЛ, основна причина інвалідації пацієнтів і скарг, зв'язаних із хворобою.

Свистяче дихання і відчуття стискання в грудній клітці відносно не характерні для ХОЗЛ і можуть змінюватися з дня на день, а також протягом доби. Дистанційні хрипи можуть виникати в ларингеальній ділянці й зазвичай не супроводжуються патологічними аускультативними феноменами. При цьому в низці випадків прослуховуються сухі інспіраторні чи експіраторні хрипи. Відчуття стискання в грудній клітці часто виникає під час фізичного навантаження, можливо, через скорочення міжреберних м'язів.

Для діагностики ХОЗЛ, відповідно до GOLD-2011, рекомендують попросити пацієнта відповісти на п'ять головних запитань:

- вам понад 40 років?

- чи курите?
- чи кашляєте зранку?
- чи відкашлюєте мокротиння?
- чи є задишка під час фізичного навантаження?

Три позитивні відповіді дають підстави для підозри на ХОЗЛ.

Під час аналізу історії хвороби пацієнта з діагностованою ХОЗЛ чи підозрою на неї треба оцінити:

- вплив чинників ризику (куріння, професійні шкідливості, довкілля);
- інформацію в анамнезі про бронхіальну астму, алергійні хвороби, синусит, поліпи порожнини носа, респіраторні хвороби органів дихання;
- сімейний анамнез стосовно ХОЗЛ чи інших хронічних хвороб органів дихання;
- характер розвитку симптомів (у типових випадках ХОЗЛ розвивається в дорослому віці, більшість пацієнтів скаржаться на наростання задишки, часті простудні захворювання взимку і деякі соціальні обмеження протягом багатьох років до звертання по медичну допомогу);
- вказівки на попередні загострення чи госпіталізацію з приводу захворювань органів дихання (хворий може вказувати на періодичне загострення симптомів, не знаючи, що вони пов'язані з ХОЗЛ);
- супутню патологію (хвороби серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, остеопороз, злоякісні пухлини, які також можуть обмежувати фізичну активність);
- вплив хвороби на якість життя (обмеження фізичної активності, пропуски роботи і пов'язані з цим економічні збитки, труднощі у виконанні сімейних рутинних обов'язків, зниження загального благополуччя і сексуальної активності, депресія чи, навпаки, збудження);
- можливості соціальної та сімейної підтримки пацієнта;
- можливість зменшення впливу чинників ризику.

Для підтвердження діагнозу потрібне спірометричне дослідження, яке посідає провідне місце у діагностиці ХОЗЛ і об'єктивній оцінці ступеня тяжкості хвороби. Для визначення характеру обструктивних порушень функції зовнішнього дихання вимірюють ОФВ₁, форсовану життєву ємність легень і визначають співвідношення цих показників. Це найчутливіший параметр оцінки обмеження повітряного потоку. ОФВ₁/ФЖЄЛ менше від 70 % (визначають після застосування в період ремісії хвороби препарату короткої дії, що розширює бронхи) свідчить про обструктивні порушення незалежно від ступеня тяжкості ХОЗЛ і є ранньою ознакою

обмеження повітряного потоку навіть за збереження ОФВ₁ понад 80 %.

У GOLD-2011 вказано, що хоча для діагностики і визначення ступеня тяжкості ХОЗЛ вимагають проведення постбронходилатаційної спірометрії, показник оборотності обмеження повітряного потоку більше не рекомендують для діагностики ХОЗЛ, диференціальної діагностики з бронхіальною астмою або прогнозування відповіді на тривалу терапію препаратами, які розширюють бронхи, чи глюкокортикостероїдами.

Ступені тяжкості ХОЗЛ класифікують залежно від обмеження повітряного потоку, за даними спірометрії.

У GOLD-2011 стосовно обмеження повітряного потоку слово «стадія» замінено на «ступінь», оскільки тяжкість захворювання — ширше поняття, ніж ступінь порушення бронхіальної прохідності.

Оцінка ХОЗЛ передбачає визначення:

- ступеня тяжкості хвороби;
- її вплив на стан здоров'я пацієнта.

Під час оцінки ХОЗЛ треба розглядати такі аспекти:

- ступінь виразності симптомів;
- погіршення показників спірометрії;
- ризик виникнення загострень;
- наявність супутніх захворювань.

Лікувальна терапія показана для запобігання і контролювання симптомів, зниження тяжкості загострень, поліпшення стану здоров'я і переносності фізичного навантаження.

Як свідчать результати клінічних досліджень, на сьогодні жоден препарат не дає змоги на тривалий термін запобігти зниженню функції легень. Перелік препаратів, рекомендованих для підтримувальної терапії, невеликий. Це бронходилататори короткої і тривалої дії, інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГ), комбіновані препарати, антиоксиданти і вакцини.

Перевагу надають інгаляційному шляху введення ліків — бронхолітичних, інгаляційних кортикостероїдів, комбінованих препаратів. Рекомендують спейсери великого об'єму. Небулайзери дають змогу використовувати високі дози препаратів та діставати терапевтичну відповідь за короткий проміжок часу, а також домогтися одночасного надходження кисню у контур (за потребою) (таблиця).

На I стадії для контролю нападів задишки та кашлю пацієнтам із інтермітуючими симптомами за потребою призначають інгаляційний бронхолітик короткої дії (сальбутамол, фенотерол, іпратропіум або їхні комбінації — іпратропіум + сальбутамол, іпратропіум + фенотерол).

Таблиця. Схема фармакотерапії залежно від тяжкості ХОЗЛ

I стадія	Уникати чинників ризику, кинути курити, зробити протигрипозну вакцинацію Призначити бронхолітик короткої дії в разі потреби
II стадія	Додати планово 1–2 бронхолітики пролонгованої дії + реабілітація
III стадія	Додати інгаляційний ГКС у разі частих загострень, у разі 3–4 загострень на рік призначити системні ГКС в еквіваленті 30 мг преднізолону. Поряд із системними ГКС додати інгібітор ФДЕ-4 рофлуміласт у дозі 500 мкг/добу (постійно)
IV стадія	У разі хронічної легеневої недостатності (ХЛН) додати тривалу кисневу терапію. Розглянути питання про хірургічне лікування

На II стадії лікування доповнюють регулярним (на базовій основі) використанням одного або більше інгаляційних бронхолітиків пролонгованої дії різних фармакологічних груп (сальметерол, формотерол, тіотропіум або їхні комбінації). За неможливості регулярного застосування інгаляційних бронхолітиків пролонгованої дії варто замінити їх інгаляційними бронхолітиками короткої дії на регулярній основі, але це менш ефективно.

На III–IV стадіях із постбронходилатаційним $\text{ОФВ}_1 < 50\%$ та з частими загостреннями додатково до бронхолітиків призначають базове лікування інгаляційними ГКС (беклометазон, будесонід, флутиказон, мометазон) у помірних та високих дозах. Можна використовувати комбіновані форми (інгаляційний ГКС + β_2 -агоніст пролонгованої дії). У разі 3–4 загострень ХОЗЛ на рік посилити терапію шляхом призначення системних ГКС у еквіваленті 30 мг преднізолону. Поряд із системними ГКС додати інгібітор ФДЕ-4 рофлуміласт у дозі 500 мкг/добу (постійно).

На IV стадії додають тривалу киснетерапію. За виразної емфіземи легень, наявності великих емфізематозних бул розглядають питання про хірургічне лікування.

Бронхолітики поліпшують бронхіальну прохідність, зменшують гіпервентиляцію, підвищують фізичну витривалість. Вони є провідними в терапії ХОЗЛ — як базовій, так і в разі окремих гострих симптомів. Тривале застосування пролонгованих бронхолітиків (β_2 -агоніста чи холінолітика) або їхнє поєднання залежно від тяжкості ХОЗЛ позитивно впливає на функцію дихання (поліпшується бронхіальна прохідність, зменшується гіпервентиляція легень, оптимізується структура загальної ємності легень) та задишку — найбільш обтяжливий симптом ХОЗЛ; підвищує фізичну витривалість; поліпшує загальний стан здоров'я та якість життя хворих; зменшує кількість загострень та госпіталізацій.

Інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамолу сульфат, фенотеролу гідробромід) порівняно швидко починають давати бронхолі-

тичний ефект, який залежить від дози і триває 4–6 год.

Пролонгованої дії інгаляційні β_2 -агоністи (сальметерол, формотеролу фумарат) справляють сильніший і сталіший ефект протягом 12 год і більше, мають деяку протизапальну дію.

Інгаляційний холінолітик короткої дії (іпратропію бромід) характеризується дозозалежним ефектом із повільнішим початком і більшою тривалістю дії, ніж β_2 -агоністи короткої дії. Є препаратами вибору при вірус-індукованих загостреннях ХОЗЛ.

Холінолітик тривалої дії (тіотропіуму бромід) протягом 24 год і більше виявляє сталий, значно сильніший бронхолітичний ефект, ніж іпратропіум, справляє деякий протизапальний вплив.

Ксантини (аерофілін, теофілін) мають меншу бронхолітичну дію, потенційно токсичні. Можуть зумовити додаткову бронходилатацію, дають певний протизапальний ефект, посилюють дихальні м'язи. Це препарати другої лінії, їх можна додавати до попередньо призначених бронхолітиків першого вибору.

Глюкокортикостероїди (будесонід, флутиказону пропіонат). У тривалій базовій терапії призначають інгаляційні ГКС за специфічними показаннями — $\text{ОФВ}_1 < 50\%$. Пропонують 6–12-тижневий пробний курс із інгаляційними ГКС для виявлення пацієнтів, які можуть позитивно відреагувати на тривалу інгаляційну ГКС-терапію. У монотерапії інгаляційні ГКС не призначають, оскільки вони не зменшують поступового прогресування бронхообструкції.

Комбінація інгаляційних ГКС та β_2 -агоністів пролонгованої дії ефективніша, ніж кожний із компонентів окремо.

Оксигенотерапія. Потребу в оксигенотерапії у разі ХОЗЛ визначають із урахуванням ступеня тяжкості захворювання, виразності клінічних симптомів, повноцінності та ефективності базисної терапії, ступеня ЛН та кисневого балансу крові. Абсолютні показання для призначення тривалої малопоточної оксигенотерапії: $\text{PaO}_2 < 55$ мм рт. ст., або $\text{SaO}_2 < 88\%$ з/без гіперкапнії, або $\text{PaO}_2 55$ – 60 мм рт. ст., або $\text{SaO}_2 < 89\%$ за ЛГ;

периферичні набряки внаслідок серцево-судинної недостатності або поліцитемії (гематокрит $> 55\%$). Оксигенотерапію рекомендують для підвищення базального рівня PaO_2 як мінімум до 60 мм рт. ст. в стані спокою та/або SaO_2 як мінімум до 90%. Пацієнтам із ХОЗЛ ІV стадії (з дуже тяжким перебігом) призначають: тривалу планову оксигенотерапію (> 15 год на добу), оксигенотерапію на тлі фізичного навантаження, для зняття гострої задишки (наприклад, у разі тяжкого загострення). Тривала оксигенотерапія у тяжких випадках ХОЗЛ із хронічною ЛН запобігає розвитку ЛГ, поліпшує психоемоційний стан, підвищує фізичну витривалість та виживаність.

Новим напрямом респіраторної підтримки є неінвазивна вентиляція легень (НВЛ) — вентиляційна підтримка без встановлення штучних дихальних шляхів, що дає змогу безпечно та ефективно розвантажити дихальні м'язи, відновити газообмін та зменшити диспное у хворих із гострою ЛН. Під час НВЛ респіратор подають за допомогою назальної або лицьової маски, хворий притомний, не потребує седативних та міорелаксуючих препаратів. Маскова вентиляція комфортніша, ніж звичайна ШВЛ: хворий може розмовляти, їсти, відкашлювати харкотиння. НВЛ можна швидко зупинити, а також відновити за потреби.

Хірургічне лікування. Булектомія (з попередньою томографією легень, спірографією, аналізом газового складу крові, визначенням показань та безпечності для конкретного пацієнта) за наявності емфізематозних бул зменшує задишку і поліпшує ФЗД. Трансплантацію легені проводять пацієнтам у разі $\text{ОФВ}_1 < 35\%$, $\text{PaO}_2 < 7,3\text{--}8,0$ кПа (55–60 мм рт. ст.), $\text{PaCO}_2 > 6,7$ кПа (50 мм рт. ст.), ознак вторинної ЛГ. Оперативну корекцію легеневого об'єму призначають з метою паліативного хірургічного лікування.

Особливість ХОЗЛ полягає в тому, що історія його розвитку може нараховувати кілька десятиліть. Хвороба тривалий час може перебігати без яскравих клінічних ознак, активних скарг пацієнта на кашель і виділення мокротиння, збільшення маси тіла. Появу задишки пояснюють віковими змінами. Оскільки пацієнти звертаються по медичну допомогу в період загострень, лікар загальної практики повинен не тільки вчасно діагностувати ХОЗЛ, а й рекомендувати адекватну терапію для тривалого лікування.

Часто спостерігають обструкцію дихальних шляхів при ХОЗЛ із гіпоксією, яка швидко наростає, і хворий потребує невідкладної допомоги. Ефективність останньої значно залежить від адекватності вибору лікарського препарату і

способу доставки до легень. У разі загострення ХОЗЛ найчастіше використовують три класи препаратів: бронхорозширювальні, глюкокортикоїди та антибіотики (за показаннями).

Донедавна традиційним у лікуванні бронхіальної обструкції, особливо тяжкої, був системний прийом глюкокортикоїдів у великих дозах, амінофіліну внутрішньовенно в поєднанні з великою кількістю інфузійних розчинів. Проте застосування препаратів групи метилсантинів супроводжується виразними побічними ефектами, а позитивна дія їх на функцію легень і клінічні наслідки помірні й непостійні. Безконтрольний прийом теофіліну зумовлює порушення з боку серцево-судинної системи (тахікардію, аритмію). Внутрішньовенне введення метилсантинів (теофілін, амінофілін) вважають терапією другої лінії і рекомендують лиш в окремих випадках, за недостатнього ефекту від бронхорозширювальних препаратів короткої дії.

Прийом антихолінергічних препаратів і/або агоністів β_2 -адренорецепторів у формі дозованого аерозолю для полегшення дихання пацієнтів із тяжкою обструкцією дихальних шляхів під час загострення ХОЗЛ не забезпечує оптимального доступу лікарських препаратів через порушення в координації дихання. Ситуація істотно змінилася з появою нового способу доставки лікарського препарату через небулайзер (систему для розпилення медикаментів і доставки їх у дихальні шляхи), який забезпечує перехід рідкої лікарської форми в аерозоль з розміром частинок 3–5 мкм (лат. *nebula* — туман, туманотворення). Цим досягають високої місцевої активності інгаляційних засобів, що дає змогу ефективно усувати бронхоспазм і значно зменшувати частоту системних побічних ефектів лікарських препаратів. Небулайзерна терапія під час загострення ХОЗЛ і бронхіальної астми дає змогу місцево вводити лікарські препарати у високих дозах для отримання швидкого ефекту. Засіб, що розпилюється, практично не всмоктується в кров і не справляє побічного впливу на інші органи і системи, що можливе в разі застосування таблетованих та ін'єкційних препаратів. Інгаляцію проводять за допомогою маски чи загубника. Як «робочий газ» використовують повітря або кисень (середня швидкість потоку 6–8 л/хв). Деякі препарати доступні в розчинах для небулайзера, і у пацієнтів зі значною легеневою гіпервентиляцією (відповідно низькою швидкістю потоку на вдиху) небулайзерна терапія може мати переваги. За тяжкого загострення ХОЗЛ вона є альтернативою парентеральному введенню лікарських засобів. Препарати для небулайзерної терапії випускають у спеціальних контейнерах — небулах.

Перевагами небулайзерної терапії є можливість доставки препарату у високих дозах у дрібнодисперсній аерозольній формі безпосередньо в осередок ураження (дрібні бронхи і бронхіоли), відсутність потреби у форсованих маневрах і чіткій координації вдиху з вивільненням препарату. Застосування небулайзера доцільне в ситуації, коли через стан пацієнта і його вік (дитячий, літній) та неможливість застосування портативних засобів доставки аерозолу не вдається правильно використовувати інші інгалятори. Небулайзерна терапія ефективно знімає загострення ХОЗЛ не тільки в стаціонарних, а і в амбулаторних умовах.

В останнє десятиліття в низці рандомізованих контрольованих досліджень отримано докази ефективності системних глюкокортикоїдів під час загострення ХОЗЛ: поліпшення функціональних показників, зниження ризику невдалої терапії, зменшення тривалості перебування хворого в стаціонарі [10, 12]. Тому міжнародні документи рекомендують застосовувати системні (внутрішньовенні і пероральні) глюкокортикоїди у всіх пацієнтів під час загострення ХОЗЛ, починаючи від II ступеня тяжкості. Згідно з наказом МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія», альтернативою системних глюкокортикоїдів під час загострення ХОЗЛ є глюкокортикоїди в небулайзерах.

Пацієнтів із загостреннями середнього ступеня тяжкості ХОЗЛ зазвичай госпіталізують, лікування проводять за такою схемою:

- бронхорозширювальні препарати: агоніст β_2 -адренорецепторів короткої дії і/або іпратропіуму бромід через дозований інгалятор чи небулайзер у режимі «за вимогою». За неефективності можливе внутрішньовенне введення амінофіліну;
- оксигенотерапія (за сатурації кисню $< 90\%$);
- глюкокортикоїди—преднізолон у дозі 30–40 мг *per os* протягом 10–14 днів. За неможливості перорального прийому — еквівалентна доза внутрішньовенно (до 14 днів). Обговорення можливості призначення ІГ через дозований інгалятор чи небулайзер (після завершення курсу лікування системними глюкокортикоїдами);
- антибіотики (за показаннями) [6, 10].

Муколітична та антиоксидантна терапія мають менш вагоме значення для лікування пацієнтів із ХОЗЛ порівняно з прийомом бронхорозширювальних препаратів і глюкокортикоїдів. Вона суттєво не впливає на функцію легень, проте доведено, що прийом ацетилцистеїну зменшує кількість загострень при ХОЗЛ.

Вакцинація протигрипозною вакциною здатна зменшувати тяжкість перебігу і знизити кількість хворих майже на 50% [6].

Таким чином, будучи тяжким захворюванням з інвалідизацією, ХОЗЛ все ж таки піддається профілактиці і лікуванню.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».
2. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2001–2005 рр. / АМН України. Центр медичної статистики. Ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського.— К., 2006.— 45 с.
3. Фещенко Ю.І., Яшина Л.А. Хроническое обструктивное заболевание легких // ДОКТОР.— 2004.— № 2.— С. 27–30.
4. Фещенко Ю.І., Яшина Л.А., Горovenko Н.Г. и др. Хроническое обструктивное заболевание легких: можно ли предотвратить проблему? // Здоров'я України.— 2006.— № 11–12.— С. 17–19.
5. Фещенко Ю.І. Хронічні обструктивні захворювання легень: проблемні питання // Нова медицина.— 2005.— № 1— С. 18–20.
6. Celli B.R., MacNee W. ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper // Eur. Respir. J.— 2004.— Vol. 23.— P. 932–946.
7. Celli B.R., Thomas N.E., Anderson J.A. et al. Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in COPD results from the TORCH study // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 2008, Aug. 15.— Vol. 178, N 4.— P. 322–328.
8. Decramer M., Molenberghs G. Does pharmacotherapy reduce the rate of decline of lung function in COPD? // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 2009.— Vol. 179.— P. 171.
9. European Lung WHITE BOOK. The First Comprehensive Survey on respiratory health in EUROPE.— 2003.— P. 325–397.
10. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (revised 2011), (2012) А.С. Белевский (пер.) Российское респираторное общество, Москва, 80 с.
11. Nelson H.S. (2001) Combination treatment of asthma // J. Allergy Clin. Immunol.— Vol. 107.— P. 397–416.
12. Spenser S., Carverley P.M., Burge P.S., Jones P.W. (2004) Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD // Eur. Respir. J.— Vol. 23 (5)— P. 698–702.

М.О. Кулинич-Миськів, Н.Н. Островский, О.И. Варункив, І.О. Савелихіна, Г.З. Корж, А.Б. Зубань
ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Современные аспекты диагностики и лечения хронического обструктивного заболевания легких в свете новых международных рекомендаций GOLD

Приведен літературний огляд по проблемам лічення хронічного обструктивного захворювання легких. Представлені рекомендації «Глобальна стратегія: діагностика, лічення і профілактика ХОЗЛ (GOLD)» Європейського респіраторного товариства (ERS) і «Протокол надання медичної допомоги по діагностиці і ліченню ХОЗЛ». Відзначено важливість використання сучасних технологій при ліченні хронічного обструктивного захворювання легких.

Ключові слова: хронічна обструктивна хвороба легких, рекомендації, лічення.

M.O. Kulynych-Miskiv, M.M. Ostrovskyy, O.I. Varunkiv, I.O. Savelikhina, G.Z. Korz, A.B. Zuban
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University», Ivano-Frankivsk, Ukraine

Modern aspects of diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease according to the new international recommendations GOLD

The paper presents the literature review for the problems of treatment of chronic obstructive pulmonary disease. The review on recommendations «Global Strategy: diagnosis, treatment and prevention of COPD» (GOLD), European Respiratory Society (ERS) and a protocol of care for diagnosis and treatment of COPD is presented. The importance of using modern technologies in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease is emphasized.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, recommendations, treatment.

Контактна інформація:

Кулінич-Міськів Мар'яна Олегівна, к. мед. н., доц. кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб
76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2
E-mail: mariana.kulynychmiskiv@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 24 січня 2014 р.