

## ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: ДІАГНОЗ І ЛІКУВАННЯ

Ольга Толох

Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр

Останні роки минають під знаком активних досліджень у розкритті механізмів бронхіальної обструкції, на підставі яких синтезовано і впроваджено в практику ефективні медикаментозні засоби. Це знайшло відображення в різноманітних міжнародних та національних практичних рекомендаціях, консенсусах з проблем хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ). Таким чином, теоретичні міркування, які домінували протягом багатьох років, змінили виважені й обґрунтовані багатьма авторитетними дослідженнями рекомендації для практичної дії. Проте кожні рекомендації потребують адаптації до реалій конкретної країни. Це зумовлено тим, що протікання захворювання є наслідком не лише терапевтичної поведінки, а й особливостей охорони здоров'я суспільства, його багатства, рівня освіти, загальних культурних традицій населення.

ХОЗЛ належить до хвороб, якими займаються лікарі переважно першого контакту (дільничні терапевти, сімейні лікарі). Саме тому зупинимося на поширених нині в Європі та Америці концепціях проблеми ХОЗЛ, обговоримо варіанти можливих сучасних методів терапії і їх перспективи в Україні.

### Термінологія

Найпоширенішим у світі протягом останнього десятиріччя є термін ХОЗЛ. ХОЗЛ — загальний стан, який характеризується хронічною дифузною обструкцією дихальних шляхів. Європейський респіраторний союз (ЄРС) у 1995 р. обмежив визначення обструкції дихальних шляхів при ХОЗЛ і трактує її, як понижений максимальний експіраторний потік та повільне вимушене випорожнення легень. Хронічною обструкцією необхідно визнавати таку, що не змінюється значно протягом кількох місяців, здебільшого вона повільно прогресує і є незворотною. Ця обструкція спричинена змінами в дихальних шляхах і/чи легеневій паренхімі. Відповідний внесок кожного з цих компонентів спричинює велику індивідуальну різноманітність перебігу ХОЗЛ. Термін ХОЗЛ не є вживаним універсально, і є навіть певна плутанина щодо термінології. До ХОЗЛ найчастіше зараховують хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) та емфізему легень (ЕЛ).

Термін “хронічні неспецифічні захворювання легень” (ХНЗЛ) вживається в німецькомовному світі й об'єднує хронічні хвороби бронхіального дерева та легеневої паренхіми, які проявляються кашлем, виділенням харкотиння, утрудненим диханням; при цьому необхідно повністю виключити обмежені чи специфічні захворювання легень. Вживання терміну ХНЗЛ є результатом т. зв. “німецької гіпотези”, в основі якої лежить нібито спільне генетичне підґрунтя в бронхіальній астми (БА) і ХОЗЛ. Кілька положень справді підтримують цю гіпотезу, але переконливих доказів недостатньо. ХНЗЛ має певну практичну цінність, бо є єдиним терміном стосовно комплексу БА/ХОЗЛ. Але для конкретного пацієнта з хронічною обструкцією дихальних шляхів термін ХНЗЛ не описує хворобу достатньо правильно. Нині можна вважати, що термін ХНЗЛ втратив своє значення.

Залишається плутанина у вживанні термінів хронічний бронхіт (ХБ) та ХОЗЛ. ХБ був попередньо ретельно визначений Британською дослідницькою медичною радою (MRC) як хвороба, що проявляється постійним або періодичним кашлем з ви-

діленням харкотиння не менше 3 місяців у році протягом останніх двох років і не є симптомом будь-якого іншого специфічного чи локального легеневого захворювання.

Згідно з т. зв. “британською гіпотезою”, саме тривала гіперсекреція слизу в бронхіальному дереві є причиною хронічної обструкції дихальних шляхів. Тепер відомо, що хронічна обструкція може траплятися і без гіперсекреції. Тому обструкція є важливішою в клінічному і прогностичному аспектах, ніж гіперсекреція.

У літературі можна зустріти різноманітні альтернативні терміни ХОЗЛ (табл. 1).

Таблиця 1.  
Альтернативна термінологія ХОЗЛ

Англія	COLD	Chronic obstructive lung disease	Хронічне обструктивне захворювання легень
	COAD	Chronic obstructive airways disease	Хронічне обструктивне захворювання дихальних шляхів
США	COB	Chronic obstructive bronchitis	Хронічний обструктивний бронхіт
Франція	BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive	Хронічна обструктивна бронхопневмопатія
Голландія	COLL	Chronisch obstructief longlijden	Хронічна обструкція легень

Протягом 90-х рр. провідними пульмонологами світу розроблено низку практичних рекомендацій і стандартів, які узагальнюють підхід до діагностики та принципів терапії ХОЗЛ. Найважливішими серед них нині є:

◆ Канадська торакальна спілка — Практичні рекомендації для оцінки і лікування ХОЗЛ, 1992 р.

◆ ЄРС — Консенсус з оптимальної оцінки і ведення ХОЗЛ, серпень 1995 р.

◆ Торакальна спілка Австралії і Нової Зеландії — Практичні рекомендації з лікування ХОЗЛ, 1995 р.

◆ Американська торакальна спілка (АТС) — Стандарти діагностики і допомоги пацієнтам з ХОЗЛ, листопад 1995 р.

Усі ці практичні рекомендації демонструють як подібність, так і цікаві відмінності. Це простежується навіть у визначеннях ХОЗЛ.

◆ Канадська торакальна спілка: “ХОЗЛ — це прогресуюча і частково зворотна бронхіальна обструкція в пацієнтів, які страждають від комбінації таких ознак: запалення звужених периферичних дихальних шляхів; зменшення легеневої паренхіми через протеолітичну деструкцію; втрата альвеолярного поверхневого простору і капілярного русла; підвищена здутість легень з втратою еластичної здатності і зростанням легеневого судинного опору”.

◆ ЄРС: “ХОЗЛ — це розлад, що характеризується зменшенням максимального експіраторного видиху та повільним вимушеним випорожненням легень; ці симптоми суттєво не змінюються протягом кількох місяців. Більшість випадків обмеження повітряних потоків повільно прогресує і має незворотний характер. Ступінь обмеження повітряних потоків залежить від різноманітності комбінацій хвороб

дихальних шляхів та емфіземи; відносний внесок обох процесів складно встановити *in vivo*".

◆ **Торакальна спілка Австралії і Нової Зеландії:** "ХОЗЛ — це група легеневих захворювань, які характеризуються обмеженням повітряних потоків, що не змінюється спонтанно кілька місяців".

◆ **АТС:** "ХОЗЛ — хворобливий стан, який характеризується обструкцією дихальних шляхів при ХБ і/чи ЕЛ. Обструкція прогресує, може супроводжуватися гіперактивністю бронхіального дерева і бути частково зворотною". У практичних рекомендаціях АТС у групу ХОЗЛ включені і пацієнти з прогресуючою астмою, у яких розвивається незворотна бронхіальна обструкція. Пацієнти з ХБ чи ЕЛ без обструкції дихальних шляхів і з обструкцією відомої етіології не визначені як такі, що мають ХОЗЛ (рисунок).

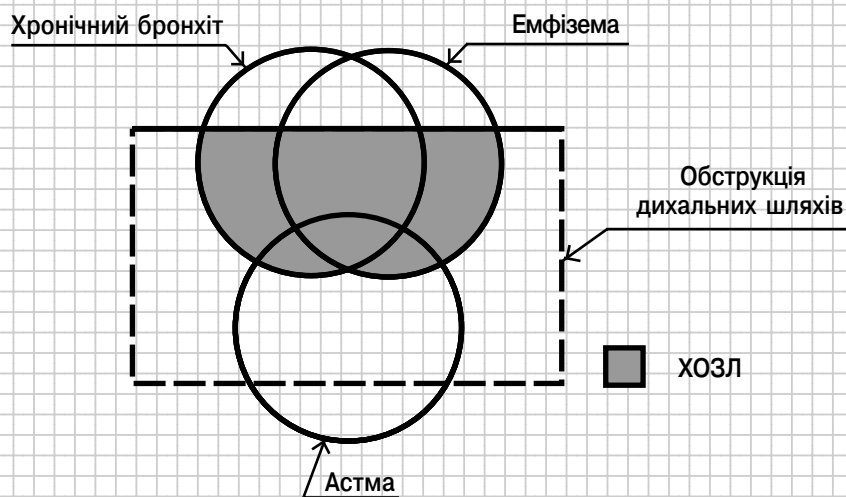


Рисунок.

Непропорційна діаграма Venn'а при ХОЗЛ.

P. Barnes та S. Godfrey, яким належить низка важливих робіт з проблем пульмонології, дали в 1997 р. своє визначення ХОЗЛ: "Це хронічна бронхіальна обструкція, яка може бути спричиненою поєднанням емфіземи та обструкції периферичних дихальних шляхів при ХБ. Значне ураження легень розвивається ще до того, як пацієнт усвідомлює симптом задишки при навантаженні. Це пояснюється повільним прогресуванням обструкції дихальних шляхів і виробленням різноманітних адаптаційних пристосувань організму. Може бути малий ступінь зворотності бронхіальної обструкції (< 15%) на противагу понад 15% зворотності обструкції при астмі".

Патогенетичні механізми обструкції розділяються на незворотні (протеолітична деструкція еластичної колагенової основи легень; фіброз і зміна геометрії бронхів з облітерацією дрібних бронхіол; ремоделювання бронхів) та зворотні (скорочення гладкої мускулатури бронхів — бронхоспазм; гіперсекреція бронхіальних залоз; запалення слизової бронхів). Наявність різних компонентів бронхообструкції повинна обов'язково враховуватися лікарем при призначенні медикаментозних засобів.

### Діагностика ХОЗЛ

Для діагностики ХОЗЛ використовуються обов'язкові та допоміжні лабораторно-інструментальні методи досліджень. У табл. 2 узагальнено ці методи при ХОЗЛ згідно з рекомендаціями ЄРС.

Таблиця 2.  
Обов'язкові та допоміжні методи досліджень при ХОЗЛ

Покази	Тести
Обов'язкові	ОФВ <sub>1</sub>
	ЖЕЛ або ФЖЕЛ
	Відповідь на бронходилататор
	Рентгенографія грудної клітки
	Визначення дифузної властивості легень
<b>Допоміжні:</b>	
Середньоважкий або важкий перебіг ХОЗЛ	Легеневі об'єми, газовий склад крові, ЕКГ, гемоглобін
Постійне виділення гнійного харкотиння	Мікробіологічне дослідження харкотиння і чутливість до антибактеріальних засобів
Емфізема в молодих пацієнтів	Рівень альфа <sub>1</sub> -антитрипсину
Визначення наявності бул	Комп'ютерна томографія
Диспропорційна задишка	Проба з фізичним навантаженням
Сумнівна астма	Провокаційний тест з бронхоконстриктором, індивідуальний моніторинг пікової швидкості видиху за допомогою пік-флоуметра
Сумнівне нічне апное	Дослідження на наявність нічного апное

Найважливішим не тільки для діагностики ХОЗЛ, а й для оцінки важкості, прогресування, прогнозу захворювання, індивідуального добору лікування є визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД). Наявність обструкції дихальних шляхів визначається зменшенням співвідношення об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ<sub>1</sub>) до життєвої ємності легень (ЖЕЛ) або до форсованої ЖЕЛ (ФЖЕЛ). Для визначення прогресування захворювання рекомендовано серійне дослідження ОФВ<sub>1</sub> щорічно принаймні протягом 4-х років. Зменшення цього показника на 50 мл або більше за рік свідчить про прогресування хвороби. Важкість ХОЗЛ теж оцінюється за значенням ОФВ<sub>1</sub>, яка згідно з рекомендаціями ЄРС має такий вигляд:

- ◆ Легкий ступінь — ОФВ<sub>1</sub> ≥ 70% норми
- ◆ Середній ступінь — ОФВ<sub>1</sub> 50–69% норми
- ◆ Важкий ступінь — ОФВ<sub>1</sub> < 50% норми

АТС доповнила підхід до оцінки важкості перебігу ХОЗЛ, визначаючи стадію захворювання, порушення бронхіальної прохідності і якість життя хворих. Критерії визначення стадії ХОЗЛ згідно з цими рекомендаціями подано в табл. 3.

Таблиця 3.  
Критерії визначення стадії ХОЗЛ

Ознаки	Стадія I	Стадія II	Стадія III
Ступінь важкості ХОЗЛ	Незначний	Важкий	Дуже важкий
ОФВ1	≥ 50%	35 — 49%	< 35%
Обструкція	Помірна	Важка	Дуже важка
Порушення якості життя	Мінімальне	Помірна	Значне
Необхідність в оксигенотерапії	Нема	Періодично	Є
Хто лікує:	Терапевт	Терапевт, пульмонолог	Пульмонолог

Важливим етапом діагностики ХОЗЛ залишається збір детального анамнезу хвороби. Р. Barnes та S. Godfrey узагальнили типові і нетипові для ХОЗЛ симптоми. Типовими є:

- ◆ тривале зловживання курінням (переважно > 25 років)
- ◆ кашель та виділення харкотиння протягом багатьох років
- ◆ кашель непокоїть спершу лише інколи, згодом — протягом усього дня
- ◆ харкотиння частіше має слизовий характер; є гнійним при загостреннях хвороби, але не надмірним
- ◆ кашель та виділення харкотиння часто посилюються взимку внаслідок приєднання інфекції
- ◆ при навантаженні несподіваний приступ задишки з хрипами чи напруженням грудної клітки
- ◆ певне зростання частоти важких загострень хвороби, що призводить до хронічної легеневої і серцевої недостатності — т. зв. *“blue bloater”* (синій копильник) тип ХОЗЛ
- ◆ інші мають мало харкотиння або зовсім його не мають, нема гіпоксії в спокої, проте задишка є значнішою, а емфізема яскравішою — т. зв. *“pink puffer”* (рожевий від пихкання); такі хворі переважно мають знижену вагу тіла
- ◆ більшість пацієнтів з ХОЗЛ представлені змішаними формами частіше, ніж *“blue bloater”* чи *“pink puffer”* окремо

Натомість нехарактерні для ХОЗЛ такі симптоми:

- ◆ кровохаркання — може інколи виникати при ХОЗЛ самостійно, але його поява вимагає ретельного виключення злоякісного процесу
- ◆ сезонне загострення навесні чи влітку характерніше для астми
- ◆ дуже добра ефективність бронходилататорів чи стероїдів з досягненням тривалих ремісій характерні для астми, а не для ХОЗЛ
- ◆ тривале виділення гнійного харкотиння характерне для бронхоектазів, а не для ХОЗЛ
- ◆ задишка без продуктивного кашлю чи хрипів є типовішою для серцевих захворювань або інших легеневих хвороб, таких як інтерстиціальний легеневий фіброз

Типовий пацієнт з ХОЗЛ має деякі або всі з таких проявів:

- ◆ велика бочкоподібна грудна клітка
- ◆ яскравий допоміжний м'яз на шиї
- ◆ плоска діафрагма, послаблені дихальні звуки при аускультатції
- ◆ подовжений видих з генералізованими сухими хрипами на видиху
- ◆ пригнічення функції печінки, яка не є збільшеною.

При типі ХОЗЛ "*blue bloater*" хворі можуть мати, крім того,

- ◆ ціаноз у спокої
- ◆ набряк навколо кісточок голінки
- ◆ акцент II серцевого тону над легеневою артерією

При типі "*pink puffer*" трапляються

- ◆ видих через складені "трубочкою" губи
- ◆ астенична будова тіла
- ◆ тенденція до нахилу вперед над опорою для підтримання дихання

Хоча клінічні підгрупи ХОЗЛ доволі різноманітні, їх об'єднує наявність хронічної бронхіальної обструкції, подолання якої є основою терапії ХОЗЛ. Це здійснюється кількома групами бронходилататорів, серед яких важливе місце займають холінолітики. Про них йтиметься в наступному числі журналу.