

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЕВІ ХВОРОБИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

український науково-практичний
спеціалізований журнал

№ 4(35)
2018

Головний редактор **В.І. Петренко**

Журнал зареєстровано в міжнародних наукометричних системах та спеціалізованих каталогах Index Copernicus, Google Scholar, Science Index, Ulrich's Periodicals Directory, Scientific Indexing Services, ResearchBib, ICMJE, Polska Bibliografia Naukowa, CrossRef

Журнал внесено до загальнодержавних баз даних «Україніка наукова» Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського, «Наукова періодика України»

Матеріали публікуються в УРЖ «Джерело»

Подяка

Глобальне бюро охорони здоров'я, Управління охорони здоров'я, інфекційних захворювань та харчування (HIDN) та Агентство США з міжнародного розвитку підтримали публікацію цього журналу шляхом фінансування проекту «Challenge TB» на умовах договору № AID-OAA-A-14-00029

Журнал опубліковано завдяки підтримці американського народу, наданої Агентством США з міжнародного розвитку (USAID) Зміст журналу є відповідальністю видавця та не обов'язково збігається з точкою зору USAID чи уряду Сполучених Штатів

**Tuberculosis
Lung Diseases
HIV Infection**

ЗАСНОВАНИЙ У ТРАВНІ 2010 РОКУ
ВИХОДИТЬ 4 РАЗИ НА РІК

КИЇВ // ПП «ІНПОЛ ЛТМ» // 2018 р.

ukrainian scientific
and practical journal

www.tubvil.com.ua

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЕВІ ХВОРОБИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

український науково-практичний спеціалізований журнал

Реєстраційне свідоцтво

КВ № 16607-5079Р від 05.05.2010 р.

Засновники

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
ПП «ІНПОЛ ЛТМ»

Рекомендовано Вченою радою

НМУ імені О.О. Богомольця
Протокол № 4 від 30.08.2018 р.

Журнал включено

до Переліку наукових фахових видань
України з медичних наук
Додаток 9
до наказу Міністерства освіти і науки
України № 241 від 09.03.2016 р.

Видавець

ПП «ІНПОЛ ЛТМ»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 5460 від 15.08.2017 р.

Відповідальний секретар

Берник О. М.

Літературний редактор

Кульова В. К.

Комп'ютерна верстка та дизайн

Корженівська А. В.

Коректор

Теплюк В. М.

Періодичність 4 рази на рік

Передплатний індекс 49508

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Ботнару В. (Botnaru Victor)

(Chisinau, Moldova)

Голубовська О.А. (Київ)

Гришук Л.А. (Тернопіль)

Гульчій О.П. (Київ)

Дзюблик І.В. (Київ)

Дужий І.Д. (Суми)

Костик О.П. (Львів)

Крижанівський Д.Г. (Дніпро)

Леймане Вайра (Leimane Vaira)

(Рига, Латвія)

Ліндквіст Ларс (Lindquist Lars)

(Худінге, Швеція)

Майданник В.Г. (Київ)

Макаревич О.Е. (Мінськ, Білорусь)

Мацегора Н.А. (Одеса)

Мюррей М. (Murray M.) (Бостон, США)

Островський М.М.

(Івано-Франківськ)

Панасюк О.В. (Київ)

Процюк Р.Г. (Київ)

Ракішева А.С. (Алмати, Казахстан)

Свінціцький А.С. (Київ)

Сіренко І.О. (Харків)

Сорока І.М. (Київ)

Степаненко В.І. (Київ)

Тарасюк О.О. (Львів)

Тодоріко Л.Д. (Чернівці)

Фещенко Ю.І. (Київ)

Фланіган Тімоті П.

(Flanigan Timothy P.) (Провіденс,
США)

Хоростовська-Винімка І.

(Chorostowska-Wynimko Joanna)

(Варшава, Польща)

Хоффнер Свен (Hoffner Sven)

(Стокгольм, Швеція)

Чаплінскас Саулюс (Chaplinskas

Saulius) (Вільнюс, Литва)

Шевченко О.С. (Харків)

Широбоков В.П. (Київ)

Яворовський О.П. (Київ)

Секретар Шеремета Яна (sheremeta2807@gmail.com)

Друк

ТОВ «ВБ «Аванпост-Прим»
03035, м. Київ, вул. Сурикова, 3/3
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК
№ 1480 від 26.03.2003 р.
Підписано до друку 5.12.2018 р.
Замовлення № 0418ТЛ
Ум. друк. арк. 10,92
Формат 60×84/8
Папір крейд. Друк офсет.
Наклад — 1400 прим.

Відповідальність за зміст, добір та викладення фактів у статтях несуть автори, за зміст та оформлення інформації про лікарські засоби — замовники. Передрук опублікованих статей можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

Знаком □ позначена інформація про лікарські засоби для медичних працівників.

Матеріали зі знаком © друкуються на правах реклами.

За зміст рекламних матеріалів відповідають рекламодавці.

До друку приймаються наукові матеріали, які відповідають вимогам до публікацій у цьому виданні. Видання призначене для фахівців галузі охорони здоров'я.

Адреса редакції та видавця

01030, м. Київ,
вул. М. Коцюбинського, 8а

Телефони: (044) 465-30-83,
278-46-69, 309-69-13

E-mail: vitapol@i.com.ua

© Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція, 2018
www.tubvil.com.ua

© ПП «ІНПОЛ ЛТМ», 2018
www.vitapol.com.ua

Журнал опубліковано завдяки підтримці американського народу, наданої Агентством США з міжнародного розвитку (USAID)

Зміст журналу є відповідальністю видавця та не обов'язково збігається з точкою зору USAID чи уряду Сполучених Штатів



Л.Д. Тодоріко¹, В.І. Петренко², О.С. Шевченко³,
І.О. Сем'янів¹, А.В. Бойко¹

¹ ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

³ Харківський національний медичний університет

Хронічне обструктивне захворювання легень: реалії топової проблеми респіраторної медицини з позицій сьогодення

Мета роботи — оцінка ситуації щодо поширених захворювань бронхолегеневої системи та аналіз перспектив встановлення контролю над хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) з позицій сьогодення.

Використано доступ до різноманітних повнотекстових і реферативних баз даних.

Результати та обговорення. Аналіз останніх наукових джерел свідчить, що актуальною проблемою сьогодення є прогресуюче збільшення захворюваності на ХОЗЛ.

Висновки. ХОЗЛ є серйозним викликом для суспільного здоров'я і значущою проблемою респіраторної медицини, проте йому можна як запобігти, так і лікувати. ХОЗЛ через формування системних ефектів стає основною причиною ускладнень, що сприяють зростанню смертності у світі. Чимало людей потерпають від цього захворювання протягом багатьох років і помирають передчасно від власне самого захворювання або його ускладнень. Найближчим часом, за результатами прогностичного лінійного аналізу, в світі очікується зростання рівня захворюваності на ХОЗЛ через постійну наявність факторів ризику, що провокують розвиток хвороби, а також через швидке постаріння населення.

Ключові слова

Епідеміологія, хронічне обструктивне захворювання легень, системне запалення, лікування, патогенез.

Пріоритетом у галузі респіраторної медицини є запобігання хворобам і контроль над інфекційними захворюваннями, зокрема туберкульозом, та темпами поширення ВІЛ-інфекції і СНІДу, хронічними захворюваннями органів дихання шляхом обміну інформацією, знаннями і найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визнання основних детермінант здоров'я та проблем щодо розв'язання їх [2].

Хронічні захворювання органів дихання (ХЗОД) — глобальна проблема охорони здоров'я, передусім через поширення в осіб працездатного віку та часте поєднання із патологією інших органів та систем з ефектом взаємного обтяження [11, 16, 23].

Мета роботи — оцінка ситуації щодо поширених захворювань бронхолегеневої системи та

аналіз перспектив встановлення контролю над хронічним обструктивним захворюванням легень з позицій сьогодення.

Матеріали та методи

Використано доступ до таких повнотекстових і реферативних баз даних: єдиний інформаційний базовий пакет EBSCO; MEDLINE with Full Text; MEDLINE Complete; Dyna MedPlus; EBSCOe Books Clinical Collection; Web of Science Core Collection WoS (CC); (SCIE (Science Citation Index Expanded); SSCI (Social Science Citation Index); AHCI (Artand Humanities Citation Index).

Результати та обговорення

Інфекції верхніх і нижніх дихальних шляхів є одними із найнебезпечніших інфекційних захворювань, які у 2015 р. забрали життя у 2,3 млн людей. Поширеність хронічного риносинуситу

у США та Європі коливається в межах 4–12 % [21, 25]. Щорічні затрати на лікування цієї патології у США становлять 10–30 млрд доларів прямих і 20 млрд непрямих витрат. Поширеність ХОЗЛ збільшується рік у рік, за період 1990–2015 рр. захворюваність на цю патологію зросла на 45 % [1, 13]. Ймовірно, ця цифра не зовсім точна, позаяк існує проблема гіподіагностики ХОЗЛ у країнах Африки і Близького Сходу. Не менш серйозною залишається ситуація із захворюваністю на позагоспітальну пневмонію, внаслідок якої гине більше людей, ніж від ВІЛ-інфекції. При цьому рівень антибіотикорезистентності збудників бактеріальних пневмоній динамічно збільшується [24, 26].

У структурі поширеності всіх хвороб серед дорослого населення за останній рік ХОЗЛ займають 2-ге місце (12,6 %), у структурі захворюваності – 1-ше місце (31,3 %) серед усіх патологій [14].

Пальма першості серед хвороб органів дихання у структурі захворюваності належить пневмоніям (П). Смертність від П у різні роки коливалася від 14,1 до 10,3 на 100 тис. населення і практично не змінилася у 2016 р. (11,8 на 100 тис.) порівняно з 2015 р. (11,7 на 100 тис.). Показник лікарняної летальності при П зменшився на 12 % (2016 р. – 1,26 %, 2015 р. – 1,41 %). Середня тривалість лікування хворого в стаціонарі при П за період 2012–2016 рр. зменшилася на 12,5 % [7, 17].

Проблемою світового виміру залишається бронхіальна астма (БА): з-понад 334 млн осіб, що потерпають від цієї недуги в світі, щороку помирають майже 250 тис. осіб. Позитивним є те, що показник лікарняної летальності від БА знизився на 44,5 %, хоча від інших обструктивних хвороб легень зріс на 39,7 %. Середня тривалість лікування хворого в стаціонарі при БА за 2012–2016 рр. знизилася на 10,2 %, при інших обструктивних хворобах легень – на 7,6 %. Захворюваність на БА у 2016 р. зменшилася на 4,9 % (від 24,7 до 23,5 на 100 тис. населення). За останніх 5 років смертність від БА зменшилася на 55,6 % (від 0,9 до 0,4 на 100 тис.), а від хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів – на 38,9 % (від 34,5 до 21,1 на 100 тис.). Однак, за даними ВООЗ, кількість хворих на БА у світі продовжує стрімко зростати і до 2025 р. прогноують збільшення їх на 100 млн [2, 6, 18].

За даними ВООЗ, стрімкі темпи зростання в усьому світі припадають на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що стає топовою проблемою респіраторної медицини. Попри значні досягнення щодо розкриття механізмів розвитку цього захворювання, значний прогрес у клінічній фармакології бронхолітиків та препаратів базисної дії з протизапальною активністю,

ця недуга має негативну динаміку епідеміології та займає 4-те місце в структурі причин смертності, і на сьогодні – це єдине захворювання, смертність за якого продовжує зростати. За 2016 р. у світі від ХОЗЛ загинуло 3 млн осіб, що складає 5 % усіх смертей [27]. За даними ВООЗ, понад 50 % пацієнтів із ХОЗЛ звертаються до фахівців на пізніх стадіях захворювання. Проте встановлено, що ранній початок лікування хворих на ХОЗЛ запобігає подальшому прогресуванню захворювання, забезпечує можливість ведення хворим активного способу життя та достатню його якість протягом багатьох років.

За даними ВООЗ, на ХОЗЛ помірного та тяжкого ступеня хворіють приблизно 65 млн осіб. 90 % випадків смертей від ХОЗЛ припадає на країни з низьким та середнім рівнями доходів населення. В Україні до 2009 р. випадки захворювання на ХОЗЛ не представляли в медичній звітності у вигляді окремого показника, і тільки з 2009 р. ХОЗЛ виділено в окрему форму статистичної звітності – рядок 11.15 рубрики J44 «Інші обструктивні захворювання легень» [8, 16]. У 2009 р. зареєстровано 377 000 випадків захворюваності на ХОЗЛ, а у 2010 р. – понад 4 200 000. Реальна поширеність ХОЗЛ у нашій країні становить не менше 3,5–4,2 % дорослого населення. За останні роки збільшилася захворюваність на ХОЗЛ на 16 % порівняно з 2015 р. Загалом, за останніми даними, в Україні 4 % населення хворіє на ХОЗЛ [9].

В Україні, де низький рівень доходів населення, пацієнт не доживає до термінальних стадій ХОЗЛ та помирає від інфекцій нижніх дихальних шляхів. Середня тривалість життя пацієнта із ХОЗЛ після встановлення II групи інвалідності становить 5,5 року [4].

За результатами скринінгових досліджень, які оцінювали поширеність ХОЗЛ у країнах Європи, встановлено, що на цю недугу хворіють понад 44 млн осіб, тобто 7,4 % населення Європи [20]. При цьому серед міських жителів поширеність становить 10,2 %, серед курців – 15,4 %, серед колишніх курців – 10,7 %, серед осіб, що ніколи не курили, – 4,3 %. У країнах Євросоюзу витрати на лікування захворювань органів дихання становлять 6 % бюджету, виділеного на охорону здоров'я, із них 56 % (38,6 млрд євро) припадає на ХОЗЛ. Загалом на проблему ХОЗЛ витрачають 13 % усіх витрат на наукові дослідження [22].

За даними DALY (методологія, що визначає, яку частку в загальну смертність і непрацездатність вносить та чи та медична проблема, і відображає суму років, втрачених через передчасну смерть, і років, що прожиті з непрацездатністю,

з урахуванням тяжкості захворювання), ХОЗЛ у 1990 р. перебували на 12-му місці за значущістю соціальних витрат і за прогнозами фахівців до 2030 року перемістяться на 7-му позицію. Якщо у 1990 р. ХОЗЛ посідали 5-те місце у світі серед провідних причин смертності, то у 2012 р. перемістилися на 4-те місце і до 2020 р., ймовірно, посядуть 3-тю позицію [9, 16].

На думку експертів Європейського респіраторного товариства (ЄРТ), від 9 до 30 % осіб, які потерпають від ХОЗЛ, не підозрюють про згадану патологію [13, 19]. ХОЗЛ зазвичай активно діагностують, починаючи з 3-ї стадії захворювання, після появи маніфестної клінічної симптоматики, що змушує хворого звернутися по медичну допомогу. Згідно з даними ЄРТ, тільки 25 % випадків захворюваності на ХОЗЛ діагностують своєчасно, а до 65 % пацієнтів із діагнозом ХОЗЛ не отримують адекватної терапії.

Високе медико-соціальне значення ХОЗЛ слугувало для Всесвітньої організації охорони здоров'я підставою, аби свого часу вийти з ініціативою видання міжнародного погоджувального документа, присвяченого діагностиці, лікуванню та профілактиці цієї недуги, заснованого на принципах доказової медицини: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Характерною особливістю перебігу ХОЗЛ у сучасних умовах, за даними провідних фахівців у цій галузі, є рецидивуючий перебіг захворювання з переважанням у когорті пацієнтів осіб середньої та старшої вікової категорії й поліморбідність [3, 8, 13]. Хронічний запальний процес, який супроводжує патоморфоз ХОЗЛ, розглядають як фактор ризику маніфестації різних захворювань внутрішніх органів із формуванням системних ефектів [5, 10, 22].

Визначення ХОЗЛ, що наведене в останніх рекомендаціях GOLD, ґрунтується на тому, що це є поширене захворювання, якому можна запобігти та лікувати його, характеризується стійкими респіраторними симптомами та обмеженням повітряного потоку внаслідок патологічних змін у дихальних шляхах та/або альвеол, що спричинені значним впливом шкідливих часточок і газів з формуванням запалення і/або звуження периферійних дихальних шляхів (ДШ), що спричинює зниження $ОФВ_1$ [16].

Дифеніційною рисою ХОЗЛ є хронічне обмеження повітряного потоку, зумовлене поєднанням захворювань дрібних дихальних шляхів (наприклад, хронічного бронхіту) та руйнуванням паренхіми легень (емфіземою), питома вага впливу яких на загальний патогенез відрізняється у різних людей (рис. 1). Ці зміни виникають

не одночасно і відрізняються за ступенем розвитку. Хронічне запалення зумовлює структурні зміни через звуження периферійних ДШ і руйнування альвеолярної паренхіми легень, що призводить до зниження еластичної тяги легень. Руйнування паренхім легень з розвитком емфіземи призводить до обмеження повітряного потоку та зниження газообміну [3, 12].

Ці зміни своєю чергою зменшують здатність ДШ бути відкритими під час видиху. Редукція дрібних ДШ призводить не тільки до обмеження надходження повітря, а й до мукоциліарної дисфункції, що є провідною рисою цього захворювання. На сьогодні патогенетичні процеси, що лежать в основі ХОЗЛ та зумовлюють характерні фізіологічні порушення і симптоми, детально досліджено [3, 6, 9, 13].

Обмеження надходження повітря вимірюють із використанням методу спірометрії, який є найдоступнішим та найпоширенішим тестом на визначення функції легень. Усе зазначене вище лягло в основу оновленого методу оцінки ХОЗЛ за шкалою ABCD (рис. 2).

За кількістю впроваджених новацій у підвищення курабельності пацієнтів ХОЗЛ є одним із лідерів серед хронічних захворювань органів дихання. Значущими є зміна підходів до оцінки клінічних груп, методів діагностики, розширення варіантів для лікування пацієнтів з впровадженням нових комбінацій лікарських препаратів. Пропонують пацієнтоорієнтований підхід до лікування з урахуванням індивідуальних особливостей та можливостей пацієнта. Однак основними критеріями, що стосуються ведення пацієнтів з ХОЗЛ, залишаються: клінічна симптоматика, загострення (їхня кількість та якість), функціональні методи дослідження.

Отже, актуальною проблемою сьогодення є прогресуюче збільшення захворюваності на ХОЗЛ [8, 14, 18, 27]. На думку фахівців, причина полягає в гіподіагностиці ХОЗЛ, що є характерним не тільки для нашої країни, а й Європейського континенту. Зростання рівня гіподіагностики ХОЗЛ спостерігається на ранніх стадіях захворювання, коли ХОЗЛ ще не виявляється клінічно, і діагностика можлива тільки завдяки проведенню скринінгових обстежень, до прикладу, спірометрії. Внаслідок тривалого малосимптомного перебігу ХОЗЛ діагностують на пізніх стадіях розвитку ускладнень, що становить значну медико-соціальну проблему, особливо на тлі зростання середньої тривалості життя [10, 26].

Прогресивним напрямом для визначення прогнозу (ризик смерті) при ХОЗЛ є використання індексу BODE, який включає індекс маси

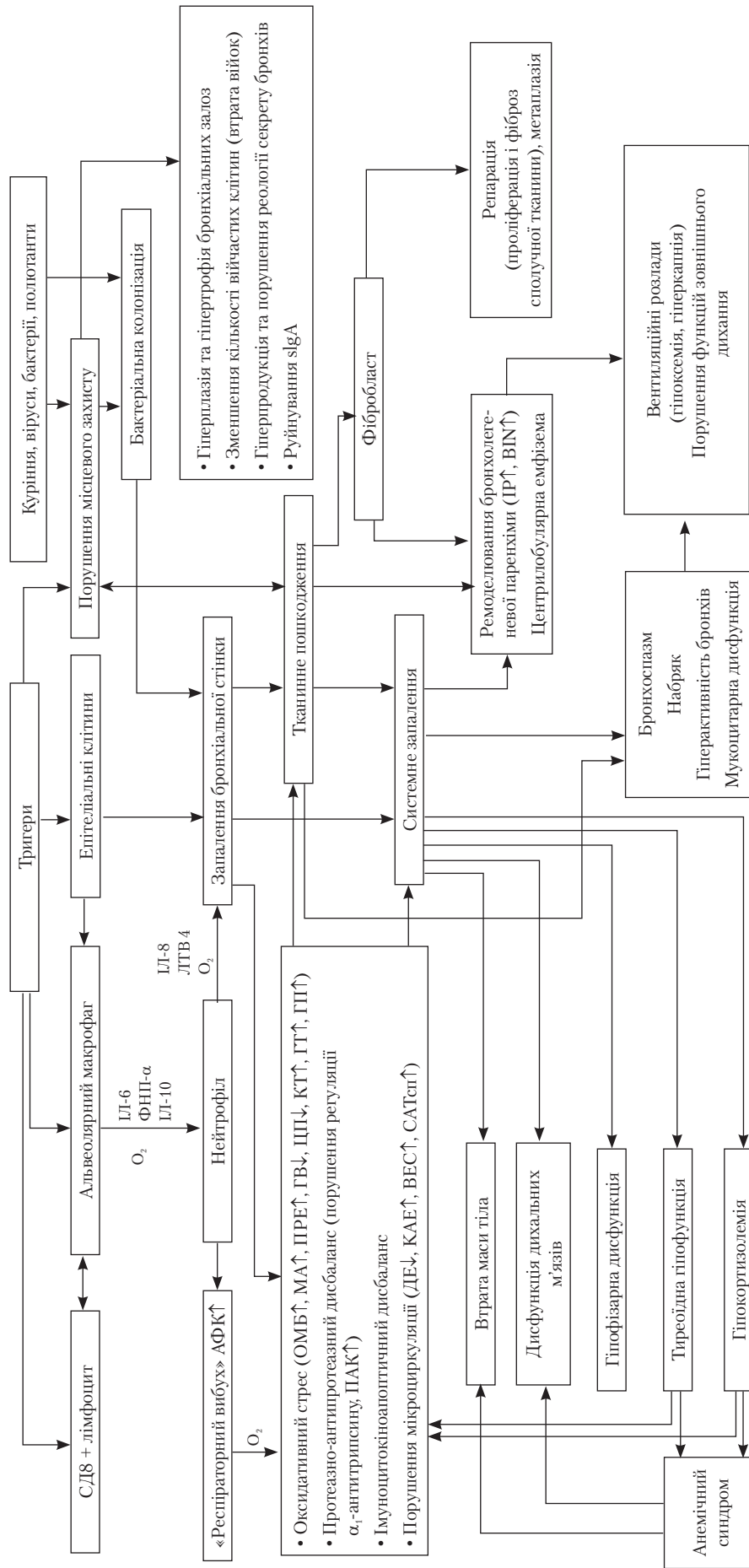


Рис. 1. Модель формування системних ефектів та прогресування ХОЗЛ

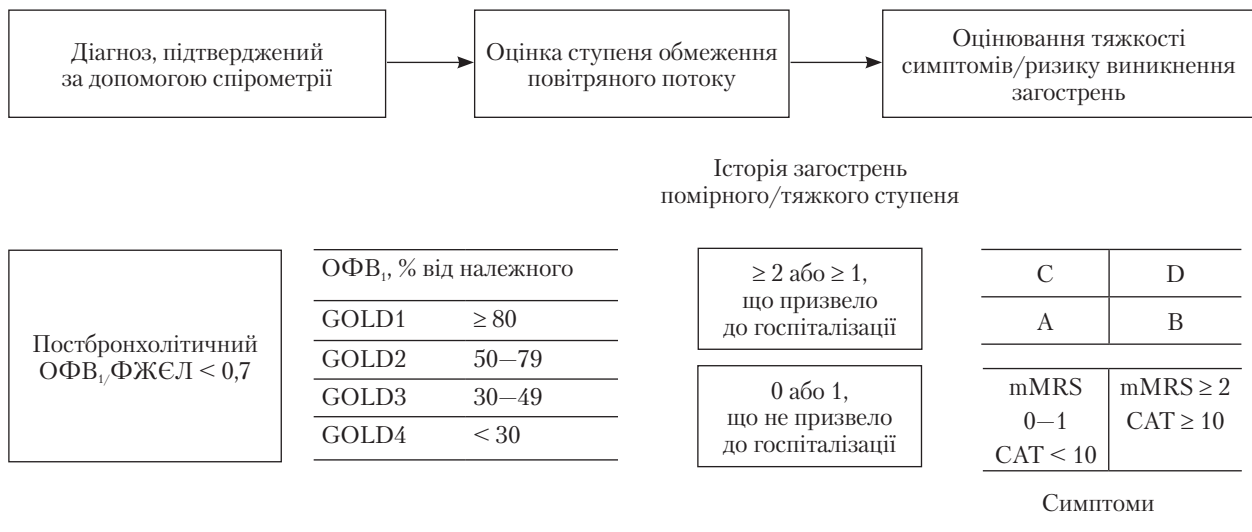


Рис. 2. Оновлений метод оцінювання ABCD

тіла, рівень обструкції, ступінь задишки (за шкалою mMRS) і толерантність до фізичного навантаження (за тестом з 6-хвилинною ходьбою). Автори індексу BODE висловили думку, що згаданий параметр є хорошою прогностичною ознакою, оскільки враховує клінічні вияви легеневої гіпертензії, зокрема бали за mMRS, і відстань, пройдену за 6 хв. Установлений зв'язок між ризиком загострень ХОЗЛ, що потребують госпіталізації, і динамічним збільшенням тиску в легеневій артерії (ЛА) уже на 0,18 мм рт. ст. Результати численних досліджень свідчать, що підвищення як систолічного, так і середнього тиску в легеневій артерії, за даними ехокардіографії або катетеризації, асоціюються з подальшим зниженням виживання пацієнтів із ХОЗЛ. Зв'язок між зростанням тиску в ЛА з показником виживання хворих на ХОЗЛ вказує на крайню потребу в подальшому уточненні, цей факт сам по собі є предиктором смертності чи відображає деякі патологічні механізми інших паренхіматозних уражень легень [9, 10, 20].

Дані, наведені в документі GOLD (2018), вказують, що навіть у разі ХОЗЛ середнього ступеня або ж у курців, які є схильними до емфіземи (Alford, vanBeek, McLennan, Hoffman, 2010; Iyer et al., 2016), спостерігаються суттєві вади легеневого мікросудинного кровообігу, який погіршується з подальшим розвитком захворювання (Reinado, Pizarro, Barbera, 2008).

Оскільки основним тригерним чинником формування ХОЗЛ є куріння, зокрема тривале (15–20 пачко-років), яке характеризується малосимптомними виявами бронхіту, однак (приблизно у 50 років) має прогресуючий перебіг з виразною клінічною маніфестацією, то проблема зниження поширеності цієї звички набуває резо-

нансу. Згідно з даними ВООЗ, станом на 2015 р. у світі нараховувалося понад 1,1 млрд курців. За даними центру контролю та профілактики захворювань (2015 р.), у США нараховувалося 15,1 курців серед дорослого населення (36,5 млн людей). Щодня понад 3200 людей віком до 18 років викурюють першу цигарку, серед них 2100 осіб стають курцями. Куріння спричинює до 443 тис. смертей щорічно, в тому числі від пасивного тютюнокуріння. Куріння понад 25 цигарок на день зумовлює підвищення смертності у 30 разів порівняно з особами, які не мають такої звички. ОФВ₁ додатково знижується на 7,4 мл на кожний пачко/рік у жінок та на 6,3 мл у чоловіків, які курять [23].

За даними «Євробарометра», опублікованими в 2012 р., курить кожний 4-й громадянин (28%), а у віковій групі від 25 до 39 років — 37%. Тютюновий дим щороку вбиває до 50% постійних споживачів, а саме 5 тис. європейців. За даними МОЗ України, у 2012 р. кількість курців віком понад 28 років становила 8,6 млн, у західних та південних регіонах України курить 63% населення (45% чоловіків та 8% жінок). Очікується, що до 2025 р. куритимуть понад 5 млн жінок Європейського континенту (майже 20% жіночого населення). Доведено негативний вплив не тільки активного куріння, але й пасивного. У дітей, батьки яких курять, сповільнюється розвиток легеневої тканини, що в майбутньому (у 30–40 років) призводить до прогресуючого погіршення легеневої функції порівняно з дітьми, які не зазнавали впливу тютюнового диму [15]. Вдихання диму від електронних сигарет змінює імунну відповідь легень курців (Reideletal., 2017).

Важливим питанням, яке знайшло відображення у GOLD (2018), є констатація факту, що, крім осо-

бистої відмови від куріння, заборона куріння на законодавчому рівні є ефективним способом боротьби з цим явищем та зменшення шкоди від побічної дії диму (Frazer et al., 2016). В Україні надають допомогу щодо припинення куріння за Стандартами первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів, затвердженими наказом МОЗ від 3 серпня 2012 р. (№ 601).

Науково-технічний прогрес з інтенсифікацією розвитку інноваційних технологій прискорює спіраль розвитку наукової думки. Галузь респіраторної медицини перебуває на вістрі цих подій, що підтверджується великою кількістю міжнародних та локальних клінічних досліджень, присвячених хворобам легень у світі, які становлять майже 10 % загального пулу. В практику сфери охорони здоров'я запроваджують ініціативу персоналізованої та високоточної медицини й пропонують нову філософію медицини взагалі. Наріжними каменями зміни парадигми є людина (пацієнт) та антропоцентричний менеджмент, тоді як лікарю відводять роль «універсального

інструмента» для діагностики, персоналізованого лікування та формування програм реабілітаційно-профілактичного рівня, що відповідають потребам конкретної особи.

Висновки

Хронічні захворювання органів дихання є серйозним викликом для суспільного здоров'я і значною проблемою респіраторної медицини, проте їм можна як запобігти, так і лікувати. Хронічні захворювання органів дихання через формування системних ефектів стають основною причиною ускладнень, що сприяють зростанню смертності у світі. Чимоло людей потерпають від них протягом багатьох років і помирають передчасно від власне самих захворювань або їхніх ускладнень. Найближчим часом, за результатами прогностичного лінійного аналізу, в світі очікується зростання рівня захворюваності на згадану недугу через постійну наявність факторів ризику, що провокують її розвиток, а також через швидке постаріння населення.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження – Л.Д. Тодоріко, В.І. Петренко; збір матеріалу – А.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, А.В. Бойко; обробка матеріалу – Л.Д. Тодоріко, О.С. Шевченко; написання тексту – Л.Д. Тодоріко; статистичне опрацювання даних – Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів; редагування тексту – В.І. Петренко.

Список літератури

1. Крахмалова О.О., Гетман О.А., Колесникова О.М. та ін. Особливості перебігу ХОЗЛ та ІХС у хворих з частими та нечастими загостреннями ХОЗЛ // Укр. пульмонол. журн. – 2018. – № 2. – С. 19–24.
2. Островський М.М. Коморбідність бронхіальної астми та туберкульозу легень: труднощі лікування та перспективи вирішення проблеми // Укр. пульмонол. журн. – 2018. – № 1. – С. 47–48.
3. Перцева Т.О., Михайличенко Д.С. Сироватковий рівень трансформуючого фактора росту β_1 у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та його взаємозв'язок з клініко-функціональними показниками // Укр. пульмонол. журн. – 2016. – № 4. – С. 33–36.
4. Тодоріко Л.Д. Дискусійні питання щодо механізмів розвитку поліморбідності патології при хронічних обструктивних захворюваннях легень в осіб старшого віку // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2013. – № 5. – С. 41–45.
5. Тодоріко Л.Д. Анемічний синдром як прояв системного впливу гіпофізарно-тиреоїдного дисбалансу при запальних захворюваннях легень специфічного і неспецифічного генезу у хворих старшого віку // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 1. – С. 40–46.
6. Тодоріко Л.Д. Патологические причины развития критических состояний при воспалительных заболеваниях легких различного генеза // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2016. – № 1. – С. 18–22.
7. Тодоріко Л.Д. Пневмонії: сучасний погляд на стару проблему з позицій реалій сьогодення // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2016. – № 1. – С. 6–9.
8. Фещенко Ю.І., Яшина Л.А., Опімах С.Г. Діагностика і контроль гіперінфляції легких у больных хроническим обструктивным заболеванием легких // Укр. пульмонол. журн. – 2014. – № 1. – С. 12–17.
9. Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Назаренко К.В. та ін. Можливості діагностики гіперінфляції та емфіземи легень у хворих з поєднаним перебігом бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень на первинному та спеціалізованому рівнях надання медичної допомоги // Укр. пульмонол. журн. – 2018. – № 1. – С. 7–13.
10. Яшина Л.О., Опімах С.Г. Можливості оцінки вентиляційної функції легень та газообміну у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у клінічній практиці // Астма та алергія. – 2014. – № 4. – С. 8–12.
11. Akwe J., Miller A. Asthma Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap Syndrome (ACOS): Where We Stand // Int. J. Clin. Exp. Med. Sci. – 2016. – N 2 (4). – P. 59–66.
12. Bagdonas E. et al. Novel aspects of pathogenesis and regeneration mechanisms in COPD // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. – 2015. – N 10 (1). – P. 995–1013.
13. Barnes P.J. Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease // J. Allergy Clin. Immunol. – 2016. – N 138 (1). – P. 16–27.
14. Burney P., Jarvis D., Perez-Padilla R. The global burden of chronic respiratory disease in adults // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2015. – N 19. – P. 10–20.
15. Chatila W.M., Thomashow B.M., Minai O.A. et al. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease // Proc. Am. Thor. Soc. – 2008. – N 5 (4). – P. 549–555.
16. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). WHO. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>
17. Desiraju K., Agrawal A. Impulse oscillometry: The state-of-art for lung function testing // Lung India. – 2016. – N 33 (4). – P. 410–416.
18. Diagnosis of Diseases of Chronic Airflow Limitation: Asthma, COPD and Asthma-COPD Overlap Syndrome (ACOS), updated 2015. Available at: <http://goldcopd.org/asthma-copdasthma-copd-overlap-syndrome>.
19. Dub B.P., Guerder A., Morelot-Panzini C. et al. The clinical relevance of the emphysema hyperinflated phenotype in COPD // COPD Research and Practice. – 2016. – N 2 (1). – P. 1–11.

20. ESC/ERS Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension 2015. Working Group on the Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Pulmonology (ERS) (Rus). Available at: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC%20_L_hypert_2015.pdf.
21. Kim W.J., Lee S.D. Candidate genes for COPD: current evidence and research // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.— 2015.— N 10.— P. 2249–2255.
22. Mannino D.M., Thom D., Swensen A., Holguin F. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in COPD // Eur. Respir. J.— 2008.— N 32.— P. 962–969.
23. Müllerova H. et al. Hospitalized exacerbations of COPD: risk factors and outcomes in the ECLIPSE cohort // Chest.— 2015.— N 147 (4).— P. 999–1007.
24. Smith B.M., Austin J.H., Newell J.D. et al. Pulmonary emphysema subtypes on computed tomography: the MESA COPD Study // Am. J. Med.— 2014.— N 127 (1).— P. 7–23.
25. Vos T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010 // Lancet.— 2012.— N 380.— P. 2163–2196.
26. Wedzicha J.A., Calverley P.M., Rabe K.F. Roflumilast: a review of its use in the treatment of COPD // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.— 2016.— N 11.— P. 81–90.
27. Woodruff P.G. et al. Current concepts in targeting chronic obstructive pulmonary disease pharmacotherapy: making progress towards personalised management // Lancet.— 2015.— N 385 (9979).— P. 1789–1798.

Л.Д. Тодорико¹, В.И. Петренко², О.С. Шевченко³, И.А. Семянни¹, А.В. Бойко¹

¹ ВГУЗ «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы

² Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

³ Харьковский национальный медицинский университет

Хроническое обструктивное заболевание легких: реалии топовой проблемы респираторной медицины с позиций сегодняшнего дня

Цель работы — оценка ситуации относительно распространенных заболеваний бронхолегочной системы и анализ перспектив установления контроля над хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) с позиций сегодняшнего дня.

Был использован доступ к различным полнотекстовым и реферативным базам данных.

Результаты и обсуждение. Анализ последних научных публикаций свидетельствует, что актуальной проблемой современности является прогрессирующее увеличение заболеваемости ХОЗЛ.

Выводы. ХОЗЛ являются серьезным вызовом для общественного здоровья и значимой проблемой респираторной медицины, однако их возможно как предупредить, так и лечить. ХОЗЛ из-за формирования системных эффектов становится основной причиной осложнений, способствующих росту смертности в мире. Множество людей страдают этим заболеванием на протяжении многих лет и умирают преждевременно от собственно самого заболевания или его осложнений. В ближайшем времени, по результатам прогностического линейного анализа, в мире ожидается рост уровня заболеваемости ХОЗЛ из-за постоянного наличия факторов риска, провоцирующих развитие болезни, а также из-за быстрого старения населения.

Ключевые слова: эпидемиология, хронические обструктивные заболевания легких, системное воспаление, лечение, патогенез.

L.D. Todoriko¹, V.I. Petrenko², O.S. Shevchenko³, I.O. Semianiv¹, A.V. Boyko¹

¹ HSEI of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

² O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

³ Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Chronic obstructive pulmonary disease: realities top respiratory medicine problems with the present positions

Objective — evaluation of the situation with the common diseases of the broncho-pulmonary system and analysis of the prospects for the establishment of COPD control from the point of view of the present.

Used access to various full-text and abstract databases.

Results and discussion. An analysis of recent scientific sources has shown, that the current problem of the present is a progressive increase in the incidence of COPD.

Conclusions. COPD is a major challenge to public health and a significant problem of respiratory medicine, but it can both be prevented and treated. COPD through the formation of systemic effects becomes the main cause of complications that contribute to the increase in mortality in the world. Many people have suffered from this disease for many years and die prematurely from the actual disease itself or its complications. Results of linear predictive analysis, the world is expected to increase the frequency of COPD because of the constant presence of risk factors that cause disease and due to the rapid aging of the population.

Key words: epidemiology, chronic obstructive pulmonary disease, systemic inflammation, treatment, pathogenesis.

Контактна інформація:

Тодоріко Лілія Дмитрівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри фізизіатрії та пульмонології
58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2
E-mail: pulmonology@bsmu.edu.ua