

# Коли дільничний лікар рятує життя

## Досвід лікування хворих на ХОЗЛ Білоцерківської міської лікарні № 2

**Х**ронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – важка невилковна хвороба, що є однією з найчастіших причин інвалідизації та смертності у світі. Провідні пульмонологи, алергологи й терапевти спрямовують свої зусилля на боротьбу із цією патологією. У першому номері нашої газети за 2010 р. ми публікували матеріал, присвячений досвіду оптимізації ранньої діагностики ХОЗЛ на базі Білоцерківської міської лікарні №2. Дільничним лікарям закладу вдалося запровадити в практику принципово новий алгоритм роботи, який дозволив їм виявляти хворих на ХОЗЛ вже на ранніх стадіях і призначати їм ефективне лікування.

Цей проект був підтриманий провідною фармацевтичною компанією «Берінгер Інгельхайм», яка допомогла лікарям і середньому медичному персоналу лікарні більш детально розібратися в проблемі ХОЗЛ – прослухати лекції та взяти участь у практичних заняттях, де вони змогли вдосконалити навички діагностики та лікування ХОЗЛ, а також надала можливість пацієнтам, які лікуються препаратом першої лінії терапії ХОЗЛ бронхолітиком тривалої дії Спіривою та Беродуалом Н, отримати третю частину необхідних доз безкоштовно, що дозволило призначати пацієнтам ефективне лікування згідно з принципами доказової медицини.

Високу ефективність Спіриви в лікуванні ХОЗЛ підтверджено в масштабному клінічному дослідженні UPLIFT (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium), що тривало 4 роки за участю майже 6 тис. пацієнтів. У результаті лікування в усіх пацієнтів із групи Спіриви порівняно з плацебо спостерігалось виражене покращення функції дихання на всіх стадіях захворювання. Разом з тим було відзначено переваги раннього лікування ХОЗЛ, коли більшість змін легеневої функції є переважно оборотними, завдяки чому відбувається модифікація перебігу захворювання.

Ураховуючи ці дані, у Білоцерківській міській лікарні № 2 було взято курс на ранню діагностику та лікування ХОЗЛ. Усі пацієнти поліклініки та лікарні віком понад 40 років отримали змогу регулярно проходити спірографічне дослідження. Два дні на тиждень працює спеціалізований кабінет «Пульміс+», у якому пацієнтам, окрім дослідження функції органів респіраторної системи, надається кваліфікована консультація. Завдяки зусиллям спеціалістів лікарні вдалося виявити набагато більше хворих на ХОЗЛ, ніж за аналогічний період минулого року. За минулі місяці дільничні лікарі змогли оцінити перші результати своєї роботи: після запровадження скринінгу ХОЗЛ серед пацієнтів із типовими для захворювання скаргами і призначення їм лікування відбулося значне покращення самопочуття хворих, зменшилась кількість загострень і госпіталізацій з приводу ХОЗЛ; таким чином, раннє лікування цього захворювання виявилось виправданим і економічно доцільним.

Нагромадивши певний досвід у веденні пацієнтів із ХОЗЛ, дільничні лікарі Білоцерківської міської лікарні № 2 представили клінічні випадки, у яких оцінювали ефективність лікування цієї патології в умовах звичайної поліклініки.



**Т.М. Апалькова,**  
дільничний терапевт

### Клінічний випадок № 1

**Хвора К. 1961 р. н.** звернулася у 2009 р. зі скаргами на нападоподібний малопродуктивний кашель, слабкість, задишку під час фізичного навантаження.

**Анамнез.** Погіршення протягом 2 років, шкідливих звичок не має. Періодично самостійно приймає амброксол.

**Об'єктивно.** АТ – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 60 уд/хв, ЧД – 20/хв. Діяльність серця ритмічна, тони звучні. У легенях дихання везикулярне із жорстким відтінком, на видиху прослуховуються свистячі хрипи. Перкуторно над легеньми коробочний звук. Живіт під час пальпації безболісний.

**Рентгенографія органів грудної клітки.** Легеневий малюнок на верхівках збіднений, вогнищевих та інфільтративних тіней немає. Корені фіброзно змінені, синуси вільні.

**ЕКГ.** Ритм синусовий, ЧСС – 63 уд/хв, електрична вісь серця вертикальна. Дифузні зміни міокарда.

**Загальний аналіз крові.** Нь – 120 г/л, лейкоцити –  $5 \times 10^9$ /л (Е – 1%, П – 8%, С – 47%, Л – 37%, М – 7%), ШОЕ – 7 мм/год.

**Аналіз мокротиння.** Кислотостійких паличок не виявлено.

**Спірографія.** ФЖЄЛ – 57%, ОФВ<sub>1</sub> – 68% від належного; ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ – 68; ПОШ – 64. Порушення вентиляційної здатності легень за рестриктивним типом (помірний ступінь).

**Діагноз.** ХОЗЛ, II ст. ЛН I ст.

**Лікування.** Беродуал Н (2 вдихи 2 р/день), АЦЦ лонг (1 таблетка 1 р/день, 3 тиж), фенспірид 80 мг (1 таблетка 2 р/день, 4 тиж) на час загострення.

Через 10 днів загальний стан хворої покращився, зменшилась задишка, кашель не турбував. Надані рекомендації: уникати переохолоджень, Беродуал Н 2 вдихи 2 р/день за потреби.

**Контрольний огляд через 6 міс.** За цей час пацієнтка рекомендації не виконувала. Прихильність до лікування за шкалою Morisky – 2 бали. Проведена спірографія: ФЖЄЛ – 57%, ОФВ<sub>1</sub> – 64% від належного; ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ – 68; ПОШ – 64. Порушення вентиляційної здатності легень за рестриктивним типом (помірний ступінь).

На фоні низької прихильності хворої до лікування покращання її стану та поліпшення вентиляційної здатності легень не спостерігалось.

### Клінічний випадок № 2

**Хвора К. 1956 р. н.** звернулася у 2009 р. зі скаргами на нападоподібний малопродуктивний кашель переважно вранці, задишку під час фізичного навантаження.

**Анамнез.** Не курить. Кашель турбує періодично протягом 3 років, переважно після переохолодження.

**Об'єктивно.** АТ – 130/80 мм рт. ст., ЧСС – 76 уд/хв, ЧД – 22/хв. Діяльність серця ритмічна, I тон послаблений на верхівці. У легенях дихання везикулярне із жорстким відтінком, видих подовжений, прослуховуються сухі свистячі хрипи під час форсованого дихання. Перкуторно над легеньми коробочний звук. Живіт під час пальпації м'який, безболісний.

**Рентгенографія органів грудної клітки.** Легеневі поля без патологічних тіней. Корені розширені. Синуси вільні.

**ЕКГ.** Ритм синусовий, ЧСС – 70 уд/хв, електрична вісь серця вертикальна. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Дифузні зміни міокарда.

**Загальний аналіз крові.** Нь – 147 г/л, лейкоцити –  $6,2 \times 10^9$ /л (Е – 3%, П – 2%, С – 66%, Л – 20%, М – 9%), ШОЕ – 11 мм/год.

**Аналіз мокротиння.** Слизове, в'язке, лейкоцити – 25-35 у полі зору. Кислотостійких паличок не виявлено.

**Спірографія.** ФЖЄЛ – 60%, ОФВ<sub>1</sub> – 68% від належного; ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ – 68; ПОШ – 70. Порушення вентиляційної здатності легень за рестриктивним типом (помірний ступінь).

**Діагноз.** ХОЗЛ, II ст. ЛН I ст.

**Лікування.** Беродуал Н (2 вдихи 2 р/день), АЦЦ лонг (1 таблетка 1 р/день, 3 тиж), фенспірид 80 мг (1 таблетка 2 р/день), Лазолван (1 таблетка 3 р/день).

Під час лікування самопочуття значно покращилося, зник кашель, зменшилась задишка.

Надані рекомендації: уникати факторів ризику, за потреби Беродуал Н 2 вдихи 2 р/день.

**На контрольному огляді через 6 міс** хвора скарг не пред'являла.

**Об'єктивно.** АТ – 130/80 мм рт. ст., ЧСС – 70 уд/хв., ЧД – 18/хв. Діяльність серця ритмічна, I тон послаблений на верхівці. У легенях дихання везикулярне, незначно послаблене, хрипи не вислуховуються.

**Спірографія.** ФЖЄЛ – 72%, ОФВ<sub>1</sub> – 81% від належного; ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ – 69; ПОШ – 68.

На фоні прихильності хворої до призначеного лікування (5 балів за шкалою Morisky) відзначалось зменшення явищ бронхоспазму.

Отже, прихильність пацієнта із ХОЗЛ до призначеного лікування забезпечує позитивну клінічну динаміку та покращення функції легень. Тому за умови призначення будь-якої терапії кожен спеціаліст повинен не тільки перевірити її відповідність сучасним стандартам, а й оцінити ступінь прихильності пацієнта задля досягнення максимальної ефективності.



**І.Х. Шум,**  
дільничний терапевт

Спірива – інгаляційний бронхолітик тривалої дії, що сприяє вираженому та стійкому покращенню легеневої функції. Препарат достатньо застосовувати один раз на добу, при цьому він позитивно впливає на клінічний перебіг ХОЗЛ і сприяє покращенню якості життя пацієнтів. Спірива впливає на основний зворотний механізм захворювання – холінергічну бронхообструкцію, – розширюючи звужені повітряні шляхи й підтримуючи їх у такому стані протягом 24 год, що дає пацієнтам можливість вільно дихати, часто вже після першої інгаляції.

У процесі спостереження за хворими на ХОЗЛ, які отримували препарат Спірива, відзначається виражене зменшення задишки, а також покращення толерантності до фізичних навантажень у результаті лікування; хворі набагато рідше потребують застосування препаратів швидкої допомоги. За період спостереження у пацієнтів, які отримували Спіриву, зменшилась кількість загострень, що потребували госпіталізації. Уже під час наступного огляду хворі повідомляли про значне покращення самопочуття, а також про готовність продовжувати лікування.

### Клінічний випадок № 3

**Пацієнт Т. 1947 р. н.** звернувся зі скаргами на задишку експіраторного характеру, що виникала під час помірної фізичної навантаження; напади непродуктивного кашлю вранці, а також протягом дня. Напади кашлю супроводжувалися задихом і припинялися після відділення щільного мокротиння жовто-сірого кольору або після прийому комбінованого інгаляційного бронхолітика Беродуал Н. Крім того, пацієнт скаржився на часті інфекційні захворювання респіраторного тракту (до 6-7 разів на рік), що дебютували типовою назофарингеальною симптоматикою із подальшим значним погіршенням основних симптомів захворювання.

**Спірографія.** ОФВ<sub>1</sub> – 65%.

**Діагноз.** ХОЗЛ II ст.

**Лікування.** 18 мкг тіотропію (Спірива) 1 р/день.

Після першого ж застосування Спіриви пацієнт відчув значне покращення порівняно з максимальними дозами Беродуалу Н. Поліпшення стану відзначалось через 30 хв після інгаляції препарату Спірива й зберігалось упродовж 24 год (до наступного прийому препарату) протягом усього періоду спостереження. У результаті лікування у хворого відбулося покращення всіх клінічних симптомів, що позитивно вплинуло на якість його життя. Важливо, що під час лікування пацієнта, який має супутні артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця, Спірива продемонструвала високий профіль безпеки стосовно серцево-судинної системи. Це дозволило хворому дотримуватися звичної для нього схеми лікування з приводу супутніх патологій.

Отриманий результат свідчить про доцільність застосування тіотропію (Спіриви) як препарату першої лінії у пацієнтів з ХОЗЛ починаючи з II стадії захворювання, що підтверджено у вітчизняних і зарубіжних протоколах лікування.

Таким чином, сьогодні пацієнти нашої лікарні, що хворіють на ХОЗЛ, мають змогу отримувати безпечне лікування сучасним високоефективним препаратом Спірива, який сприяє усуненню основних симптомів захворювання, збільшенню тривалості й значному покращенню якості життя хворих.

Підготувала **Тетяна Спринсян**