

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Н. С. Михайловська, О. О. Лісова

**АЛГОРИТМ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
ПРИ ОСНОВНИХ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу
з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина»

Запоріжжя
2018

УДК 616.2-07(075.8)

М 69

*Затверджено на засіданні Вченої ради ЗДМУ
та рекомендовано для використання в освітньому процесі
(протокол № 8 від 20.032018 р.)*

Автори:

Н. С. Михайловська – д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної практики - сімейної медицини ЗДМУ.

О. О. Лісова - к.мед.н., асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини Запорізького державного медичного університету.

Рецензенти:

Курята О. В. - д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини 2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;

Фуштей І. М. - д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи, професор кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», заслужений діяч науки і техніки України.

Михайловська Н. С.

М69 Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних хронічних захворюваннях дихальної системи: навч.-метод. посіб. до практич. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О. О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 126 с.

У навчально-методичному посібнику наведені алгоритми діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях дихальної системи та гострих алергічних захворюваннях. Навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», напряму 1201 «Медицина», спеціальність 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія». Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами VI курсу 1,2 медичного факультетів під час підготовки до практичних занять з відповідних тем.

УДК 616.2-07(075.8)

© Н. С. Михайловська, О. О. Лісова, 2018

© Запорізький державний медичний університет, 2018

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Тематичний план практичних занять, самостійної роботи.....	5
Актуальність теми, мета навчання, основні навчальні цілі, методичні вказівки до роботи на практичному занятті	7
Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних хронічних захворюваннях дихальної системи.....	7
Хронічне обструктивне захворювання легень	9
Бронхіальна астма	38
Методика виконання пікфлоуметрії.....	46
Гострі алергічні захворювання.....	58
Тестові завдання і задачі для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань студентів.....	76
Додатки.....	109
Рекомендована література.....	122
Список використаних джерел	126

ПЕРЕДМОВА

Захворювання органів дихальної системи займають провідне місце в структурі захворювань людини. Останнім часом спостерігається збільшення випадків нетипових, ускладнених захворювань дихальної системи з утрудненим виявленням збудника та, відповідно, обмеженістю можливостей лікування та попередження цих хвороб, що також пов'язано з непередбачуваністю імунних реакцій організму, алергізацією населення в умовах екологічних зрушень урбанізації. Відмічається швидкий розвиток толерантності різних збудників до існуючих антибактеріальних засобів, алергічна та інші побічні ефекти при застосуванні цих медикаментів.

До гострих алергічних захворювань відносяться захворювання, які викликані підвищеною чутливістю імунітету до різних антигенів (алергенів). Для них характерні раптовий початок, непередбачуваний перебіг, ризик розвитку стану, що загрожує життю. Алергічні захворювання можуть розвиватися як у дорослих, так і у дітей.

Тож, своєчасне раннє виявлення патологічних станів на амбулаторному етапі, первинна профілактика та широке проведення протиепідемічних заходів, адекватна діагностика, обґрунтована лікувальна тактика є головними напрямками в практиці сімейного лікаря для вирішення цих проблем.

Необхідність створення такого посібника зумовлена відсутністю підручників та методичних матеріалів, які б цілком відповідали основним розділам програми з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина».

Навчальний посібник може бути рекомендований для студентів ВМНЗ ІV рівня акредитації при вивченні відповідної теми, інтернам, лікарям загальної практики – сімейної медицини та лікарям будь-якої спеціальності.

**ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ДИСЦИПЛІНИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА
МЕДИЦИНА»**

**Модуль 1: «Організаційні аспекти системи первинної медико-санітарної
допомоги в Україні, пріоритетна роль сімейної медицини в системі
охорони здоров'я»**

№ з/п	Назва теми	К-сть годин
1	Місце сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи сімейного обслуговування населення. Організація роботи сімейного лікаря. Основи інформаційного забезпечення ЦПМСД, амбулаторій сімейного лікаря. Електронні системи обліку пацієнтів. Телемедицина в практиці сімейного лікаря.	4
2	Принципи і види медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини. Концепція та основні відмінності паліативної медичної допомоги. Основні принципи та методи паліативної допомоги. Порядок надання хоспісної допомоги в амбулаторних умовах. Ведення пацієнтів на термінальних стадіях захворювань в практиці сімейного лікаря, взаємодія зі спеціалістами.	4
3	Медико-соціальні аспекти здоров'я населення. Впровадження імунопрофілактики. Профілактична медицина як основа діяльності сімейного лікаря. Скринінгові програми обстеження. Стратифікація ризику, контроль факторів ризику основних неінфекційних захворювань. Принципи надання реабілітаційної допомоги за К. Гутенбруннером	4
4	Управління хронічними неінфекційними захворюваннями. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основній серцево-судинній патології. Методика виконання і оцінювання ЕКГ.	4
5	Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях дихальної та сечовидільної системи. Методика виконання пікфлоуметрії.	4
6	Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних ендокринологічних та шлунково-кишкових захворюваннях.	4
7	Організація та надання невідкладної медичної допомоги в практиці сімейного лікаря. Надання невідкладної допомоги сімейним лікарем у випадку раптової смерті, судомах та втраті свідомості на догоспітальному етапі.	4
8	Підсумковий модульний контроль. Захист індивідуальних робіт.	2
	<i>Всього</i>	30

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
Онлайн курс «Ведення хворих із найпоширенішими захворюваннями
внутрішніх органів в амбулаторних умовах»

<i>№ теми</i>	<i>Назва теми</i>	<i>К-ть годин</i>	<i>Вид контролю</i>
Змістовий модуль 1. Програми ведення в амбулаторних умовах хворих із найпоширенішими захворюваннями внутрішніх органів			
1	Фактори ризику та скринінг основних хронічних неінфекційних захворювань. Профілактичні програми в роботі сімейного лікаря.	5	Поточний контроль на практичних заняттях
2	Експертиза працездатності при основних хронічних неінфекційних захворюваннях.	12	-,-
3	Диспансеризація, реабілітація та санаторно-курортне лікування.	4,5	-,-
4	Особливості соматичної патології при вагітності.	3,5	-,-
5	Етичні та деонтологічні аспекти в діяльності сімейного лікаря.	3	-,-
	Разом за змістовим модулем 1	28	-,-
Змістовий модуль 2. Профілактичні програми та ведення найбільш поширених патологічних станів у дітей до 5 років			
6	Фактори ризику та скринінг основних хронічних неінфекційних захворювань у дітей.	4	-,-
7	Розробка моделі профілактичних програм інфекційних захворювань та складання індивідуального графіку щеплення дітей до 5 років.	4	-,-
8	Посиндромний підхід для ведення найбільш поширених патологічних станів у дітей до 5 років	4	-,-
	Разом за змістовим модулем 2	12	-,-
Змістовий модуль 3. Організація і надання невідкладної медичної допомоги на до госпітального етапі в практиці сімейного лікаря			
9	Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при больовому синдромі.	5	-,-
10	Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при пожаленнях і укусах.	4	-,-
11	Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при електротравмах і утопленнях.	5	-,-
12	Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при дії низьких та високих температур	4	-,-
	Разом за змістовим модулем 3	18	
13	Підготовка до підсумкового модульного контролю	2	
	Разом	60	

АЛГОРИТМ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ПРИ ОСНОВНИХ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ. МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПКФЛУОМЕТРІЇ

I. Актуальність теми

Захворювання органів дихальної системи можуть бути спричинені вірусами, бактеріями, спорами грибів, алергенами. Основні захворювання органів дихання - бронхіт, пневмонія, хронічне обструктивне захворювання легенів, бронхіальна астма, бронхоектатична хвороба, інтерстиціальні захворювання легенів, респіраторний дистрес-синдром, плеврит тощо. Причини розвитку основних захворювань органів дихання: інфекційна - всілякі віруси, бактерії, гриби, потрапляючи в організм, можуть викликати запальні захворювання органів дихання (бронхіт, пневмонію); алергічна - безліч алергенів (пилкові, харчові, побутові тощо) сприяють розвитку бурхливої реакції організму на деякі алергени, і як наслідок захворювань органів дихання (бронхіальна астма); аутоімунна; спадковий фактор - відіграє роль у розвитку ідіопатичного фіброзуючого альвеоліта [11].

Гострі алергічні захворювання - це захворювання, зумовлені підвищеною чутливістю імунної системи до різних екзогенних антигенів (алергенів). Вони характеризуються раптовим початком, непередбачуваним перебігом, ризиком розвитку станів, що загрожують життю. Виникають в будь-якому віці. При важких гострих алергічних захворюваннях всі пацієнти повинні бути госпіталізовані для подальшого лікування і / або спостереження, тому що можливий розвиток пізньої фази гострої алергічної реакції. При легких гострих алергічних захворюваннях госпіталізація показана при неефективності догоспітального лікування і погіршенні стану хворого, за супутніми захворюваннями [11].

II. Мета навчання: оволодіти навичками діагностики, лікування, профілактики, реабілітації та диспансеризації при основних захворюваннях дихальної системи та гострих алергічних захворювань.

III. Основні навчальні цілі

Вміти:

- Діагностувати основні захворювання дихальної системи;
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори при основних захворюваннях дихальної системи;
- Призначати лікування при основних захворюваннях дихальної системи та гострих алергічних захворюваннях;
- Навчати хворих небулайзерній терапії та пікфлуометрії в домашніх умовах.
- Проводити експертизу непрацездатності при основних захворюваннях дихальної системи.

Знати:

- Організацію маршруту пацієнта, протоколи лікування;
- Шляхи реабілітації та диспансеризації хворих;
- Порядок направлення на санаторно-курортне лікування;
- Методи профілактики основних захворювань дихальної системи та гострих алергічних захворювань;
- Основи гіпоалергенного харчування та раціональної фармакотерапії алергічних захворювань.

IV. Методичні вказівки до роботи на практичному занятті

На початку заняття проводиться тестовий контроль вихідного рівня знань, далі - опитування за темою заняття. Під керівництвом викладача проводиться клінічний розбір амбулаторних карт хворих, виписок з історій хвороб або ситуаційних завдань з обговоренням діагнозу за синдромальним підходом, класифікації, основних методів лабораторної та інструментальної діагностики, їх інтерпретації та лікування при основних захворюваннях дихальної системи в амбулаторних умовах. Детально обговорюються алгоритми діяльності сімейного лікаря при захворюваннях дихальної системи та гострих алергічних захворюваннях. Проводиться розробка профілактичних та реабілітаційних програм при цих захворюваннях. Викладач відповідає на питання, що виникли в процесі заняття.

V. Зміст теми

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — це стійке обмеження дихальних шляхів, яке прогресує та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів і легень на шкідливі частки та газу [1].

Діагностика

Скарги:

- хронічний кашель з виділенням мокротиння чи без,
- задишка,
- втрата маси тіла (при прогресуванні),
- легеневе серце,
- ознаки недостатності кровообігу,
- легенева недостатність [18].

Клінічна картина:

- при *легкому перебігу* може не бути загальних симптомів, при аускультативі жорстке дихання, сухі хрипи;
- при *тяжкому перебігу*:
 - центральний ціаноз,
 - деформація грудної клітки, яка пов'язана з розвитком емфіземи,
 - участь у диханні допоміжних м'язів,
 - зменшення серцевої тупості,
 - підвищення частоти дихання (>20 уд./хв), подовжений видих,
 - послаблення дихальних шумів, подовження фази видиху, тимпаніт при перкусії [21],
 - свистячі хрипи (наявність хрипів не є критерієм тяжкості захворювання, часто вони відсутні при стабільному, проте тяжкому ХОЗЛ),

- тахіпное, тахікардія (при загостренні захворювання),
- легенева гіпертензія із формуванням *cor pulmonale* з проявами правошлуночкової недостатності,
- можуть виникати периферичні набряки [21].

Все це свідчить про наявність бронхообструкції, характерної для ХОЗЛ.

На ранніх стадіях ХОЗЛ симптоми виражені мінімально або відсутні взагалі. Необхідно проведення детального збору анамнезу, в тому числі анамнезу паління, аналіз професійного маршруту (зі з'ясуванням впливу небезпечних факторів виробництва) у пацієнта, який має фактори ризику та/або симптоми ХОЗЛ.

Пацієнти, які мають загрозу розвитку ХОЗЛ:

- вік старше 35 років, з наявністю факторів ризику;
- обтяжливі умови розвитку в дитячому віці;
- діти, які часто хворіють на хронічний рецидивуючий бронхіт та інші інфекційні захворювання;
- діти, які народилися у матері з ускладненою вагітністю, пологами, хворої на СНІД [1].;
- спадковий дефіцит α -1-антитрипсину;
- пацієнти, які палять багато років (індекс паління 10–20 пачко-років), пасивні курці;
- особи, умови праці яких пов'язані з небезпечними чинниками виробництва та побутовими шкідливими викидами;
- низький соціально-економічний стан (обмеження харчування, перенаселеність, часте переохолодження);
- ознаки гіперреактивності бронхів (супутня бронхіальна астма);
- незавершений розвиток легенів у новонароджених, вроджені вади легенів [1].

Таблиця 1

Фактори ризику розвитку ХОЗЛ [12]

Зовнішні фактори ризику	Внутрішні фактори ризику
<ul style="list-style-type: none"> • довготривале тютюнопаління; • пасивне тютюнопаління; • промислові та побутові шкідливі викиди (повітряні полютанти, гази та продукти згорання біоорганічного палива); • часті інфекції в дитячому віці; • низький соціально-економічний стан. 	<ul style="list-style-type: none"> • генетично зумовлений спадковий дефіцит α-1-антитрипсину; • гіперреактивність бронхів (супутня бронхіальна астма); • незавершений розвиток легень (ускладнення під час вагітності, пологів, обтяжливі обставини розвитку в дитячому віці).

При поєднанні типових скарг, специфічних показників спірометричного дослідження, що виникли під час контакту пацієнта з пилом, подразнювальними та токсичними речовинами в умовах виробництва, має бути підозра на ХОЗЛ професійної етіології. У такому випадку хворий має бути направлений до профпатолога (міського, районного), який забезпечує збір та оформлення необхідних документів згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 р. № 1232 «Порядок проведення розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві» [1].

Лікар-профпатолог для встановлення остаточного діагнозу, направляє хворого до спеціалізованого профпатологічного лікувально-профілактичного закладу з відповідними документами:

- копією трудової книжки — для визначення стажу роботи в умовах дії виробничих факторів [1].;
- випискою з амбулаторної картки (форма 025/у);
- санітарно-гігієнічною характеристикою умов праці чи інформаційною довідкою про умови праці працівника, яку надають фахівці державної

санітарно-епідеміологічної служби, що здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд за підприємством, у разі підозри в нього професійного захворювання (отруєння); висновком фтизіатра, нарколога та інших документів (у разі потреби) [11].

Перелік спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, які мають право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань, визначений наказом МОЗ України від 25.03.2003 р. № 133 «Про перелік спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, які мають право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань» [1].

Діагностика ХОЗЛ залежить від наявності причин, що найбільш вірогідно викликали порушення дихання або кашель. Вона ґрунтується на сукупності симптомів і підтверджується спірометрією.

Клінічний діагноз ХОЗЛ повинен розглядатись у будь якого пацієнта при наявності задишки, хронічного кашлю або виділення харкотиння, та/або анамнезу впливу факторів ризику захворювання [2,3].

Для оцінки симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ існує декілька валідизованих опитувальників. GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (updated 2011)) пропонує застосовувати Модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки МДР та Тестз оцінки ХОЗЛ (ТОХ). Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки МДР відображає один симптом – задишку, в свою чергу Тест оцінки ХОЗЛ ширше відображає вплив захворювання на повсякденну активність пацієнта та його самопочуття [21].

Таблиця 2

Модифікована шкала Медичної Дослідницької Ради [1,12]

Оцінка задишки в балах	Опис
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні.
1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору.
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого

	віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості.
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості.
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні.

Таблиця 3

Тест з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) [1,12]

Як проходить Ваше хронічне обструктивне захворювання легені (ХОЗЛ)? Пройдіть тест оцінки

ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT))

Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоб вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування.

Я взагалі не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я кашляю постійно
У мене в грудях зовсім немає мокротиння (слизу)	0	1	2	3	4	5	Мої груди повністю заповнені мокротинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0	1	2	3	4	5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0	1	2	3	4	5	Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0	1	2	3	4	5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я	0	1	2	3	4	5	Виходячи з дому, я почуваюся

почуваюся впевнено, незважаючи на захворювання легень							невпевнено через захворювання легень
Я міцно сплю	0	1	2	3	4	5	Я погано сплю через захворювання легень
У мене багато енергії	0	1	2	3	4	5	У мене зовсім немає енергії

Загальний рахунок Тесту з оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань.

Оцінка задишки ≥ 2 та загальна сума балів Тесту з оцінки ХОЗЛ ≥ 10 свідчать про вираженість симптомів ХОЗЛ.

Необхідно також провести збір анамнезу загострень (протягом останніх 12 міс). Про високий ризик загострень у майбутньому можуть свідчити 2 та більше загострень протягом останнього року.

Легенева недостатність (ЛН) – це нездатність легень забезпечити нормальний газовий склад артеріальної крові в стані спокою і/або при помірних фізичних навантаженнях [12].

Класифікація ЛН за ступенем важкості:

- ЛН I ступеня – хворий відмічає появу задишки, якої раніше не було, під час виконання звичного фізичного навантаження (рівень звичного навантаження є індивідуальним для кожного пацієнта і залежить від фізичного розвитку);
- ЛН II ступеня – задишка з'являється при виконанні незначного фізичного навантаження (при ходьбі по рівній місцевості);
- ЛН III ступеня – задишка турбує в стані спокою [12].

Дихальна (респіраторна) недостатність (ДН) – патологічний стан, при якому на будь-якому рівні дихального процесу не забезпечується підтримання нормального газового складу крові (або воно в легших випадках забезпечується за рахунок напруження компенсаторних механізмів зовнішнього дихання). ДН включає в себе порушення не тільки на етапі зовнішнього дихання, але й судинної чи тканинної ланок [14].

Ступені важкості дихальної недостатності (за рівнем парціального тиску кисню в крові)

- норма – при P_{aO_2} понад 80 мм.рт.ст.;
- ДН I ст. - при P_{aO_2} 60-79;
- ДН II ст. - при P_{aO_2} 40-59;
- ДН III ст. - при P_{aO_2} менше 40 мм.рт.ст.

Спірометрія може застосовуватись для оцінки ступеню обструкції дихальних шляхів і разом з іншими методами дослідження може допомогти в прогнозуванні перебігу хвороби. Вона проводиться для визначення співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ, ОФВ₁. Про тяжкість бронхообструкції свідчить зменшення ОФВ₁ [16].

Класифікація тяжкості обмеження дихальних шляхів при ХОЗЛ [1].

I ступінь (COLD1, легкий) - ОФВ₁ після прийому бронхолітика (відсоток від належних) ≥ 80 .

II ступінь (COLD2, помірний) - $50 \leq \text{ОФВ}_1 < 80$.

III ступінь (COLD3, тяжкий) - $30 \leq \text{ОФВ}_1 < 50$

IV ступінь (COLD4, дуже тяжкий) - $\text{ОФВ}_1 < 30$ [18].

Інтегральна оцінка пацієнтів з ХОЗЛ:

1. Хворі групи А – низький ризик несприятливих подій, мало симптомів
Як правило, GOLD 1 або GOLD 2 та/або ≤ 1 загострень за рік та мМКД < 2 або $\text{TOX} < 10$

2. Хворі групи В – низький ризик несприятливих подій, багато симптомів

Як правило, GOLD 1 або GOLD 2 та/або ≤ 1 загострень за рік та мМКД ≥ 2 або $\text{TOX} \geq 10$

3. Хворі групи С – високий ризик несприятливих подій, мало симптомів
Як правило, GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥ 2 загострень за рік та мМКД < 2 або $\text{TOX} < 10$

4. Хворі групи D – високий ризик несприятливих подій, багато симптомів [18].

Як правило, GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥ 2 загострень за рік та мМКД ≥ 2 або ТОХ ≥ 10

Для діагностики ХОЗЛ також необхідно:

- провести додаткові дослідження за наявності супутніх захворювань (електрокардіографію, пульсоксиметрію, вимірювання артеріального тиску);
- визначення біометричних даних - індексу маси тіла (ІМТ) [18].;
- провести диференційну діагностику ХОЗЛ з хронічним необструктивним бронхітом, бронхоектатичною хворобою, муковісцидозом, туберкульозом, хронічною серцевою недостатністю;
- за наявності показань направити на консультацію до лікарів-спеціалістів (пульмонолога, алерголога, кардіолога, ендокринолога, психіатра) для визначення тактики лікування супутньої патології [21].

Дослідження, які будуть корисні при первинній оцінці пацієнтів з ХОЗЛ

- рентгенографія грудної клітки, щоб виключити іншу патологію, але вона не є обов'язковим дослідженням, що підтверджує діагноз ХОЗЛ;
- повний аналіз крові для визначення анемії або поліцитемії;
- періодичне вимірювання пікової об'ємної швидкості видиху (для виключення діагнозу астми) [18];
- визначення рівня альфа-1 антитрипсину (при ранньому початку захворювання, мінімальному курінні або необтяженому сімейному анамнезі). Але це малодоступне дослідження в Україні, дуже вартісне, визначається в платних лабораторіях. Воно може бути бажаним дослідженням, не обов'язковим. Пацієнти з діагностованим дефіцитом альфа-1 антитрипсину, повинні бути спрямовані в спеціалізований центр, який займається даною проблемою;
- визначення фактору перенесення монооксиду вуглецю (TLCO) (для вивчення симптомів, що мають вигляд непропорційної спірометричної недостатності) [18];

- КТ грудної клітки (для вивчення симптомів, що мають вигляд непропорційної спірометричної недостатності, а також аномалій, що візуалізуються на радіограмі грудної клітки та для оцінки придатності до оперативного лікування, у разі показань для його проведення) [14];
- ехокардіографія (для оцінки функціонального стану серця);
- пульсоксиметрія (для оцінки необхідності кисневої терапії у разі ціанозу або розвитку легеневого серця у пацієнта, або якщо ОФВ1 прогнозується <50 % розрахункового);
- посів харкотиння (для ідентифікації мікроорганізмів, якщо є постійне виділення харкотиння, і вона має гнійний характер) [18].

Лікування

Лікування включає немедикаментозні та медикаментозні методи, які слід призначати комплексно [18].

Немедикаментозне лікування:

- припинення паління (уповільнює темпи зменшення ОФВ1);
- дієта з достатньою кількістю вітамінів і мікроелементів (правильна дієта впливає на скорочувальну здатність дихальних та скелетних м'язів і зменшує їх втомлюваність);
- дихальна гімнастика (спрямована на підвищення функціональних можливостей дихального апарату шляхом відновлення вільного і економічного дихання);
- раціональне працевлаштування (з елімінацією впливу подразнювальних і токсичних чинників на робочому місці) [1].

Медикаментозне лікування

Фармакологічне лікування спрямоване на зменшення симптомів, частоти та тяжкості загострень, покращення статусу здоров'я та переносимості фізичних навантажень [1].

Інгаляційний шлях введення має перевагу над пероральним, оскільки препарат доставляється безпосередньо до органа-мішені (дихальні шляхи), мінімізується системна дія препарату, виключаються медикаментозні взаємодії.

Інгаляційним шляхом вводять бронхолітики (короткої та пролонгованої дії), інгаляційні кортикостероїди (ІКС), комбінації ІКС з бронхолітиками пролонгованої дії [14].

Класи препаратів, що застосовуються в лікуванні ХОЗЛ представлені в таблиці 4 [2,3].

Таблиця 4

Форми і типові дози препаратів в лікуванні ХОЗЛ [1,12]

Лікарський засіб	Інгалятор (доставковий пристрій)	Розчин для небулайзе ра	Для перораль ного застосува ння	Ін'єкційні лікарські форми	Тривалість дії (годин)
β₂-Агоністи					
Короткої дії					
Сальбутамол	+ (ДАІ, АВІ)	+			4–6
Фенотерол	+ (ДАІ)				4–6
Пролонгованої дії					
Індакатерол	+ (СПІ)				24
Сальметерол	+ (ДАІ)				12+
Формотерол	+ (СПІ)				12+
Антихолінергетики					
Короткої дії					
Іпратропію бромід	+ (ДАІ)				6–8
Пролонгованої дії					
Тіотропію бромід	+ (СПІ)				24+
Комбінація БАКД з антихолінергетиком в одному інгаляторі					
Фенотерол/іпратропію бромід	+ (ДАІ)	+			6–8

Метилксантини					
Теофілін			+		10–12
Доксофілін			+		>6
ІКС					
Беклометазон	+ (ДАІ, АВІ)				
Будесонід	+ (СПІ)	+			
Флютиказон	+ (ДАІ)	+			
Комбінація БАПД з ГКС в одному інгаляторі					
Сальметерол/флютиказон	+ (ДАІ, СПІ)				
Формотерол/будесонід	+ (СПІ)				
Системні ГКС					
Метилпреднізолон			+	+	
Преднізолон			+	+	
Інгібітор фосфодіестерази-4					
Рофлуміласт			+		24
Засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях респіраторної системи					
Фенспірид			+		
Примітка: ДАІ - дозований аерозольний інгалятор, СПІ - сухий аерозольний інгалятор, АВІ –активований вдихом інгалятор.					

Лікарські засоби, які використовують перорально [1]:

- глюкокортикостероїди - рекомендується призначати тільки при загостреннях ХОЗЛ, що супроводжуються збільшенням задишки. Довготривале призначення ГКС для перорального застосування в базисній терапії ХОЗЛ не рекомендується. Існують докази, що пероральні ГКС слід

використовувати коротким курсом (7–10 днів по 30 мг преднізолону чи його еквівалентів) при загостреннях ХОЗЛ;

- ксантини - додаються до попередньо призначених бронхолітиків. Слід призначати тільки після пробного лікування бронхолітичними засобами короткої та пролонгованої дії або пацієнтам, які не здатні використовувати інгаляційну терапію [21];

- теофілін - необхідно призначати з обережністю через можливу взаємодію з іншими лікарськими засобами та за необхідності контролювати плазмові рівні, а також виняткова увага при застосуванні у пацієнтів похилого віку, оскільки можливі відмінності у фармакокінетиці, наявність супутніх захворювань, а також при одночасному застосуванні інших лікарських засобів;

- доксофілін - спричиняє сильну бронходилативну дію при менш виражених позалегенових ефектах, ніж теофілін, при призначенні навіть у високих дозах [18]

- нестероїдні протизапальні препарати (фенспірид) призначають при нетяжких загостреннях та у складі базисної терапії впродовж 2–5 міс після загострення ХОЗЛ у пацієнтів з ХОЗЛ із легким/середньої тяжкості перебігом (ОФВ1 >50%);

- інгібітор фосфодіестерази-4 можна додавати до препаратів першого вибору у пацієнтів з тяжким ХОЗЛ (ОФВ1 <50% від належного) та загостреннями в анамнезі за наявності у них хронічного бронхіту (таких симптомів, як кашель, виділення мокротиння, згідно з визначенням хронічного бронхіту);

- антиоксиданти: ацетилцистеїн знижує частоту загострень, його рекомендується призначати пацієнтам із частими загостреннями, анамнезом тяжкого паління [1,18];

- муколітичні препарати призначають при хронічному кашлі та виділенні мокротиння, якщо відмічають зменшення об'єму мокротиння під їх впливом. Не рекомендовано застосовувати муколітичні препарати для запобігання загостренню у пацієнтів зі стабільним ХОЗЛ;

- протикашльову терапію не слід застосовувати при ХОЗЛ зі стабільним перебігом;
- антибіотики призначають при гнійному загостренні ХОЗЛ, за наявності показань. Недостатньо доказів, щоб рекомендувати профілактичне лікування антибіотиком пацієнтів зі стабільним перебігом ХОЗЛ;
- застосування токоферолу та бета-каротину окремо або в комбінації не рекомендоване [1].

Небулайзерна терапія - є одним з видів інгаляційної терапії застосовується при захворюваннях органів дихання, це вискоелективний спосіб доставки лікарського засобу безпосереднього в бронхи. Для проведення небулайзерної терапії використовують небулайзери. (рис.1).

Основною метою інгаляційної (небулайзерної) терапії є досягнення максимального місцевого терапевтичного ефекту в дихальних шляхах при незначних проявах або відсутності побічних ефектів [14].



1. Меш- небулайзер
2. Ультразвуковий небулайзер
3. Компресорний небулайзер

Рисунок 1 - небулайзери

Основні завдання небулайзерної терапії:

- Зменшення бронхоспазму.
- Поліпшення дренажної функції дихальних шляхів.
- Санація верхніх дихальних шляхів і бронхіального дерева.
- Зменшення набряку слизової.
- Зменшення активності запального процесу.
- Вплив на місцеві імунні реакції.
- Поліпшення мікроциркуляції.
- Захист слизової оболонки від дії алергенів і виробничих аерозолів [12]

Переваги небулайзерної терапії

- Можливо використовувати з самого раннього віку, при будь-якому фізичному стані хворого і незалежно від тяжкості захворювання.
- Доставка більшої дози препарату і отримання ефекту за більш короткий проміжок часу.
- Можливість легко, правильно і точно дозувати лікарські засоби.
- Проста техніка проведення інгаляцій, в тому числі в домашніх умовах.
- Можливо використовувати широкий спектр лікарських засобів і їх комбінацій.
- Небулайзер – це єдиний засіб доставки лікарського препарату в альвеоли.
- Можливість підключення в контур подачі кисню.
- Можливість включення в контур ШВЛ [12].

Показання для застосування небулайзерів

- Лікарська речовина не може бути доставлена в дихальні шляхи за допомогою інших інгаляторів;
- Необхідна доставка препарату в альвеоли;
- Інспіраторний потік менше 30 літрів в хвилину;
- Зниження інспіраторної життєвої ємності менш 10,5 мл / кг (наприклад, <735 мл у хворого масою 70 кг);
- Нездатність затримати дихання більше 4 секунд;

- Порушення свідомості;
- Стан пацієнта не дозволяє правильно використовувати портативні інгалятори.
- Коли потрібна велика доза препаратів (при важкій бронхіальній обструкції), використання небулайзера є більш практичним рішенням в порівнянні з іншими засобами доставки [12].

Протипоказання

- Легеневі кровотечі і спонтанний пневмоторакс на тлі бульозної емфіземи легенів.
- Серцева аритмія і серцева недостатність.
- Індивідуальна непереносимість інгаляційної форми медикаментів.

Проведення інгаляції

- Під час інгаляції хворий повинен перебувати в положенні сидячи, не розмовляти і тримати небулайзер вертикально. При проведенні інгаляції не рекомендується нахилитися вперед, так як таке положення тіла утруднює надходження аерозолю в дихальні шляхи [1].
- При захворюваннях глотки, гортані, трахей, бронхів слід вдихати аерозоль через рот. Після глибокого вдиху ротом слід затримати дихання на 2 секунди, потім зробити повний видих через ніс. Краще використовувати загубник або мундштук, ніж маску.
- При захворюваннях носа, навколоносових пазух і носоглотки необхідно використовувати для інгаляцій спеціальні носові насадки (канюлі назальні), вдих і видих необхідно робити через ніс, дихання спокійне, без напруги.
- Так як часте і глибоке дихання може викликати запаморочення, рекомендується робити перерви в інгаляції на 15-30 сек.
- Продовжувати інгаляцію, поки в камері небулайзера залишається рідина (зазвичай близько 5-10 хв) [1,12].
- Після інгаляції стероїдних препаратів і антибіотиків необхідно ретельно полоскати рот. Рекомендується прополоскати рот і горло кип'яченою водою кімнатної температури.

- Після інгаляції промити небулайзер чистою, по можливості, стерильною водою, висушити, використовуючи серветки. Часте промивання небулайзера необхідно для запобігання кристалізації препаратів і бактеріального забруднення [1,12].



Рисунок 2 – Процедура інгаляції

При виборі препаратів для лікування хворих на ХОЗЛ необхідно враховувати індивідуальну симптоматичну реакцію людини, переваги і

потенціал лікарського засобу щодо зменшення загострень та їх побічні ефекти і вартість.

Опираючись на індивідуалізовану оцінку пацієнта з урахуванням симптомів та ризиків загострень пропонується модель для початкового фармакологічного лікування ХОЗЛ (табл. 5)

Таблиця 5

Початкове фармакологічне лікування ХОЗЛ [1]

Характеристика пацієнтів (група)	Перший вибір	Другий вибір	Альтернативний вибір*
А Низький ризик, симптоми менше виражені (МДР <2, ТОХ <10), ступінь бронхообструкції згідно з GOLD 1–2	Бронхолітики короткої дії за потребою: або БАКД або холінолітик короткої дії	Бронхолітики пролонгованої дії: БАПД або холінолітик пролонгованої дії або БАКД + холінолітик короткої дії	Теофілін Доксофілін Фенспірид
В Низький ризик, симптоми більше виражені (МДР ≥2, ТОХ ≥10), ступінь бронхообструкції згідно з GOLD 1–2	Бронхолітики пролонгованої дії БАПД або холінолітик пролонгованої дії	БАПД та холінолітик пролонгованої дії	БАКД та/або холінолітик короткої дії Доксофілін Теофілін Фенспірид
С Високий ризик, симптоми менше виражені (МДР <2, ТОХ <10), ступінь бронхообструкції згідно з GOLD 3–4	ІКС + БАПД або холінолітик пролонгованої дії	БАПД та холінолітик пролонгованої дії	БАКД та/або холінолітик короткої дії Теофілін Доксофілін Інгібітор фосфодіестерази-4
Д Високий ризик,	ІКС + БАПД або холінолітик	ІКС + БАПД або комбінація БАПД +	БАКД та/або холінолітик

симптоми більше виражені (МДР ≥ 2 , ТОХ ≥ 10), ступінь бронхообструкції згідно з GOLD 3–4	продовженої дії	ІКС + холінолітик продовженої дії або комбінація БАПД + ІКС + інгібітор фосфодіестерази-4 або БАПД + холінолітик продовженої дії або холінолітик продовженої дії + інгібітор фосфодіестерази-4	короткої дії Теофілін Карбоцистеїн
Примітка:* Альтернативні препарати можуть застосовуватись окремо або додаватись до препаратів першого та другого вибору.			

У разі недостатньої ефективності попередньо призначеної інгаляційної терапії при стабільному ХОЗЛ рекомендується додавання до ксантинів, інгібітора фосфодіестерази-4 (за наявності хронічного бронхіту та загострень в анамнезі), фенспіриду та для симптоматичного лікування за наявності показань — антиоксидантів, муколітиків [1,18].

Пропонується починати профілактичне лікування остеопорозу до попередньо призначеної довгострокової терапії кортикостероїдами пацієнту у віці >65 років, при стероїд-індукованому остеопорозі згідно з відповідними медико-технологічними документами.

Необхідно контролювати рівень глюкози в крові пацієнта, якому призначено стероїди у високих дозах, для уникнення розвитку стероїд-індукованої гіперглікемії [1,18].

Лікування при загостреннях ХОЗЛ

При легкому загостренні ХОЗЛ (різке збільшення задишки, кашлю, та/або виділення мокротиння) -достатньо збільшення застосування бронхолітиків короткої дії.

При загостренні помірної тяжкості – при гнійному загостренні необхідне призначення антибіотика, або при значному збільшенні задишки рекомендують ГКС для перорального застосування [21].

Тяжкі загострення потребують госпіталізації та лікування в умовах стаціонару.

Лікування в амбулаторних умовах при загостреннях легкої та помірної тяжкості:

- часте застосування бронходилататорів, які вводять у вигляді аерозолів;
- перорально антибіотики при гнійному характері мокротиння;
- преднізолон у дозі 30 мг/добу протягом 7–14 днів пацієнту із вираженою задишкою, а також госпіталізованому до стаціонару, за відсутності протипоказань [14].

Реабілітація та диспансеризація хворих з ХОЗЛ

ХОЗЛ I

Тривалість лікування: базисна терапія проводиться постійно.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги: хворий на ХОЗЛ I стадії у період загострення захворювання, без ускладнень є працездатним.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень: дієта № 10 за Певзнером. Підтримання нормальної маси тіла [13].

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації: спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає. Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням. Більшість діагностичних процедур повинні проводитися натще в один і той же час. Лікування повинне проводитися амбулаторно. Реабілітаційні заходи проводяться на протязі усього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру [13].

ХОЗЛ II

Тривалість лікування: базисна терапія проводиться постійно.

Критерії якості лікування: зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження ОФВ1 <30 мл.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги: хворий на ХОЗЛ II стадії у період загострення захворювання, без ускладнень є працездатним. Вакцинація грипозними вакцинами - 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень: дієта № 10 за Певзнером. Підтримання нормальної маси тіла [13].

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації: спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає. Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням. Більшість діагностичних процедур повинні проводитися натще в один і той же час. Лікування повинне проводитися амбулаторно.

Реабілітаційні заходи: навчання хворих та мотивація до відмови від куріння, психологічна підтримка, корекція режимів легеневої вентиляції, покращання стану скелетних м'язів. Реабілітаційні заходи проводяться на протязі усього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру [13].

ХОЗЛ III

Тривалість лікування: базисна терапія проводиться постійно.

Критерії якості лікування: зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження ОФВ1 <30 мл.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги: засоби для лікування серцевої недостатності: сечогінні, інгібітори АПФ, нітрати, інгібітори кальцієвих каналів, дезагреганти – постійно. Протигрипозна вакцинація, імуномодулятори – 2 рази на рік. Під час загострення – оксигенотерапія (тривалість не менше 14 год/добу) [13].

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень: частий прийом невеликих порцій їжі, тому що при обмеженому вентиляційному резерві звичний обсяг їжі може приводити до помітного посилення диспное. Оптимальним способом корекції дефіциту харчування є сполучення додаткового харчування із фізичними тренуваннями, що здійснюють неспецифічний анаболічний ефект. Дієта № 10 за Певзнером [13].

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації: хворий на ХОЗЛ у період загострення в III стадії захворювання, із декомпенованим хронічним легеневим серцем, непрацездатний. Значне обмеження фізичних навантажень. Спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає. Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням. Лікування повинне проводитися в умовах стаціонару до компенсації недостатності кровообігу. Реабілітаційні заходи проводяться на протязі всього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру [13].

ХОЗЛ IV

Тривалість лікування: базисна терапія проводиться постійно.

Критерії якості лікування: підвищення базального рівня PaO_2 до 60 мм рт. ст. в стані спокою та/або SaO_2 до 90 %. Зменшення кількості загострень захворювання, щорічне зниження ОФВ1 <30 мл.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги: засоби для лікування серцевої недостатності: сечогінні, інгібітори АКФ, нітрати, інгібітори кальцієвих каналів, дезагреганти – постійно. Протигрипозна вакцинація, імуномодулятори – 2 рази на рік [13].

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень: частий прийом невеликих порцій їжі, тому що при обмеженому вентиляційному резерві звичний обсяг їжі може приводити до помітного посилення диспное. Оптимальним способом корекції дефіциту харчування є сполучення додаткового харчування із фізичними тренуваннями, що здійснюють неспецифічний анаболічний ефект. Дієта № 10 за Певзнером [13].

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації: хворий на хронічне обструктивне захворювання легень IV стадії із декомпенсованим хронічним легенеvim серцем непрацездатний. Значне обмеження фізичних навантажень. Спеціальних рекомендацій до режиму відпочинку немає. Профілактичне лікування полягає в посиленні боротьби з тютюнопалінням, постійному прийомі препаратів базисної терапії. Лікування повинне проводитися в умовах стаціонару до компенсації недостатності кровообігу. Реабілітаційні заходи проводяться на протязі всього періоду загострення і характеризуються меншою інтенсивністю вправ, що тренують дихальну мускулатуру [13].

Санаторно-курортне лікування хворих з ХОЗЛ

Рекомендовано профільні санаторії в теплий період року.

Критерії переходу до санаторного етапу лікування хворих з ХОЗЛ: зникнення клінічних критеріїв загострення захворювання - гнійної мокроты, інтоксикації, лихоманки, зменшення задишки.

Діагностика на санаторному етапі

Обов'язкові дослідження - загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, дослідження функції зовнішнього дихання. Додаткові - рентгенологічне дослідження легень [14].

Інші додаткові дослідження та консультації фахівців проводяться залежно від супутніх захворювань та клінічної ситуації.

Задачі санаторно-курортного лікування:

- 1) запобігання подальшого погіршення бронхолегеневої функції;
- 2) зниження темпів прогресування хвороби;
- 3) корекція дихальної недостатності;
- 4) підвищення реактивності організму;
- 5) зниження частоти загострень захворювання та подовження ремісії;
- 6) нормалізація фізичного та емоціонального стану хворого [12,14].

Дієта повинна бути збалансованою, вітамінізованою з включенням сирих овочів та фруктів, соків. При хронічному обструктивному бронхіті з підвищеним виділенням мокротиння показана збагачена білком дієта, 30-40% жиру рослинного походження.

Кліматотерапія: по I-II режимах.

Аеротерапія при температурі не нижче 10 0С. Сонячні ванни за слабким режимом. Морські ванни при температурі води 22 0С та вище за помірним режимом [12,14].

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, теренкур [15].

Функціональна терапія: дихальна гімнастика (тренування дихальних м'язів), дренажне положення хворого, постуральний дренаж, масаж грудної клітини (вібраційний, класичний, сегментарний). Всі види масажу доцільно проводити після аерозольної терапії [14].

Спелеотерапія, штучний "соляний клімат", концентрація хлориду натрію 12-16 мкг/м³, тривалість процедури 30 хвилин, на курс 15-20 процедур.

Нормобарична гіпокситерапія. Гіпоксична суміш, яка застосовується для лікувальних впливів містить 10-12% кисню та 88-90% азоту. Її подають під тиском 1020 гПа. Температура суміші складає 18-23 0С, об'ємна швидкість подачі 0,72 куб.м х час, від 10 до 30 хвилин, на курс 15-20 сеансів [12,14].

Апаратна фізіотерапія:

- аерозольна терапія: інгаляції з використанням бронхолітичних, антигістамінних, муколітичних препаратів;
- ампліпульстерапія, паравертебрально (поліпшується прохідність дрібних бронхів);
- електрофорез (хлористий кальцій, йодид калію, папаверин, еуфілін, тощо);
- ДДТ, двоконтактний хвильовий струм;
- індуктотермія грудинної ділянки;
- ДМХ-терапія на проекцію коренів легень;
- лазеротерапія, ароматерапія, рефлексотерапія;
- озокерито-, парафінотерапія.
- бальнеотерапія: хлоридно-натрієві ванни, азотні або кисневі ванни, вуглекислі ванни, йодобромні ванни, сірководневі ванни.

Термін лікування 2-3 тижні [12,14].

Показники якості лікування: відсутність або зменшення скарг, клінічні та лабораторні ознаки зменшення чи відсутності запального процесу, зменшення (або зникнення) кашлю, виділення мокротиння та порушень вентиляції легень [14].

Протипоказання: хронічні обструктивні захворювання легень у фазі загострення, хронічні обструктивні захворювання легень III-IV стадії [12,14].

Профілактика

Первинна профілактика

Первинна профілактика дозволяє запобігти розвитку ХОЗЛ. Виявлення факторів ризику та їх корекція у пацієнтів з ХОЗЛ позитивно впливає на подальший перебіг захворювання [13].

Лікаряю загальної практики - сімейної медицини необхідно створювати групи спостереження осіб, які мають загрозу розвитку ХОЗЛ. Окрема група - пацієнти, які в своїй професійній діяльності зазнають впливу шкідливих чинників виробничого середовища (пил та інші агенти, пари хімічних сполук або аерозолі тощо). Їх треба направити до профпатолога при підозрі на захворювання [13].

Рекомендоване проведення санітарно-просвітницької роботи щодо необхідності:

- модифікації способу життя;
- відмови від паління;
- використанні індивідуальних засобів захисту — особами, які працюють в умовах впливу шкідливих чинників виробничого середовища.

Своєчасно направляти пацієнта на консультацію до фахівців суміжних спеціальностей при підозрі на розвиток ускладнень ХОЗЛ (легеневого серця, дихальної недостатності) і супутніх захворювань [1,13].

Основні положення первинної профілактики

- I. Виділення груп спостереження пацієнтів, які мають ризик розвитку ХОЗЛ:
 - ❖ пацієнти з малою масою тіла при народженні, із частими респіраторними захворюваннями в дитинстві, наявним в сімейному анамнезі ХОЗЛ, спадковим дефіцитом α -1-антитрипсину;

- ❖ пацієнти, які палять багато років (індекс паління 10–20 пачко-років), пасивне паління [1,13].;
 - ❖ пацієнти, умови праці яких пов'язані з небезпечними чинниками виробничого середовища та побутовими шкідливими викидами;
 - ❖ пацієнти, що контактують з пилом, подразнювальними та токсичними речовинами в умовах виробництва та мають сімейний анамнез ХОЗЛ;
 - ❖ пацієнти з низьким соціально-економічним станом (обмеження харчування, перенаселеність, часте переохолодження);
 - ❖ пацієнти з ознаками гіперреактивності бронхів (супутня бронхіальна астма);
 - ❖ новонароджені з незавершеним розвитком легенів, вроджені вади легенів [1,13].
- II. Просвітницька робота щодо впливу промислових та побутових шкідливих викидів (повітряні полютанти, гази та пари хімічних сполук, продукти згорання біоорганічного палива)
 - III. Проведення скринінгових опитувань на наявність хронічного кашлю, виділення мокротиння, задишки
 - IV. Дослідження функції зовнішнього дихання при виникненні підозри на ХОЗЛ [1, 13].
 - V. Зменшення пилового навантаження в зоні дихання працівника шляхом механізації, герметизації пилоутворювальних процесів виробництва, впровадження дистанційного управління, покращення вентиляції та пиловловлювання на підприємствах. Використання колективних та індивідуальних засобів захисту
 - VI. Проведення періодичних медичних оглядів 1 раз на рік за участю терапевта і оториноларинголога відповідно до наказу МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» [13].
 - VII. Дотримання протипоказань до прийому на роботу, пов'язану з ризиком впливу промислових аерозолів, пилу: алергічні захворювання органів дихання, шкіри; хронічні захворювання бронхолегеневої системи,

поширені дистрофічні розлади верхніх дихальних шляхів, викривлення носової перетинки, що перешкоджає носовому диханню, туберкульоз легень (у тому числі в неактивній фазі) [1].

Вторинна профілактика

Заходи вторинної профілактики, спрямовані на запобігання розвитку ускладнень ХОЗЛ.

Вакцинація може знижувати тяжкість інфекції нижніх дихальних шляхів, що потребують госпіталізації, та мінімізувати смертність пацієнтів із ХОЗЛ [1].

Рекомендовано проведення пневмококової вакцинації пацієнта з ХОЗЛ у віці >65 років, а також пацієнта молодшого віку за наявності значних супутніх захворювань (наприклад серцево-судинної системи), пацієнтів віком <65 років при ОФВ1 <40% від належного.

Необхідно пропонувати пацієнту з ХОЗЛ введення протигрипозної вакцини згідно з рекомендаціями МОЗ України. Призначення протигрипозної вакцинації необхідне 1 раз на рік щорічно [13].

Лікарі загальної практики — сімейної медицини повинні здійснювати спостереження за пацієнтами з легким або помірним ХОЗЛ (ОФВ1 >50%), огляд такого пацієнта необхідно проводити принаймні 1 раз на рік або частіше, якщо є потреба. Огляд вперше виявленого пацієнта з тяжким перебігом ХОЗЛ необхідно проводити щонайменше 2 рази на рік. Пацієнти з ХОЗЛ професійної етіології потребують спостереження профпатолога за місцем проживання після встановлення професійної етіології захворювання.

Респіраторна фізіотерапія знижує утруднення дихання, пов'язане з респіраторним захворюванням. За допомогою респіраторної фізіотерапії можливо максимально відновити дихальну функцію пацієнта та зменшити слабкість периферичних і дихальних м'язів [13].

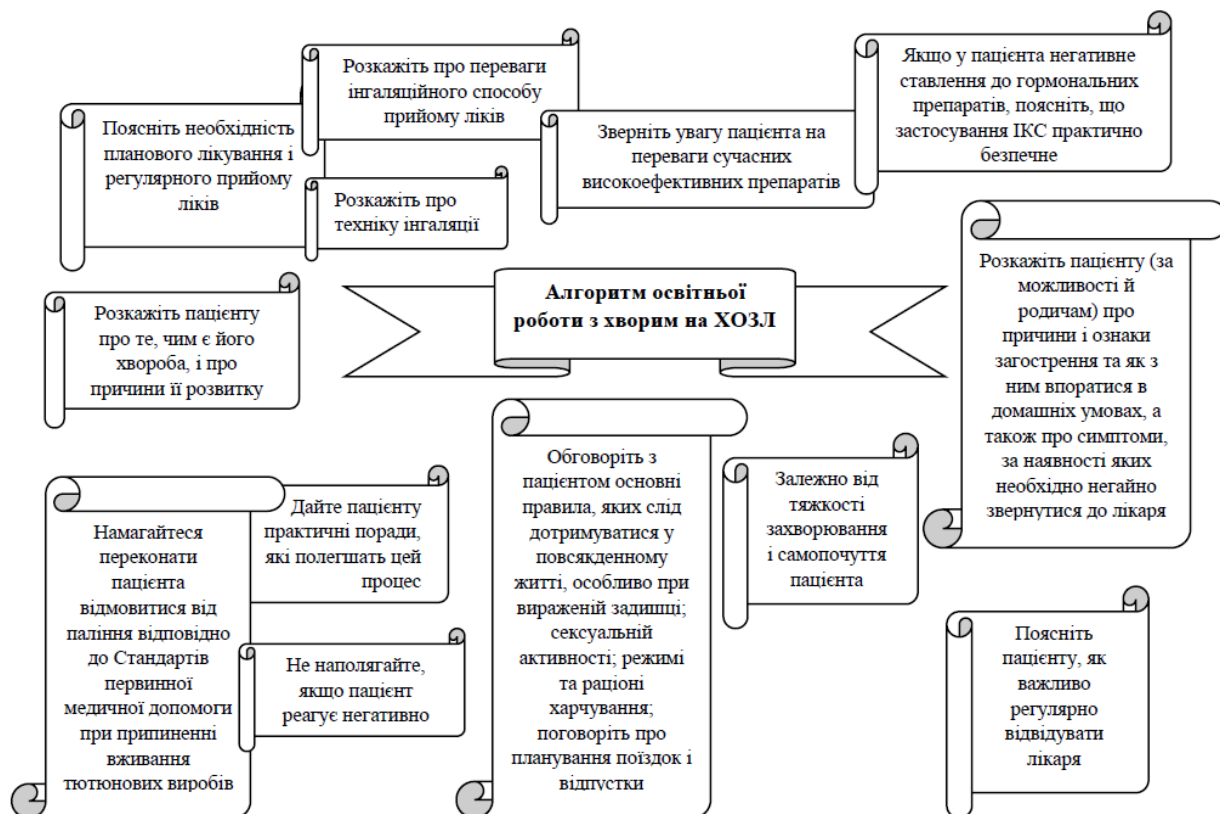


Рисунок 3 - Алгоритм освітньої роботи з хворим на ХОЗЛ

Медико-соціальна експертиза при ХОЗЛ

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Трудовий прогноз при ХОЗЛ залежить від фази захворювання, ступеня тяжкості проявів дихальної і легенево-серцевої недостатності, характеру основної професії та умов праці хворого [12].

Хворих на ХОЗЛ вважають тимчасово непрацездатними під час фази загострення захворювання і в разі наростання дихальної та легенево-серцевої недостатності. Вони можуть працювати у чистому, сухому і теплому приміщенні, повітря якого не містить промислових отрут і алергенів. Існує низка професій, які протипоказані хворим на хронічний бронхіт незалежно від ступеня дихальної недостатності. До них належать професії ливарника, дробильника каміння, шліфувальника, нікелювальника, фасувальника розсипчастих матеріалів, а також професії, що пов'язані з виготовленням ватяних і вовняних виробів, впливом високої та низької температур, вогкості,

іонізуючого випромінювання, пилу, токсичних і таких, що подразнюють дихальні шляхи, речовин [12].

Припустимий ступінь фізичного навантаження хворого на ХОЗЛ на виробництві визначається за тяжкістю порушень дихання і кровообігу. Хворим з ДН I ступеня протипоказане навіть короткочасне значне фізичне навантаження, при II ступені протипоказана праця, пов'язана з незначним фізичним чи значним мовним навантаженням (педагога, лектора, співака тощо).

У разі хронічної недостатності кровообігу I стадії, що розвинулося на фоні ДН I ступеня, у хворих, що виконують легку фізичну роботу або є особами інтелектуальної праці, працездатність зберігається [12].

Критерії визначення груп інвалідності.

Якщо професія хворого на ХОЗЛ II стадії з ДН I ступеня пов'язана з несприятливими метеорологічними або санітарно-гігієнічними умовами чи зі значним фізичним та мовним навантаженням, його переводять на іншу роботу. Коли це переведення призводить до зниження кваліфікації, то на час перенавчання хворого іншій професії його тимчасово визнають інвалідом III групи [12,14].

При III стадії ХОЗЛ з ДН II ступеня і частих загостреннях більшість хворих, котрі мають ще й ознаки недостатності кровообігу I — IIА стадії, до професійної праці непридатні, їх визнають інвалідами II групи. Однак хворих молодого віку, що мають відповідну освіту, високу кваліфікацію і працюють в сприятливих умовах, визнають обмежено працездатними (інвалідами III групи). У разі ДН III ступеня і недостатності кровообігу II Б — III стадії хворі не можуть виконувати жодної роботи у виробничих умовах і є інвалідами II групи, недостатності кровообігу III стадії, якщо хворий потребує стороннього догляду його визнають інвалідом I групи [16].

Захворювання кваліфікується як професійне, за умови що пиловий фактор визначається вирішальним у розвитку ХОЗЛ. Для визначення інвалідності за професійним захворюванням необхідні такі документи: копія трудової книжки, санітарно-гігієнічна характеристика умов праці, виписки з

амбулаторної картки та історії хвороби відділення професійної патології, дані медичного огляду підчас вступу на роботу [12].

Шляхи реабілітації

Можливості реабілітації хворих на ХОЗЛ потрібно розглядати індивідуально, залежно від форми захворювання і ступеня порушення легеневої вентиляції. Для відновного лікування широко використовують можливості санаторно-курортного лікування на Південному березі Криму, в Одесі, а також спелеотерапію. Своєчасна перекваліфікація та раціональне працевлаштування при I стадії захворювання сприяють припиненню його прогресуванню, забезпечують медичну і значною мірою професійну реабілітацію хворих на ХОЗЛ.

При II — III стадіях захворювання хворі потребують ретельного диспансерного спостереження з проведенням постійного відновного лікування та терапії ускладнень в амбулаторних умовах, лікарнях, місцевих санаторіях і на курортах.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА

Бронхіальна астма (БА) — це запальне захворювання дихальних шляхів, у розвитку якого беруть участь клітини і медіатори запалення. Хронічне запалення поєднується з гіперреактивністю бронхів, яке проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, скутості у грудній клітці, кашлю, особливо вночі та рано-вранці. Ці епізоди зазвичай пов'язані з розповсюдженою, але варіабельною бронхообструкцією, яка зворотна спонтанно або під впливом терапії [4].

Для встановлення діагнозу БА необхідно: характерна картина симптомів і ознак, при відсутності іншого пояснення їх наявності та підтвердження за допомогою спірометрії та пікфлоуметрії. Для симптомів характерна добова та сезонна варіабельність.

Важливе значення має оцінка ризику розвитку БА. (рис. 4 , табл. 6)

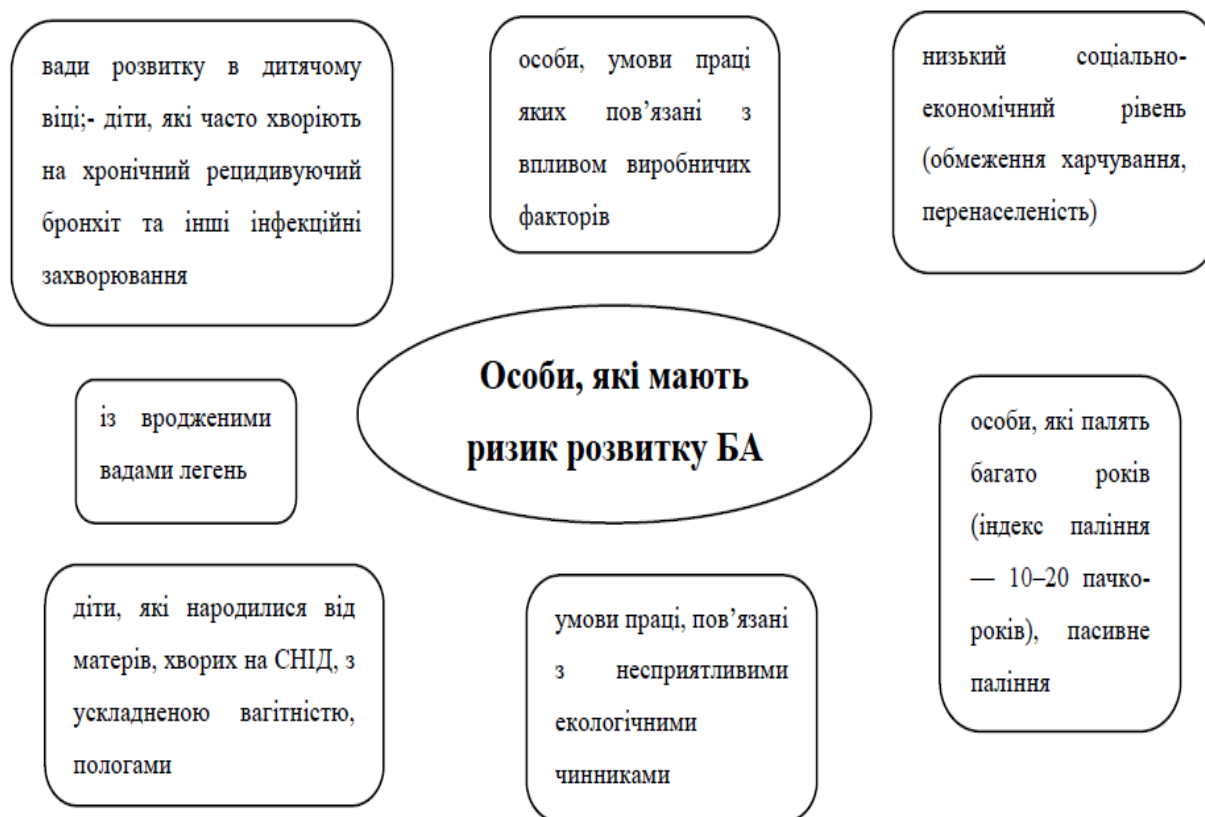


Рисунок 4 - Особи, які мають ризик розвитку БА

Таблиця 6

Фактори ризику розвитку БА [4]

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	Зовнішні фактори ризику	<ul style="list-style-type: none"> • домашні алергени: домашнього пилу; домашніх тварин (собак, котів); тарганів, молі, грибів, плісняви, дріжджів; • зовнішні алергени: пилок рослин, грибів, плісняви, дріжджів; • виробничі алергени та токсичні речовини; • паління тютюну (активне, пасивне); • респіраторні інфекції (переважно вірусні); • вади в дієті; застосування деяких ліків (нестероїдних протизапальних блокаторів β-адренорецепторів); • ожиріння.
	Фактори, що сприяють розвитку загострень та/чи хронізації симптомів БА	<ul style="list-style-type: none"> • домашні та зовнішні алергени, домашні та зовнішні повітряні поллютанти, респіраторні інфекції; • фізичні вправи та гіпервентиляція; • зміни погоди; двоокис сірки; • окремі види їжі, харчових добавок, медикаментів; • надмірне споживання бідної на антиоксиданти, рафінованої їжі; • надмірні емоції; паління тютюну (активне та пасивне); • іританти в домашньому побуті.
	Внутрішні фактори ризику	<ul style="list-style-type: none"> • генетична схильність; • атопія; • гіперреактивність бронхів.

Скарги, які характерні для хворих на БА: свистяче дихання, напади ядухи, переважно вночі, відчуття скутості у грудній клітці, кашель, більше вночі та при фізичному навантаженні. Прояви симптомів здебільшого посилюються вночі та в ранній ранковий час. Пацієнтам необхідно проводити тест контролю над БА (табл. 7).

Таблиця 7

Тест контролю над астмою (Asthma Control Test — АСТ) [4]

Як часто впродовж останніх 4 тиж астма заважала Вам виконувати звичайний обсяг роботи (на роботі, на навчанні або вдома)?	1=увесь час 2=дуже часто 3=іноді 4=зрідка 5=ніколи
Як часто впродовж останніх 4 тиж Ви відзначали у себе утруднене дихання?	1=частіше ніж 1 раз на день 2=1 раз на день 3=від 3 до 6 разів на тиждень 4=1–2 рази на тиждень 5=жодного разу
Як часто впродовж останніх 4 тиж Ви прокидалися вночі або раніше, ніж звичайно, через симптоми астми (свистячого дихання, кашлю, утрудненого дихання, відчуття стиснення в грудях або болю в грудях)?	1≥4 ночі на тиждень 2=2–3 ночі на тиждень 3=раз на тиждень 4=1–2 рази 5=жодного разу
Як часто впродовж останніх 4 тиж Ви використовували інгалятор «швидкої допомоги» або небулайзер (такі як сальбутамол)?	1≥3 рази на день 2=1–2 рази на день 3=2–3 рази на день 4≤1 рази на тиждень 5=жодного разу
Як би Ви оцінили, наскільки Вам вдалося контролювати астму впродовж останніх 4 тиж?	1=зовсім не вдалося 2=погано 3=деякою мірою 4=добре 5=повністю вдалося контролювати
Загальна оцінка (сума балів)	

Трактовка результатів: ≤ 15 балів — відсутність контролю БА; 16–18 балів — частковий контроль; ≥ 20 балів — добрий контроль.

Клінічна картина при об'єктивному дослідженні:

- свистячі хрипи, які підсилюються при форсованому видиху, або дифузні сухі свистячі хрипи на фоні жорсткого чи послабленого дихання, подовження видиху;
- при перкусії визначається коробковий відтінок перкуторного тону або коробковий тон;
- емфізематозна грудна клітка;
- участь допоміжних м'язів в акті дихання;
- тахікардія;
- ціаноз.

Класифікація БА за ступенем тяжкості

При первинному контакті з хворим доцільно для визначення перебігу захворювання та стартової терапії застосовувати класифікацію БА за ступенем тяжкості, викладену в Наказі №128 від 19.03.2007 р. та в настанові GINA 2011 р. Згідно з цією класифікацією стан хворого визначається ступенем тяжкості перебігу БА. Так, виділяють інтермітуючий (епізодичний) перебіг, персистуючий (постійний) перебіг: легкий, середньої тяжкості та тяжкий [5].

Інтермітуюча бронхіальна астма

Клінічні симптоми до початку лікування

- ❖ Симптоми (епізоди кашлю, свистячого дихання, задишки) короткотривалі, виникають рідше 1 разу на тиждень протягом не менше 3 місяців;
- ❖ Короткотривалі загострення;
- ❖ Нічні симптоми виникають не частіше 2 разів на місяць;
- ❖ Відсутність симптомів, нормальні значення показників ФЗД між загостреннями;
- ❖ ОФВ1 або ПОШвид ≥ 80 % від належних;
- ❖ Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 < 20 % [5,6].

Легка персистуюча бронхіальна астма

Клінічні симптоми до початку лікування:

- ❖ Симптоми виникають частіше, як мінімум 1 раз на тиждень, але рідше 1 разу на день протягом більше 3-х місяців;
- ❖ Симптоми загострення можуть порушувати активність і сон;
- ❖ Наявність хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування майже щоденно;
- ❖ Нічні симптоми астми виникають частіше 2 разів на місяць;
- ❖ ОФВ1 або ПОШвид ≥ 80 % від належних;
- ❖ Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 — 20–30 % [5,6].

Середньої тяжкості персистуюча бронхіальна астма

Клінічні симптоми до початку лікування

- ❖ Симптоми виникають щоденно;
- ❖ Загострення призводять до порушення активності і сну;
- ❖ Нічні симптоми астми виникають частіше 1 разу на тиждень;
- ❖ Необхідність у щоденному прийом бета2-агоністів короткої дії;
- ❖ ОФВ1 або ПОШвид в межах 60–80 % від належних;
- ❖ Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 > 30 % [5,6].

Тяжка персистуюча бронхіальна астма

- ❖ Наявність в значній мірі варіабельних тривалих симптомів, частих нічних симптомів, обмеження активності, тяжкі загострення [5,6].

Клінічні симптоми до початку лікування

- ❖ Незважаючи на лікування, що проводиться, відсутність належного контролю захворювання;
- ❖ Постійна наявність тривалих денних симптомів;
- ❖ Часті нічні симптоми;
- ❖ Часті, тяжкі загострення;
- ❖ Обмеження фізичної активності зумовлене БА;
- ❖ ОФВ1 або ПОШвид < 60 % від належних;
- ❖ Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 > 30 %;
- ❖ Досягнення контролю БА може бути неможливим [5,6].

Рівні контролю БА наведено в табл. 8

Таблиця 8

Рівні контролю астми [10]

Характеристика	Контрольований перебіг (все нижче наведене)	Частковий контроль (будь-яка ознака може відмічатися у будь-який тиждень)	Неконтрольований перебіг
А. Оцінка поточного клінічного контролю (за останні 4 тижні)			
Денні симптоми	Немає (≤ 2 /тиждень)	> 2 /тиждень	3 ознаки часткового контролю наявні у будь-який тиждень
Обмеження активності	Немає	Будь коли	
Нічні симптоми/пробудження з приводу БА	Немає	Будь коли	
Застосування бронхолітиків за потребою для зняття симптомів	Немає (≤ 2 /тиждень)	> 2 /тиждень	
ФЗД (ПОШвид. або ОФВ1)	Нормальні показники	< 80 % від необхідного або персонального кращого (якщо відомо)	
В. Оцінка майбутніх ризиків (ризиків загострень, нестабільності стану, швидкого погіршення функції легень, побічні ефекти). Ознаки, які асоціюються з підвищеним ризиком побічних проявів терапії в майбутньому: поганий контроль клінічних симптомів, часті загострення протягом останнього року спостереження, потреба в реанімаційних заходах з приводу БА, низький ОФВ1, пасивне паління, високі дози протиастматичних препаратів.			

Критерії тяжкості загострення БА наведено в табл. 9.

Таблиця 9

Критерії тяжкості загострення БА [6]

Майже смертельна астма	Підвищений PaCO ₂ та/чи потреба в механічній вентиляції з підвищеним тиском заповнення 391–393	
Загрозлива для життя астма	Будь-яка з нижченаведених ознак у пацієнтів з тяжким загостренням астми:	
	Клінічні ознаки	Виміри
	Зміни рівня свідомості	ПОШвид. <33% персонально найкращої або прогнозованої
	Виснаження	SaO ₂ <92%
	Аритмія	PaO ₂ <8 кПа
	Гіпотонія	PaCO ₂ в нормі (4,6–6,0 кПа)
	Ціаноз	
	«Німа легеня» (відсутність дихальних шумів)	
	Недостатні дихальні зусилля	
Тяжке загострення астми	Будь-який показник з нижченаведених: - ПОШвид. 33–50% персонально найкращої або прогнозованої - частота дихання ≥ 25 за 1 хв. Частота серцевих скорочень (ЧСС) ≥ 110 уд./хв - неможливість закінчити речення «на одному диханні»	
Помірне загострення астми	- Збільшення вираженості симптомів - ПОШвид. >50–75% персонально найкращої чи прогнозованої - немає ознак тяжкого загострення астми	
Лабільна астма	- Тип 1: значна варіабельність ПОШвид. (денна варіабельність >40%. Впродовж >50% часу протягом >150 днів), незважаючи на інтенсивну терапію - Тип 2: раптові тяжкі напади на фоні добре контрольованої БА	

Спірометрія — єдиний об'єктивний метод визначення обструкції та її ступеня. Пікова об'ємна швидкість (ПОШ) — чутливий тест визначення функції дихальних шляхів у пацієнтів із БА [5,6].

Протипоказань у цього методу діагностики немає, в тому числі і обмежень за віком. Порядок проведення обстеження при спірометрії Спірометрія проводиться за допомогою спеціального пристрою (спіромета) для безперервної графічної записи змін обсягів видихаємого та вдихаємого повітря [2]. Пацієнта просять зробити дуже глибокий вдих, затримати подих, притиснутися ротом якомога щільніше до одноразового мундштука (з цього моменту починає вестися запис на приладі) і рівномірно і спокійно видихнути все набране повітря. Після спокійного видиху пацієнта потрібно зробити те ж саме, але докласти максимальні зусилля. Подібну процедуру пацієнт повторює ще два рази, і отримані три групи показників лікар використовує для інтерпретації спірометрії [5,6].

Показники спірометрії (більшість показників спірометрії виражаються в процентах від середніх значень фізіологічних величин. Норма коливається в межах 80-120%):

- дихальний об'єм - об'єм повітря, що надходить за один вдих в легені при спокійному видиху (норма - 500-800мл);
- ЖЄЛ - життєва ємність легенів - об'єм легенів, який виходить при видиху;
- ФЖЄЛ1- форсована життєва ємність легенів. Цей показник спірометрії аналогічний попередньому, але видих пацієнту потрібно провести на максимально можливій швидкості і з максимально можливим зусиллям;
- ОФВ1 - об'єм форсованого видиху за 1 секунду. Кількість повітря, яке виходить з легких в першу секунду видиху, з максимальним зусиллям (норма форсованого видиху - 75%);
- Індекс Тиффно- процентне співвідношення ОФВ1 до ФЖЄЛ (норма - 70% і більше);
- Середня об'ємна швидкість - вимірюється в процентах - 25-75%, показує, в якому стані знаходяться дрібні дихальні шляхи;
- Пік об'ємної швидкості на видиху - максимальна швидкість, яку людина може показати при посиленому видиху, відображає прохідність дихальних шляхів, залежить від зусилля м'язів, та показує, в якому стані знаходяться дихальні шляхи на рівні великих бронхів, трахеї [5,6].

Методика виконання пікфлоуметрії

Пікфлоуметрія – метод монітування пікової швидкості видиху, яка вимірюється у літрах на секунду або на хвилину, для оцінки ступеня обструкції дихальних шляхів за допомогою пікфлоуметра (рис. 3).

Моніторинг пікової швидкості видиху надає лікареві максимальну інформацію про стан хворого, ефективність його лікування, а також дозволяє пацієнту організувати самоконтроль за перебігом захворювання і вчасно звернутися до лікаря. Всім пацієнтам з БА необхідне проведення ранкової та вечірньої пікфлоуметрії для виявлення добової варіабельності пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШвид.) [15].

Техніка проведення пікфлоуметрії представлена в табл.10.

Таблиця 10

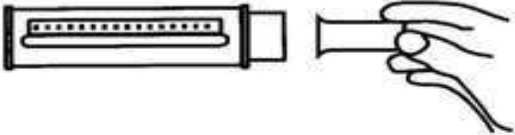
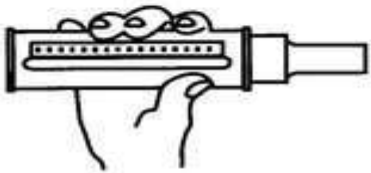
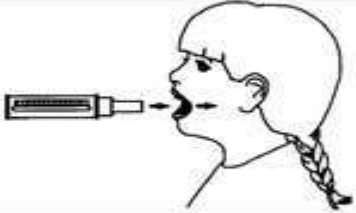
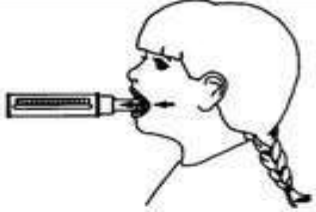
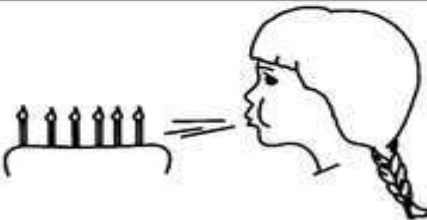
<p>1. приєднайте мундштук до пікфлоуметра</p>	
<p>2. пацієнт повинен стояти і тримати пікфлоуметр горизонтально. Необхідно переконатися в тому, що бігунок перебуває на нульовій позначці шкали.</p>	
<p>3. пацієнт повинен глибоко вдихнути, обхопити губами мундштук і видихнути в нього якомога швидше.</p>	
<p>4. відзначте результат. Двічі повторіть пункти 2-4. Виберіть найкращий з трьох результатів і відзначте його в щоденнику самопостереження. Порівняйте отримані результати з</p>	
<p>5. дітям слід пояснити, що видихати потрібно так, як ніби гасиш свічки на торті.</p>	



Рисунок 5 - Пікфлоуметри

Критерії порушення функції зовнішнього дихання [4]:

- наявність ознак бронхіальної обструкції — значення ПОШвид. та ОФВ1 <80% належних величин;
- виражена зворотність бронхіальної обструкції (швидке підвищення рівня ОФВ1 >12% (або ≥ 200 мл) або ПОШвид. >20% (або ≥ 60 л/хв), що вимірюється впродовж хвилин після інгаляції бета2-агоніста короткої дії (200–400 мкг сальбутамолу) — за результатами фармакологічної проби або більш виражене покращення через декілька днів або тижнів після призначення та прийому ефективного контролюючого препарату (інгаляційні кортикостероїди — ІКС);

добова варіабельність (покращення або погіршення симптомів та функції зовнішнього дихання (ФЗД) із часом) — ПОШвид. та ОФВ1 >20%. Варіабельність може визначатися впродовж доби (добова варіабельність), від дня до дня, від місяця до місяця або сезонно [4];

- показовим для встановлення діагнозу «професійна астма» (ПБА) є моніторинг пікфлоуметрії як у робочі, так і вихідні дні (не менше 4 разів на день протягом 4 тиж, з яких 2 тиж — робочі);

- методи специфічної алергодіагностики ПБА: інгаляційний провокаційний тест проводиться з промисловими алергенами у фазі ремісії та лише в умовах стаціонару [4];

- визначена гіперреактивність бронхів при проведенні провокаційних тестів з гістаміном, фізичними вправами (у пацієнтів із нормальною функцією легень) [4,15];

Дії лікаря загальної практики – сімейної медицини, при першому зверненні хворого для визначення діагнозу «Бронхіальна астма»

I. направити на загальний аналіз крові (визначенням кількості еозинофілів);

II. видати направлення на шкірні проби з алергенами (алергодіагностика);

III. визначити рівень загального та специфічних IgE;

IV. видати направлення на проведення провокаційних тестів із гістаміном, фізичним навантаженням для виявлення бронхіальної гіперреактивності у хворих із відсутністю обструктивних порушень на спірограмі до закладу охорони здоров'я, який надає вторинну медичну допомогу [4];

V. у пацієнтів з атиповими або додатковими симптомами або ознаками видати направлення на рентген грудної клітки [4,15].

Лікування

Мета лікування БА — досягнення та підтримання контролю клінічних проявів захворювання впродовж тривалого часу з урахуванням безпеки терапії, потенційних побічних ефектів, вартості лікування, необхідного для досягнення цієї мети [4].

Принципи немедикаментозного лікування наведено в табл. 11.

Таблиця 11

Немедикаментозне лікування [4]

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ	Побудова партнерських взаємовідносин між лікарем і пацієнтом (освітні заходи)
	Проведення освітніх заходів для пацієнтів з БА
	Усунення контакту з факторами ризику захворювання: харчовими алергенами, аероалергенами, в тому числі виробничими, тютюновим димом та іншими забруднювачами повітря
	Відмова від паління
	Зниження маси тіла у пацієнтів з БА, які страждають на ожиріння
	Дихальна гімнастика

Медикаментозне лікування

Перевагу має інгаляційний шлях введення препаратів, тому що препарат доставляється безпосередньо до органа-мішені (дихальні шляхи), мінімізується системна дія препарату, виключаються медикаментозні взаємодії.

Перед призначенням препарату в інгаляційній формі необхідно навчити хворого використовувати інгалятор та перевіряти правильність техніки інгаляції.

Пацієнти повинні почати лікування зі сходинок, яка найбільше відповідає початковій тяжкості їх бронхіальній астмі (рис. 6).

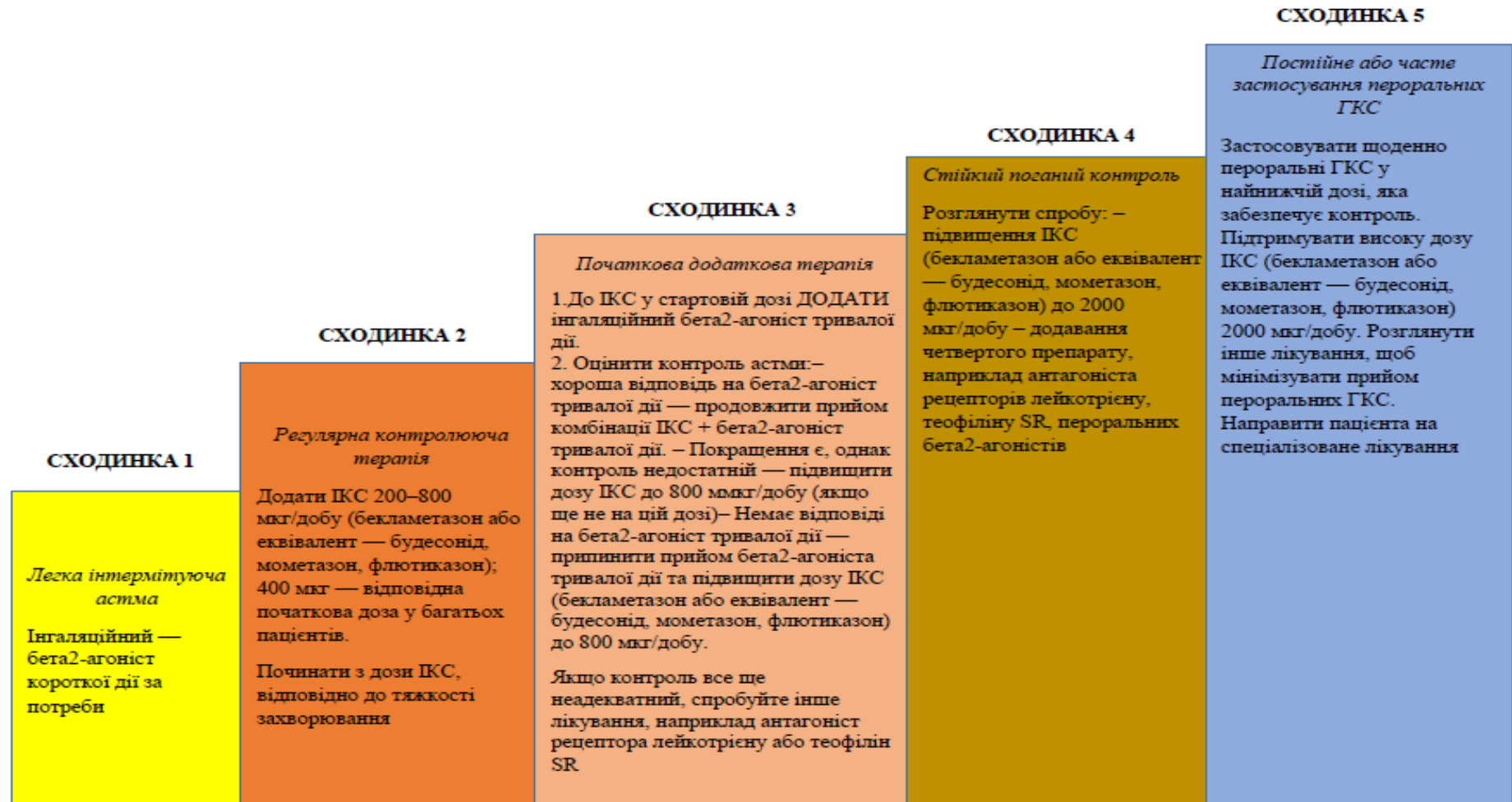


Рисунок 6 - Алгоритм лікування бронхіальної астми

Для пероральної терапії використовують [4]:

– системні ГКС (періоди >2 тиж, так званий ГКС-вибух), але їх застосування обмежене ризиком розвитку серйозних побічних ефектів. У пацієнтів, яким призначені ГКС у високих дозах, може розвинутися ГКС-індукована гіперглікемія, тому необхідно контролювати рівень глюкози у крові;

– модифікатори лейкотрієнів рекомендується призначати пацієнтам як альтернативний метод при легкій персистуючій БА, пацієнти з аспіриновою астмою також добре відповідають на ці медикаменти.

– теофілін можна застосовувати як додаткову терапію для пацієнтів, у яких контроль над БА не досягається прийомом ІКС в монотерапії (при застосуванні теофілінів зазначають часті побічні ефекти).

Алгоритм лікування при загостреннях БА наведено в табл. 12.

Таблиця 12

Лікування при загостреннях БА [4]

Ступінь загострення	Клінічна картина	Дії лікаря
Легкі загострення	задишка при ходьбі, можлива збудженість хворого, помірно виражене свистяче дихання, часто в кінці видиху, ПОШвид. >80%, SaO ₂ >95%	збільшення введення бронхолітиків короткої дії через спейсер, небулайзер
Загострення середньої тяжкості	різке збільшення клінічних проявів: задишка при розмові, переважно сидяче положення, пацієнт збуджений, розмовляє фразами, підвищена частота дихання, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, голосне свистяче дихання, тахікардія, може визначатися парадоксальний пульс, ПОШвид. 60–80%, SaO ₂ 91–95%	до раніше призначеної терапії додають пероральні ГКС
Тяжкі загострення	хворі непорушні, пересуваються важко, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, частота дихання - частіше 30/хв., пульс >120 уд\хв., ПОШвид. <60 %, SaO ₂ <90 %	хворі потребують госпіталізації та лікування в умовах стаціонару

Профілактика

Первинна профілактика [4]

- Проведення повноцінних попередніх та періодичних медичних оглядів особам, які знаходяться в групі ризику.
- Забезпечення дотримання санітарно-гігієнічних вимог до умов праці.
- Виконання правильної організації технологічних процесів із дотриманням принципу можливої заміни в технологічних процесах речовин-алергенів. Використання засобів індивідуального захисту.

Вторинна профілактика [4]

- Протигрипозна вакцинація повинна призначатися 1 раз на рік щорічноусім пацієнтам з БА, згідно з рекомендаціями МОЗ України.
- У пацієнтів з БА, в яких клінічно значущого алергену неможливо уникнути, може розглядатися імунотерапія.
- Пацієнтам з ожирінням, які хворіють на БА рекомендується зменшення маси тіла [4].

Подальше спостереження та реабілітація пацієнтів із загостреннями легкого або середнього ступеня тяжкості БА (ОФВ1 >60%) здійснюється переважно у закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Пацієнти із загостреннями легкого чи середнього ступеня тяжкості БА повинні оглядатися принаймні 1 раз на рік або частіше — за необхідності. Вперше виявлені пацієнти з тяжким перебігом БА повинні оглядатися, не менше 2 разів на рік. Перед випискою з лікарні пацієнти повинні одержати письмові індивідуальні плани дій, розроблені клініцистами, які мають досвід у лікуванні БА [15].

Коли здійснений контроль над БА, необхідно постійне спостереження пацієнта для підтримки контролю над захворюванням. Одужання пацієнтів повинне контролюватися регулярним клінічним обстеженням (оцінка симптомів) і визначенням функціональних ресурсів пацієнта [4,11].

Санаторно-курортне лікування хворих з БА [5,14]

Критерії переходу до санаторного етапу лікування хворих з бронхіальною астмою:

- відновлення контролю за перебігом захворювання,
- астма, в тому числі атопічна, з нечастими та легкими приступами, хронічний астматичний бронхіт при легеневої та серцевій недостатності не вище I ступеня [5,14].

Задачі санаторно-курортне лікування:

- 1) зменшення дихальної недостатності;
- 2) нормалізація реактивності бронхів;
- 3) нормалізація фізичного та емоціонального стану хворого;
- 4) корекція супутньої патології.

Дієта повинна бути збалансованою, з виключенням алергізуючих продуктів, достатньо вітамінізована. Стіл №15 або 5 (при наявності супутніх захворювань).

Санаторний режим: I-III.

Кліматотерапія: сухий клімат морських берегів, гір [5,14]

Аеротерапія при температурі не нижче 10 0C. Сонячні ванни за слабким режимом. Морські ванни при температурі води 22 0C та вище за помірним режимом.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, теренкур, купання. Теренкур протяжністю 1500 м з кутом підймання 5-100, при відсутності задишки підвищують до 3000 м, кут підймання 6-12 0 .

Спелеотерапія, штучний "соляний клімат", концентрація хлориду натрію 12-16 мкг/м, тривалість процедури 30-60 хвилин, на курс 15-25 процедур.

Функціональна терапія: масаж, вібраційний масаж [5,14].

Ароматерапія. Показано ефірні масла м'яти, лаванди, шавлії, фенхеля, піхти, евкалипту тощо, тривалість процедури 15-20 хвилин, на курс 15 процедур. Нормобарична гіпокситерапія. Гіпоксична суміш, яка застосовується для лікувальних впливів містить 10-12% кисню та 88-90% азоту. Її подають під тиском 1020 гПа. Температура суміші складає 18-23 0C,

об'ємна швидкість подачі 0,72 куб. м х час, від 10 до 30 хвилин, на курс 15-20 сеансів [14]

Апаратна фізіотерапія:

- індуктотермія на область проекції наднирників;
- електрофорез (5% сульфат магнію, 2% бромід натрію, 5% хлористий кальцій, 2% йодид калію тощо);
- УЗТ на рефлексогенні зони, а також грудної клітки;
- електросон за очно-потиличною методикою;
- інгаляції з використанням бронхолітичних та протизапальних препаратів.

Пелоїдотерапія. Аплікації грязі паравертебрально, з охопленням шийно-грудного вузла та області наднирників [14]

Озокерито-, парафінотерапія.

Бальнеотерапія:

- вуглекислі ванни покращують бронхіальну прохідність;
- йодобромні, штучні кисневі та азотні ванни;
- хлоридно-натрієві ванни;
- сульфідні ванни.

Додатково: лазеротерапія, рефлексотерапія.

Термін лікування 2-3 тижні.

Показники якості лікування: клінічні ознаки відновлення контролю бронхіальної астми [5,14]

Протипоказання: бронхіальна астма неконтрольована або частково контрольована, персистуюча тяжкого ступеню.

Медико-соціальна експертиза при БА [4,5]

Трудовий прогноз, показані та протипоказані умови і види праці.

Хворим легким перебігом бронхіальної астми протипоказана робота у несприятливих метеорологічних умовах, на запиленому та загазованому повітрі, праця в умовах контакту з алергенами, а також професії, за яких раптове припинення трудової діяльності у зв'язку з нападом ядухи небезпечно для самого хворого і оточуючих його осіб чи шкодить роботі

(водії транспорту, викладачі, лектори, телефоністи, музиканти, кранівники). Таким хворим можна рекомендувати всі види розумової праці в кабінетних умовах, канцелярську і адміністративно-господарську роботу, легку та помірну фізичну працю у сприятливих умовах.

У разі середньої тяжкості бронхіальної астми хворим доступна праця лише з незначним фізичним напруженням та інтелектуальні види діяльності у сприятливих умовах.

Тяжкий перебіг захворювання значно погіршує трудовий прогноз і виключає будь-які види праці у виробничих умовах. Прогноз щодо працездатності хворих також значно погіршується у зв'язку з розвитком хронічного легеневого серця та переходом захворювання у II стадію.

Показання для направлення в бюро МСЕК:

- наявність протипоказань в умовах і характері праці і неможливість трудового влаштування в доступній професії без зниження кваліфікації або істотного зменшення обсягу виробничої діяльності;
- несприятливий клініко-трудова прогноз (важкий, ускладнений перебіг, неефективність лікування і т. п.).

Критерії визначення груп інвалідності [4,5]

- легкий перебіг - хворі можуть оволодіти значною кількістю професій. Працевлаштування їх проводять здебільшого без зниження кваліфікації та встановлення групи інвалідності. Трудові рекомендації визначають ЛКК лікувально-профілактичних закладів;
- середній ступень тяжкості - кількість доступних видів праці зменшується. Переведення таких хворих на іншу роботу звичайно супроводжується зниженням кваліфікації, здебільшого їх визнають інвалідами III групи;
- тяжкий перебіг захворювання - виключає можливість виконувати будь-яку працю, у зв'язку з чим такі хворі незалежно від професії є інвалідами II групи. При II стадії бронхіальної астми причиною непрацездатності хворих стають ускладнення патологічного процесу — хронічне легеневе серце і недостатність кровообігу. При хронічній недостатності кровообігу II Б стадії

хворі здебільшого є інвалідами II групи, а при III стадії з втратою можливостей де самообслуговування — інвалідами I групи.

Інвалідність III групи встановлюється хворим БА легкого перебігу та середньої тяжкості, в тому числі гормонозалежної, ДН I і II ст. з обмеженням здатності до трудової діяльності, самообслуговування, пересування - I ст., працюючим в протипоказаних видах і умовах праці та потребують раціонального працевлаштування (зниження кваліфікації або зменшення обсягу виробничої діяльності) [12].

Інвалідність II групи встановлюється хворим БА середньої тяжкості і тяжкого перебігу зі стійкими вираженими порушеннями функції дихання і кровообігу (ДН II-III ст. і СН II А ст.), а також порушеннями функцій ендокринної системи (цукровий діабет, недостатність надниркових залоз), обумовлених стероїдною терапією, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересуванню, навчання II ст. У ряді випадків хворі можуть працювати в спеціально створених умовах, зокрема - на дому, з урахуванням професійних навичок [12].

Інвалідність I групи встановлюють при важкому прогресивному перебігу БА, рефрактерності до лікування, розвиток ДН III ст., СН ІІБ-III ст., інших необоротних ускладнень, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересуванню, трудової діяльності III ст. [12].

Шляхи реабілітації. Для хворих на бронхіальну астму легкого перебігу є значні можливості медичної та соціальної реабілітації. Важливе значення при цьому має раціональне працевлаштування хворого. Диспансерне спостереження, регулярне патогенетичне та санаторно-курортне відновне лікування дозволяють таким хворим продовжувати трудову діяльність. Для цього використовують і спелеотерапію [4,5].

Лікування таких хворих на курортах призводить до зменшення симптоматики захворювання, кількості ліків, що вживають хворі, частоти простудних захворювань, які спричиняють загострення бронхіальної астми. Лікування на курортах з морським кліматом показане хворим старшого віку з хронічним бронхітом. Хворим молодого віку з невротичними симптомами та

схильністю до алергії рекомендують лікування на курортах з гірським кліматом.

За тяжкого перебігу бронхіальної астми з ДН, а також при II стадії захворювання, коли приєднуються ускладнення основного патологічного процесу, можливості медичної реабілітації обмежені, однак активна медикаментозна терапія дозволяє досягти певних успіхів у соціальній реабілітації хворих [4,5].

ГОСТРІ АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Гострі алергічні захворювання - це захворювання, зумовлені підвищеною чутливістю імунної системи до різних екзогенних антигенів алергенів. Вони характеризуються раптовим початком, непередбачуваним перебігом, ризиком розвитку станів, що загрожують життю. Алергічна реакція відноситься до реакцій гіперчутливості першого типу, яка розвивається у відповідь на надходження в організм алергену. При цьому відбувається вироблення антитіл - імуноглобулінів Е. Через те, що чутливість до різних імуноглобулінів проявляється в різному ступені, алергія може проявлятися легкими симптомами, або ж мати серйозні наслідки для всього організму.

Алергічні захворювання можуть розвиватися у людей незалежно від віку і статі, і проявлятися тимчасовими симптомами, які будуть проходити після зникнення алергену, або в гострій формі.

Алергени розділяють на два основних типи:

- екзоалергени - фактори зовнішнього середовища, що дають поштовх до розвитку алергічної реакції;
- ендоеалергени - фактори внутрішнього середовища організму, які супроводжують розвиток алергічної реакції.

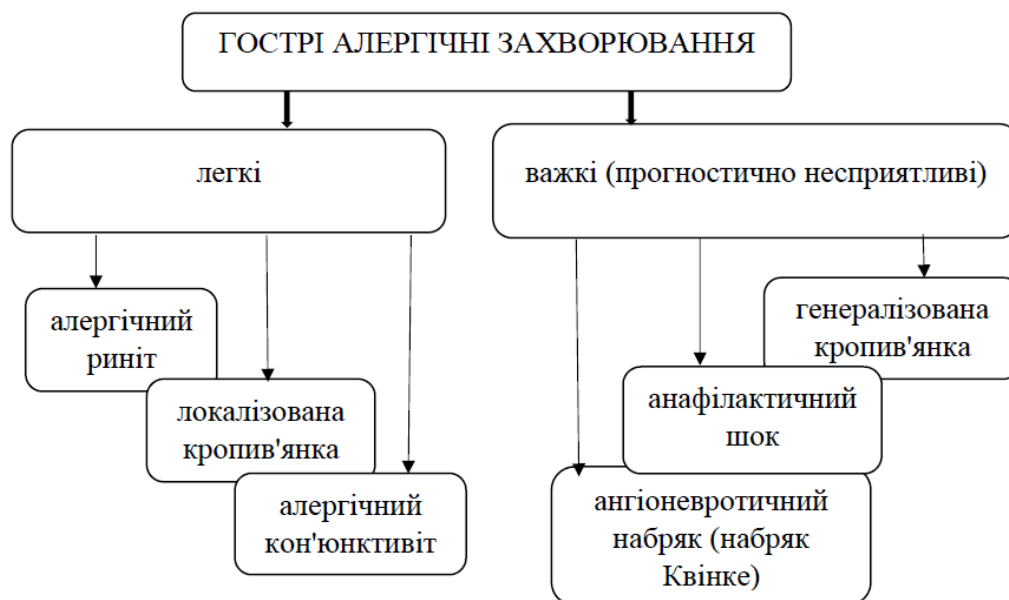


Рисунок 7 - Класифікація гострих алергічних захворювань за перебігом і ризиком розвитку станів, які загрожують життю

Клінічна картина

Симптоми алергії можуть виявлятися як при первинному впливі алергенів, так і при тривалому надходженні в організм і досягненні критичної концентрації. Перше найчастіше виникає у дітей, організм яких погано адаптований до факторів зовнішнього середовища і чутливий до будь-яких незвичайним впливів. Другий тип частіше зустрічається у дорослих, і чим стабільніше працює імунна система, тим довше буде розвиватися відповідь на дію алергену.

Симптоми алергії поділяються на:

- типові симптоми, які пацієнти найчастіше і називають алергією - кропив'янка, кашель, чхання, набряки, різь в очах, закладеність носа.
- атипові симптоми виявляються набагато рідше і тільки у випадках гіперсенсibiliзації організму або при постійній дії алергену - анафілактичний шок, втрати свідомості, дезорієнтація та інші [11].

Прояви алергіїв залежності від систем органів, з боку яких відбувається реакція:

- органи дихання - напади сухого кашлю, бронхоспазми, подразнення слизової поверхні. Відмінною рисою подразнення слизової є нездатність вдихнути - тобто при спробі вдиху слизова дратується настільки, що відбувається спазм гладкої мускулатури бронхів і трахеї;
- шлунково-кишковий тракт - діарея, нудота, блювання, зневоднення організму. Симптоми пропадають через кілька годин після усунення алергену;
- кровоносна система - можливі зміни в картині крові, які викликаються реакцією імунної системи на потрапляння алергену. Найчастіше зміни стосуються кількості та форми лейкоцитів, адже саме ці клітини крові відповідають за імунну реакцію організму;

➤ Шкірні реакції - почервоніння, кропив'янка, висипання, екземи. Найчастіше саме шкірні симптоми проявляються першими, і лише потім захворювання зачіпає інші органи.

Таблиця 13

Види алергії [11]

	Харчова алергія	Лікарська алергія	Респіраторна алергія
	індивідуальна непереносимість продуктів харчування	гіперчутливість до компонентів сучасних препаратів	підвищена чутливість епітеліальної тканини легенів до алергенів зовнішнього середовища
Етіологія	прийом певного продукту навіть у найменшій кількості викликає алергію. Виділяють: - високоалергенні продукти - реакція на які зустрічається найчастіше (солодощі, курячі яйця, цитрусові) - індивідуальні алергени, які викликають відповідну реакцію у виняткових випадках.	відповідна реакція на введення різних груп лікарських препаратів частіше зустрічається у дітей. Найчастіше розвивається спільно з харчовою алергією, формуючи в патогенезі перехресні реакції на різні поєднання продуктів і ліків.	цей вид алергії називають реакцією на пил, пилок, сильні запахи.

КЛІНІЧНА КАРТИНА	<p>виявляється в будь-якому віці кропив'янкою, набряком Квінке, екземою і нейродерматити. Можливі й більш серйозні симптоми - боку кишкового тракту і зміни в картині крові.</p>	<p>симптоми різноманітні в залежності від сили дії алергену: від кропив'янки, нудоти і невеликих змін в картині крові до анафілактичного шоку.</p>	<p>симптоми проявляються виключно в органах дихання. Розвивається через взаємодію екзогенних і ендогенних алергенів, рідше - під впливом інфекційних чинників. Ступінь тяжкості симптомів залежить від чутливості і дратівливості органів дихання, а також глибини впливу алергену. Передастмовий стан: риніти, ларингіти, риносинусити, трахеїти. Укупі з постійним впливом алергену вони можуть дати поштовх до необоротного розвитку бронхіальної астми.</p>
------------------	--	--	---

ДІАГНОСТИКА	використовуються шкірні проби і ведення харчових щоденників, в лабораторних умовах - провокаційні тести, які викликають імунну відповідь організму на введення того чи іншого алергену.	діагностику лікарської алергії не проводять, так як наслідки таких тестів можуть бути небезпечні для життя.	діагноз ставиться на основі ретельного вивчення клінічної картини захворювання, вивчення сімейного анамнезу, визначення алергенних факторів в побутових умовах. У період загострення проводиться клінічна діагностика домінуючих алергенів для подальшого обмеження їх впливу.
ЛІКУВАННЯ	медикаментозна терапія харчової алергії використовується вкрай рідко і тільки для усунення симптомів. Ефективним методом боротьби можна вважати тільки повне виключення з раціону алергенів і підбір особливої дієти.	лікування проводять симптоматичне при виникненні реакції організму, і в майбутньому уникають попадання алергену в організм.	виключення з алергенів та симптоматичне лікування. 3 та

Лікування

Лікування алергічних захворювань згідно з рекомендаціями ВООЗ передбачає [7]:

1. Припинення подальшого контакту пацієнта з причинними алергенами:

- зупинити парентеральне введення;
- видалити з ранки жало комах за допомогою ін'єкційної голки (пінцетом або пальцями небажано, так як можливо видавлювання отрути з залишився на жалі резервуара отруйної залози комах);

- до місця ін'єкції лікарського засобу або укусу / укусу комах прикласти лід або грілку з холодною водою на 15 хв .;

- обколювання в 5-6 точках і інфільтрація місця ін'єкції або укусу / укусу 0,1% -0,5 мл розчину адреналіну з 5 мл ізотонічного розчину хлориду натрію.

2. Протиалергічна терапія.

а) при легких гострих алергічних захворюваннях (алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт, локалізована кропив'янка):

- монотерапія антигістамінними препаратами другого і третього покоління: перорально акривастин 8 мг або цетиризин 10 мг;

- при неможливості перорального прийому застосовуються парентеральні антигістамінні препарати першого покоління: в/м хлоропірамин 2% - 1-2 мл;

б) при важких гострих алергічних захворюваннях (ангіоневротичний набряк, генералізована кропив'янка);

- ГКС парентерально: преднізолон 60-150 мг (дітям 2-12 міс. - 2-3 мг / кг, 1-14 років - 1-2 мг / кг маси тіла) в / в, струйно;

- при рецидивуючому перебігу генералізованої кропив'янки препарат вибору - бетаметазон 4-8 мг або 1-2 мл (дітям 1-5 років - 2 мг або 0,5 мл, 6-12 років - 4 мг або 1 мл) глибоко в/м;

- для попередження впливу нових порцій гістаміну на тканини, застосовуються пероральні антигістамінні препарати другого і третього покоління: акривастин 8 мг або цетиризин 10 мг. Застосування

антигістамінних препаратів першого покоління допустимо при стабільному нормальному або підвищеному АТ, тому що вони можуть посилювати гіпотонію;

➤ при наявності або підозрі на набряк гортані, анафілактичний шок - негайно ввести в / м (допустимо п / к введення) адреналін 0,1% - 0,3-0,5 мл.

3. Симптоматична терапія:

➤ - при розвитку бронхоспазму показано інгаляційне введення бета-2-агоністів (сальбутамол через небулайзер - по 2,5-5 мг, інгаляції аерозоллю - 200 мкг);

➤ - при ціанозі, диспное, сухих хрипах показана також киснева терапія.

4. Контроль ЧСС, АТ. Готовність до проведення ШВЛ і реанімаційних заходів.

Показання до госпіталізації:

➤ При важких гострих алергічних захворюваннях всі пацієнти повинні бути госпіталізовані для подальшого лікування і / або спостереження, тому що можливий розвиток пізньої фази гострої алергічної реакції.

➤ При легких гострих алергічних захворюваннях госпіталізація показана при неефективності догоспитального лікування і погіршенні стану хворого, по супутніх захворювань.

Харчова алергія

Епідеміологічні фактори харчової алергії

Харчова алергія є поширеною у світі проблемою з тенденцією до зростання. У європейському дослідженні, дизайн якого був створений для оцінки міжнародної поширеності непереносимості їжі, приблизно 20% людей повідомили про реакції на їжу в минулому, однак оціночна поширеність справжньої харчової алергії є суттєво меншою[16].

Для харчової алергії типовим є початок у перші кілька років життя. Вона уражає приблизно 8% дітей до 3-х років і до 35% дітей з середньої

важкості чи важким атопічним дерматитом. На харчову алергію страждають лише 4% дорослих. Підвищена чутливість до харчових добавок є рідкісною. У нідерландському дослідженні, у якому оцінювали реакції людей на різні види їжі, лише у 3 із 1483 пацієнтів виявили непереносимість харчових добавок [16].

Хоча практично будь-який харчовий білок може викликати імунну реакцію, лише 8 видів їжі відповідальні за 90% випадків харчової алергії; більшість пацієнтів чутливі до менш як 3-х видів їжі. Найпоширенішими харчовими алергенами в дітей є молоко, яйця, соя, пшениця, горіхи (мигдаль, волоські горіхи, горіхи пекани) і риба. Найчастішими алергенами в дорослих є молюски, риба, арахіс і деревні горіхи. Ці відмінності, очевидно, відображають як вікові рекомендації щодо їжі (і, відповідно, сенсibilізацію), так і тенденцію щодо зменшення харчової алергії з плином часу [16].

Клінічні прояви харчової алергії

Клінічні прояви імуно-опосередкованих реакцій на їжу є різними (додаток 10). Навіть найдосвідченіший лікар може мати труднощі із зіставленням клінічних симптомів до спожитої їжі. Симптоми алергічної реакції за участю IgE (IgE-опосередкованої) є добре вивченими; вони спричинені активацією мастоцитів при зв'язуванні алергеноспецифічних IgE, що призводить до вивільнення гістаміну та інших вазоактивних медіаторів. Типово симптоми проявляються через кілька хвилин чи годин після вживання провокуючої їжі і коливаються від невеликих до загрозливих для життя. Найчастішими органами-мішенями є шкіра (гостра кропив'янка, ангіоневротичний набряк), шлунково-кишковий канал (орофарингеальне свербіння чи набряк, нудота, блювання, діарея) та дихальні шляхи (свистяче дихання, кашель, ринорея) [16].

Харчова алергія може бути причиною системних реакцій, таких як виражена гіпотензія, гостра серцево-судинна недостатність, фатальна чи загрозлива для життя анафілаксія. Харчову алергію вважають основною причиною анафілактичних реакцій у США. Підраховано, що анафілаксія є

причиною від третини до половини візитів до відділень невідкладної допомоги та приблизно 150 смертей щорічно [16].

Ретроспективне дослідження фатальних анафілаксій, індукованих їжею, виявило, що 14 пацієнтів із 21 мали алергію до арахісу, 7 до деревних горіхів, а 96% мали астму. Додатковими факторами ризику щодо фатальних реакцій, індукованих їжею, є молодий вік (підлітки чи дорослі особи молодого віку), реакції на їжу в анамнезі (як звичайно, не загрозливі для життя) та зволікання з призначенням епінефрину (адреналіну) [16].

Патогенетичні фактори харчової алергії

Патогенез імунних реакцій на їжу, які опосередковуються не IgE, є менш зрозумілим, проте вважають, що важливу роль відіграють Т-клітини та макрофаги. Клінічна картина таких порушень дуже різноманітна і може проявлятися стеатореєю та втратою ваги при целіакії, важким рефлюксом і болем у животі при еозинофільних шлунково-кишкових розладах, профузним блюванням, діареєю та гіпотензією у немовлят при ентероколіті, індукованим харчовим білком [16].

З харчовою алергією пов'язують такі прояви, як втомлюваність, біль голови, гіперактивність, а також аутизм, поведінкові проблеми. Проте подвійно сліпі, плацебо-контрольовані харчові алергічні проби не змогли послідовно відтворити ці симптоми, тому зв'язок між спожитою їжею та описаними симптомами не підтверджений [16].

Природний перебіг харчової алергії

Шанс позбавитися харчової гіперчутливості з віком залежать від пацієнта та виду провокуючої їжі. Приблизно у 80% малих дітей, які мають алергію до молока, яєць, сої або пшениці, гіперчутливість зникає через кілька років. Немовлята з ентероколітом, індукованим харчовим білком, імовірно, позбавляться від такої чутливості через 1–2 роки. Однак лише 20% дітей позбавляться від гіперчутливості до арахісу. Алергія до деревних горіхів, риби і молюсків, як звичайно, триває усе життя [16].

Основи гіпоалергенного харчування

Мета - виключення з раціону високо алергенних продуктів.

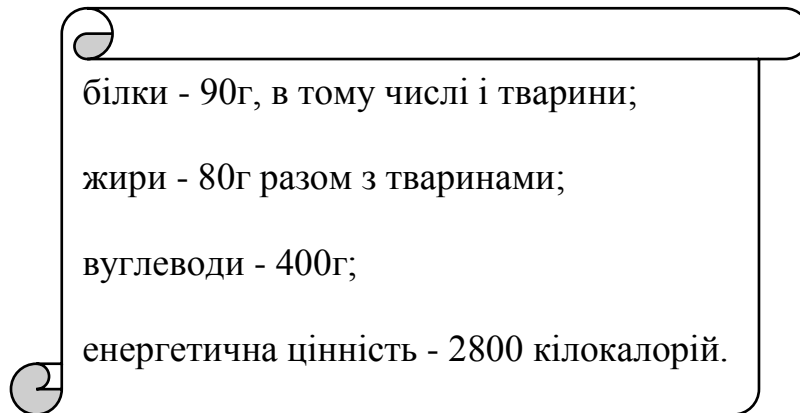


Рисунок 8 - Хімічний і енергетичний склад гіпоалергенної дієти

Гіпоалергенна дієта повинна бути хімічно легка для органів травлення і фізіологічно повноцінною для організму, тобто містити необхідну кількість білків, жирів, вуглеводів і вітамінів. Крім того, вона обмежує вживання солі до 7 грамів на добу.

Основні правила харчування при алергії:

- 1) перевага віддається дробовому харчуванню, 5-6 разів на добу:
 - виключення переїдання, яке збільшує навантаження на травний тракт, підвищує ризик неможливості розщеплення багатьох поживних речовин до необхідних, а, отже, і підсилює алергію;
 - харчування допомагає алергікам повернути здоровий апетит, адже у багатьох він пропадає через страх алергічних реакцій.
- 2) кулінарна обробка - їжу бажано подавати у відвареному вигляді або приготовленої на пару. Смаження, випічка та інші види кулінарної обробки підвищують вміст в продуктах алергенів. При приготуванні курячих, рибних і м'ясних бульйонів потрібно тричі міняти воду;
- 3) вживання рідини - після їжі через 1-2 години необхідно пити більше рідини (близько 2,5-3 літрів в день), що забезпечує виводження алергенів і токсинів з організму;
- 4) алкоголь протипоказаний - алкогольні напої самі по собі уповільнюють переварювання і всмоктування їжі, що призводить до збільшення алергії;

- 5) температурний режим - оптимальна температура їжі повинна бути 15-60 ° C (не надто гаряча або холодна);
- 6) дорослим дієту бажано дотримуватися протягом 2-3 тижнів, а дітям достатньо 7-10 днів. При цьому введення в меню «небезпечною» їжі має відбуватися не частіше, ніж один раз на три дні, кожен продукт вводиться по одному, що дозволяє виявити наявність алергічної реакції на нього;
- 7) необхідно вести харчовий щоденник, який допоможе пацієнту та лікарю визначити непереносимість того чи іншого продукту;
- 8) вживання свіжих або оброблених овочів і фруктів - в овочах і фруктах багато вітамінів. Крім того, великий вміст клітковини в їжі допомагає виводити алергени з організму;
- 9) при приготуванні необхідно керуватися простими рецептами з мінімумом продуктів. Складні страви ускладнюють можливість виявити алерген;
- 10) необхідне різноманітне харчування, тому що одноманітне харчування сприяє накопиченню алергену в організмі, тому їжа кожен день повинна бути новою, з інших продуктів.

Таблиця 14

ЗАБОРОНЕНІ ПРОДУКТИ	ДОЗВОЛЕНІ ПРОДУКТИ
<ul style="list-style-type: none"> - будь-яка рибна ікра, морепродукти, риба жирних сортів; - молоко, жирний сир, йогурти з ароматизаторами; - яйця, особливо жовтки; - сири; - копченості, ковбасні вироби; - мариновані і консервовані продукти, особливо виготовлені в промислових умовах; - приправи (перець, гірчиця, хрін, оцет), соуси, кетчуп; 	<ul style="list-style-type: none"> - кисломолочні продукти (ряжанка, кефір, йогурти без фруктів і з обмеженим терміном зберігання, сир низької жирності); - пісна яловичина, свинина, курка; - нежирні сорти риби (тріска, морський окунь, минтай); - субпродукти (печінка, язик, нирки); - хлібці з рису, гречки, кукурудзи; - овочі (капуста білокачанна, цвітна та броколі, зелений салат, кріп,

<ul style="list-style-type: none"> - овочі червоних і помаранчевих відтінків (помідори, буряк, морква, червоний болгарський перець, редис); - фрукти тих же кольорів (малина, полуниця, червоні яблука, диня, хурма, гранати); - цитрусові; - сухофрукти (курага, родзинки, фініки); - гриби; - карамель, шоколад, мармелад; - кава, какао, газовані солодкі напої; - мед, горіхи; - квашена капуста; - селера, щавель. 	<ul style="list-style-type: none"> - шпинат, пастернак, петрушка, кабачки, ріпа); - каші з вівсянки, рису, перловки і манки; - рослинні масла, вершкове масло; - зелені фрукти (яблука, біла смородина, агрус, біла черешня, груші); - сухофрукти (сушені яблука, чорнослив); - компоти і морси з яблук і груш, слабо заварений чай, чай з шипшини; - мінеральна негазована вода; - сухе печиво, здобні хліб.
---	---

Збалансоване, раціональне і корисне харчування нормалізує роботу шлунково-кишкового тракту, підвищує загальний тонус, насичує організм вітамінами і виводить з нього не тільки алергени, а й шкідливі продукти розпаду.

Диференційний діагноз при синдромі кашлю

Кашель є однією з частих скарг пацієнтів, з якою хворі звертаються до лікаря. Зазвичай приводом є болісний характер кашлю, що порушує якість життя пацієнта, або поява поряд з кашлем інших симптомів [8].

При наявності у хворого кашлю діагностичний пошук повинен базуватися не тільки на інформації про особливості та характер кашлю, а й від стану різних органів і систем у даного пацієнта, а також інших анамнестичних і клінічних даних.

При огляді хворих, які звернулися з приводу кашлю, необхідно вміти цілеспрямовано виявляти найбільш діагностично значущі ознаки:

- тривалість кашлю (до 3 місяців або більше 3 міс),
- професійно-побутові шкідливості (контакти з дратівливими речовинами, в тому числі куріння),
- попередня інфекція дихальних шляхів,
- ознаки алергії (лікарська, харчова та ін.),
- виділення з носа,
- печія і відрижка,
- захворювання серця,
- позалегенові злякисні пухлини,
- лихоманка,
- виділення мокротиння і її характер,
- прийом лікарських препаратів (інгібітори АПФ, β -блокатори) [8,9].

На підставі тривалості і часу появи слід розрізняти гострий і хронічний кашель. Кашель може бути продуктивним і непродуктивним, але частіше кашель починається як непродуктивний, пізніше приєднується виділення мокротиння).

Причини виникнення, взаємозв'язок характеру кашля і причинами його розвитку, та взаємозв'язок між характером мокротиння і причинами кашлю представлені в таблицях 15-17 [9].

Таблиця 15

Причини виникнення кашлю [9]

Гострий кашель тривалість до 3 тижнів	Хронічний кашель тривалість 3-8 тижнів і більше
<i>Непродуктивний (сухий)</i>	
ГРВІ, риніти і синусіти (алергічні та неалергічні), тромбоемболія легеневої артерії, серцева астма, сухий плеврит, зовнішній отит, перикардит,	Бронхіальна астма (кашльовий варіант), хронічні запальні захворювання носоглотки, інтерстиціальні хвороби легенів, прийом ІАПФ, об'ємні процеси в середостінні, невротичний (психогенний) кашель

пневмоторакс, аспірація стороннього тіла, коклюш	
<i>Продуктивний (вологий)</i>	
Гострий бронхіт, пневмонія	Хронічний бронхіт, ХОЗЛ, бронхіальна астма, бронхоектази, рак бронхів, муковісцидоз, застійна лівошлуночкова недостатність

Таблиця 16

Взаємозв'язок між характером кашлю і причинами його розвитку [8]

Характер кашлю	Можливі причини кашлю
Гучний, звучний	трахеїт, бронхіт, здавлення трахеї (пухлиною або збільшеними лімфовузлами)
Грубий, лаючий	поразки гортані (круп)
Нападоподібний кашель з довгими і глибокими вдихами	кашлюк
Болісний	трахеїт
Нічний кашель	бронхіальна астма, серцева недостатність, синусит, ХОЗЛ, хронічний бронхіт, коклюш
Ранковий кашель	бронхоектази, хронічний бронхіт, ХОЗЛ, шлунково-стравохідний рефлюкс
Кашель і свистяче дихання	бронхіальна астма
Кашель і задишка	бронхіальна астма, хронічний бронхіт, ХОЗЛ, серцева недостатність

Таблиця 17

Взаємозв'язок між характером мокротиння і причинами кашлю [9]

Характер харкотиння	Можливі причини кашлю
Слизова (білувата, прозора)	ГРВІ, ХОЗЛ
Гнійна (жовто-зелена, містить багато лейкоцитів)	бактеріальні інфекції дихальних шляхів
Тягуча, склоподібна	бронхіальна астма
Іржавого кольору	серцева недостатність
З прожилками крові	пневмонія, рак легкого, туберкульоз
Рожева, піниста	набряк легкого
Гнійна, з неприємним запахом, у великій кількості	Абсцес легені, бронхоектазів

Гострий кашель найчастіше є одним з головних симптомів гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) та супроводжується зазвичай закладенням носа, виділеннями з носа, почуттям першіння в горлі. У більшості даної категорії пацієнтів кашель зникає протягом 2-3 тижнів.

Гострий бронхіт може бути викликаний вірусної і бактерійної інфекцією. Клінічна картина характерна для ГРВІ: непродуктивний кашель на тлі респіраторного синдрому за типом ринофарингіту або ларинготрахеїту (характерна осиплість голосу), нездужання.

Пневмонія - кашель спочатку сухий, нав'язливий і постійний, але в деяких випадках кашель на початку захворювання може бути рідким і не сильним. Потім по мірі розвитку запалення, кашель стає вологим з невеликим виділенням слизисто-гнійної мокроти [11].

Кашлюк - кашель характеризується виразністю та болісним характером.

Якщо кашель зберігається 3 тижні і більше, говорять про **хронічний кашель**. Найбільш частою причиною хронічного кашлю є *хронічний бронхіт*, для якого продуктивний кашель є клінічним маркером, що визначає захворювання саме як хронічний. Хоча припущення про ХОЗЛ у пацієнтів з

хронічним кашлем, що палять, є найбільш вірним, необхідно пам'ятати про наявність інших захворювань.

Кашель при *бронхіальній астмі* обумовлений запаленням і бронхоспазмом. Клінічна картина захворювання у більшості хворих характерна - задишка, свистяче дихання, кашель, напади задухи.

Обстеження пацієнта з хронічним кашлем слід розпочати зі збору анамнезу, включаючи куріння, професійну шкідливість та вживання медикаментів. Якщо хворий не курить і не приймає інгібітор АПФ або якщо кашель утримується після відміни препарату, необхідно виконати оглядову рентгенографію ОГК. Рентгенографію не потрібно виконувати вагітним і не обов'язково — молодим пацієнтам з синдромом кашлю верхніх дихальних шляхів, які не курять [5]. Алгоритм обстеження пацієнтів з хронічним кашлем представлено на рис.9.

При наявності хронічного кашлю у некурящих і осіб, які не піддаються впливу різних поллютантів, при виключенні ХОЗЛ і бронхіальної астми, необхідно виключати насамперед постназальний синдром "затікання", гастроєзофагеальний рефлюкс. Крім того, кашель може бути одним із симптомів лівошлуночкової серцевої недостатності, пухлинних захворювань легень (доброякісні пухлини бронхів, бронхогенний рак, метастатичні пухлини та ін.) і інтерстиціальних хвороб легенів [4].

Обов'язковою у всіх хворих з хронічним кашлем необхідно виключити легеневий туберкульоз. Слід мати на увазі, що при даних захворюваннях на певному етапі їх перебігу кашель може бути провідним або навіть єдиним проявом [5].

Аспірація. Поява кашлю після прийому алкоголю і їжі дозволяє запідозрити дискоординацію глоточної мускулатури. У хворих на хворобу Паркінсона, з інсультом, деменцією можлива аспірація, яка викликає хронічний кашель.

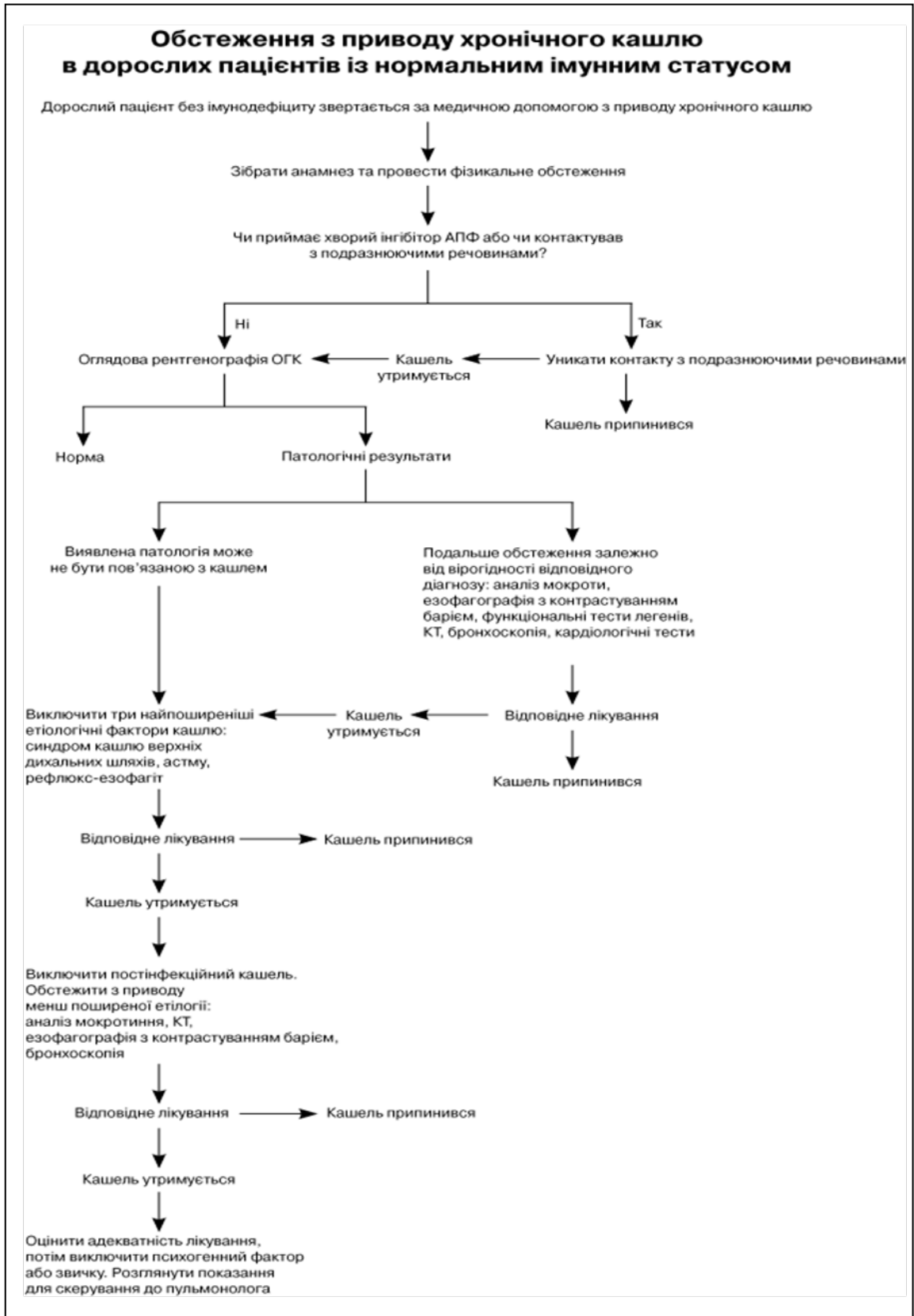


Рисунок 9 - Алгоритм обстеження з приводу хронічного кашлю в дорослих пацієнтів з нормальним імунним статусом

(за Irwin R. S. et al., 1998)

Інтерстиціальні захворювання легенів (фіброзуючий альвеоліт та ін.). Частою ознакою цих захворювань є непродуктивний кашель, однак основним симптомом поряд з кашлем є задишка, яка носить прогресуючий характер. Рентгенологічне дослідження легенів дозволяє виявити сітчасту перебудову легеневого малюнка. При цитологічному дослідженні після бронхоальвеолярного лаважа виявляється збільшення кількості нейтрофілів.

Прийом лікарських препаратів. Основними лікарськими препаратами, які можуть викликати кашель, є інгібітори АПФ. Частота подібного побічного ефекту досягає 20:6 серед всіх хворих, які приймають інгібітори АПФ. Найчастіше кашель виникає у жінок. У ряді випадків кашель може виникати при прийомі β-блокаторів. Зникнення кашлю після скасування підозрюваних медикаментів дозволяє достовірно вважати, що кашель має в даній ситуації лікарське походження.

Серцева недостатність, що виникає на тлі ішемічної хвороби серця або вад серця, може проявлятися кашлем. При цьому кашель супроводжується відділенням слизової мокроти, нерідко з домішкою крові. Для виявлення причини кашлю в цій ситуації слід перш за все орієнтуватися на наявне у хворого захворювання серця, а також наявність інших ознак серцевої недостатності. Характер серцевої патології може бути встановлений при ЕхоКГ-дослідженні. В окремих випадках диференційно-діагностичною ознакою може бути зменшення або зникнення кашлю після призначення сечогінних препаратів, що зменшують застійні явища в легенях.

Бронхогенний рак слід підозрювати у курців з наявністю малопродуктивного кашлю, можливо з прожилками крові. На відміну від хронічного бронхіту, який нерідко діагностують помилково у хворих бронхогенним раком, кашель набуває більш болісний характер, з'являється задишка при відсутності очевидних ознак бронхіальної обструкції. При огляді хворих звертає на себе увагу симптом гіпертрофічної остеоартропатії, а також ряд інших паранеопластичних синдромів. У крові у чверті хворих бронхогенним раком виявляється тромбоцитоз. Підозра на бронхогенний рак вимагає проведення бронхоскопічного дослідження і при необхідності

біопсії. Необхідна морфологічна верифікація бронхогенного раку і визначення його гістологічного варіанту, що має певне прогностичне значення і чутливість до хіміотерапії.

Аденома бронха і інші доброякісні пухлини тривалий час можуть проявлятися непродуктивним кашлем або супроводжуватися відділенням невеликої кількості світлої мокроти, особливо у хворих, які страждають на хронічний бронхіт. Періодично можливо кровохаркання. Для аденоми характерно центральне розташування і повільне ендобронхіальне зростання. У зв'язку з повільним зростанням пухлина довго не викликає обструкції відповідного бронха і не проявляється клініко-рентгенологічними ознаками локальної бронхіальної обструкції. Якщо аденома представлена карциноїдом (80-90% всіх аденом), то внаслідок секреції пухлинними клітинами деяких гормонів (АКТГ, АДГ) можливе виникнення паранеопластичних синдромів. Основним методом діагностики є бронхоскопія з подальшою біопсією виявленої пухлини [8].

У всіх неясних ситуаціях при наявності хронічного кашлю, особливо при виявленні рентгенологічних змін в легенях, необхідно виключати *легеневий туберкульоз*. Це вимагає ретельного, нерідко багаторазового мікробіологічного дослідження мокротиння, включаючи метод полімеразної ланцюгової реакції. Туберкульозний характер легеневого ураження може бути доведений лише при виявленні в мокроті або при діагностичному бронхоальвеолярному лаважі мікобактерій туберкульозу.

Терміном "*синдром постназального затікання*" (nasal drip syndrom) позначаються клінічні ситуації, які характеризуються запальним процесом верхніх дихальних шляхів, при яких виділення з носа стікає по задній стінці глотки в трахеобронхіальне дерево. Запідозрити синдром назального затікання слід у хворих, які скаржаться на виділення з носа, або «потребіочищення» носоглотки. При ЛОР - огляді зазвичай виявляється наявність слизового або слизово-гнійного секрету, збільшені фолікули і гіперемія задньої стінки. Найбільш частими причинами назального затікання можуть бути наступні - алергічний риніт, вазомоторний риніт, постінфекційний риніт, синусит. При підозрі на наявність цього синдрому

необхідне проведення ЛОР-огляду, алергологічне обстеження, рентгенологічне (комп'ютерна томографія) дослідження навколоносових пазух.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба є досить поширеною патологією, частота якої збільшується з віком. Найбільш типовою симптоматикою є біль і відчуття печіння за грудиною або в надчеревній ділянці, печія, особливо вночі. Приблизно у половини хворих гастроєзофагеальний рефлюкс не супроводжується стравохідно-шлунковими симптомами і виявляється випадково при проведенні гастроскопії. Особливістю даної патології є виникнення у хворих позастравохідних проявів і перш за все респіраторної симптоматики.

Основні респіраторні прояви рефлюксу:

- ранкове першіння в горлі при пробудженні;
- відчуття здавлення в області яремних вен;
- персистуючий кашель;
- дихання зі свистом вночі і (або) при пробудженні;
- гіпервентиляція;
- ларингоспазм;
- епізоди апное.

Слід мати на увазі, що симптоматика рефлюксу може посилюватися на тлі призначення деяких лікарських препаратів (теофілін, антагоністи кальцію, нітрати, трициклічні антидепресанти).

Однією зі складних діагностичних ситуацій є *кашель як прояв невротичного соматоформного розладу*. Такий кашель характеризується непродуктивністю, нерідко виникає в нестандартних для хворого ситуаціях (виступи, проведення уроків, проповіді та ін.). Очікування і передбачення кашлю неминуче провокує його появу. Зазвичай у хворих підозрюють захворювання легенів (бронхіальну астму, хронічний бронхіт) або серцево-судинну патологію, що тягне за собою проведення невиправданих і неінформативних обстежень [4,5]. У той же час активний пошук причини кашлю нерідко посилює невротичні і тривожні прояви у цих пацієнтів. Призначається при цьому лікарське лікування (нітрати, бронхолітики та ін.),

Застосування протикашльових засобів, як правило, виявляються неефективними. Основним клінічним проявом є дихальний дискомфорт у вигляді почуття незадоволеності вдихом, яке хворі описують як задишку, нестачу повітря і навіть задуха[5]. Ці відчуття зазвичай посилюються в задушливих приміщеннях, від тісного одягу. Таким пацієнтам властива погана переносимість задушливих приміщень [3]. Характерні часті зітхання і позіхання, що відзначаються самими хворими або їх оточуючими. Постійне бажання глибоко вдихати призводить до розвитку гіпокапнії, що супроводжується запамороченням, раптовою слабкістю, непритомним станом, іноді судомами [3]. Часто дихальні порушення супроводжуються кардіальними симптомами (біль в ділянці серця, порушення ритму), почуттям тривоги і страху та іншими проявами вегетативної дисфункції.

У випадках відсутності виявленої легеневої або позалегеновий патології, невротичних розладів слід розцінювати клінічну ситуацію як ідіопатичний кашель. Хворі повинні обов'язково спостерігатися в динаміці [8].

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ І САМОКОРЕКЦІЇ
ЗАКЛЮЧНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ**

ЗАХВОРЮВАННЯХ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

1. При аналізі даних спірометрії отримані наступні дані - індекс Тифно-54%, ОФВ1-57%, визначте попередній діагноз:

- A. бронхіальна астма
- B. ХОЗЛ легкого ступеня
- C. ХОЗЛ середнього ступеня
- D. ХОЗЛ тяжкого ступеня
- E. ХОЗЛ вкрай важкого ступеня

2. Хвора, 60 років, співробітниця бібліотеки звернулася зі скаргами на постійну задишку, сухий непродуктивний кашель. Курить протягом 30 років. При огляді: ціаноз губ, частота подихів 26 в хвилину, при перкусії легень коробковий звук, ЧСС 110 в хвилину. АД 145/80 мм. рт. ст. Визначте попередній діагноз:

- A. ХОЗЛ
- B. бронхіальна астма
- C. рак легені
- D. ГРВІ
- E. немає правильної відповіді

3. Визначте зовнішні фактори ризику розвитку ХОЗЛ:

- A. куріння
- B. стать
- C. порушення росту легеневої тканини
- D. вік
- E. немає вірної відповіді

4. Визначте, які методи відносяться до немедикаментозних принципів лікування ХОЗЛ:

- A. усунення факторів ризику
- B. навчання пацієнтів програмами легеневої реабілітації
- C. киснетерапія
- D. вірно A,B
- E. вірно все

5. Без якого методу неможливо діагностувати ХОЗЛ:

- A. бронхоскопії
- B. ФЛГ
- C. аналізу мокроти
- D. спірометрії
- E. рентгенологічного дослідження грудної клітки

6. Короткодійчий бронходилататор це -

- A. сальметерол
- B. формотерол
- C. ретардна форма теофіліну
- D. іпратропію бромід
- E. немає правильної відповіді

7. До медикаментозних принципів лікування ХОЗЛ відноситься:

- A. призначення системних ГКС
- B. призначення холінолітиків
- C. призначення антогонистов кальцію
- D. призначення цитостатиків
- E. вірно A, D

8. До короткодійчих бронходилататорів відноситься:

- A. сальбутамол
- B. формотерол
- C. сальметерол
- D. правильно А,В
- E. правильно В,С

9. До короткодійчих М-холінолітиків відноситься:

- A. фенотерол
- B. сальбутамол
- C. іпратропію бромід
- D. тіатропіума бромід
- E. немає правильної відповіді

10. Бочкоподібна форма грудної клітки, зміна форми нігтів пальців рук («годинникові скельця»), задишка є частими ознаками:

- A. гострого респіраторного захворювання
- B. пневмотораксу
- C. гострого бронхіту
- D. пневмонії
- E. емфіземи легенів

11. Які побічні дії тіотропію найбільш часто зустрічаються?

- A. діарея, зміна функціональних проб печінки (іноді токсичний гепатит), головний біль, запаморочення
- B. шлунково-кишкові кровотечі та інші геморагічні прояви
- C. головний біль, запаморочення, порушення смаку, парестезії, лихоманка, серозит

- D. сухість у роті, запор, кашель і місцеве подразнення слизових оболонок, тахікардія, утруднене сечовипускання;
- E. сонливість, м'язова слабкість, порушення пам'яті

12. Для діагностики бронхоспазму за допомогою спірографії, пікфлоуметрії слід застосовувати пробу:

- A. З дозованим фізичним навантаженням
- B. З інгаляцією кисню
- C. З інгаляцією глюкокортикостероїдів
- D. З інгаляцією β 2-адреностимулятора
- E. З інгаляцією β -адреноблокатора

13. Визначте вірні правила збору мокротиння:

- A. рекомендується збирати вранці, до прийому їжі, перед збором слід почистити зуби, збір необхідно виробляти в стерильні контейнери, які повинні бути доставлені в мікробіологічну лабораторію не пізніше, ніж через 2 години після її забору
- B. рекомендується збирати вранці, перед збором не слід чистити зуби, збір необхідно виробляти в стерильні контейнери, які повинні бути доставлені в мікробіологічну лабораторію не пізніше, ніж через 2 години після її забору
- C. рекомендується збирати вранці, до прийому їжі, перед збором слід почистити зуби, збір необхідно виробляти в стерильні контейнери, які повинні бути доставлені в мікробіологічну лабораторію не пізніше 24 годин після її забору
- D. рекомендується збирати ввечері, збір необхідно виробляти в стерильні контейнери, які повинні бути доставлені в мікробіологічну лабораторію не пізніше, ніж через 2 години після її забору
- E. немає правильної відповіді

14. Визначте, для чого приступ задухи є типовим клінічним проявом:

- A. диспепсії
- B. кардіогенного шоку
- C. синдрому Бадда-Кіарі
- D. пневмонії
- E. бронхіальної астми

15. Проаналізуйте, які побічні ефекти можуть частіше розвиватися при регулярному використанні інгаляційних кортикостероїдів:

- A. дисфонія
- B. ротоглотковий кандидоз
- C. алергічний дерматит
- D. затримка сечі
- E. вірна відповідь А,В

16. Що відноситься до цілей лікування ХОЗЛ?

- A. полегшення симптомів, профілактика і лікування загострень, поліпшення якості життя, підвищення толерантності до фізичного навантаження
- B. зниження смертності, підвищення толерантності до фізичного навантаження, запобігання прогресування захворювання, полегшення симптомів
- C. полегшення симптомів, профілактика і лікування загострень, поліпшення якості життя, підвищення толерантності до фізичного навантаження, зниження смертності, підвищення толерантності до фізичного навантаження
- D. вірно А,В
- E. вірно все

17. Визначте принципи медикаментозного лікування стабільного ХОЗЛ:

- A. ступеневу збільшення обсягу терапії без можливості зниження обсягу терапії
- B. відповідь на терапію дуже індивідуальна і вимагає постійного контролю
- C. ступеневе збільшення обсягу терапії, stepdown при досягненні ефекту
- D. вірно а, б
- E. вірно а, в

18. До інгаляційних глюкокортикостероїдів відносяться:

- A. беклометазону дипропіонат, будесонід, формотерол
- B. флутиказону пропіонат, беклометазону дипропіонат, будесонід
- C. флутиказону пропіонат, беклометазону дипропіонат, будесонід, тіотропіум, сальметерол
- D. флутиказону пропіонат, беклометазону дипропіонат, будесонід, тіотропіум
- E. немає правильної відповіді

19. При бронхіальній астмі:

- A. задишка частіше інспіраторна, кашель нерідко супроводжує задишку, мокрота рожева, піниста
- B. задишка частіше експіраторна, кашель з'являється в кінці нападу, харкотиння склоподібна, під час нападу розсіяні сухі хрипи
- C. задишка частіше інспіраторна, кашель з'являється в кінці нападу, харкотиння склоподібне, вологі хрипи
- D. задишка частіше експіраторна, кашель нерідко супроводжує задишку, мокрота рожева, піниста
- E. немає правильної відповіді

20. Ортопное - це задишка, яка:

- A. виникає в положенні лежачи і зменшується в положенні сидячи
- B. виникає в положенні лежачи і не зменшується в положенні сидячи
- C. виникає в положенні сидячи і зменшується в положенні лежачи
- D. виникає в горизонтальному положенні, зменшується лежачи
- E. виникає не залежно від положення тіла

21. При масивному пневмотораксі:

- A. рухливість грудної клітки при диханні знижена на стороні пневмотораксу
- B. рухливість грудної клітки при диханні підвищена на стороні пневмотораксу
- C. перкуторний звук коробковий
- D. вірно A,C
- E. вірно B,C

22. Зростання задишки при розвитку фіброзуючого альвеоліту частіше відбувається протягом:

- A. декількох хвилин
- B. декількох годин
- C. кількох діб або тижнів
- D. декількох місяців або років
- E. немає правильної відповіді

23. Протипоказання до призначення препаратів теофіліну:

- A. інфаркт міокарда, тахіаритмії, гіпертиреоз
- B. закритокутова глаукома, порушення функції печінки
- C. порушення функції нирок, період росту
- D. онкологічна патологія з низьким рівнем кісткового обміну, остеопороз

Е. немає протипоказань

24. Протипоказання до призначення іпратропію броміду:

- A. інфаркт міокарда, тахіаритмії, гіпертиреоз
- B. закритокутова глаукома
- C. порушення функції нирок, період росту
- D. гонкологічна патологія з низьким рівнем кісткового обміну
- E. СА блокада

25. До якої диспансерної групи належать пацієнти з бронхіальною астмою?

- A. I
- B. II
- C. III
- D. 0
- E. немає вірної відповіді

26. Скільки раз на рік хворий з бронхіальною астмою, що стоїть на диспансерному обліку, повинен відвідувати терапевта/пульмонолога?

- A. 2-3 рази
- B. 1-2 рази
- C. 5-6 разів
- D. за потребою
- E. немає вірної відповіді

27. Які види та умови праці протипоказані хворим на бронхіальну астму?

- A. види трудової діяльності, раптове припинення яких у зв'язку з нападом задухи може завдати шкоди хворому і оточуючим

- В. робота з дітьми
- С. робота на комп'ютерах
- Д. робота в саду
- Е. немає правильної відповіді

28. Який прилад необхідно мати хворому на бронхіальну астму для самоконтролю стану зовнішнього дихання?

- А. спірограф
- В. пневмотахограф
- С. пікфлоуметр
- Д. аналізатор газового складу крові
- Е. стетофонедоскоп

29. При задишці, яка раптово виникла, болях у грудях, тахікардії, кровохарканні, шумі тертя плеври, ціанозі у хворого з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок в першу чергу слід виключити:

- А. астматичний статус
- В. вогнищевий туберкульоз легенів
- С. аспіраційну пневмонію
- Д. ТЕЛА
- Е. спонтанний пневмоторакс

30. Які побічні дії тіотропію найбільш часто зустрічаються?

- А. діарея, зміна функціональних проб печінки (іноді токсичний гепатит), головний біль, запаморочення
- В. ульцерогеннадія на ШКТ, шлунково-кишкові кровотечі та інші геморагічні прояви
- С. тремор, неспокій, сухість або подразнення в порожнині рота, тахікардія
- Д. запор, кашель, тахікардія, утруднене сечовипускання
- Е. сонливість, м'язова слабкість, порушення пам'яті

31. Для емфізематозного типу ХОЗЛ характерно:

- A. зниження маси тіла
- B. мала кількість слизового мокротиння
- C. велика кількість слизово-гнійної мокроти
- D. вірно А,В
- E. вірно А,С

32. Для бронхітичного типу ХОЗЛ характерно:

- A. маса тіла знижена, об'єктивно: незначні зміни аускультативних і перкуторних даних, при рентгенологічному дослідженні грудної клітки помірна емфізема легенів, великі розміри серця, патологоанатомічна картина: виражені ознаки ендобронхіального запалення в бронхах різного калібру
- B. маса тіла підвищена, рання поява гіперкапнії, при аускультативній велика кількість хрипів, при рентгенологічному дослідженні грудної клітки виражена емфізема легенів, розміри серця не змінені
- C. маса тіла підвищена, рання поява гіперкапнії, при аускультативній велика кількість хрипів, при рентгенологічному дослідженні грудної клітки виражена емфізема легенів, великі розміри серця, патологоанатомічна картина: помірна емфізема легенів
- D. маса тіла підвищена, рання поява гіперкапнії, при аускультативній велика кількість хрипів, при рентгенологічному дослідженні грудної клітки помірна емфізема легенів, великі розміри серця, патологоанатомічна картина: виражені ознаки ендобронхіального запалення в бронхах різного калібру
- E. маса тіла підвищена, пізню появу гіперкапнії, при рентгенологічному дослідженні грудної клітки емфізема легенів, великі розміри серця, патологоанатомічна картина: помірна емфізема легенів

33. Для бронхіальної астми, на відміну від ХОЗЛ характерно:

- A. поява нападів дихального дискомфорту через кілька років після початку кашлю і задишки, часто в анамнезі куріння, в клінічній картині чергування гострих нападів і ремісій, може бути, зв'язок нападу задухи з алергеном, відділення мокротиння незначне
- B. зазвичай починається з нападів ядухи, алергічна спадковість обтяжена, в клінічній картині чергування гострих нападів і ремісій, може бути зв'язок нападу задухи з алергеном, відділення мокротиння незначне
- C. зазвичай починається з нападів ядухи, алергічна спадковість не обтяжена, в клінічній картині домінує постійна експіраторна задишка, посилюється при фізичному навантаженні, задуха виникає на тлі приступоподібного кашлю, виділення мокротиння незначне
- D. зазвичай починається з нападів ядухи, при аналізі результатів спірографії малозворотні обструкція, проба з беротеком негативна
- E. немає правильної відповіді

34. Для бронхічного типу ХОЗЛ характерно:

- A. помірна задишка, виражена на пізніх стадіях
- B. мала кількість слизового мокротиння
- C. велика кількість слизово-гнійного мокротиння
- D. вірно А, В
- E. вірно А, С

35. Для периферичного раку легені характерні такі ознаки

- A. розвиток в будь-якому віці, зв'язок з курінням, початок хвороби гострий з лихоманкою, можливі болі в грудній клітці, фізикальні зміни відсутні, в ОАК лейкоцитоз, зростання ШОЕ, при рентгенологічному дослідженні спочатку виявляється малоінтенсивна округла тінь з нечіткими контурами

- В. частіше у осіб старше 50 років, зв'язок з курінням, початок хвороби безсимптомний, можливі болі в грудній клітці, фізикальні зміни відсутні, в ОАК помірне зростання ШОЕ при нормальній кількості лейкоцитів, при рентгенологічному дослідженні спочатку виявляється малоінтенсивна округла тінь з нечіткими контурами
- С. частіше у осіб старше 50 років, зв'язок з курінням, початок хвороби безсимптомний, можливі болі в грудній клітці, фізикальні зміни відсутні, в ОАК немає змін, при рентгенологічному дослідженні округлі поліморфні тіні з чіткими контурами, що мають різну давність, частіше у верхній частці
- Д. розвиток захворювання в будь-якому віці, частіше у чоловіків, початок хвороби з сухого кашлю, нерідко кровохаркання, можливі болі в грудній клітці, фізикальні зміни відсутні, в ОАК лейкоцитоз при нормальній ШОЕ, при рентгенологічному дослідженні вогнищеві тіні з розпливчастими кордонами, посилення легеневого малюнка і коренів легкого
- Е. немає правильної відповіді

36. Хронічний бронхіт слід лікувати антибіотиками:

- А. при появі кровохаркання
- В. тривало
- С. при появі гнійної мокроти
- Д. правильно А, В
- Е. немає правильної відповіді

37. Який клінічний синдром називається астматичним статусом:

- А. комплекс ознак, що виявляються при фізикальному обстеженні хворого на бронхіальну астму у фазі загострення

- В. важкий затяжний напад бронхіальної астми, відповідь на бронходилататори відсутня, супроводжується гострою дихальною недостатністю, гіпоксемією і гіперкапнією
- С. напад бронхіальної астми, що не припиняється після інгаляції симпатоміметиків
- Д. серія наступних один за одним нападів бронхіальної астми
- Е. затяжний приступ задухи, який потребує застосування ГКС, але не супроводжується зміною газового складу крові

38. Основними принципами лікування астматичного статусу є:

- А. парентеральне введення ГКС
- В. парентеральне введення бронходилататорів
- С. інгаляція кисню
- Д. застосування високих доз ГКС
- Е. вірно все

39. Вкажіть аерозолі, що містять М-холінолітик:

- А. атровент
- В. бекотид
- С. беродуал
- Д. дітек
- Е. немає правильної відповіді

40. Із перерахованих ознак для нападу бронхіальної астми характерні всі, крім:

- А. вимушеного положення хворого
- В. свистячих хрипів
- С. задухи
- Д. тахікардії

Е. зниження артеріального тиску

41. До ускладнень астматичного статусу відноситься все перераховане, крім:

- А. спонтанного пневмотораксу
- В. ателектазу легені
- С. гострого легеневого серця
- Д. ТЕЛА
- Е. гіпоксичної коми

42. Препаратом вибору у хворого 38 років з позалікарняною пневмонією без супутніх захворювань є:

- А. амоксицилін або макроліди всередину
- В. респіраторний фторхінолон
- С. доксациклін всередину
- Д. цефуроксим аксетил всередину
- Е. вірно все

43. Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності у хворих з ГРВІ:

- А. 14-21 день
- В. 15-16 днів
- С. 4-8 днів
- Д. 8-10 днів
- Е. правильної відповіді немає

44. Підвищення прозорості легенів на рентгенограмі, розширення міжреберних проміжків, сплюснення купола діафрагми вважаються ознаками:

- А. спонтанного пневмоторакс

- В. легеневого кровотеча
- С. пневмонії
- Д. емфіземи
- Е. кавернозного туберкульозу

45. Основними клінічними ознаками бронхіальної обструкції є:

- А. погане відкашлювання мокроти
- В. експіраторний характер задишки
- С. ознаки емфіземи легенів
- Д. сухі хрипи
- Е. все перераховане

46. Для нападу бронхіальної астми характерно:

- А. розвиток частіше в нічний час
- В. експіраторна задуха
- С. збільшення ЧДР
- Д. "дистанційні" свистячі хрипи
- Е. все перераховане

47. Хворий похилого віку з бронхіальною астмою, що страждає також ішемічною хворобою серця і стенокардією, 3 роки тому переніс інфаркт міокарда. Періодично відзначаються шлуночкові екстрасистоли, є симптоми серцевої недостатності ІІА стадії. Даному хворому для купірування нападу бронхіальної астми переважніше призначити:

- А. ефедрин підшкірно
- В. еуфілін внутрішньовенно крапельно в поєднанні з гідрокортизоном і аспаркамом
- С. адреналін підшкірно
- Д. бріканіл підшкірно

Е. еуфілін внутрішньовенно в поєднанні зі строфантином

48. Найчастішою причиною хронічного легеневого серця є:

- А. рак легені
- В. деформація грудної клітки
- С. первинна легенева гіпертензія
- Д. ХОЗЛ
- Е. рецидивуюча емболія гілок легеневої артерії

49. Найбільш зручним в амбулаторних умовах методом введення бронхоспазмолітичних засобів, що дозволяє підібрати оптимальне дозування препарату, є:

- А. парентеральний
- В. пероральний
- С. інгаляційний
- Д. небулайзерний
- Е. ректальний

50. Серед холінолітиків найефективніше усуває бронхоспазм, впливаючи на рецептори бронхіального дерева, і викликає найменше число побічних реакцій:

- А. атропін
- В. іпратропіум бромід
- С. апрофен
- Д. метацин
- Е. пропантелін бромід

ТАБЛИЦЯ ВІДПОВІДЕЙ НА ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	A	A	E	D	D	B	B	C	E
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	D	A	E	E	B	D	B	B	A
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
D	D	A	B	C	A	A	C	D	C
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
D	D	B	E	B	C	B	A	A	E
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
A	A	C	D	E	B	B	D	C	B

ЗАДАЧІ

Задача 1. У пацієнта 70 років зі скаргами на непродуктивний кашель вранці, задихку при навантаженні, відчуття браку повітря, швидку стомлюваність, при дослідженні функції зовнішнього дихання (після інгаляції бронходилататорів) ФЖЕЛ -92%, ОФВ1 - 45%, ОФВ1 / ФЖЕЛ - 56%.

- Встановити попередній діагноз
- Тактика ведення хворого.
- Призначити лікування.
- Профілактика.

Задача 2. Пацієнт 67 років пред'являє скарги на задихку при помірному фізичному навантаженні, зміна кольору мокротиння протягом останнього року. Задихка з'явилася 5 років тому, поступово наростала на менш інтенсивне навантаження. Курить протягом 40 років по 1 пачці на день. При огляді: температура тіла 35,6 С⁰, нігті у вигляді «годинних

скелець», допоміжна мускулатура бере участь в акті дихання, ЧДД 22 в хвилину, при перкусії коробковий звук, при аускультатії жорстке дихання, ЧСС 96 на хвилину, АТ 130/80 мм рт .ст. Функція зовнішнього дихання (після інгаляції бронходилататорів): ФЖЄЛ - 94%, ОФВ1 - 28%, ОФВ1 / ФЖЄЛ - 56%.

- Визначте попередній діагноз.
- Тактика ведення хворого.
- Призначити лікування.
- Профілактика.

Задача 3. *Хворий 27 років звернувся зі скаргами на появу задихки, що виникла вперше після фізичних вправ на вулиці. З анамнезу відомо, що місяць тому переніс респіраторне захворювання, але до лікаря не звертався, лікувався сам (аспірин, гірчичники на груді). Часто турбує кашель, при якому виділяється мокрота слизового характеру. При аускультатії дихання жорстке. Розсіяні сухі хрипи. ЧСС 73 в 1 хв. Тони серця ясні, АТ 134/70 мм рт. ст.*

- Визначте попередній діагноз.
- Тактика ведення хворого.
- Призначити лікування.
- Профілактика.

Задача 4. *Пацієнт 56 років страждає хронічним бронхітом близько 10 років. Він не відвідував офіс лікаря загальної практики близько 5-6 місяців. Зараз він насилу дійшов до кабінету через задихку, звертає на себе увагу ціаноз губ і участь в акті дихання допоміжної дихальної мускулатури. Температура тіла не підвищена.*

- Який попередній діагноз.
- Тактика ведення хворого.

- Призначити лікування.
- Профілактика.

Задача 5. *Хвора, 45 років, скаржиться на щоденні напади задухи, особливо утруднений видих, загальну слабкість, нездужання. Після нападу відходить невелика кількість в'язкої склоподібної мокротиння. Хвора 3 роки, зазначені скарги виникають щороку в червні, в липні всі симптоми зникають. Своє захворювання пов'язує з втратою близької людини. У матері і бабусі також відзначалися напади задухи. У хворої є алергія на полуницю, пеніцилін.*

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хвора сидить, спираючись руками об край стільця. Шкіра чиста, з ціанотичним відтінком. Грудна клітина бочкоподібна, над- і підключичні області згладжені, міжреберні проміжки розширені, відзначається набухання шийних вен, участь допоміжної мускулатури, втягнення міжреберних проміжків. Дихання гучне, зі свистом і шумом, 26 разів на хв. При перкусія відзначається коробковий звук, нижня межа легень по середній пахвовій лінії визначається на рівні 9 ребра, екскурсія легень по цій лінії становить 2 см. На тлі ослабленого везикулярного дихання з подовженим видихом вислуховуються сухі свистячі хрипи. ЧДД - 26 у хв. Тони серця ритмічні, ясні, 92 у хв., АТ 110/70 мм рт.ст. Пікова швидкість видиху при пікфлоуметрії становить 70% від належної.

- Встановити попередній діагноз.
- Тактика ведення хворого.
- Призначити лікування.
- Профілактика.

ГОСТРІ АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

1. Чим обумовлена харчова алергія?

- A. психогенною непереносимістю
- B. імунологічними механізмами
- C. дією неспецифічних лібераторів гістаміну
- D. дефіцитом харчових ферментів
- E. вірної відповіді немає

2. У якій віковій групі частіше зустрічається харчова алергія?

- A. у осіб похилого віку
- B. у дітей
- C. у жінок
- D. у дорослих
- E. у чоловіків

3. Який процент дітей хворіє на харчову алергію?

- A. 3-7%
- B. понад 40%
- C. 8-9%
- D. 16-40%
- E. 10-15%

4. Відзначте найбільш поширені харчові алергени:

- A. шоколад
- B. молоко
- C. яйця
- D. риба
- E. всі відповіді вірні

5. Який компонент молока найбільш алергенний?

- A. казеїн
- B. імуноглобулін
- C. лактоглобулін
- D. альбумін
- E. вірної відповіді немає

6. У хворих, сенсibilізованих до лактоглобуліну, алергічні реакції розвиваються на:

- A. сир
- B. молоко
- C. сметану
- D. твердий сир
- E. вірно все перераховане

7. У якого процента людей при харчовій алергії визначається сенсibilізація до казеїну до молока?

- A. 30% хворих
- B. 10% хворих
- C. 20% хворих
- D. 70% хворих
- E. 50% хворих

8. Алергенність молока зменшується при:

- A. термічній обробці
- B. ферментативній обробці
- C. отриманні кислих молочних продуктів
- D. вірно все

Е. вірної відповіді немає

9. Вкажіть харчові алергени, що мають перехресні алергени з креветками:

- А. цитруси
- В. м'ясо
- С. молоко
- Д. раки, краби, омари
- Е. птиця

10. М'ясо викликає харчову алергію у:

- А. 25% хворих
- В. 2-5% хворих
- С. 10% хворих
- Д. 8% хворих
- Е. 15% хворих

11. Злаки викликають харчову алергію у:

- А. 2-8% хворих
- В. 1% хворих
- С. 40% хворих
- Д. 20% хворих
- Е. 30% хворих

12. Яка мінімальна кількість харчових алергенів може викликати клінічні прояви харчової алергії при надходженні алергену через рот?

- А. сотні грам
- В. декілька грам
- С. до 1 мг

- D. декілька мг
- E. десятки грам

13. Що найбільш алергенне?

- A. сире яйце
- B. варене яйце
- C. яєчний порошок
- D. омлет
- E. всі відповіді вірні

14. Що обумовлює розвиток харчової алергії?

- A. алергічні реакції уповільненого типу
- B. цитотоксичний
- C. реагіновий
- D. імунокомплексні алергічні реакції
- E. все перераховане вірно

15. Визначте чинники, які сприяють розвитку харчової алергії:

- A. спадкова схильність
- B. захворювання органів травлення
- C. ферментативна недостатність травних залоз
- D. чинники, що підвищують проникливість слизової оболонки травного каналу
- E. все перераховане

16. Вкажіть як часто вражається шлунково-кишковий тракт при харчовій алергії?

- A. 90% - 95%
- B. 70% - 75%

C. 20% -20%

D. 10% -15%

E. 50% -60%

17. Вкажіть які харчові алергени найчастіше викликають гострі генералізовані реакції:

A. яблука

B. груші

C. гриби

D. яйця, горіхи, ракоподібні

E. всі перераховані вірні

18. Вкажіть найважливіші клінічні прояви ураження травної системи при харчовій алергії:

A. ілеїт

B. хейліт, стоматити, алергічний гастрит і коліт

C. дуоденіт

D. виразкова хвороба

E. глосит

19. Які найважливіші шкірні прояви харчової алергії?

A. геморагічний васкуліт типу Шейлейна-Геноха

B. системний червоний вовчак

C. контактний дерматит

D. бульозні дерматити

E. кропив'янка, набряк Квінке, atopічний дерматит

20. Відзначте найбільш часті клінічні прояви ураження нервової системи при харчовій алергії:

A. неврит слухового нерву

- В. дратівливість
- С. менінгіт
- Д. синдром Мен'єра
- Е. невралгія

21. З якого заходу починається діагностика харчової алергії?

- А. проведення загального аналізу крові
- В. алергологічного анамнезу
- С. проведення провокаційних проб
- Д. ведення харчового щоденника
- Е. проведення елімінаційних проб

22. Як довго необхідно вести харчовий щоденник:

- А. 3 тижні
- В. 2 тижні
- С. 1-2 місяця
- Д. 10 днів
- Е. 1 тиждень

23. За скільки днів до проведення провокаційного тесту варто виключити прийом "підозрюваного" алергену?

- А. за місяць
- В. за 7 днів
- С. за 14 днів
- Д. за 3 дні
- Е. за 1 добу

24. Як часто бувають позитивними шкіряні проби з харчовими алергенами?

- A. 20%-25%
- B. 10%-15%
- C. 80%-90%
- D. 30-40%
- E. 60%-70%

25. Яка діагностична цінність виявлення IgE-антитіл до антигенів молока і риби, обумовлених імуноферментним методом?

- A. 70% -80%
- B. 40% -50%
- C. 90% - 95%
- D. 10%-20%
- E. 30%-40%

26. Яке мінімальне зменшення числа лейкоцитів і тромбоцитів через 30 хвилин після прийому харчового продукту має діагностичне значення при харчовій алергії?

- A. 25% -30%
- B. 5% -7 %
- C. 10% -12%
- D. більше 55%
- E. 40% - 50%

27. Який засіб найбільш ефективний для усунення клінічних проявів харчової алергії?

- A. неспецифічна гіпосенсибілізація
- B. масивна стероїдна терапія
- C. специфічна гіпосенсибілізація
- D. тривале голодування
- E. елімінація із раціону харчових алергенів

28. Для якого віку характерне спонтанне одужання для дітей з харчовою алергією?

- A. 5-6 років
- B. 3 роки
- C. 1-2 роки
- D. 12-13 років
- E. 8 років

29. Визначте медикаменти, які використовують для припинення клінічних проявів харчової алергії?

- A. гістаглобулін
- B. антигістамінні і глюкокортикостероїдні препарати
- C. імуностимулятори
- D. тестостерон
- E. специфічну гіпосенсибілізацію

30. Визначте тривалість прояву симптомів хронічного алергічного риніту:

- A. протікає латентно
- B. декілька тижнів
- C. декілька місяців
- D. майже постійно
- E. декілька годин

31. Які захворювання відзначаються частіше усього в сімейному анамнезі при алергічному риніті:

- A. інфекційні
- B. вірусні

- C. 100% атопічні
- D. все вище перераховане
- E. перераховані захворювання не характерні для цих хворих

32. Які зміни спостерігаються в аналізі крові при алергічному риніті?

- A. лімфоцитоз
- B. лейкоцитоз
- C. еозинофілія
- D. нейтропенія
- E. тромбоцитопенія

33. Визначте тривалість перебігу хронічних алергічних ларингітів?

- A. декілька місяців
- B. декілька годин
- C. декілька днів
- D. декілька тижнів
- E. тривалий хронічний перебіг

34. Визначте методи клінічного обстеження хворих алергічними захворюваннями?

- A. огляд, перкусія й аускультация
- B. аналіз сечі, харкотиння
- C. збір анамнезу, пальпація й аускультация
- D. збір анамнезу
- E. всі відповіді вірні

35. Яким чином вводиться алерген при постановці аплікаційних алергічних проб?

- A. внутрішньом'язово

- В. на шкіру
- С. підшкірно
- Д. парентерально
- Е. внутрішньошкірно

36. У якій фазі захворювання можна проводити алергологічні шкіряні проби?

- А. нестійкої ремісії
- В. значного загострення
- С. в жодній із фаз перебігу захворювання
- Д. стійкої ремісії
- Е. згасаючого загострення

37. За який час до проведення шкіряних алергологічних проб необхідно скасувати антигістамінні препарати?

- А. за 4 години
- В. за 6 годин
- С. за 2 години
- Д. за 24 години
- Е. за 12 годин

38. При яких алергічних захворюваннях частіше використовують аплікаційні шкіряні проби?

- А. харчовій алергії
- В. антигеннезалежній бронхіальній астмі
- С. полінозі
- Д. алергічному контактному дерматиті
- Е. при всіх перелічених захворюваннях

39. Визначте клас антитіл, який можна виявити при проведенні реакції

Праустніца-Кюстнера?

- A. імуноглобулін класу M
- B. імуноглобулін класу D
- C. імуноглобулін класу A
- D. імуноглобулін класу E
- E. всі відповіді вірні

40. Визначте час, через який враховуються скарифікаційні шкіряні проби при полінозі?

- A. через 6 годин
- B. через 12 годин
- C. через 24 години
- D. через 48 годин
- E. через 15-20 хвилин

41. До яких алергенів можна проводити внутрішньошкіряні проби для визначення сенсibiliзації?

- A. пилкових
- B. побутових
- C. харчових
- D. бактеріальних
- E. всі відповіді вірні

42. Визначте основну ознаку, по якій оцінюють внутрішньошкіряні проби з бактеріальними алергенами?

- A. біль у місці ін'єкції
- B. розмір папули
- C. наявність гіперемії

- D. розмір пухиря
- E. наявність інфільтрату

43. З якими алергенами проводяться кон'юнктивальні провокаційні алергічні тести?

- A. з тими й іншими алергенами
- B. з жодним із перерахованих алергенів
- C. з алергенами, що викликають гіперчутливість уповільненого типу
- D. з алергенами, що викликають гіперчутливість негайного типу
- E. вірної відповіді немає

44. З якими алергенами проводять назальні провокаційні алергічні проби?

- A. бактеріальними
- B. грибковими
- C. харчовими
- D. пилковими
- E. всі відповіді вірні

45. Яким методом можна визначити антитіла, що відносяться до імуноглобуліну E?

- A. НСТ-тест
- B. РБТЛ
- C. ЕАС-РУК
- D. Е-РУК
- E. РАСТ (радіоалергосорбентний тест)

46. Основними етапами специфічної алергологічної діагностики є:

- A. лабораторні тести

- В. елімінаційні та інгаляційні провокаційні тести
- С. алергологічний анамнез
- Д. специфічна алергологічна діагностика *in vivo* (шкірні провокаційні проби)
- Е. всі відповіді вірні

47. Із чого складається специфічна алергологічна діагностика?

- А. специфічної алергологічної діагностики *in vivo* (шкірні провокаційні проби)
- В. інгаляційних провокаційних тестів
- С. алергологічного анамнезу
- Д. елімінаційних тестів
- Е. всі методи вірні

48. При реагінному типі алергічної реакції виявляються через:

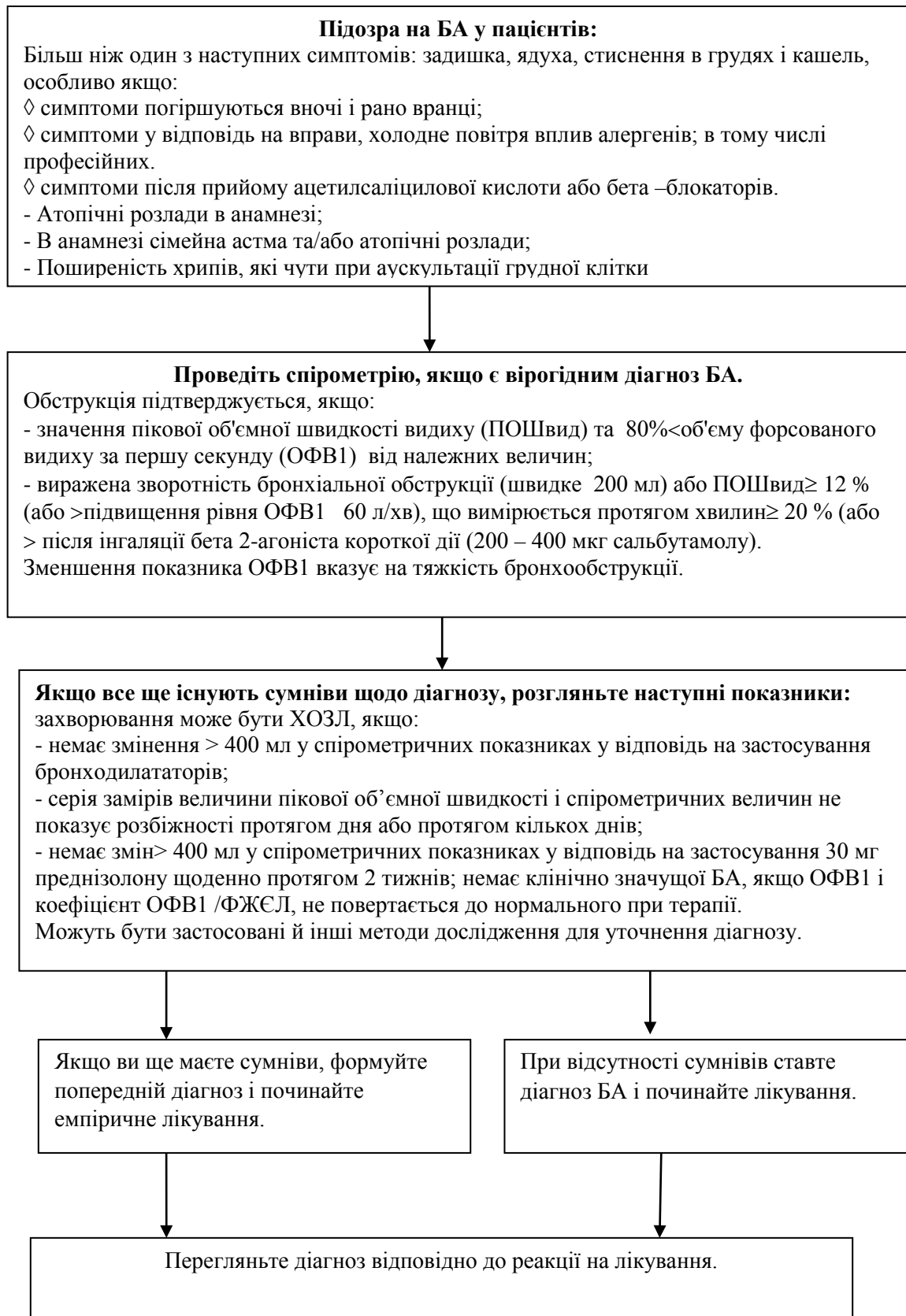
- А. 6 годин
- В. 12годин
- С. 48 годин
- Д. 2 доби
- Е. 10-30 хвилин

49. За технікою виконання шкіряні проби діляться на:

- А. аплікаційні
- В. прік-тест
- С. внутрішньошкіряні
- Д. скарифікаційні
- Е. всі методи вірні

50. Елімінаційні тести необхідно враховувати максимум через:

Алгоритм діагностики БА [6]



Додаток 2

Алгоритм диференційної діагностики бронхіальної астми та ХОЗЛ [6]

Характеристики діагнозів (клінічні особливості, що відрізняють БА від ХОЗЛ)	Бронхіальна астма	ХОЗЛ
Епізоди свистячого дихання з утрудненим видихом	Зазвичай	Не характерно
Наявність алергічного анамнезу	Алергія, риніт та/або екзема, анамнез астми в родині	Не характерно
Кашель	Переважно вночі та при фізичних навантаженнях	З/без мокроти
Симптоми повільно прогресуючі Незворотні ознаки порушення бронхіальної провідності		Зазвичай
Курець або колишній курець	Можливо	Майже завжди
Порушення дихання (задишка)	Змінюється	Існує і прогресує
Симптоми у віці понад 40 років	Інколи	Зазвичай
Пробудження вночі через переривання дихання і/ або хрипи	Зазвичай	Зрідка

Додаток 3

Лікарські засоби, які застосовуються в алгоритмі лікування БА [6]

Крок 1	Крок 2	Крок 3	Крок 4	Крок 5
Астма-навчання				
Контроль оточуючого середовища				
Бета 2-агоністи швидкої дії “при потребі”				
Контролююча терапія	Виберіть одне	Виберіть одне	Додати одне або більше	Додати одне або обидва
	Низькі дози ІКС	Низькі дози ІКС+ бета 2- агоніст продовженої дії	ІКС в середній або високих дозах + бета 2- агоніст продовженої дії	Перорально глюкокортикосте роїди (найнижчі дози)
	Модифікатори лейкотриєнів	ІКС в середніх або високих дозах Низькі дози ІКС+ модифікатори лейкотриєнів	Модифікатори лейкотриєнів Теофіліни уповільненого вивільнення	Анти IgE
		Низькі дози ІКС+ теофіліни уповільненого вивільнення		



Мають перевагу

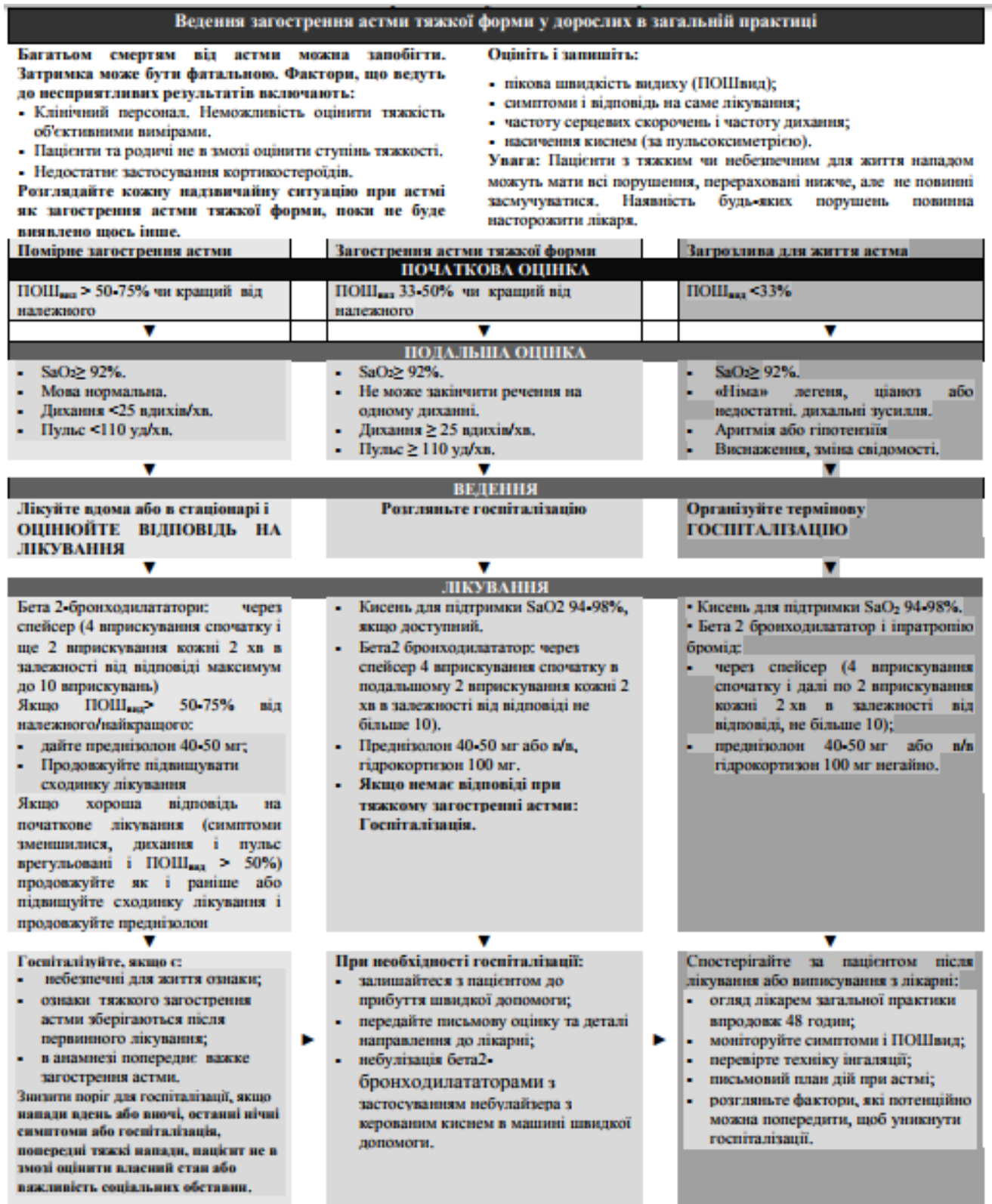
Додаток 4

Диференційна діагностика астми у дорослих за наявністю або відсутністю обструкції дихальних шляхів (ОФВ1/ФЖС<0.7) [6]

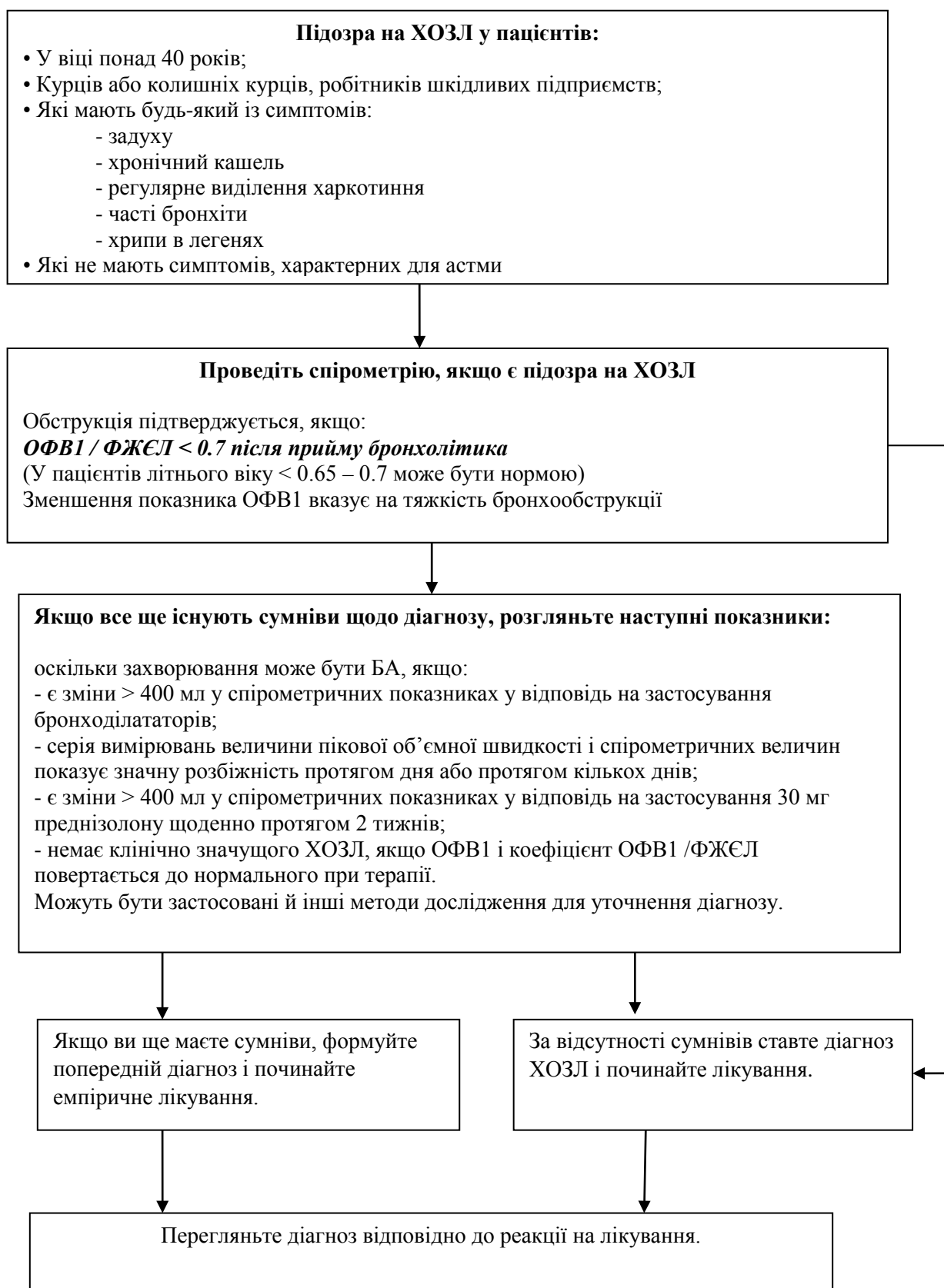
<p align="center"><i>Без обструкції потоку повітря</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Синдром хронічного кашлю ▪ Синдром гіпервентиляції ▪ Дисфункція голосових зв'язок ▪ Риніт ▪ Гастро-езофагеальний рефлюкс ▪ Серцева недостатність ▪ Фіброз легенів
<p align="center"><i>З обструкцією потоку повітря</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ХОЗЛ ▪ Бронхоектаз* ▪ Вдихання чужорідного тіла* ▪ Облітеруючий бронхіоліт ▪ Стеноз дихальних шляхів ▪ Рак легені ▪ Саркоїдоз *
<p>Примітка. - * Можливий також зв'язок з необструктивною спірометрією</p>	

Додаток 5

Алгоритм лікування загострення БА [6]



Алгоритм діагностики ХОЗЛ [12]



Додаток 7

**Застосування інгаляційної терапії
у хворих на ХОЗЛ [12]**

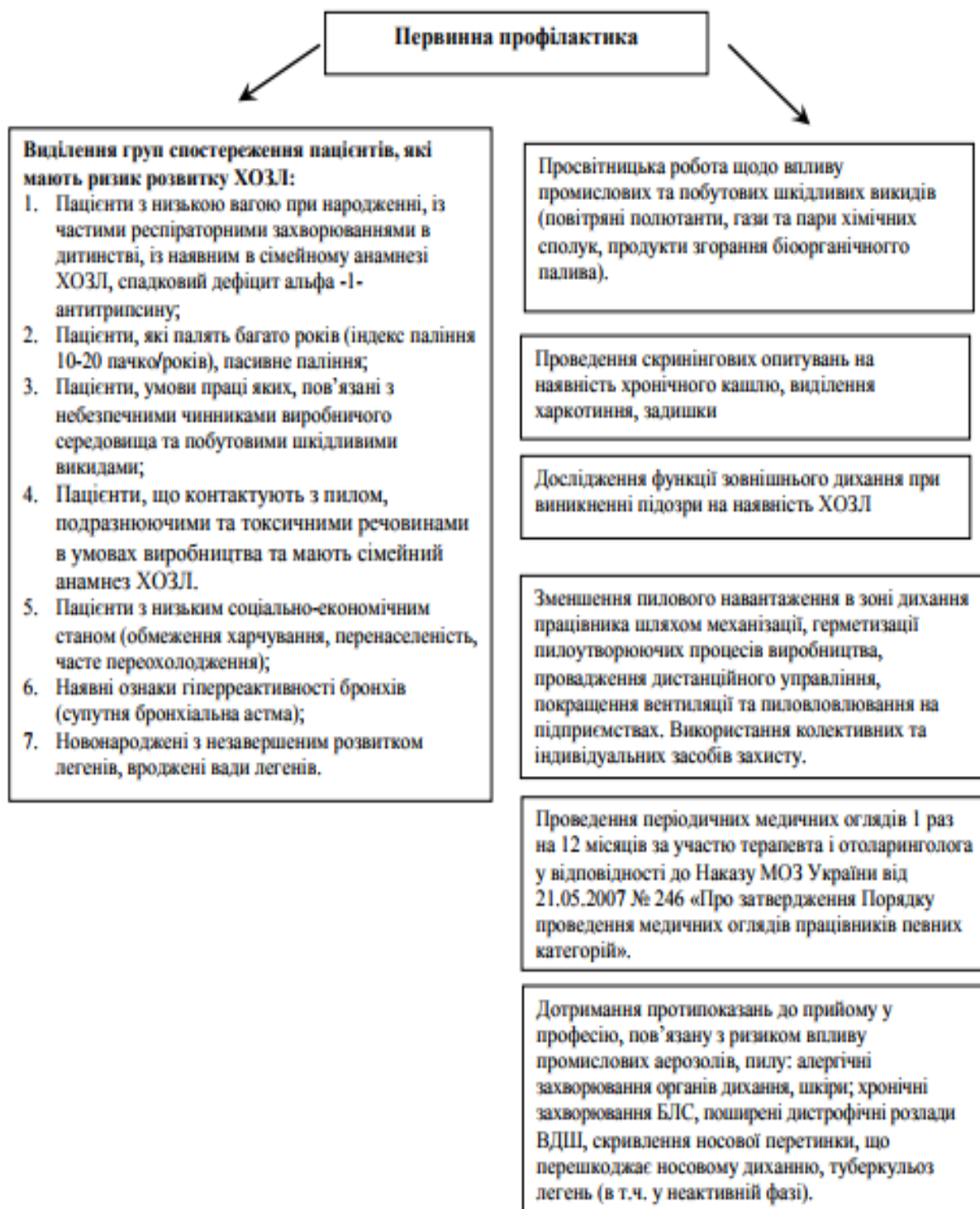
Задихка та обмеження фізичних навантажень	БАКД або МАКД за потребою*			
	ОФВ ₁ ≥ 50 % від належного		ОФВ ₁ < 50 % від належного	
Загострення або персистуюча задихка	БАТД	МАТД	БАТД+ІКС в одному інгаляторі	МАТД
		Припинити МАКД		Припинити КДМА
		Перевагу мають МАТД перед регулярним прийомом МАКД 4 рази/день		Перевагу мають МАТД перед регулярним прийомом МАКД 4 рази/день
		⋮ ↓		⋮ ↓
Персистуючі загострення або задихка	БАТД+ІКС в одному інгаляторі		МАТД + БАТД+ІКС в одному інгаляторі	
	Якщо ІКС не переносяться, призначити БАТД+МАТД	→		
→ Має перевагу (висока доказовість) ⋮ Можна розглядати (менша доказовість)				

Алгоритм реабілітації хворих на ХОЗЛ [12]



Примітка. -* Реабілітаційна програма повинна бути довготривалою, включати фізичний тренінг, консультації щодо харчування, навчання та підтримку пацієнта

Алгоритми профілактики ХОЗЛ [12]



Додаток 10

Клінічні прояви харчової алергії

Тип відповіді	Реакції		
	Опосередковані IgE	Частково опосередкована через IgE або не опосередкована IgE	Не опосередкована IgE
Шкіра	Гостра кропив'янка Ангіоневротичний набряк Свербіння Почервоніння	Атопічний дерматит	Целіакія Герпетиформний дерматит
Шлунково-кишковий канал	Свербіння чи набряк у роті Нудота Блювання Діарея Абдомінальний біль	<i>Еозинофільний езофагіт</i> • Рефлюкс • Дисфагія • Абдомінальний біль <i>Еозинофільний гастроентерит</i> • Абдомінальний біль • Блювання • Втрата ваги	Целіакія Стеаторея Абдомінальний біль Втрата ваги <i>Ентероколіт, індукований харчовим білком</i> • Тривале блювання • Діарея з домішками крові • Здуття живота
Дихальні шляхи	Свистяче дихання Кашель Ринорея Чхання		<i>Синдром Гайнера (гемосидероз легень, індукований їжею)</i> • Рецидивуючі пневмонії Легеневі інфільтрати
Анафілактичні реакції	Гіпотензія Гостра серцево-судинна недостатність Смерть		

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Нормативно-законодавчі документи:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Хронічне обструктивне захворювання легені. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2013_555_HOZL/2013_555hozl_ukpmd.pdf

2. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія" [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 03.07.2006 р. № 433. - Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3373>

3. Бронхіальна астма. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 8 жовтня 2013 р. № 868 зі змінами наказ 16.04.2014 № 270. – Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2013_868BA_dor_dit/2013_868_kn_BA.pdf

4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 8 жовтня 2013 р. № 868. - Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html>

5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555. - Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2013_555_HOZL/2013_555nakaz.pdf

6. Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] :Наказ МОЗ України від 16.04.2014 р. № 270. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140416_0270.html

7. Про диспансеризацію населення [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100827_728.html

8. Про порядок відбору та направлення хворих на санаторно-курортне лікування [Електронний ресурс]: Проект наказу МОЗ від 05.06.2006. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060605_p.html

9. Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 09.04.08р. №189. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080409_189.html

10. Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 05.09.2011 № 561. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>

11. Питання медико-соціальної експертизи [Електронний ресурс]: Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 03.13.2009. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>

Основна:

12. Михайловська Н.С. Медико-соціальна експертиза при захворюваннях внутрішніх органів : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н.С. Михайловська, Т.О. Кулинич. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 166 с.

13. Михайловська Н.С. Профілактична медицина як основа діяльності сімейного лікаря : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н.С. Михайловська, Т.В. Олійник. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 215 с.

14. Сімейна медицина : електронний навчальний посібник / Н. С. Михайловська, Г. В. Грицай, О. В. Шершньова, О. О. Лісова, Т. О. Кулинич. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2016.

15. Михайловська Н.С. Загальні питання сімейної медицини : навч. посіб. для студентів вищ. мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і сімейних лікарів / Н. С. Михайловська. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2013.– 219 с.

16. Сімейна медицина: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації: у 3 кн. Кн. 1: Загальні питання сімейної медицини / за ред.: О. М. Гириної, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік. - К. : ВСВ Медицина, 2013. - 672 с.

Додаткова:

17. Михайловська Н. С. Надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, змістові модулі 1,2,3 : зб. тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н.С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. - 258 с.

18. Захворювання органів дихання в практиці сімейного лікаря : навч. посіб. / В. М. Ждан [та ін.]. – Полтава, 2008. – 252 с.

19. Михайловська Н.С. Організаційні основи загальної практики-сімейної медицини : навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина» / Н.С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2014. – 227 с.

20. Михайловська Н. С. Основи сімейної медицини : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів з дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина», змістовий модуль 1,2 / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2014. – 226 с.

21. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики – сімейної медицини / за ред. Ю. В. Вороненка, Г. І. Лисенка. – Т. 2. - Київ, 2012. – 256с.

22. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики - сімейної медицини : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ за ред.: Ю. В. Вороненка, Г. І. Лисенка. - К. : Гармонія, 2011 - Т. 1 / Н. Г. Гойда, М. В. Голубчиков, Л. Ф. Матюха [та ін.]. - 2011. - 344 с.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Устінов О.В. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам із хронічним обструктивним захворюванням легень / О. В. Устінов // Укр. мед. часопис. - 2015. - 6 березня. - URL: <http://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2015/03/HOZL.pdf?upload=>
2. Устінов О. В. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги дорослим хворим на бронхіальну астму / О. В. Устінов // Укр. мед. часопис : наук.-практ. загальномед. часопис. - 2014. - № 5. - С. 154-167. - URL: <http://www.umj.com.ua/article/79920/algoritm-dii-likarya-pri-nadanni-medichnoi-dopomogi-doroslim-xvorim-na-bronxialnu-astmu>
3. Who Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases // Allergy-European Journal of allergy and clinical immunology - Munksgaard, Copenhagen. - № 44. - Vol. 53 - 1998
4. Дворецкий Л.И. Кашель: дифференциальный диагноз. Consilium Medicum. Consilium Medicum. (Прил.) 2006; 3: 5-8
5. Гришило А. П. Проблема кашля в общетерапевтической практике / А. П. Гришило // Астма та алергія. – 2014. - № 3 - С 52-59.
6. GINA: Global Strategy For Asthma Management And Prevention. Revised 2011
7. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / под ред. А. Н. Беловола [и др.]. – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015. – Т. 1. – 542 с.
8. Стандарты (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування / за заг. ред. М.В.Лободи, К.Д. Бабова, Т.А.Золотарьової, Л.Я. Гріняєвої. – К.: «КІМ», 2008. – 416с.
9. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов дыхания / под ред. Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшиной. - К.: ТОВ «Доктор Медиа», 2007. – 430 с.
10. Медицина світу. – Український медичний портал. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2008/october/article-4.php>

