

А.А. Королева¹, Ю.Л. Журавков¹, С.М. Метельский²

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ПОЗИЦИЙ GOLD 2014

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»¹, ГУ «432 ГВКМЦ»²

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется значительной гетерогенностью клинической картины и темпами прогрессирования заболевания. В новой редакции Глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких (GOLD) сформулированы новые принципы диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких, которые при оценке тяжести состояния пациентов учитывают не только респираторную функцию, но и выраженность симптоматики, а также склонность к обострениям. Новые принципы диагностики ХОБЛ позволяют более полно оценивать особенности заболевания пациента и более дифференцированно подходить к решению терапевтических задач.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), опросник САТ, шкала одышки mMRC.

A.A. Koroleva, Yu.L. Zhuravkov, S.M. Metelskiy

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE FROM POSITIONS GOLD 2014

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by considerable heterogeneity of clinical presentation and progression of the disease. In a new wording the Global initiative by chronic obstructive illness of lungs (GOLD) new principles of diagnostics and treatment of Chronic obstructive pulmonary disease which at an estimation of gravity of a condition of patients consider not only respiratory function, but also expression of semiology, and also predilection to exacerbations are formulated. New principles of diagnostics COPD allow to estimate more full features of disease of the patient and more differentially to approach to the decision of therapeutic problems.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), the first second forced expiratory volume (FEV₁), questionnaire CAT, a dyspnea scale mMRC.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенным заболеваниям человека, что обусловлено загрязнением окружающей среды, табакокурением и повторяющимися респираторными инфекционными заболеваниями. Показатель смертности от ХОБЛ занимает 1-е место (70%) в структуре общей смертности от болезней органов дыхания. По данным экспертов ВОЗ, к 2020 году ХОБЛ будет занимать 5-е место по заболеваемости и 3-е место в структуре смертности среди всех болезней, т.е. распространенность и смертность будут увеличиваться. Поэтому очевидно, что только углубленное изучение всех аспектов этого заболевания поможет найти выход из сложившейся ситуации.

Популяция больных ХОБЛ разнородна в пределах даже одной степени тяжести по ряду признаков: скорости прогрессирования заболевания, частоте и тяжести обострения, ответа на терапию. Существует лишь очень слабая корреляция между ОФВ₁, симптомами и качеством жизни пациента. Всё вышеперечисленное определило современную концепцию интегральной оценки тяжести ХОБЛ.

Комплексная оценка состояния пациента с ХОБЛ основывается на степени выраженности симптомов, риске развития обострений в будущем, тяжести бронхообструкции по данным спирометрии, а также идентификации сопутствующих заболеваний. Для количественной оценки степени тяжести одышки применяют модифицированную шкалу одышки Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC). Для определения влияния ХОБЛ на самочувст-

вие и повседневную жизнь пациентов применяют тест оценки ХОБЛ — САТ (COPD Assessment Test), который отражает общее видение болезни врачами и пациентами. Анализ данных по mMRC, САТ и степени тяжести бронхообструкции по GOLD позволяет разделить пациентов на 4 группы — от А до D с указанием риска возникновения неблагоприятных событий (обострений, госпитализаций из-за обострений ХОБЛ, смерти) в будущем:

- пациенты группы А — «низкий риск», «меньше симптомов». Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 1 или GOLD 2 (ограничение скорости воздушного потока легкой или средней степени тяжести) и/или 0–1 обострение в год и степень 0–1 по mMRC или <10 баллов по САТ;
- пациенты группы В — «низкий риск», «больше симптомов». Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 1 или GOLD 2 и/или 0–1 обострение в год и степень ≥2 по mMRC или ≥10 баллов по САТ;
- пациенты группы С — «высокий риск», «меньше симптомов». Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 3 или GOLD 4 (ограничение скорости воздушного потока тяжелой или крайне тяжелой степени) и/или ≥2 обострений в год или ≥1 обострения, потребовавшего госпитализации, и степень 0–1 по mMRC или <10 баллов по САТ;
- пациенты группы D — «высокий риск», «больше симптомов». Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 3 или GOLD 4 и/или ≥2 обострений в год или ≥1 обострения, потребовавшего

Таблица 1. Классификация ХОБЛ в соответствии со степенью тяжести (основанная на постбронходилатационном ОФВ₁)

| Степень по GOLD | ОФВ ₁ , % от должного |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I – легкая | ≥80 |
| II – умеренная | ≥50 и <80 |
| III – тяжелая | ≥30 и <50 |
| IV – крайне тяжелая | <30 или ОФВ ₁ <50% от должных величин в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью |

госпитализации, и степень ≥2 по mMRC или ≥10 баллов по CAT.

Цель исследования: провести интегральную оценку состояния больного ХОБЛ по методикам, предложенным в GOLD 2013 года.

Материал и методы

В исследование включены 80 больных ХОБЛ, прошедших обследование и лечение в пульмонологическом отделении (с палатами для лечения аллергологических больных) 432 ГКМЦ, из них – 76 мужчин и 4 женщины. Средний возраст пациентов составил Me 74 (66; 78) года. Диагноз ХОБЛ выставлен на основании стандартных критериев, во всех случаях подтвержден результатами спирорографии.

Результаты

Степень тяжести бронхообструкции у пациентов с ХОБЛ оценивали по ОФВ₁ (табл.1).

Распределение больных ХОБЛ по степени респираторных нарушений (степени тяжести заболевания) представлено на рис. 1. Как видно из рисунка, у 5 пациентов (6,25%) выявлена первая степень тяжести ХОБЛ, 39 (48,75%) – вторая, 25 (31,25%) – третья и у 11 (13,75%) – четвертая.

Из наблюдаемых пациентов курило 69 человек или 86,25%. Индекс курильщика (ИК) составил Me 37,49 (16,25; 52,75) пачка/лет. Среди некурящих пациентов выявлена меньшая степень тяжести бронхообструкции,

в эту подгруппу попали все пациенты с первой степенью тяжести ХОБЛ. Среди пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести бронхообструкции (третья и четвертая степени тяжести ХОБЛ) практически не было некурящих (только по одному пациенту). Таким образом, курение было основным фактором риска развития ХОБЛ у наблюдаемых пациентов. Обращает на себя внимание тот факт, что у курящих пациентов при наличии типичных жалоб (кашель, одышка) выявляется большая разбежка в большинстве случаев между появлением симптомов и началом установления диагноза ХОБЛ (в среднем 10 лет против 3,5). В исследуемой группе было четыре пациента с третьей степенью тяжести ХОБЛ, которым диагноз установлен впервые.

Известно, что продолжительность жизни больных ХОБЛ коррелирует с их индексом массы тела (ИМТ). Так, Schols et al. В своем исследовании показали, что продолжительность жизни при ИМТ менее 20 в два раза ниже, если сравнить с группой больных, у которых ИМТ более 29 (Чучалин А.Г., 2008 г.). У 9 пациентов исследуемой группы ИМТ был ниже 20, при этом у 7 (77,78%) из них выявлена тяжелая и крайне тяжелая степень ХОБЛ.

С другой стороны, избыточная масса тела имеет непосредственное отношение к развитию хронического бронхита. У тучных пациентов с ИМТ>30 кг/м² отмечается высокое стояние диафрагмы, что затрудняет легочную вентиляцию, нормальное продвижение воздуха по брон-

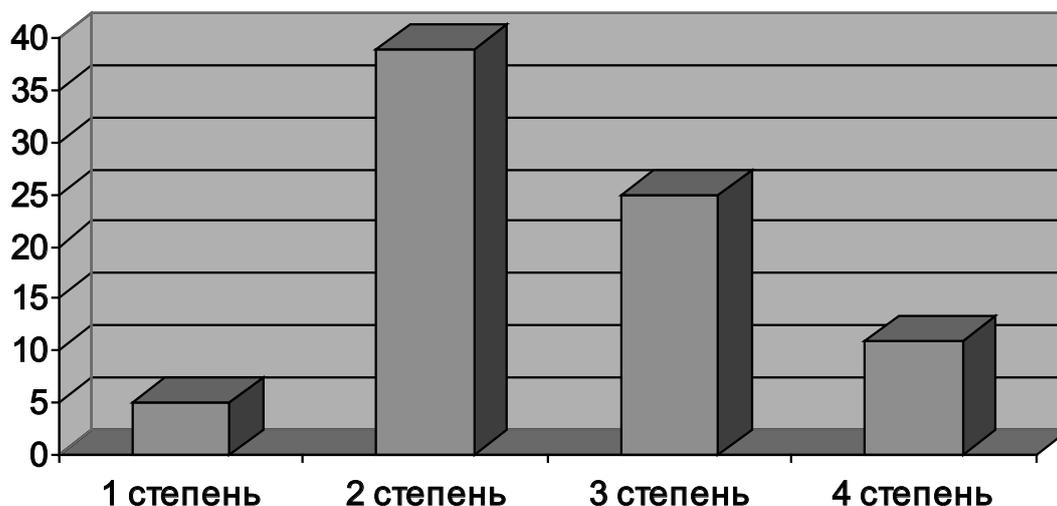


Рис. 1. Характеристика группы пациентов с ХОБЛ по степени тяжести

хологочной системе, уменьшается глубина дыхания и мукоцилиарный клиренс. Кроме того, жировая ткань, как эндокринный орган, секретирует лептин и регуляторные белки, поддерживающие субклиническое воспаление в бронхолегочной системе (Dahl M., 2007). У 12 (15%) пациентов было выявлено ожирение и у 24 (30%) – избыточная масса тела.

Мы провели интегральную оценку наблюдаемых пациентов по критериям GOLD 2014 года с выделением групп А, В, С, D:

- группа «А» – 8 пациентов (10 %);
- группа «В» – 16 пациента (20 %);
- группа «С» – 5 пациентов (6,25 %);
- группа «D» – 51 пациент (63,75%).

Большинство пациентов (70%) по результатам стратификации с использованием современных критериев ХОБЛ вошли в клинические группы «С» и «D». При этом обращает на себя внимание резкое превалирование пациентов группы «D» среди наблюдавшихся больных – 51 из 80 (63,75%).

При детальном анализе данных в клинической группе «D» установлено, что даже при начальных нарушениях функции внешнего дыхания (при I и II степени тяжести ХОБЛ) 2 больных с легкой и 18 со средней степенью тяжестью ХОБЛ оказались отнесены к группе «D». Вероятно, такие результаты отчасти можно объяснить тем, что мы обследовали стационарных больных. Только 17 (30,36%) из 56 пациентов в клинических группах «С» и «D» постоянно получали базисную терапию ХОБЛ, из них - 2 длительно действующие ингаляционные бронхолитики (спирива), 8 комбинацию ингаляционных глюкокортикостероидов и бронхолитиков.

Возникает естественный вопрос о необходимости более агрессивной тактики ведения таких пациентов, включающей раннее назначение длительно действующих

ингаляционных бронхолитиков и, возможно, ингаляционных глюкокортикостероидов уже среди больных категории «С». Хотя, вероятно, возникнет проблема приверженности к регулярной терапии таких больных с ХОБЛ легкой степени. Убедить человека, не имеющего практически никаких симптомов заболевания, в том, что он нуждается в постоянном регулярном применении дорогостоящих препаратов (на льготы и скидки, к сожалению, рассчитывать не приходится) – задача непростая. Помочь решению этой задачи может активное динамическое наблюдение за таким пациентом, устранение факторов риска прогрессирования ХОБЛ, контроль за клинической картиной заболевания, показателями ФВД, проведение в динамике тестов САТ и mMRC.

Заключение. Интегральная оценка по системе ABCD дает более полное представление о больном и определяет выбор терапии. Учитывая определяющее влияние воспаления в бронхах на всю дальнейшую динамику и отдаленную перспективу ХОБЛ, целесообразно начинать базисную противовоспалительную терапию ИГКС уже среди больных категории «С», принимая во внимание высокие показатели САТ и mMRC, т.е. выраженность клинической симптоматики.

Литература

1. Decramer, M., Janssens W., Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2012; 1341-1351.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Revised 2014 // <http://www.goldcopd.org>.
3. Lee, J-H, Lee YK, Kim E-K et al. Responses to inhaled long-acting beta-agonist and corticosteroid according to COPD subtype. Respir Med 2010; 104: 542-549.

Поступила 7.02.2014 г.