

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ПОЗИЦИЙ GOLD 2014 ГОДА

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО “БГМУ”¹, ГУ “432 ГВКМЦ”²

Рассматриваются основные положения последнего пересмотра Глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) – GOLD в 2014 году. Внесены изменения в классификацию ХОБЛ с выделением четырех категорий пациентов (А, В, С, D) в зависимости от выраженности клинических симптомов, частоты обострений и степени тяжести бронхиальной обструкции. Терапия определяется вариантом течения болезни, т. е. принадлежностью к той или иной категории – А, В, С или D.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (ГОЛД), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁), обострения хронической обструктивной болезни легких, вопросник САТ, шкала одышки mMRC.

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

THE PRINCIPLES OF CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES TREATMENT FROM GOLD 2014 YEAR POSITIONS

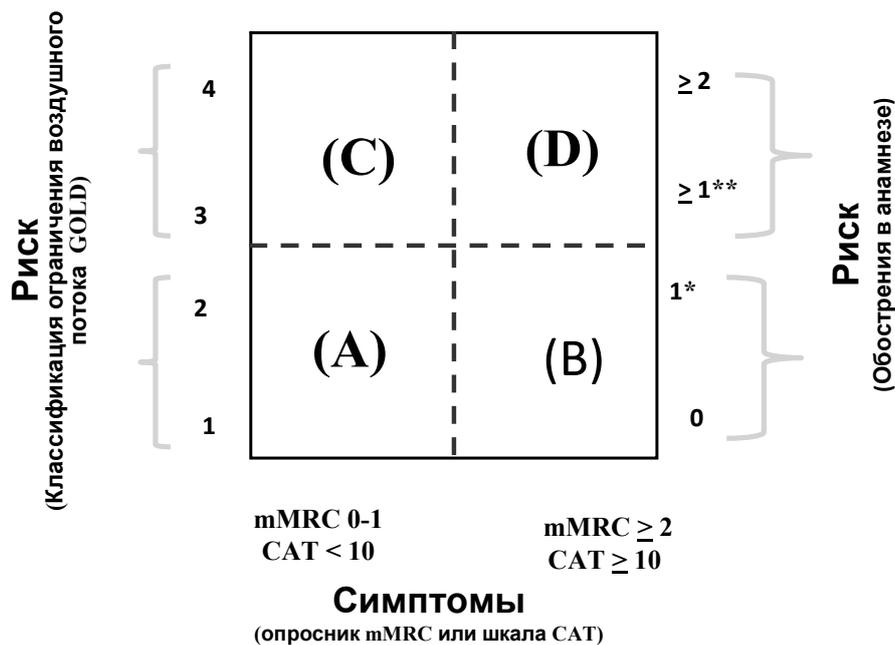
Original positions of the last revision of the Global initiative by chronic obstructive pulmonary disease (COPD) – GOLD in 2014 year are surveyed. The changes are made to COPD classification with allocation of four patients categories (A, B, C, D) depending on expression of clinical symptoms, frequency of exacerbations and severity level of bronchial obstruction. Therapy is defined by a disease variant, i.e. an attachment to one or another category – A, B, C or D.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), the Global initiative by chronic obstructive of lungs disease (GOLD), volume of the forced expiration for 1st second (FEV₁), exacerbations of chronic obstructive lungs disease, the CAT questionnaire, the mMRC dyspnea scale.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к наиболее распространенным заболеваниям человека, что обусловлено загрязнением окружающей среды, табакокурением и повторяющимися респираторными инфекционными заболеваниями. Во многих странах отмечается устойчивая тенденция к увеличению распространенности ХОБЛ. По оценкам экспертов, около 10 % людей в возрасте старше 40 лет имеют ограничение скорости воздушного потока соответствующее второй степени тяжести ХОБЛ и около 25% - первой. По данным Европейского респираторного общества только 25% случаев заболевания выявляется на ранних стадиях.

Для того чтобы привлечь большее внимание к проблеме

ХОБЛ, ее лечению и профилактике, в 1998 г. инициативная группа ученых убедила Национальный институт сердца, легких и крови (США) и ВОЗ сформировать «Глобальную инициативу по хронической обструктивной болезни легких» (GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Первым шагом в программе GOLD была подготовка согласительного доклада рабочей группы «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ», опубликованного в 2001 году. Этот документ вобрал в себя последние научные изыскания, результаты многочисленных клинических испытаний препаратов, новые приемы в ведении больных ХОБЛ. Но медицинская наука не стоит на месте, поэтому «Глобальная стратегия по диагностике, лечению и профи-



** - обострение, потребовавшее госпитализации
* - обострение без госпитализации

Рис.1. Комплексная оценка ХОБЛ

лактике ХОБЛ» периодически пересматривается. 23 января 2014 года издана новая версия доклада рабочей группы международной программы GOLD 2014 года.

Хроническая обструктивная болезнь легких – заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ.

ХОБЛ является примером мультифакторного заболевания, в развитии которого наряду с генетическими факторами ведущая роль принадлежит курению и воздействию аэрополлютантов (промышленных и бытовых). Курение считается главным агрессивным экзогенным фактором, который инициирует целый комплекс дисфункций дыхательной системы. При сочетании курения с конституционными и наследственными факторами риска вероятность возникновения ХОБЛ существенно возрастает. Загрязнение окружающей среды большим количеством токсичных веществ способствует снижению барьерной функции слизистой оболочки дыхательных путей, вызывает респираторные дисфункции и нарушает механизмы иммунной защиты. В основе патогенеза лежит воспалительная реакция, которая ведет вначале к частично обратимому, а в дальнейшем необратимому нарушению бронхиальной проходимости и ограничению скорости воздушного потока. Болезнь отличается неуклонно прогрессирующим характером и выраженными системными эффектами, которые могут усугублять ее течение.

Диагноз ХОБЛ основывается на клинических симптомах (одышка, хронический кашель с отделением мокроты или без нее), наличия в анамнезе характерных факторов риска

и при условии обязательной верификации методом спирометрии, во время которой отмечают снижение соотношения $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 0,70.

Классификация степени тяжести бронхообструкции у пациентов с ХОБЛ не изменилась, оценивается по $ОФВ_1$ (табл.1).

Несмотря на то, что исследование легочной функции, в частности определение $ОФВ_1$, является важным инструментом в оценке и классификации ХОБЛ, этот показатель не дает полного представления о тяжести течения и скорости прогрессирования заболевания и слабо коррелирует с такими важными характеристиками ХОБЛ, как одышка по шкале mMRC, статус здоровья по респираторному вопросу SGRQ, результатами теста с 6-минутной ходьбой и количеством обострений. Всё вышеперечисленное определило современную концепцию интегральной оценки тяжести ХОБЛ.

Для количественной оценки степени тяжести одышки применяют модифицированную шкалу одышки Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC) (табл. 2). Также для оценки степени влияния ХОБЛ на самочувствие и повседневную жизнь пациентов применяют тест оценки ХОБЛ – CAT (COPD Assessment Test), который отражает общее видение болезни врачами и пациентами. Вопросник состоит из 8 пунктов по оценке нарушения состояния здоровья при ХОБЛ. Пункты сформированы по 6-балльной семантической дифференциальной шкале от 0 до 5 баллов. Наибольшее суммарное количество баллов – 40 – говорит о том, что болезнь проявляется максимальными симптомами и оказывает выраженное влияние на жизнь пациента.

Комплексная оценка состояния пациента с ХОБЛ основывается на степени выраженности симптомов, риске развития обострений в будущем, тяжести бронхообструкции по данным спирометрии, а также идентификации сопутствующей

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 |

Таблица 2. Модифицированная шкала одышки Medical Research Council Dyspnea Scale

| Степень | Тяжесть | Описание |
|---------|---------------|---|
| 0 | Нет | Одышка только при интенсивной физической нагрузке |
| 1 | Легкая | одышка при быстрой ходьбе, небольшом подъеме |
| 2 | Средняя | Одышка заставляет идти медленнее, чем люди того же возраста |
| 3 | Тяжелая | Одышка заставляет останавливаться при ходьбе примерно через каждые 100 метров |
| 4 | Очень тяжелая | Одышка не позволяет выйти за пределы дома или появляется при одевании |

Таблица 3. Фармакотерапия стабильной ХОБЛ

| Категория пациентов | Препараты | | |
|---------------------|-----------------------------|--|--|
| | первого ряда | альтернативные | другое возможное лечение* |
| A | КДАХ или КДБА по требованию | ДДАХ или ДДБА или КДБА и КДАХ | Теофиллин |
| B | ДДАХ или ДДБА | ДДАХ и ДДБА | КДБА и/или КДАХ теофиллин |
| C | ИГКС+ДДБА или ДДАХ | ДДАХ и ДДБА или ДДАХ и ингибиторы ФДЭ-4 или ДДБА и ингибиторы ФДЭ-4 | КДБА и/или КДАХ Теофиллин |
| D | ИГКС+ДДБА и/или ДДАХ | ИГКС+ДДБА и ДДАХ, или ИГКС+ДДБА и ингибиторы ФДЭ-4, или ДДАХ и ДДБА, или ДДАХ и ингибиторы ФДЭ-4 | Карбоцистеин КДБА и/или КДАХ Теофиллин |

Примечание. КДАХ – короткодействующий антихолинергический препарат, КДБА – короткодействующий β₂-агонист, ДДАХ – длительнодействующий антихолинергический препарат, ДДБА – длительнодействующий β₂-агонист, ИГКС – ингаляционные глюкокортикостероиды, ФДЭ – фосфодиэстераза;

* – Препараты в данном столбце могут быть использованы сами по себе или в комбинации с другими препаратами из первого и второго столбцов

щих заболеваний. При этом учитывают данные по mMRC, CAT и степень тяжести бронхообструкции по GOLD, что 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 (рис. 1):

- 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 CAT;

- 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 CAT;

- 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 CAT;

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

При использовании подхода, представленного на рис. 1, сначала нужно оценить симптомы заболевания по шкале mMRC или CAT и определить, относится ли пациент к левой стороне квадрата – «меньше симптомов» (степень 0–1 по mMRC или <10 баллов по CAT) или к правой стороне – «больше симптомов» (степень ≥2 по mMRC или ≥10 баллов по CAT). Затем следует оценить риск обострений, чтобы определить, относится ли пациент к нижней части квадрата «низкий риск» или к верхней части – «высокий риск». Это можно сделать одним из двух методов: 1) использовать спирометрию для определения степени тяжести ограничения скорости воздушного потока согласно классификации GOLD (классы GOLD 1 и GOLD 2 указывают на низкий риск обострений, а GOLD 3 и GOLD 4 – на высокий риск); 2) определить количество обострений, которые были у пациента за предшествующие 12 месяцев (0 или 1 без госпитализации указывают на низкий риск обострений, 2 и более или более 1 с госпитализацией – на высокий риск). У некоторых пациентов уровни риска, оцененные по этим двум методикам, не совпадают; в таком случае уровень риска следует определять методом, указывающим на высокий риск обострений.

Важным нововведением последних редакций GOLD стало то, что в основу разделения пациентов на группы и, следовательно, выбора для них схемы терапии была положена

не только степень нарушения функции легких по данным спирометрии (показатель $ОФВ_1$), как это было ранее, но и другие важные параметры - выраженность симптомов болезни и частота обострений в анамнезе. В новой редакции GOLD 2014 года в отличие от предыдущих версий изменена интегральная оценка ХОБЛ. Пациенты, у которых есть хотя одно обострение в течение года, приведшее к госпитализации, относятся к группам высокого риска (С, D) и требуют более пристального внимания. Учитывая, что в наших условиях госпитализация иногда осуществляется по парамедицинским (социальным) показаниям, необходимо оценивать при сборе анамнеза для интегральной оценки тяжести тяжесть обострения (была ли необходимость госпитализации).

Немедикаментозное лечение предполагает обязательный отказ от курения, проведение легочной реабилитации (для пациентов групп В, С и D), повышение уровня физической активности и проведение вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции. Кроме того, применяют оксигенотерапию и вентиляционную поддержку, а также хирургические методы лечения (операции по уменьшению объема легких и буллэктомия у пациентов с преимущественно вер-

хнедолевой эмфиземой легких и сниженной переносимостью физической нагрузки) при наличии показаний.

В новой редакции GOLD предлагается модель назначения фармакотерапии в соответствии с индивидуализированной оценкой симптомов и риска обострения представлена в табл. 3. Препараты в каждой ячейке данной таблицы приведены в алфавитном порядке.

В соответствии с новой редакцией GOLD фармакотерапия ХОБЛ направлена главным образом на уменьшение выраженности симптоматики, снижение частоты и тяжести обострений и улучшение статуса здоровья и переносимости физической нагрузки.

Литература

1. *Decramer, M., Janssens W., Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2012; 1341-1351.*
2. *Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких// Доклад рабочей группы Национального Института Сердца, Легких и Крови и Всемирной организации Здравоохранения. – 2014.*

Поступила 5.02.2014 г.