

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2025.2.97>

Ю. Л. Журавков, А. А. Королева, А. Ю. Журавкова

ЧТО НОВОГО ПОЯВИЛОСЬ В ПОСЛЕДНИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ GOLD ПО ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ?

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье обсуждаются некоторые новые положения о классификации и лечению ХОБЛ, появившиеся в последних рекомендациях GOLD.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁), обострения хронической обструктивной болезни легких, стадия, группа.

Y. L. Zhuravkov, A. A. Koroleva, A. Y. Zhuravkova

WHAT'S NEW IN THE LATEST GOLD GUIDELINES FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE?

The article discusses some of the new provisions regarding the classification and treatment of COPD that have appeared in the latest GOLD guidelines.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), the Global Initiative for Chronic Obstructive lung Disease (GOLD), forced exhalation volume for 1st second (FEV₁), chronic obstructive pulmonary disease exacerbations, stage, group.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – распространенное (1–17 % в популяции) хроническое воспалительное заболевание легких, в патогенезе которого определенную роль играет несостоятельность адаптивного и врожденного иммунитета. Причем, отмечается устойчивая тенденция к увеличению распространенности ХОБЛ. Вопросами диагностики и лечения ХОБЛ в мире занимается GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), чьи последние рекомендации от 2024 года мы попробуем проанализировать [1–4].

Что изменилось в понимании ХОБЛ? Еще в 2023 году несколько пересмотрели определение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), теперь ХОБЛ – гетерогенное заболевание легких, для которого

характерны хронические респираторные симптомы: одышка, кашель, продукция мокроты. К критериям заболевания теперь относят обострения, обусловленные поражением дыхательных путей по типу бронхита, бронхиолита или эмфиземы. В результате чего развивается персистирующая, часто прогрессирующая обструкция дыхательных путей. Таким образом, критерии диагноза – сочетание типичной клинической картины и необратимой бронхиальной обструкции, подтвержденной спирометрией, – значение отношения объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) меньше 0,7 после бронходилатации. Пересмотрели причины и механизмы развития. Согласно новой концепции, ХОБЛ – результат взаимодействия

генетических и внешних факторов в течение определенного периода времени, которое приводит к повреждению легких, нарушает процесс их развития или ускоряет старение. Название новой схемы патогенеза – GETomics, по первым буквам трех главных ее компонентов: генетика (Gene), внешние факторы (Environment) и время (Time). Кроме курения табака, к ведущим факторам риска развития ХОБЛ теперь относят и употребление марихуаны. При этом у курящих пациентов заболевание протекает тяжелее, с более быстрыми темпами снижения $ОФВ_1$ и с большей смертностью. Отказ от курения уменьшает выраженность симптомов и частоту обострений. Поэтому эксперты рекомендуют проводить 3-х минутные беседы по поводу никотиновой зависимости на каждом визите. Так больше шансов, что пациент бросит курить. Если ничего из этого не помогло, предлагают использовать медикаментозную терапию: варинеклин, нортриптилин, бупропион пролонгированного действия, никотиновые пластыри, жевательные резинки или назальные спреи. Эти средства обладают доказанной эффективностью. Хотя бы одно из них нужно назначить, если пациент не может самостоятельно бросить курить и у него нет противопоказаний к приему этих препаратов. Выделили новые фенотипы ХОБЛ. В новой версии GOLD выделили группу риска с исходно сниженным $ОФВ_1$ уже в молодом возрасте. Такая категория пациентов требует более пристального наблюдения. По этой же причине в новую версию документа включили фенотипы пред-ХОБЛ и спирометрии с сохраненным коэффициентом нарушения (PRISm). PRISm – $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ (индекс Генслера) $\geq 0,7$ после бронходилатационного теста), при этом $ОФВ_1 < 80 \%$. У пациентов с этим фенотипом выше риск развития бронхообструкции, заболеваний сердечно-сосудистой и легочной систем и связанной с ними смертности. Фенотип неустойчивый, его показатели могут со временем нормали-

зоваться. Пред-ХОБЛ – пациенты любого возраста с установленными клиническими, структурными или функциональными изменениями, но без обструктивных нарушений по результатам форсированной спирометрии. В группах пред-ХОБЛ и PRISm не у всех формируется необратимая бронхообструкция и ХОБЛ. Поэтому авторы рекомендуют начинать лечение у этих пациентов как можно раньше, чтобы предотвратить осложнения. Однако схем терапии для них в клинических рекомендациях пока нет – требуются дополнительные исследования. Изменилась классификация степеней тяжести ХОБЛ. С 2011 года в рекомендациях предлагали разделять пациентов на 4 группы (ABCD) в зависимости от сочетания ряда показателей: уровня $ОФВ_1$, количества баллов по опросникам CAT или mMRC и частоты обострений. В последних редакциях документа из этой классификации убрали уровень $ОФВ_1$, потому что он недостаточно отражает прогноз и выраженность симптомов как на персональном уровне, так и на популяционном. Из-за этого процесс разделения пациентов на группы усложнился. С 2023 года эксперты предлагают объединить группы C и D в одну (рис. 1).

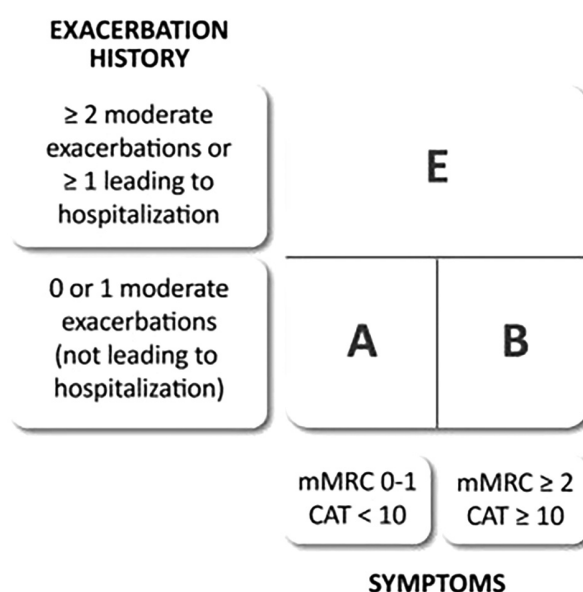


Рис. 1. Интегральные группы риска ХОБЛ

В нее войдут пациенты с высоким риском обострений независимо от выраженности симптомов. Причина изменений – теперь большую роль в формировании прогноза и схемы лечения ХОБЛ играет частота обострений, а не показатель $ОФВ_1$. Объединенную группу решили обозначить буквой Е – от слова *exacerbation* (обострение).

Как изменилась диагностика ХОБЛ? Единственный метод скрининга ХОБЛ, который используют и для диагностики – форсированная спирометрия. Эксперты задались вопросом, нужно ли проводить ее рутинно всем пациентам? Исследований, которые доказывают эффективность такого подхода, мало. Поэтому в GOLD вместо рутинной спирометрии рекомендуют тактику активной клинической диагностики. Смысл стратегии заключается в том, что исследование нужно только пациентам с характерными симптомами или факторами риска ХОБЛ. Рентгенологические признаки, которые при скрининговой рентгенографии характерны для ХОБЛ: эмфизема, воздушные ловушки, утолщение стенок бронхов и слизистые пробки в бронхах. В этом случае нужно дообследование. Также пациентам с ХОБЛ в возрасте от 50 до 80 лет, с индексом курения (ИК) более 20 пачка/лет рекомендуют ежегодно выполнять КТ органов грудной клетки низкого разрешения для исключения рака легкого

согласно рекомендациям UPSTF (United States Preventative Service Task Force – оперативная группа профилактической службы США). Функция внешнего дыхания (ФВД). Форсированная спирометрия – самый простой и объективный метод оценки бронхиальной обструкции. Форсированную спирометрию без бронхолитического теста можно использовать в качестве первого метода для исключения бронхиальной обструкции. Если по результатам индекса Генслера выше 0,7 – проводить бронхолитическую пробу не нужно. Исключение – высокая клиническая вероятность диагноза ХОБЛ. В этом случае рекомендуют все же провести тест и оценить ФЖЕЛ – прирост показателя после приема бронхолитика укажет на скрытую бронхиальную обструкцию. Конкретные сроки выполнения повторной спирометрии с бронхолитиком в рекомендациях не указывают. Если по результатам форсированной спирометрии выявили бронхиальную обструкцию, все равно нужно подтвердить диагноз при помощи бронхолитической пробы. Если после нее индекс $ОФВ_1$ /ФЖЕЛ нормализуется, значит, у пациента высокий риск формирования хронической обструктивной болезни легких и необходимо динамическое наблюдение. Если значения $ОФВ_1$ /ФЖЕЛ находятся в диапазоне 0,6–0,8, то спирометрию рекомендуют повторить в дина-

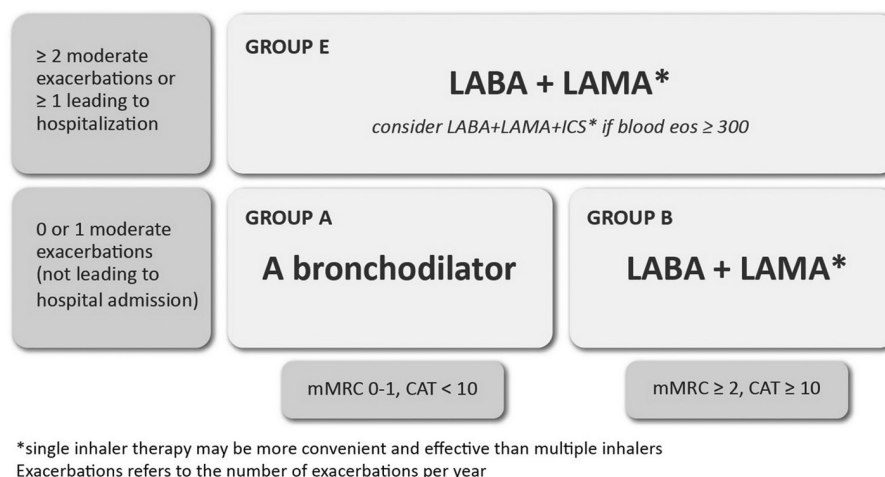


Рис. 2. Схема лечения ХОБЛ согласно новому «квадрату» GOLD

мике. Причина – физиологические вариации показателя. В случае когда $ОФВ_{1/2}$ ФЖЕЛ ниже 0,6 – он уже не нормализуется [2].

Параллельно с модификацией «квадрата» GOLD изменилась и схема терапии ХОБЛ (рис. 2). Отдельно оговариваются показания к включению в схему лечения ХОБЛ группы Е ингаляционных кортикостероидов (ИГКС). Абсолютными показаниями к добавлению в схему лечения ХОБЛ ИГКС являются хотя бы одна госпитализация по поводу обострения ХОБЛ в течение года, не менее 2 клинически значимых обострений ХОБЛ за год, наличие в качестве коморбидности бронхиальной астмы и/или эозинофилии крови более 300 клеток/мкл. Относительными показаниями к назначению ИГКС указаны наличие одного клинически значимого обострения в год или эозинофилия крови 100–300 клеток/мкл. Не рекомендуется назначение ИГКС при наличии рецидивирующей пневмонии или микобактериальной инфекции, а также при эозинофилии крови менее 100 клеток/мкл [2].

Также в последних рекомендациях GOLD расширен список рекомендуемых прививок у пациентов с ХОБЛ для профилактики обострений. К прививкам от гриппа и пневмококка добавлены прививки от коклюша, Covid-19 и опоясывающего лишая [2].

Ожидаем от GOLD очередных обновлений.

Литература

1. Журавков, Ю. Л., Королева, А. А. Современные подходы к диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких с позиций GOLD 2017 года // Военная медицина. – 2017. – № 4. – С. 90–92.
2. *Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report)* // <https://goldcopd.org>.
3. Журавков, Ю. Л., Королева, А. А., Захаренко, А. Г. Тактика ведения пациентов с обострением хронической обструктивной болезнью легких // Военная медицина. – 2015. – № 2. – С. 110–114.
4. Королева, А. А., Метельский, С. М., Журавков, Ю. Л. Значение интегральной оценки для оптимизации лечения пациентов с ХОБЛ // Медицинская панорама – 2014. – № 7. – С. 67–69.

References

1. Zhuravkov, Yu. L., Koroleva, A. A. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu hronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkih s pozicij GOLD 2017 goda // Voennaya medicina. – 2017. – № 4. – S. 90–92.
2. *Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report)* // <https://goldcopd.org>.
3. Zhuravkov, Yu. L., Koroleva, A. A., Zaharenko, A. G. Taktika vedeniya pacientov s obostreniem hronicheskoy obstruktivnoy bolezni'yu legkih // Voennaya medicina. – 2015. – № 2. – S. 110–114.
4. Koroleva, A. A., Metel'skij, S. M., Zhuravkov, Yu. L. Znachenie integral'noj ocenki dlya optimizacii lecheniya pacientov s HOBL // Medicinskaya panorama – 2014. – № 7. – S. 67–69.

Поступила 28.01.2025 г.