

УДК 616.24:616-08-039.57

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ — НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

М. А. Похазникова, И. Е. Моисеева

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**ASSESSMENT OF STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE — ESSENTIAL FOR THE EFFECTIVE MANAGEMENT OF THE PATIENT IN GENERAL PRACTICE**

M. A. Pokhaznikova, I. E. Moiseeva

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© М. А. Похазникова, И. Е. Моисеева, 2012 г.

В статье рассматриваются аспекты оценки состояния пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, спирометрия, ведение пациентов с ХОБЛ, первичная медицинская помощь.

The article considers the aspects of assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease in general practice.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, spirometry, COPD management, primary care.

Введение. Вопросы ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в амбулаторных условиях актуальны, так как это заболевание имеет высокую распространенность, а большинство больных с ХОБЛ чаще обращаются именно к врачам первичного звена здравоохранения. Как оценить состояние пациента с хронической обструктивной болезнью легких в течение короткого амбулаторного приема? От ответа на этот вопрос зависит объем назначенной терапии и в большой степени эффективность лечения. Врач, не являющийся специалистом в пульмонологии, должен ориентироваться на простые и четкие критерии.

ХОБЛ следует заподозрить у пациента старше 40 лет на основе анализа жалоб, факторов риска, анамнеза, данных осмотра и инструментальных исследований, ведущим из которых является спирометрия с бронхолитическим тестом. Согласно Глобальной инициативе по хронической обструктивной болезни легких (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease — GOLD), постбронхолитическое снижение отношения объема форсированного выдоха за 1 с к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ₁/ФЖЕЛ) ниже фиксированного значения 0,7 является диагностическим критерием ХОБЛ. В дальнейшем прогрессирующее снижение ОФВ₁ ниже 80% от должного зна-

чения определяет степень тяжести обструктивных нарушений.

Однако тяжесть нарушений проходимости дыхательных путей не всегда соответствует выраженности одышки и степени переносимости физической нагрузки [1]. Принимая во внимание этот факт, в последней редакции GOLD 2011 г. отменено прежнее разделение ХОБЛ по стадиям, основанное только на определении степени тяжести обструктивных нарушений с помощью спирометрии. Экспертами GOLD предложено при определении степени тяжести заболевания ориентироваться на комплекс показателей. Оценка состояния пациента с ХОБЛ должна быть основана на текущей выраженности симптомов (кашля, выделения мокроты, одышки), степени тяжести ограничения скорости воздушного потока, определении будущего риска обострений заболевания и выявлении сопутствующих коморбидных состояний. Таким образом, врач во время амбулаторного приема должен акцентировать внимание на этих аспектах и отразить их в амбулаторной карте.

При определении выраженности симптомов обычно не возникает сложностей, так как заключение основано, как правило, на жалобах и данных осмотра пациента. Кроме этого, для оценки выраженности одышки предложено использовать

модифицированный опросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRC). Этот опросник хорошо известен клиницистам и может применяться для

оценки тяжести одышки любого происхождения. Он состоит из четырех вопросов о связи степени выраженности одышки, которую испытывает пациент, с физической активностью (табл. 1).

Таблица 1

**Опросник Британского медицинского исследовательского совета
для оценки тяжести одышки (mMRC)**

Баллы	Характеристика одышки
0	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке
1	Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму
2	Из-за одышки я хожу по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе
3	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности
4	У меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, или я задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь

Чтобы оценить влияние симптомов на самочувствие пациента, предложено использовать опросник САТ. Опросник САТ содержит 8 вопросов. Онлайн-версию можно найти на сайте <http://www.catestonline.org> (схема).

Следующие симптомы оцениваются по 5-балльной шкале: кашель, мокрота, сдавленность в грудной клетке, одышка при физической нагрузке, активность дома, уверенность вне дома, качество сна, утомляемость.

Ваша фамилия								Сегодняшняя дата							
Как протекает ваше заболевание легких (хроническая обструктивная болезнь легких, или ХОБЛ)? Пройдите оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment Test (CAT))															
Данная анкета поможет вам и медицинскому работнику оценить влияние, которое ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) оказывает на ваше самочувствие и повседневную жизнь. Ваши ответы и оценка на основании теста могут быть использованы вами и медицинским работником, чтобы помочь улучшить терапию ХОБЛ и получить наибольшую пользу от лечения															
В каждом пункте, приведенном ниже, поставьте отметку (x) в квадратике с баллом, наиболее точно отражающем ваше самочувствие на данный момент. Убедитесь в том, что вы выбрали только один ответ на каждый вопрос															
															Баллы
Я никогда не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я постоянно кашляю								
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	0	1	2	3	4	5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)								
У меня совсем нет ощущения сдавления в грудной клетке	0	1	2	3	4	5	У меня очень сильное ощущение сдавления в грудной клетке								
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	0	1	2	3	4	5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка								
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	0	1	2	3	4	5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена								
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	0	1	2	3	4	5	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома								
Я сплю очень хорошо	0	1	2	3	4	5	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо								
У меня много энергии	0	1	2	3	4	5	У меня совсем нет энергии								
ОБЩИЙ БАЛЛ															

Схема. Оценочный тест по ХОБЛ (САТ — COPD Assessment Test)

Общий балл от 1 до 10 оценивается как «незначительное влияние», от 11 до 20 — «среднее влияние», более 20 — «высокая степень влияния», бо-

лее 30 — «очень высокая степень влияния» заболевания на состояние пациента. Опросник можно рекомендовать пациенту заполнять дома и прино-

ситься на прием к врачу. Частота использования САТ определяется индивидуально. Эксперты рекомендуют проводить САТ для оценки динамики симптомов ХОБЛ каждые 3–6 мес.

Степень тяжести ограничения скорости воздушного потока определяется на основании данных спирометрии с бронхолитическим тестом (табл. 2).

Таблица 2

Классификация степени тяжести ограничения скорости воздушного потока при ХОБЛ (на основании постбронходилатационного ОФВ₁)

У пациентов с ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,70:	
GOLD I легкая	ОФВ ₁ ≥ 80% от должных значений
GOLD II средняя	50% ≤ ОФВ ₁ < 80% от должного
GOLD III тяжелая	30% ≤ ОФВ ₁ < 50% от должного
GOLD IV крайне тяжелая	ОФВ ₁ < 30% от должного

Исследованиями TORCH, UPLIFT и ECLIPSE показано, что обострения ХОБЛ способствуют прогрессирующему снижению функциональных показателей легких и являются предиктором неблагоприятного клинического исхода [2, 3, 4]. Чем тяжелее степень ограничения скорости воздушного потока, тем выше риск обострений в течение года. Поэтому учет количества обострений в течение года имеет большое прогностическое значение.

Оценить риск будущих обострений стало возможным, используя комплексную оценку состояния пациента с ХОБЛ. Такой подход к оценке ХОБЛ отражает связь между степенью обструкции по GOLD, симптомами по шкалам mMRC и САТ, количеством предшествующих обострений и позволяет прогнозировать риск будущих обострений. Согласно этому подходу, пациенты с ХОБЛ делятся на 4 группы: А, В, С, D (табл. 3).

Таблица 3

Комплексная оценка риска обострений пациентов с ХОБЛ на основе учета симптомов, тяжести обструктивных нарушений и предшествующих обострений

Категория пациентов	Характеристика риска	Тяжесть обструкции	Число обострений в год	mMRC	САТ
A	Низкий	GOLD 1–2	≤1	0–1	<10
B	Низкий	GOLD 1–2	≤1	≥2	≥10
C	Высокий	GOLD 3–4	≥2	0–1	<10
D	Высокий	GOLD 3–4	≥2	≥2	≥10

Группа А — низкий риск обострений, симптомы не выражены (САТ менее 10 баллов и mMRC менее 2 баллов), степень обструкции по GOLD 1–2 и менее 1 обострения в год.

Группа В — низкий риск обострений, симптомы выражены (САТ более 10 баллов и mMRC более 2 баллов), степень обструкции по GOLD 1–2 и менее 1 обострения в год.

Группа С — высокий риск обострений, симптомы не выражены (САТ менее 10 баллов и mMRC менее 2 баллов), степень обструкции по GOLD 3–4, 2 и более обострения в год.

Группа D — высокий риск обострений, выраженные симптомы (САТ более 10 баллов и mMRC более 2 баллов), степень обструкции по GOLD 3–4, 2 и более обострения в год.

У некоторых пациентов уровни риска обострений, определяемые на основании спирометрических и анамнестических критериев, не совпадают.

В этом случае следует использовать ту оценку, которая указывает на более высокий риск. Например, у пациента с ОФВ₁ 60% от должного (GOLD 2) было 2 обострения в прошлом году и 15 баллов по шкале САТ. По спирометрическим критериям пациент относится к группе А или В, по остальным — к группе D. Таким образом, пациента следует отнести к группе D.

При лечении пациентов с ХОБЛ необходимо обращать внимание на коморбидность. При этом следует помнить, что это понятие при ХОБЛ может включать не только наличие сопутствующих заболеваний, но и развитие внелегочных или системных проявлений ХОБЛ. К внелегочным коморбидным проявлениям относят саркопению, дисфункцию скелетных мышц, остеопороз, депрессию, то есть состояния, которые могут быть результатом системного влияния непосредственно ХОБЛ. В то же время у больных с ХОБЛ часто

имеются сопутствующие заболевания, например сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, сахарный диабет, рак легких.

Коморбидные заболевания оказывают независимое влияние на смертность и частоту госпитализаций у пациентов с ХОБЛ. Поэтому необходимо выявлять эти заболевания, учитывать их влияние на состояние пациента и лечить их в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Текущая комплексная оценка пациента с ХОБЛ позволяет индивидуализировать лечение. Задачами лечения ХОБЛ стабильного течения являются облегчение симптомов, улучшение переносимости физической нагрузки и общего состояния. Кроме того, лечение направлено на снижение риска прогрессирования заболевания, обострений и смертности.

Нефармакологическое лечение ХОБЛ — неотъемлемая часть ведения пациентов, оно включает отказ от курения, ежедневную физическую активность, проведение вакцинации против гриппа и пневмококковой инфекции. Отказ от курения вне зависимости от степени тяжести ХОБЛ — очень важный шаг в лечении заболевания, оказывающий влияние на темпы его прогрессирования. Анализ качества ведения пациентов с ХОБЛ на этапе пер-

вичной медицинской помощи в различных странах показывает, что врачи первичного звена рекомендуют отказ от курения и вакцинацию против гриппа далеко не всем пациентам. Так, в Швейцарии совет бросить курить получили от врачей только 50% пациентов и только 66% пациентов была рекомендована вакцинация против гриппа [5].

Основным классом лекарственных средств, используемых для лечения ХОБЛ, являются бронхолитики. Эти препараты уменьшают выраженность симптомов, частоту и тяжесть обострений, повышают переносимость физической нагрузки. Бронхолитики назначают по потребности или в качестве регулярной терапии. Длительнодействующие ингаляционные бронхолитики более эффективны и удобны. Они действуют от 12 до 24 ч. Основными современными группами препаратов являются β_2 -агонисты, антихолинергические средства, комбинированные препараты и метилксантины длительного действия. Однако препараты теофиллина вследствие их невысокой эффективности и потенциальной токсичности не рекомендованы для лечения ХОБЛ до тех пор, пока лечение длительнодействующими бронхолитиками эффективно. Объем медикаментозной терапии (табл. 4) зависит от принадлежности па-

Таблица 4

Тактика лекарственной терапии при ХОБЛ

Группа пациентов	Терапия первой линии	Терапия первой линии	Альтернативный выбор
A	Короткодействующий антихолинергический препарат по потребности или короткодействующий β_2 -агонист по потребности	Длительнодействующий антихолинергический препарат, или длительнодействующий β_2 -агонист, или короткодействующий антихолинергический препарат и короткодействующий β_2 -агонист	Теофиллин
B	Длительнодействующий антихолинергический препарат или длительнодействующий β_2 -агонист	Длительнодействующий антихолинергический препарат и длительнодействующий β_2 -агонист	Короткодействующий β_2 -агонист и/или короткодействующий антихолинергический препарат Теофиллин
C	ИГКС* и длительнодействующий β_2 -агонист или длительнодействующий антихолинергический препарат	Длительно действующие антихолинергики и длительно действующие β_2 -агонист	Ингибитор фосфодиэстеразы-4 Короткодействующий β_2 -агонист и/или короткодействующий антихолинергический препарат Теофиллин
D	ИГКС и длительнодействующие β_2 -агонист или длительнодействующий антихолинергический препарат	ИГКС и длительно действующий антихолинергический препарат, или ИГКС и длительнодействующий β_2 -агонист и длительнодействующий антихолинергический препарат, или ИГКС и длительно действующий β_2 -агонист и ингибитор фосфодиэстеразы-4, или длительнодействующий антихолинергический препарат и длительнодействующий β_2 -агонист, или длительнодействующий антихолинергический препарат и ингибитор фосфодиэстеразы-4	Карбоцистеин Короткодействующий β_2 -агонист и/или короткодействующий антихолинергический препарат Теофиллин

* — ИГКС — ингаляционные глюкокортикостероиды.

пациента к конкретной группе (А, В, С, D). Препараты первой и второй линии указаны в алфавитном порядке, а не в порядке предпочтительности. Выбор между каждой группой препаратов зависит от доступности лекарства, цены и индивидуально-го ответа на лечение. Препараты альтернативного выбора могут быть использованы самостоятельно и в комбинации с другими препаратами.

Эффект от глюкокортикостероидов (ГКС) при ХОБЛ гораздо менее заметен, чем при бронхиальной астме. Влияние ингаляционных ГКС на легочное и системное воспаление сомнительно и их роль в лечении стабильного течения ХОБЛ ограничена. Плановое лечение ингаляционными ГКС не изменяет снижение ОФВ₁ в перспективе и не влияет на смертность у пациентов с ХОБЛ.

Ингаляционные ГКС применяются только у пациентов с доказанным клиническим или спирометрическим ответом, или при тяжелой степени обструкции (ОФВ₁ < 60%), или при повторяющихся

обострениях. В этих случаях плановая терапия ингаляционными ГКС уменьшает симптомы, улучшает легочную функцию и качество жизни и уменьшает частоту обострений. Дополнительная терапия ХОБЛ включает использование муколитиков и новых современных противовоспалительных средств, особенно у пациентов с симптомами бронхита. Однако ни один класс лекарственных препаратов не может предупредить прогрессирование ХОБЛ.

Учитывая, что основным этиологическим фактором является курение, профилактика никотиновой зависимости, использование современных научно доказанных методов отказа от курения у курильщиков является основной мерой предупреждения «эпидемии» ХОБЛ.

Заключение. Знание ключевых аспектов ведения пациентов с ХОБЛ в амбулаторной практике позволит врачу рационально и правильно оценить текущее состояние пациента, а также оптимизировать терапию.

Литература

1. *The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011 // Available from <http://www.goldcopd.org>. — Последний визит на сайт 10.12.2012 г.
2. *Hurst J. R., Vestbo J., Anzueto A. et al.* Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease // *N. Engl. J. Med.* — 2010. — № 363. — P. 1128–1138.
3. *Decramer M., Celli B., Kesten S. et al.* Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomized controlled trial // *Lancet.* — 2009. — № 374. — P. 1171–1178.
4. *Jenkins C. R., Jones P. W., Calverley P. M. et al.* Efficacy of salmeterol fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease analysis from the randomized, placebo-controlled TORCH study // *Respir. Res.* — 2009. — № 10 (1):59.
5. *Steurer-Stey C., Dallalana K., Jungi M., Rosemann T.* Management of chronic obstructive pulmonary disease in Swiss primary care: room for improvement // *Qual. Prim. Care.* — 2012. — № 20(5). — P. 365–373.

Авторы:

Похазникова Марина Александровна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Моисеева Ирина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контакта: fammedmapo@yandex.ru