

Ю.И. Фещенко, академик НАМН Украины, д.м.н., профессор, директор ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

Новая редакция руководства Глобальной инициативы по обструктивному заболеванию легких (GOLD)

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) остается одной из ведущих проблем здравоохранения на сегодняшний день. В медико-социальном и экономическом плане оно является одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. Люди страдают от этого заболевания годами и преждевременно умирают от ХОЗЛ или его осложнений. Во всем мире наблюдается ускоренный рост распространенности ХОЗЛ вследствие продолжительного воздействия факторов риска и старения населения.

Доля ХОЗЛ в структуре ведущих причин смерти постоянно увеличивается. Так, в 1990 году ХОЗЛ было на 6-м месте среди причин смерти, к 2020 году переместится на 3-е место, к 2030 году, по данным последних прогнозов, будет четвертой ведущей причиной смерти в мире.

ХОЗЛ страдает от 8 до 22% взрослых в возрасте 40 лет и старше. Среди всех больных ХОЗЛ только у половины установлен диагноз.

В Европейском союзе прямые затраты на болезни органов дыхания составили более 6% от всего бюджета на здравоохранение, среди них на долю ХОЗЛ приходится 56% (38,6 млрд евро). В США прямые затраты на ХОЗЛ составили 29,5 млрд долларов + непрямые – 20,4 млрд долларов. Основные затраты пошли на лечение обострений, в частности на госпитализацию и кислородотерапию в амбулаторных условиях, стоимость которых резко возросла по мере усиления тяжести ХОЗЛ.

По данным DALY (методология, определяющая, какую часть в общую смертность и нетрудоспособность вносит та или иная медицинская проблема, и отражающая сумму лет, потерянных из-за преждевременной смерти, и годов, прожитых в нетрудоспособности с учетом тяжести недуга), в 1990 году ХОЗЛ заняло 12-е место по социальным потерям – на него приходилось 2,1% всех потерь; по прогнозам, к 2030 году по этому показателю ХОЗЛ переместится на 7-ю позицию.

Практика отдельного выделения ХОЗЛ в медицинской статистике общепринята в Европе и мире, и ХОЗЛ представлено в Международной классификации болезней 10-го пересмотра в рубрике J44.

До 2009 года в рубрику статистической отчетности в Украине не было отдельно вынесено ХОЗЛ как самостоятельную нозологическую единицу, данные официальной статистики приводились по хроническому бронхиту. Распространенность последнего составляет шестую часть от всех болезней органов дыхания. Стойкая тенденция к увеличению заболеваемости болезнями органов дыхания отмечается именно относительно хронического бронхита.

Немотивированно тяжелые последствия именно хронического бронхита были обусловлены тем, что в статистическую отчетность по этому заболеванию входила отчетность по ХОЗЛ, которое как раз и может приводить к тяжелым последствиям в медицинском и социальном плане – развитию тяжелой бронхообструкции, эмфиземы, легочной недостаточности, легочного сердца, нежелательных системных эффектов, инвалидности, ухудшению качества жизни и преждевременной смерти.

Мы только приступаем к сбору статистических данных по Украине, но если учесть, что, например, в США в 2000 году было зафиксировано 8 млн визитов к врачам, 1,5 млн обращений за

неотложной помощью, 673 тыс. госпитализаций из-за ХОЗЛ, то можно себе представить масштабность этой проблемы для нашей страны.

Выделение в 2009 году ХОЗЛ в отдельную графу статистической отчетности уже сегодня дало ощутимый результат.

Распространенность ХОЗЛ в 2010 году выросла (в 2009 году было зарегистрировано 377 267 случаев, в 2010 – 420 083, т.е. было впервые выявлено 42 816 больных). Выявляемость заболевания особенно улучшилась в Донецкой (8409), Днепропетровской (4107), Львовской (4090), Винницкой (3535), Харьковской (3474), Тернопольской (3007) областях. Это связано с усилением диагностической базы, повышением образованности врачей по проблеме ХОЗЛ, и такой рост выявляемости прямо указывает на гиподиагностику этого заболевания в нашей стране.

Все чаще обсуждаются вопросы, связанные с оптимизацией классификации и постановки диагноза ХОЗЛ.

Руководство GOLD-2011

В 2001 году впервые вышло и получило широкое распространение в мире, в том числе в Украине, руководство Глобальной инициативы по ХОЗЛ – GOLD, в котором была представлена глобальная стратегия по диагностике, ведению и предотвращению этого заболевания. Эта стратегия ежегодно обновляется, уточняется с учетом полученных новых данных, результатов многоцентровых клинических исследований, новых подходов к лечению. В 2011 году она также претерпела изменения, по некоторым вопросам – весьма существенные и кардинальные.

– Изменено определение ХОЗЛ.
– Внесены принципиальные изменения, касающиеся взглядов на стратегию терапии, а также классификации ХОЗЛ.

– Добавлена глава с описанием терапевтических подходов как фармакологических, так и немедикаментозных, идентификацией нежелательных проявлений терапии.

– Лечение ХОЗЛ теперь предусматривает ведение больных со стабильным ХОЗЛ, с обострением и с ХОЗЛ при наличии других заболеваний. Согласно новой редакции терапия ХОЗЛ направлена главным образом на две основные цели: немедленный эффект, т.е. уменьшение симптомов и их повреждающего действия, и перспективное действие – снижение рисков возникновения нежелательных проявлений, которые могут возникнуть у пациента в будущем (например, обострений). Лечение больных с ХОЗЛ подразумевает также лечение сопутствующей патологии.

– В терапии стабильного ХОЗЛ рекомендуется как фармакологический подход к лечению, так и нефармакологический, акцент делается на идентификации факторов риска развития ХОЗЛ. Курение остается наиболее распространенным фактором риска ХОЗЛ, в отказ от него – важным шагом в предотвращении

патологии. Однако увеличивается роль и других факторов, таких как промышленная пыль, химикалии, загрязнение окружающей среды продуктами сгорания биотоплива, кухонный чад в плохо вентилируемых помещениях, что особенно актуально для женщин в развивающихся странах.

– В предыдущих редакциях рекомендации по лечению ХОЗЛ основывались только на спирометрической оценке. Однако степень нарушения ОФВ₁ недостаточно отражает состояние пациента, поэтому настоящая стратегия ведения больных со стабильным ХОЗЛ учитывает также повреждающее воздействие заболевания (что выражается в симптомах, ограничении ежедневной активности), риски прогрессирования заболевания в будущем (особенно обострения).

– Пересмотрено определение обострения ХОЗЛ – «острое состояние, которое характеризуется ухудшением респираторных симптомов, выходящим за рамки нормальной ежедневной вариабельности, и требует изменения терапии».

– Из сопутствующих заболеваний у больных ХОЗЛ основной акцент был сделан на заболеваниях сердечно-сосудистой системы, остеопорозе, тревоге и депрессии, раке легких, инфекциях и метаболическом синдроме.

Определение ХОЗЛ

Согласно GOLD (2011) ХОЗЛ – предотвратимое и поддающееся лечению заболевание, которое характеризуется персистирующим ограничением воздухопроводящих путей, как правило, прогрессирующим и ассоциирующимся с необычным воспалительным ответом легких на вредные частицы или газы. Обострения и сопутствующие заболевания усугубляют общую тяжесть состояния у отдельных пациентов.

Факторы риска ХОЗЛ

Курение по-прежнему остается основным фактором риска ХОЗЛ, хотя данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что хроническое ограничение дыхательных путей развивается и у некурящих.

ХОЗЛ – результат взаимодействия организма с внешней средой. У людей может быть одинаковый анамнез курения, но не у всех курящих развивается ХОЗЛ; вероятно, здесь играет роль генетическая предрасположенность к заболеванию, продолжительность жизни. Чем дольше человек живет, тем больше воздействию факторов риска и вредному влиянию внешней среды он подвергается.

Генетический фактор – врожденный дефицит α_1 -антитрипсина – встречается редко, но четко иллюстрирует взаимосвязь между генами и внешней средой, что приводит к развитию ХОЗЛ.

Значимость семейного риска возникновения тяжелой бронхообструкции демонстрируют наблюдения за единокровными курящими братьями и сестрами, что еще раз подтверждает



Ю.И. Фещенко

роль генетики во взаимодействии с внешней средой в развитии ХОЗЛ. На сегодняшний день известен единственный ген, связь которого со снижением функции легких доказана, – это ген, кодирующий матриксную металлопротеиназу 12.

Возраст и пол – частые факторы риска ХОЗЛ. На сегодняшний день остается неясным: возраст сам по себе является фактором риска или только отражает кумулятивное воздействие внешних факторов на протяжении жизни. Что касается гендерных признаков, по данным многочисленных исследований, распространенность и смертность от ХОЗЛ выше среди мужчин, однако в развивающихся странах разница практически нивелирована, вероятно, из-за широкого распространения курения среди женщин.

Недостаточная масса тела при рождении – фактор риска развития ХОЗЛ. Получено подтверждение наличия ассоциативных связей между весом при рождении и ОФВ₁ в детстве; некоторые исследования подтверждают роль бронхолегочных инфекций, перенесенных в раннем детстве. Так называемыеотягивающие факторы детства имеют такой же вес в плане нарушений функции легких, как и курение в раннем возрасте.

Астма также может быть фактором риска развития ХОЗЛ. По результатам крупного эпидемиологического исследования TESAOD, у взрослых больных астмой риск развития ХОЗЛ в 12 раз выше, чем у тех, у кого астмы нет.

Бронхиальная гиперреактивность может быть и вне клинического диагноза астмы и также является независимым предиктором ХОЗЛ.

Хронические инфекции также играют важную роль в развитии ХОЗЛ. Получены данные о том, что ВИЧ-инфекция ускоряет развитие связанной с курением эмфиземы. Фактором риска ХОЗЛ может быть туберкулез.

Комплексная оценка состояния пациента с ХОЗЛ

Классификация ХОЗЛ претерпела модификацию. Прямая классификация ХОЗЛ была основана в основном на степени выраженности бронхообструкции (величине ОФВ₁ после приема бронхолитика); исходя из бронхообструктивных нарушений заболевание классифицировалось по стадиям – от легкой до крайне тяжелой. Однако со временем стало понятно, что степень бронхообструкции далеко не всегда отражает реальную тяжесть состояния пациента.

Выраженное негативное влияние на качество жизни и общее состояние пациента оказывают симптомы, выраженность которых не всегда четко коррелирует со степенью вентиляционных нарушений, а также обострения заболевания. Поэтому руководство GOLD-2011 предлагает оценивать тяжесть ХОЗЛ комплексно, основываясь в

первую очередь на выраженности симптомов (одышки – по шкале mMRC или симптомокомплекса – кашля, отделения мокроты, при какой выраженности физической нагрузки появляется одышка, переносимости физической нагрузки, влияние заболевания на ежедневную активность, сна, общего состояния человека – согласно тесту контроля над ХОЗЛ – CAT), рисках неблагоприятных событий (обострений, госпитализаций, смерти), зависящих от выраженности бронхообструкции, частоте обострений в анамнезе (особенно на протяжении последних 12 месяцев), наличии сопутствующих заболеваний.

Как видно, спирометрическая классификация сохранена, но теперь ей не отводится главенствующая роль. Степень вентиляционных нарушений является одним из критериев оценки тяжести заболевания и выбора схемы лечения.

В руководстве GOLD-2011 спирометрическая классификация подразумевает выделение четырех степеней (а не стадий, как ранее) нарушений функции дыхания:

- GOLD 1 (легкая бронхообструкция): ОФВ₁ ≥80% от должного;
- GOLD 2 (умеренная): 50% ≤ ОФВ₁ <80% от должного;
- GOLD 3 (тяжелая): 30% ≤ ОФВ₁ <50% от должного;
- GOLD 4 (очень тяжелая): ОФВ₁ <30% от должного.

Согласно комплексной оценке пациенты ХОЗЛ делятся на четыре груп-

пы – А, В, С, D. В основу разделения положены наличие и выраженность симптомов, риски, связанные со степенью выраженности бронхообструкции (выраженная бронхообструкция – ОФВ₁ менее 50% от должного – ассоциируется с высоким риском неблагоприятных событий в будущем) и количеством обострений в анамнезе (два и более обострений ХОЗЛ за последние 12 месяцев также ассоциируются с высоким риском неблагоприятных событий (табл.).

Группа А – низкий риск (неблагоприятных событий в будущем), мало симптомов; как правило, это пациенты со степенью нарушений функции дыхания GOLD 1 или GOLD 2 (ОФВ₁ более 50% от должного) и/или ≤1 обострением за год и оценкой симптомов 0-1 балл по шкале mMRC или <10 баллов по опроснику CAT.

Группа В – низкий риск, много симптомов; как правило, GOLD 1 или GOLD 2 и/или 0-1 обострение за год и оценка симптомов ≥2 баллов по шкале mMRC или ≥10 баллов по опроснику CAT.

Группа С – высокий риск, мало симптомов; как правило, GOLD 3 или GOLD 4 (менее 50% от должных) и/или ≥2 обострений за год и оценка симптомов 0-1 балл по шкале mMRC или <10 баллов по опроснику CAT.

Группа D – высокий риск, много симптомов; как правило, GOLD 3 или GOLD 4 и/или ≥2 обострений в год и оценка симптомов ≥2 баллов по шкале mMRC или ≥10 баллов по опроснику CAT. Ведение больных со стабильным

Таблица. Модель оценки тяжести ХОЗЛ на основании выраженности симптомов и рисках неблагоприятных событий в будущем

При оценке риска неблагоприятных событий в будущем следует выбрать наибольший риск, исходя из степени выраженности бронхообструкции по классификации GOLD и анамнеза обострений

Риск Степень бронхообструкции по классификации GOLD	4	C	D	≥2	Риск Анамнез обострений
	3			1	
	2	A	B	0	
	1				
mMRC 0-1		mMRC ≥2			
CAT <10		CAT ≥10			
Симптомы (оценка по шкале MRC или CAT)					

течением ХОЗЛ определяется тем, к какой группе относится пациент, то есть выраженностью симптомов и рисков.

В комплексную оценку состояния пациента необходимо включать наличие у него сопутствующих заболеваний и системных проявлений ХОЗЛ, а также учитывать их при выборе лечения.

В обновленном руководстве GOLD впервые выделен целый раздел, в котором освещены принципы ведения пациентов с ХОЗЛ и сопутствующими заболеваниями. У многих больных ХОЗЛ есть сопутствующая патология, которая еще в большей степени ухудшает качество их жизни и выживаемость. Факторы риска, в основном курение, и патофизиологические последствия ХОЗЛ сопряжены с развитием слабости скелетной мускулатуры и кахексии, могут инициировать или усугублять ишемическую болезнь сердца, сердечную

недостаточность, остеопороз, нормоцитарную анемию, диабет, метаболический синдром, депрессию и рак легких.

Лечение сопутствующих заболеваний должно проводиться в полном объеме, как если бы у пациента не было ХОЗЛ.

Таким образом, важно помнить следующее:

- Предупреждение ХОЗЛ возможно.
- Для диагностики ХОЗЛ требуется спирометрия; ОФВ₁/ФЖЕЛ <0,70 после бронхолитика – стойкое ограничение бронхиальной проходимости, подтверждающее ХОЗЛ.
- Оценка ХОЗЛ должна проводиться комплексно: симптомы, степень бронхообструкции, риск обострений и осложненных.
- Необходимо проведение базисной терапии, лечение обострений и сопутствующей патологии.
- Лечение сопутствующих заболеваний проводится в полном объеме.

В помощь клиницисту

CAT-тест

Шкала mMRC

Ваша фамилия: _____ Сегодняшняя дата: _____

CAT
COPD Assessment Test

Как протекает ваше заболевание легких (хроническое обструктивное заболевание легких, или ХОЗЛ)?
Пройдите оценочный тест по ХОЗЛ (COPD Assessment Test™ (CAT))

Данная анкета поможет вам и медицинскому работнику оценить влияние, которое ХОЗЛ оказывает на ваше самочувствие и повседневную жизнь. Ваши ответы и оценка на основании теста могут быть использованы вами и медицинским работником для того, чтобы помочь улучшить терапию ХОЗЛ и получить наибольшую пользу от лечения.

В каждом пункте, приведенном ниже, поставьте отметку в квадратике, наиболее точно отражающей ваше самочувствие на данный момент. Убедитесь в том, что вы выбрали только по одному ответу на каждый вопрос.

Пример: Я очень счастлива(а) 0 1 2 3 4 5 Мне очень грустно

Я никогда не кашляю	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Я постоянно кашляю	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	БАЛЛЫ
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
У меня совсем нет ощущения сдавления в грудной клетке	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	У меня очень сильное ощущение сдавления в грудной клетке	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дому	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дому	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
Я сплю очень хорошо	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
У меня много энергии	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	У меня совсем нет энергии	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="text"/>
СУММАРНЫЙ БАЛЛ				<input type="text"/>

COPD Assessment Test и логотип CAT являются торговыми марками группы компаний GlaxoSmithKline. © 2009 GlaxoSmithKline. Все права защищены.

Шкала одышки mMRC		
Оценка одышки в баллах	Тяжесть одышки	Описание
0	Нет	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе или при подъеме на небольшое возвышение
2	Средняя	Одышка приводит к более медленной ходьбе больного по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности
3	Тяжелая	Одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4	Очень тяжелая	Одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома или появляется при одевании и раздевании

Одной из наиболее известных и широко используемых в настоящее время шкал для оценки выраженности одышки является модифицированная шкала Медицинского исследовательского совета (Medical Research Council Scale, MRC). Эта 5-балльная шкала была впервые опубликована С. Fletcher в 1952 г. и, претерпев в последующем некоторые изменения, получила название шкалы mMRC.

Она проста в использовании (всего 5 вопросов с форматом ответов «да/нет») и позволяет определить, в какой степени одышка ограничивает активность пациента. Высшая оценка по шкале mMRC (4 балла) соответствует максимально выраженной одышке.

