

Роль спирометрії в діагностиці і веденні пацієнтів з ХОЗЛ

12 апреля в г. Киеве состоялась II научно-практическая конференция «Актуальные проблемы лечения больных с хроническим обструктивным заболеванием легких», которая собрала ведущих пульмонологов нашей страны и практикующих врачей разных специальностей, занимающихся диагностикой и лечением пациентов с данной патологией. Было уделено внимание не только фармакотерапии ХОЗЛ, но и другим аспектам ведения больных ХОЗЛ, а также диагностике этого заболевания. Так, доклад заведующей отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких ГУ «Национальный институт пульмонологии и фтизиатрии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Людмилы Александровны Яшиной был посвящен роли спирометрии в диагностике и ведении пациентов с ХОЗЛ и украинским реалиям применения данного метода в клинической практике.

— Спирометрия — золотой стандарт диагностики ХОЗЛ. Во многих случаях без нее невозможно поставить правильный диагноз. Но, к сожалению, в нашей стране возможности спирометрии как метода диагностики и мониторинга состояния пациентов с ХОЗЛ используются врачами не в полной мере.

Широкое применение спирометрии ограничивают следующие факторы:

- отсутствие у врачей знаний о роли спирометрии в диагностике ХОЗЛ и ведении пациентов с этим заболеванием, поэтому они и не направляют больных на это обследование;
- необоснованные трудности в проведении исследования и интерпретации результатов;
- недостаточное количество обучающих программ, методических материалов, курсов, тренингов по данному вопросу, отсутствие отечественного практического руководства по спирометрии.

Поскольку согласно новой редакции руководства Глобальной инициативы по борьбе с ХОЗЛ (GOLD) 2011 г. и проекту новых отечественных рекомендаций по диагностике и лечению ХОЗЛ спирометрия является обязательным исследованием для установления диагноза ХОЗЛ, очень важно, чтобы практикующие врачи имели доступ к актуальной и полезной информации по данному методу исследования.

Украинские специалисты, владеющие английским языком, как и врачи всего мира, могут обращаться к международному руководству по спирометрии, созданному экспертами GOLD. Отечественное руководство по спирометрии находится в настоящее время на этапе подготовки, и достаточно скоро информация по спирометрии, необходимая для практической деятельности, будет доступна всем украинским врачам.

Также хочу напомнить, что на кафедре фтизиатрии и пульмонологии НМАПО им. П.Л. Шупика проводятся тематические курсы усовершенствования для врачей разных специальностей (специалистов функциональной диагностики, пульмонологов, терапевтов и др.) по вопросам спирометрии. На курсах проходит обучение не только интерпретации результатов спирометрии, но и практические занятия с возможностью для каждого врача самостоятельно провести исследование на спирографе.

Относительно экономического аспекта доступности спирометрии следует заметить, что стоимость современного спирографа составляет около 12-15 тыс. гривен, что несопоставимо с материальными затратами на приобретение аппаратов для компьютерной, магнитно-резонансной томографии и многих других медицинских диагностических аппаратов. Современный спирограф — это прибор, который доступен практически всем украинским лечебным учреждениям. Более того, спирографы уже есть во многих из них, но, к сожалению, часто простаивают без дела, по всей видимости, в силу вышеперечисленных причин.

Спирометрия — многофункциональный метод, а не только способ диагностики ХОЗЛ. Можно выделить несколько направлений использования спирометрии в пульмонологии:

- 1) Диагностика:
 - объективная оценка симптомов, признаков, изменений в лабораторных показателях;
 - дифференциальная диагностика;
 - оценка влияния заболевания на функцию легких;
 - выявление лиц с повышенным риском заболевания легких;
 - оценка риска в предоперационном периоде;
 - оценка прогноза;

- оценка статуса здоровья перед началом значительных физических нагрузок.

- 2) Мониторинг:
 - оценка эффективности лечения;
 - мониторинг влияния заболевания на функцию легких;
 - наблюдение лиц, подвергающихся воздействию вредных факторов;
 - мониторинг нежелательных проявлений лекарств, обладающих токсическим воздействием на легкие.

- 3) Оценка трудоспособности и степени выраженности нарушений:
 - для реабилитационных программ;
 - оценка возможных рисков при страховании;
 - оценка здоровья лиц в юридической практике.

- 4) Удовлетворение потребностей системы здравоохранения:
 - эпидемиологические исследования;
 - клинические исследования.

Для оценки использования возможностей спирометрии в клинической практике в Украине и ее потенциала был проведен ретроспективный анализ данных 1697 исследований функции внешнего дыхания, проведенных в 8 кабинетах спирометрии в Киеве, Львове, Днепрпетровске, Донецке, Кривом Роге, Кременчуге и Симферополе. Исследование проводилось в рамках социальной программы «Легко дышать — легко жить!», инициированной компанией «АстраЗенека» и Ассоциацией пульмонологов Украины.

В г. Киеве из 113 человек 2% обратились для проведения спирометрии самостоятельно, 98% были направлены врачами, в том числе 30% — терапевтами, 29% — пульмонологами, по 1% — хирургами и педиатрами. В 40% специальность врача не была указана. В других городах из 856 человек 15% обратились самостоятельно, относительно 16% — данные не представлены, 69% были направлены врачами, в том числе 47% — пульмонологами, 42% — терапевтами, 4% — кардиологами, по 2% — аллергологами и хирургами, по 1% — семейными врачами и профпатологами, 0,3% — неврологами. И хотя большинство пациентов были направлены терапевтами и пульмонологами, приятно отметить настороженность врачей других специальностей в отношении обструктивных заболеваний легких. Небольшой процент лиц был направлен семейными врачами, что, возможно, обусловлено пока еще малым их количеством. Надеюсь, что в будущем с развитием семейной медицины в нашей стране роль врачей общей практики в выявлении больных ХОЗЛ существенно возрастет.

Что касается распределения лиц по полу, которым проводилась спирометрия, то количество мужчин и женщин было примерно одинаковым. Это соответствует тенденции, наблюдаемой сегодня в мире — рост заболеваемости ХОЗЛ среди женщин, который обусловлен, в первую очередь, все большей распространенностью курения среди них. Средний возраст обследованных — 49 лет, при этом 63% пришлось на возрастную группу 41-70 лет, что вполне закономерно, поскольку ХОЗЛ — заболевание преимущественно второй половины жизни. Тем не менее на спирометрию направляли лиц молодого возраста и подростков, что, по всей видимости, было обусловлено затруднениями врачей при проведении дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома.

Значительную долю лиц, направленных на спирометрию, прогнозируемо составили курящие и бывшие курильщики. 23% никогда не курили, 25% курили на момент исследования, 13% являлись бывшими курильщиками,

статус курения 23% остался неясным, относительно 15% участников не было данных вообще. Стаж курения у 36% был более 20 лет, у 22% — 15-20 лет, у 12% — 11-15 лет, у 13% — 6-10 лет, у 11% — до 5 лет. Интересно, что в киевской когорте никогда не куривших пациентов было значительно больше, чем в регионах. Возможно, это является результатом более активного проведения просветительской работы и социальных акций, направленных на борьбу с курением.

Основными причинами направления на спирометрию были такие жалобы, как кашель (74%), одышка (55%) и затруднения при выполнении физической нагрузки (41%). Присутствие свистящего дыхания имели место в анамнезе у 25% лиц, удушья — у 21%. У 15% не было никаких респираторных жалоб. Возможно, причиной их направления на спирометрию было наличие факторов риска развития ХОЗЛ, например курения или профессиональных вредностей.

69% обследованных отмечали наличие частых простудных заболеваний в анамнезе. Из них у 23% — 3 раза в год, у 52% — 2-3 раза в год, у 25% — 1 раз в год. Была ли это простуда во всех случаях? По всей видимости, за частью этих эпизодов скрываются обострения ХОЗЛ.

В направлении на спирометрию диагноз ХОЗЛ или хронического обструктивного бронхита (ХОБ) был указан у 67% в Киеве и у 23% в других городах, БА — у 25 и 21%, другой диагноз — у 6 и 24% соответственно. Не порадовал тот факт, что ни у кого из пациентов в диагнозе не была указана степень вентиляционных нарушений, хотя некоторым из них, безусловно, ранее уже проводили спирометрию. У других пациентов диагноз был установлен, по всей видимости, без спирометрии, что противоречит современным рекомендациям. Диагноз ХОБ у части больных демонстрирует отсутствие знаний у части врачей относительно ХОЗЛ и несоблюдение врачами рекомендаций МЗ Украины по статистической отчетности по ХОЗЛ.

Чаще всего пациенты до спирометрии получали такие препараты: отхаркивающие средства (53% в Киеве и 79% в других городах), антибиотики (34 и 70%), β_2 -агонисты короткого действия (13 и 21%). Основные препараты базисной терапии хронических бронхообструктивных заболеваний (бронхолитики длительного действия и ингаляционные кортикостероиды) получала незначительная часть обследованных, хотя у многих пациентов имело место недиагностированное ХОЗЛ, в том числе тяжелого течения.

Как показали результаты спирометрии, только у 3% обследованных показатель объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$) был $\geq 80\%$ от должного. Умеренная бронхообструкция ($50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должного) имела место у 29% лиц, тяжелая ($30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должного) — у 30%, очень тяжелая ($ОФВ_1 < 30\%$ от должного) — у 29% (рис. 1).

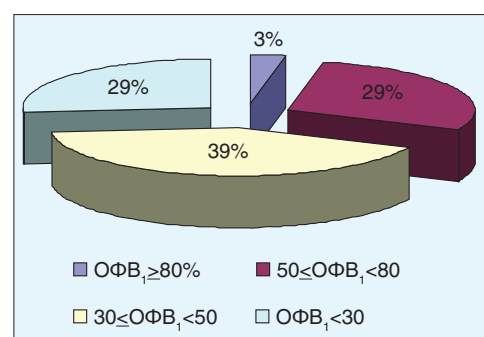


Рис. 1. Результаты спирометрии у пациентов, явившихся на обследование



Л.А. Яшина

Но при этом доля пациентов с постбронходилатационным соотношением $ОФВ_1$ к $ФЖЕЛ$ (форсированной жизненной емкости легких) меньше 0,7 (обязательный критерий диагностики ХОЗЛ) составила только 19% от общего количества обследованных. Таким образом, следует обратить внимание на тот факт, что далеко не всегда бронхообструкция, в том числе клинически проявляющаяся одышкой, свидетельствует о ХОЗЛ.

В нашем исследовании далеко не у всех пациентов с предварительным диагнозом ХОЗЛ/ХОБ в направлении было подтверждено ХОЗЛ с помощью спирометрии, хотя у большинства пациентов этой группы имела место бронхообструкция различной степени выраженности. У 22% соотношение $ОФВ_1$ к $ФЖЕЛ$ было 0,7, и соответственно мог быть установлен диагноз ХОЗЛ. Это еще раз указывает на то, что диагноз ХОЗЛ не может быть установлен только на основании клинических признаков, для его подтверждения спирометрия обязательна.

Вместе с тем выявление ХОЗЛ у значительного количества лиц, у которых это заболевание даже не было заподозрено до спирометрии, свидетельствует о существенной гиподиагностике. Она может быть результатом как малосимптомного течения заболевания у некоторых больных, так и недостаточной осведомленности врачей о симптомах и признаках ХОЗЛ.

В заключение следует еще раз напомнить клинические признаки, которые должны заставить врача заподозрить ХОЗЛ и направить пациента на спирометрию:

- хронический кашель — ежедневный или интермиттирующий, продуктивный или без отделения мокроты;
- одышка, сначала интермиттирующая при существенной физической нагрузке, затем постоянная;
- частые обострения бронхита;
- наличие в анамнезе воздействия факторов риска, особенно курения, профессиональных вредностей, кухонного чада и продуктов сгорания биотоплива.

Если эти признаки выявляются у человека старше 35-40 лет, необходимо заподозрить ХОЗЛ и обязательно направить пациента на спирометрию для подтверждения или исключения этого диагноза.

Согласно новой редакции руководства GOLD и проекту новых отечественных рекомендаций по диагностике и лечению ХОЗЛ спирометрия является обязательным исследованием для установления диагноза ХОЗЛ, причем диагноз устанавливается не на основании наличия бронхообструкции (снижения показателя $ОФВ_1$), а только при постбронходилатационном соотношении $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ меньше 0,7. В то же время диагноз ХОЗЛ обязательно должен включать степень вентиляционных нарушений с указанием количественного показателя:

- GOLD 1 (легкая бронхообструкция): $ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного;
- GOLD 2 (умеренная): $50\% \leq ОФВ_1 < 80\%$ от должного;
- GOLD 3 (тяжелая): $30\% \leq ОФВ_1 < 50\%$ от должного;
- GOLD 4 (очень тяжелая): $ОФВ_1 < 30\%$ от должного.

От степени нарушений функции внешнего дыхания в значительной степени зависит выбор дальнейшей тактики лечения пациента с ХОЗЛ.

Подготовила Наталья Мищенко