

Как я буду вести пациента с ХОЗЛ с незначительными симптомами и низким риском обострений: взгляд клинициста из Австралии

В конце 2011 г. была опубликована новая редакция клинического руководства Глобальной инициативы по борьбе с ХОЗЛ (GOLD), в которой были существенным образом пересмотрены многие положения, включая подходы к оценке тяжести заболевания и выбору схемы лечения. Было предложено на основании комплексной оценки состояния пациента (выраженность симптомов, бронхообструкции и степени риска) распределять пациентов на четыре клинические группы – А, В, С и D (табл.). Для каждой из них предложены схемы лечения, которые разделены еще на три группы – терапия первого, второго выбора и альтернативное лечение. Новое руководство GOLD уже год активно обсуждается медицинской общественностью, однако у практикующих врачей, особенно первичного звена здравоохранения, все еще остается немало вопросов относительно того, как применять новые рекомендации в своей практической деятельности. С учетом этого большой интерес вызвала у нас серия публикаций в журнале *Primary Care Respiratory Journal*, в которой клиницисты из разных стран мира представили свой практический взгляд на ведение пациентов из групп А, В, С и D. Первая статья написана профессором общей практики из Школы здравоохранения и общественной медицины Университета штата Новый Южный Уэльс (Австралия) N. Zwar. Посвящена она практическим аспектам ведения пациентов из группы А – с незначительными симптомами и низким риском обострений.

Клинический пример

На рутинном медицинском осмотре 44-летний каменщик, который курит 20 сигарет в день с подросткового возраста, отметил, что в последнее время ощущает более выраженную, чем ранее, одышку при выполнении тяжелой физической работы. После перенесенного прошлой зимой бронхита он проходил спирометрическое исследование, которое выявило ХОЗЛ умеренной степени тяжести с отношением ОФВ₁/ФЖЕЛ 0,65 и постбронходилатационным показателем ОФВ₁ 78% от должного. Ему было рекомендовано отказаться от курения, однако больше никаких назначений не делали. Пациент не принимает никаких лекарств.

План обследования пациента

Моей первоначальной задачей будет привлечь этого пациента к активному участию в оценке и контроле его заболевания. Он пришел на рутинный медицинский осмотр, а не по поводу своего заболевания, но вполне вероятно, что в действительности он беспокоится о своем здоровье. Возможно, как и многие пациенты мужского пола, он не любит обращаться за медицинской помощью и постарается избежать дальнейших посещений врача. Очень важно, чтобы врач был пациент-ориентированным [1], сообщил больному, что находится тут именно для того, чтобы ему помочь. Важно также в беседе признать, что изменения в жизни, которые потребуются от пациента, в частности отказ от курения, могут оказаться непростой задачей.

План обследования включает сбор анамнеза, физикальное обследование, инструментальные и лабораторные исследования. При сборе анамнеза я, прежде всего, расспрошу о респираторных симптомах, таких как

кашель и отделение мокроты, одышка, хрипы или свистящее дыхание, частота инфекций дыхательных путей. Важно спросить о возможных симптомах со стороны сердечно-сосудистой системы, таких как боль в груди, а также о признаках, которые могут указывать на онкологическое заболевание, например потеря веса.

Руководство GOLD рекомендует комплексную оценку влияния заболевания на пациента и риска неблагоприятных событий в будущем [2]. Для оценки влияния заболевания используются специальные инструменты – модифицированная шкала одышки (Medical Research Council – mMRC) и тест для оценки ХОЗЛ (COPD Assessment Tool – CAT). Степень риска определяют посредством анамнеза обострений и определения степени ограничения воздушного потока с помощью спирометрии. Использование у каждого пациента анкет, даже таких кратких, представляется мне непростой задачей с точки зрения временного фактора и того, что они до сих пор не включены в программное обеспечение врачей в нашей стране. Поэтому я пока еще не применяю этот подход в своей практике.

Анамнез курения является чрезвычайно важным. Наряду с вопросами о количестве сигарет и длительности курения я бы также выяснил, не изменилось ли отношение пациента к этой вредной привычке. Можно, например, задать вопрос: «Как вы относитесь к вашему курению в данный момент?» [3]. Я бы также оценил степень никотиновой зависимости, задавая вопросы о времени выкуривания первой сигареты в день и их количестве в сутки [4]. Хотя табакокурение – наиболее вероятная причина ХОЗЛ у данного пациента, необходимо спросить и о профессиональном воздействии пыли. Также важно выяснить, есть ли поддержка семьи в вопросе отказа от курения и проживает ли пациент с другим курильщиком(ами).

Я также спрошу о его настроении и уровне интереса к жизни, поскольку депрессия – один из распространенных сопутствующих ХОЗЛ патологических состояний.

Дефицит α_1 -антитрипсина

Семейный анамнез, отягощенный заболеваниями дыхательных путей, позволяет предположить у пациента с ХОЗЛ дефицит α_1 -антитрипсина. Это генетическое заболевание наиболее часто встречается у северных европейцев и жителей Пиренейского полуострова и характеризуется нарушением образования одного из ингибиторов протеаз α_1 -антитрипсина. Степень дефицита и выраженность клинических симптомов могут значительно варьировать. Часто у лиц с этой генетической патологией ХОЗЛ развивается в возрасте до 40 лет в результате повреждения альвеол протеазами, особенно если человек курит. Заболевания печени – еще одно проявление этого состояния.

Физикальное и инструментальное обследование

При физикальном обследовании, скорее всего, не будет выявлено каких-либо отклонений. Тем не менее необходимо оценить индекс массы тела и проверить наличие системных проявлений ХОЗЛ, а также провести более детальное обследование дыхательной системы. Важно изучить состояние сердечно-сосудистой системы, проверить, нет ли у пациента атрофии мышц.

Спирометрию (пре- и постбронходилатационные показатели) необходимо повторить, чтобы определить, нет ли прогрессирования заболевания с момента последнего посещения.

Учитывая начальную стадию ХОЗЛ у этого пациента, целесообразным будет измерение уровня α_1 -антитрипсина в сыворотке крови и показателей функции печени.

Частой сопутствующей патологией у лиц с ХОЗЛ являются сердечно-сосудистые заболевания, поэтому пациент нуждается в оценке риска сердечно-сосудистых осложнений и скрининге на диабет. ЭКГ обычно составляет часть рутинного медицинского осмотра и позволяет исключить гипертрофию левого желудочка и перенесенный ранее инфаркт миокарда.

Рентгенография грудной клетки дает возможность исключить другие заболевания легких и выявить эмфизематозные изменения в нижних долях, которые могут указывать на дефицит α_1 -антитрипсина.

Ведение пациента

В соответствии с руководством GOLD-2011 мои усилия будут направлены одновременно на уменьшение выраженности симптомов и сокращение будущих рисков [2, 5].

Помощь пациенту в отказе от курения является ключевым терапевтическим вмешательством, поскольку это наиболее эффективная мера для замедления прогрессирования болезни [6]. Существуют доказательства того, что эффект отказа от курения выше у пациентов с заболеванием легкой и умеренной степени тяжести, чем у пациентов с тяжелой болезнью [7]. Мотивационное консультирование может помочь пациенту отказаться от курения [8]. Курильщики, которым сообщают их «возраст легких», чаще склоняются к тому, чтобы бросить курить, поэтому я рассматриваю этот метод как одно из средств повышения мотивации [9]. Если пациент выражает желание отказаться от курения, то я окажу ему профессиональную поддержку и порекомендую использовать фармакологические средства, помогающие в отказе от курения. Выбор препарата будет основываться на особенностях клинической ситуации и предпочтениях пациента [4].

Необходимо рекомендовать и мотивировать пациента регулярно заниматься спортом, а в случае ухудшения состояния – направить его на легочную реабилитацию [10].

Фармакотерапия ХОЗЛ позволяет улучшить функцию легких и уменьшить выраженность симптомов, но не сможет предупредить снижение ОФВ₁ в долгосрочной перспективе. Вариантами для этого пациента являются короткодействующие бронхолитики по потребности или же, если они не смогут контролировать симптомы, регулярный прием бронхолитика длительного действия (холинолитика или β_2 -агониста) [2]. Важно обучить пациента правильному использованию доставочного устройства, проверить технику ингаляции и приверженность пациента лечению на последующих визитах.

Необходимо ежегодно проводить вакцинацию против гриппа. Также показана пневмококковая вакцинация, впрочем она имеет несколько меньшую доказательную базу эффективности.

Обучение пациента помогает ему понять свое заболевание и примириться с диагнозом. Хотя в настоящее время у этого больного риск обострений низкий, он должен знать, что делать, если симптомы усугубятся.

Если пациента ведет врач общей практики, то с моей точки зрения, в направлении больного к узкому специалисту нет необходимости на данном этапе, за исключением того случая, когда будет выявлен дефицит α_1 -антитрипсина. Ведение пациента с дефицитом α_1 -антитрипсина проводится по тем же принципам, но также может включать заместительную терапию α_1 -антитрипсином.

Важно мотивировать больного к регулярным посещениям врача, например, раз в шесть месяцев.

Литература

- Stewart M., Belle Brown J., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L., Freeman T.R. Patient centered medicine: transforming the clinical method. Radcliff Medical Press: Oxford, 2003.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Updated December 2011 Available from: <http://www.goldcopd.org> (Accessed August 2012).
- Richmond R.L., Austin A., Webster I.W. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. *BMJ* 1986; 292: 803. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.292.6523.803>
- Zwar N., Richmond R., Borland R. et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne, 2011.
- Gruftdydd-Jones K. GOLD guidelines 2011: what are the implications for primary care? *Prim Care Respir J* 2012; 21 (4): 437-41. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00058>
- Antonissen N.R., Connett J.E., Kiley J.P. et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. *The Lung Health Study. JAMA* 1994; 272: 1497-1505. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520190043033>
- Kanner R.E., Connett J.E., Williams D.E., Buist A.S. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *Am J. Med* 1999; 106: 410-16. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00056-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00056-X)
- van Schayck C.P.O., Pinnock H., Ostrem A. et al. IPCR Consensus statement: Tackling the smoking epidemic – practical guidance for primary care. *Prim Care Respir J* 2008; 17: 185-93. <http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2008.00060>
- Parkes G., Greenhalgh T., Griffin M., Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 598-600. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39503.582396.25>
- Maltais F., Bourbeau J., Shapiro S. et al. Effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008; 149: 869-78.

Prim Care Respir J. 2012; 21 (4): 442-443.

Перевод с англ. Натальи Мищенко



При оценке риска 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 mMRC или CAT)			