

ХОЗЛ — АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗА І ВИБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕННЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЕМЕ

Л. В. Юдіна

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

Резюме. В статье приведен алгоритм постановки диагноза и выбора метода лечения ХОЗЛ на амбулаторном приеме с учетом рекомендаций GOLD и приказа МЗ Украины №128 от 19.03.2007 года.

Ключевые слова: ХОЗЛ, диагностика, лечение.

ХОЗЛ — АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ТА ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЙОМІ

Л. В. Юдіна

Резюме. В статті наведений алгоритм постановки діагнозу та вибору методу лікування ХОЗЛ на амбулаторному прийомі з урахуванням рекомендацій GOLD та наказу МОЗ України №128 от 19.03.2007 року.

Ключові слова: ХОЗЛ, діагностика, лікування.

COPD — ALGORITHM FOR DIAGNOSIS AND CHOICE OF TREATMENT OF OUTPATIENTS

L. V. Yudina

Summary. An algorithm for diagnosis and choice of treatment in the outpatient COPD, taking into consideration the recommendations of GOLD and the order of Ministry of Health of Ukraine № 128 from 19.03.2007 year.

Keywords: COPD, diagnosis and treatment.

Адрес для переписки:

Юдіна Людмила Владимировна
04112, Киев, ул. Дорогожицкая, 9
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии НМАПО

По данным Европейского Респираторного общества, только 25 % случаев хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) диагностируется своевременно. Связано это с тем, что наличие кашля и выделения мокроты курящие пациенты расценивают как нормальное состояние и поздно обращаются к врачу. Кроме того имеется недостаточное внимание со стороны врача к кашляющим курильщикам. Одышка появляется на более поздних стадиях заболевания и если ориентироваться на этот симптом у курильщика, то ни о какой ранней диагностике не может быть и речи.

Для постановки диагноза ХОЗЛ необходимо задать больному 5 главных вопросов:

- Вам больше 40 лет?
- Вы курите?
- Появляется ли у Вас кашель по утрам?
- Откашливаете ли Вы мокроту при кашле?
- Возникает ли у Вас одышка при физической нагрузке?

Если больной ответил положительно на 3 и более вопроса, есть все основания подозревать у пациента ХОЗЛ.

Если больной курит или курил, то для подтверждения воздействия такого фактора риска, как курение, необходимо изучить анамнез курения и рассчитать индекс курящего (ИК) человека, выраженного в пачка/лет.

ИК (пачка/лет) = (число выкуриваемых сигарет в сутки × стаж курения (годы))/20

Наличие ИК > 10 пачка/лет является достоверным фактором риска развития ХОЗЛ.

Для подтверждения диагноза следует провести спирометрическое исследование с бронхолитическим тестом. **ОФВ₁/ФЖЕЛ** (т.н. модифицирован-

ный индекс Тиффно) — **ключевой признак в диагностике ХОЗЛ.** Снижение ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70 %, определяемого после применения бронхолитика короткого действия в период ремиссии болезни, свидетельствует об обструктивных нарушениях независимо от степени тяжести ХОЗЛ и является ранним признаком ограничения воздушного потока. **Обструкция считается хронической, если она регистрируется как минимум 3 раза в течение одного года, несмотря на проводимую терапию.**

При проведении спирометрии, которая считается «золотым стандартом» диагностики ХОЗЛ, величина ОФВ₁ оценивается в пробе с бронхолитиками и отражает стадию болезни (степень ее тя-

Таблица
Признаки стадии (степени тяжести течения) ХОЗЛ

| Стадия и степень тяжести течения | Признаки |
|----------------------------------|---|
| I, легкая | - ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70 % - ОФВ ₁ ≥ 80 % от должных величин - хронический кашель и продукция мокроты обычно, но не всегда |
| II, умеренная | - ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70 % - 50 % ≤ ОФВ ₁ < 80 % от должных величин - хронический кашель и продукция мокроты обычно, но не всегда |
| III, тяжелая | - ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70 % - 30 % ≤ ОФВ ₁ < 50 % от должных величин - хронический кашель и продукция мокроты обычно, но не всегда |
| IV, крайне тяжелая | - ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 70 % - ОФВ ₁ < 30 % от должных величин или - ОФВ ₁ < 50 % от должных величин в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью или правожелудочковой недостаточностью |

жести) (таблиця). Степени обратимости бронхиальной обструкции сейчас уделяется меньшее значение.

Таким образом, диагностика ХОЗЛ базируется при суммировании следующих данных:

- наличия факторов риска;
- клинических признаков, главными из которых являются кашель и экспираторная одышка;
- неуклонно прогрессирующего нарушения бронхиальной проходимости (по данным ФВД);
- исключения других заболеваний, которые могут привести к появлению аналогичных симптомов.

Начиная с умеренной степени тяжести ХОЗЛ, рекомендуется назначение бронхолитика/бронхолитиков длительного действия — β_2 -агонистов длительного действия (БАДД) (сальметерол, формотерол, индакатерол) или холинолитиков (тиотропиум бромид). При тяжелой степени тяжести ХОЗЛ (клинически это определяется появлением одышки при физической нагрузке), когда $ОФВ_1$ снижается до 50 % от должных величин, к бронхолитикам длительного действия добавляется ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС). Лечение ИГКС является местным (топическим). Это обеспечивает выраженные противовоспалительные эффекты непосредственно в бронхиальном дереве при минимальных системных проявлениях. Достойное место в лечении больных ХОЗЛ занимают комбинированные препараты, в состав которых входят БАДД и ИГКС (сальметерол/флютиказона пропионат и будесонид/формотерол). Комбинация сальметерол/флютиказона пропионат более изучена и имеет большую доказательную базу. Преимущества БАДД в комбинации с ИГКС у больных ХОЗЛ стали очевидны в ходе исследования **TORCH** (**T**owards a **R**evolution in **C**OPD **H**ealth), в котором участвовали пациенты со средней и тяжелой степенью тя-

жести ХОЗЛ. Прием сальметерол/флютиказона пропионат в дозе 50/500 мкг дважды в день значительно снижал риск обострений, улучшал качество жизни и функцию легких. Улучшение качества жизни у пациентов, получавших этот препарат, сопровождалось улучшением клинической картины ХОЗЛ и в первую очередь уменьшением выраженности одышки — основного и наиболее беспокоящего симптома этого заболевания. На фоне приема пациентами сальметерола/флютиказона пропионата в дозе 50/500 (меньшие дозы не применялись исходя из высокой степени тяжести ХОЗЛ) по 1 вдоху утром и вечером у них выявлена тенденция к снижению смертности.

Таким образом, врачу общей практики следует обращать особое внимание на кашляющих пациентов, особенно курильщиков. Тщательно собранный анамнез с последующим спирометрическим исследованием позволит выявить ХОЗЛ на более ранней стадии (именно тогда, когда падение функции внешнего дыхания происходит наиболее быстро) и своевременно назначить адекватную терапию.

Лечение следует начинать немедленно после постановки диагноза.

При ХОЗЛ тяжелой степени тяжести ($ОФВ_1$ меньше 50 % от должных величин) целесообразно добавлять БАДД/ИГКС. Доказано, что базисная долговременная комбинированная терапия ХОЗЛ фармакологически обоснована: она улучшает пред- и постбронходилатационные значения $ОФВ_1$, уменьшает одышку, значительно снижает количество обострений, улучшает качество жизни, увеличивает приверженность пациентов к лечению. В отдаленный период БАДД/ИГКС у больных ХОЗЛ уменьшает количество обострений и предотвращает прогрессирование заболевания. Такая стратегия лечения рекомендовано GOLD и приказом МЗ Украины №128 от 19.03.2007 года.