

**Ю. И. Фещенко**  
**НОВАЯ РЕДАКЦИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ ИНИЦИАТИВЫ ПО ХОЗЛ**

*ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является важной проблемой здравоохранения на сегодняшний день в медико-социальном и экономическом плане, оно является одной из основных причин болезненности и смертности по всему миру; люди страдают от этого заболевания годами, и преждевременно умирают от него или от его осложнений. Во всем мире наблюдается ускоренный рост ХОЗЛ вследствие продолжительного воздействия факторов риска и старения населения.

Доля ХОЗЛ как одной из ведущих причин смерти постоянно увеличивается. Так, если в 1990 году ХОЗЛ занимало 6-е место среди причин смерти, к 2030 году оно, по данным последних прогнозов, будет четвертой ведущей причиной смерти в мире.

В среднем от 8 до 22 % взрослых в возрасте 40 лет и старше страдают ХОЗЛ. При этом общество мало знает об этой проблеме, а по затратам на научные исследования ХОЗЛ находится на 13-м месте. Среди всех больных хроническим обструктивным заболеванием легких только у половины установлен диагноз.

Это заболевание имеет огромное экономическое влияние: по данным 2011 года, 1/5 часть причин утраты трудоспособности занимает ХОЗЛ, средний возраст ухода на пенсию при этой патологии уменьшен на 11 лет. Хроническое обструктивное заболевание легких представляет медицинский, социальный и экономический ущерб для всего мирового общества, который, возможно, еще более выражен в украинских реалиях.

Практика отдельного выделения хронического обструктивного заболевания легких в медицинской статистике общепринята в Европе и мире, и ХОЗЛ представлено в Международной классификации болезней МКБ-10 в рубрике J44. До 2009 года в рубрику статистической отчетности в Украине не было отдельно вынесено ХОЗЛ как самостоятельная нозологическая единица, и данные официальной статистики приводились по хроническому бронхиту. Выделение в 2009 году ХОЗЛ в отдельную графу статистической отчетности уже сегодня дало ощутимый результат. Выявляемость ХОЗЛ в 2010 году выросла, 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.

В 2001 году впервые опубликовано и получило широкое распространение в мире, в том числе и в Украине, международное руководство «Глобальная Инициатива по ХОЗЛ» (GOLD), в котором была представлена глобальная стратегия по диагностике, ведению и предотвращению этого заболевания.

Глобальная стратегия по ведению ХОЗЛ содержит все необходимые для грамотного и полноценного подхода положения. Четко обозначено определение заболевания, пред-

ставлен обзор, в котором отражены эпидемиология ХОЗЛ, его социальный и экономический ущерб; показаны патоморфологические, патофизиологические особенности заболевания, классификация, критерии диагностики, подходы к лечению ХОЗЛ в стабильный период, при обострениях, особенности лечения больных ХОЗЛ с сопутствующей патологией.

Стратегия ежегодно обновляется, уточняется с учетом полученных новых данных, результатов мультицентровых клинических исследований, новых подходов к лечению.

В 2011 году она также претерпела изменения, по некоторым вопросам — весьма существенные и кардинальные.

Несколько было изменено определение ХОЗЛ. Согласно GOLD пересмотра 2011 года, ХОЗЛ — это заболевание, которое можно предотвратить и которое поддается лечению; характеризуется персистирующим ограничением воздухопроводящих путей, которое обычно прогрессирует и ассоциируется с необычным воспалительным ответом легких на вредные частички или газы. Обострения и сопутствующие заболевания усугубляют общую тяжесть состояния у отдельных пациентов.

Внесены некоторые принципиальные изменения, касающиеся взглядов на стратегию терапии, а также классификации ХОЗЛ.

Была добавлена глава с описанием терапевтических подходов, как фармакологических, так и немедикаментозных, идентификацией нежелательных проявлений терапии. Лечение ХОЗЛ, в пересмотре GOLD 2011 года, предусматривает ведение больных со стабильным ХОЗЛ, ведение обострений и ведение ХОЗЛ при наличии других заболеваний.

В предыдущих редакциях рекомендации по лечению ХОЗЛ основывались только на спирометрической оценке. Однако степень нарушений ОФВ<sub>1</sub> недостаточно отражает состояние пациента, поэтому настоящая стратегия ведения больных со стабильным ХОЗЛ учитывает также и повреждающее воздействие заболевания (что выражается в симптомах, ограничении ежедневной активности), риски прогрессирования заболевания в будущем (особенно обострения).

Было пересмотрено определение обострения ХОЗЛ — это острое состояние, характеризующееся ухудшением респираторных симптомов, выходящим за рамки нормальной ежедневной вариабельности и которое требует изменения терапии.

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

Классификация ХОЗЛ претерпела модификацию. Прежняя классификация ХОЗЛ была основана в основном на степени выраженности бронхообструкции (величине объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>) после приема бронхолитика), исходя из бронхообструктивных нарушений заболевание классифицировалось по стадиям — от легкой до крайне тяжелой. В новой редакции оценка ХОЗЛ основывается

в первую очередь на степени выраженности симптомов – одышки по шкале mMRC (табл.1), кашля, количества мокроты; переносимости физической нагрузки, влиянии заболевания на ежедневную активность, сон, общее состояние человека – согласно тесту контроля над ХОЗЛ – CAT (табл. 2).

Таблиця 1

### Модифицированная Шкала одышки Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка только при очень интенсивной нагрузке
1	Лёгкая	Одышка при быстрой ходьбе, небольшим подъёме
2	Средняя	Одышка заставляет идти медленнее, чем люди того же возраста
3	Тяжёлая	Одышка заставляет останавливаться при ходьбе примерно через каждые 100 метров
4	Очень тяжёлая	Одышка не позволяет выйти за пределы дома или появляется при переодевании

Обязательным является спирометрическое подтверждение наличия бронхообструкции (главный критерий бронхообструкции – снижение постбронходилатационного отношения объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ ниже 0,7), тяжести вентиляционных нарушений (спирометрическая классификация подразумевает выделение 4-х степеней (а не стадий, как ранее) нарушений функции дыхания, показатель также оценивается после приема бронхолитика):

GOLD 1 (легкая бронхообструкция): ОФВ<sub>1</sub> ≥ 80 % должного;

GOLD 2 (умеренная): 50% ≤ ОФВ<sub>1</sub> < 80 % должного;

GOLD 3 (тяжелая): 30% ≤ ОФВ<sub>1</sub> < 50 % должного;

GOLD 4 (крайне тяжелая): ОФВ<sub>1</sub> < 30 % должного.

При этом в новой редакции нет рамки ограничения объема форсированного выдоха за первую секунду.

Учитывается также анамнез обострений (за предыдущий год). Все эти составляющие в комплексе определяют риск развития неблагоприятных событий (обострений ХОЗЛ, госпитализаций в связи с ХОЗЛ, смерти) в будущем.

Комплексный подход к оценке больного ХОЗЛ представлен в таблице 3.

Таблиця 3

### Модель оценки тяжести ХОЗЛ на основании выраженности симптомов и рисков 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				0	
1	(A)	(B)			
	mMRC 0-1	mMRC ≥2			
	CAT <10	CAT ≥10			
	Симптомы (оценка по шкале MRC или CAT)				

Согласно комплексной оценке пациенты ХОЗЛ разделяются на 4 группы – А, В, С и D. В основу разделения положены наличие и выраженность симптомов, риски, связанные со степенью выраженности вентиляционных нарушений (выраженная бронхообструкция – ОФВ<sub>1</sub> менее 50 % от должных – ассоциируется с высоким риском неблагоприятных событий в будущем) и количеством обострений в анамнезе (2 и более обострений ХОЗЛ за последние 12 месяцев также ассоциируются с высоким риском неблагоприятных событий) (табл. 3).

В комплексную оценку состояния пациента обязательно включать наличие у него сопутствующих заболеваний и системных проявлений ХОЗЛ, а также учитывать их при выборе лечения. Ведение больных со стабильным течением ХОЗЛ определяется тем, к какой группе относится пациент, то есть выраженностью симптомов и рисков.

ХОЗЛ – результат взаимодействия организма с внешней средой. Курение по-прежнему остается основным фактором риска ХОЗЛ. Немаловажную роль играет генетический фактор – тяжелый дефицит альфа-1-антитрипсина наследственного генеза, значительный семейный риск возникновения тяжелой

Таблиця 2

### Тест контроля над ХОЗЛ (CAT)

Утверждение	Баллы (градация)					Утверждение	Счет	
Я никогда не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я все время кашляю	
Я вообще не отделяю мокроты	0	1	2	3	4	5	Моя грудная клетка забита мокротой	
У меня нет чувства скованности грудной клетки	0	1	2	3	4	5	Я ощущаю, что моя грудная клетка очень скованна	
Я не ощущаю одышку, когда иду в гору или поднимаюсь по лестнице на один этаж	0	1	2	3	4	5	Когда я иду в гору или поднимаюсь по лестнице на один этаж, у меня сильная одышка	
Я не ограничен в своей повседневной деятельности	0	1	2	3	4	5	Я очень ограничен в своей повседневной деятельности	
Я спокойно выхожу из дома, не обращая внимания на состояние легких	0	1	2	3	4	5	Я очень беспокоен, выходя из дома, из-за состояния легких	
Я сплю, не просыпаясь (из-за проблем с дыханием)	0	1	2	3	4	5	Я просыпаюсь из-за проблем с дыханием	
Я полон энергии	0	1	2	3	4	5	У меня вообще нет энергии	
							Общий счет	

бронхообструкції.

Возраст – частый фактор риска ХОЗЛ. На сегодняшний день остается неясным, является ли возраст самостоятельным фактором риска, или возраст лишь 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.

Низкий вес при рождении – фактор риска развития ХОЗЛ: получено подтверждение наличия ассоциативных связей между весом при рождении и  $ОФВ_1$  в детстве; некоторые исследования подтверждают роль бронхолегочных инфекций, перенесенных в раннем детстве.

Астма также может быть фактором риска развития ХОЗЛ. Хронические инфекции, хронический бронхит, ВИЧ-инфицированность ускоряют развитие связанной с курением эмфиземы. Фактором риска ХОЗЛ также может быть туберкулез.

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, сопряженные с развитием слабости скелетной мускулатуры и кахексии, могут инициировать или утяжелять ИБС, сердечную недостаточность, остеопороз, нормоцитарную анемию, диабет, метаболический синдром, депрессию и рак легких.

Основным заболеванием, с которым необходимо дифференцировать ХОЗЛ, является бронхиальная астма. Для ХОЗЛ характерно начало в среднем возрасте (при астме чаще в детстве). Симптомы прогрессируют медленно, исподволь (при астме мы наблюдаем быстрое, день ото дня изменение симптомов, высокую их вариабельность, даже на протяжении суток или нескольких часов, симптомы ухудшаются ночью или рано утром). Длительный анамнез курения также более характерен для ХОЗЛ. При астме часты предшествующие и/или сопутствующие аллергические заболевания верхних дыхательных путей, кожи, част и семейный анамнез астмы.