Современные представления о лечебной тактике у больных хронической обструктивной болезнью легких: место бронхолитической терапии β_2-агонистами

Н.Л. Шапорова, В.И. Трофимов, В.Н. Марченко

В статье обсуждаются современные представления о диагностике, прогностических критериях и лечебной тактике у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Особое внимание обращается на то, что наряду с функциональными критериями чрезвычайно важными параметрами, определяющими прогноз у больных ХОБЛ, являются выраженность клинической симптоматики, история обострений и коморбидная патология. При оценке клинической симптоматики и влияния болезни на повседневную жизнь пациента врачу первичного звена помогают валидизированные вопросники, применение которых рекомендовано в международных и отечественных согласительных документах. Подробно освещены вопросы бронхолитической терапии при ХОБЛ, особое внимание уделено терапии длительнодействующими β_2-агонистами.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, бронходилататоры, β_2-агонисты.

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – распространенное заболевание бронхолегочной системы, которое приводит к инвалидности и летальным исходам. В метаанализе 28 эпидемиологических исследований, выполненных в различных странах мира, была выявлена более высокая распространенность ХОБЛ среди курящих лиц по сравнению с некурящими, среди лиц старше 40 лет по сравнению с более молодой возрастной категорией, среди мужчин по сравнению с женщинами. В то же время результаты недавно выполненных исследований (BOLD – Burden of Obstructive Lung Disease) свидетельствуют о том, что и среди никогда не куривших лиц заболевание достаточно распространено (3–11%) и имеет более тяжелое течение, чем считалось ранее [1]. Согласно данным эпидемиологических исследований (Global Burden of Obstructive Lung Disease Study), к 2020 г. ХОБЛ переместится на 3-е место среди всех причин, приводящих к смерти. Это связано с эпидемией курения табака, уменьшением смертности от других патологий (ишемической болезни сердца и инфекционных заболеваний) и тенденцией к старению населения [2, 3].

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.

Наталия Леонидовна Шапорова – профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины).

Василий Иванович Трофимов – профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В. Черноруцкого.

Валерий Николаевич Марченко – профессор кафедры госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В. Черноруцкого.

Хроническая обструктивная болезнь легких и факторы риска

В международных согласительных документах (GOLD 2013) дается следующее определение ХОБЛ: это заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся стойкой прогрессирующей обструкцией дыхательных путей, вызванной повышенным воспалительным ответом бронхов и легких на воздействие раздражающих частиц или газов. Обострения и коморбидная патология вносят свой вклад в тяжесть течения заболевания у каждого конкретного пациента [4]. Из приведенного определения вытекает, что узловое звено патогенеза ХОБЛ – это стойкая обструкция, развивающаяся в ответ на воздействие факторов риска. При этом курение табака является самым распространенным и хорошо изученным фактором риска, хотя далеко не единственным. Среди других факторов риска необходимо перечислить генетические особенности, пол, возраст, гиперреактивность бронхов у больных бронхиальной астмой, социально-экономические факторы, экологическую составляющую и профессиональные вредности. В популяционных генетических исследованиях продемонстрирована значимость полиморфизма определенных генов-кандидатов (гены α_1-антитрипсина, матриксной металлопротеиназы-12, ацетилхолинового рецептора и др.) с позиций риска развития заболевания. Хотя установлено, что риск развития ХОБЛ возрастает с возрастом, остается до конца не ясным, связано ли это с процессами старения организма или с кумуляцией других факторов риска, в том числе различных вредных воздействий на организм. Гендерный фактор также оказывает существенное влияние на развитие заболевания, однако его роль в последнее время пересматривается. Традиционно мужской пол считался фактором риска развития ХОБЛ, что подтверждали результаты эпидемиологических исследований, проведенных в предыдущие годы, однако данные последних исследова-

ний указывают на то, что частота развития ХОБЛ у мужчин и женщин в настоящее время примерно одинаковая. Некоторые исследователи даже констатируют бóльшую выраженность изменений бронхолегочной системы в ответ на курение табака именно у женщин. В эпидемиологических исследованиях (Tucson Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Airway Disease) выявлено, что гиперреактивность бронхов при бронхиальной астме повышает риск развития ХОБЛ в 12 раз и среди факторов риска занимает 2-ю позицию после курения табака. Состояние окружающей среды, согласно данным Американского торакального общества, оказывало влияние на развитие ХОБЛ в 10–20% случаев, однако в слаборазвитых и развивающихся странах и регионах выраженность этого влияния намного более высокая, чем показатели, которые были получены по результатам исследований в Европе и Северной Америке. В популяционном исследовании NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey), выполненном в США и включавшем более 10 000 взрослых пациентов в возрасте от 35 до 70 лет, профессиональный статус как фактор риска являлся значимым у 19,2% больных ХОБЛ, а его роль в развитии заболевания у никогда не куривших пациентов возрастала до 31,9%.

Патофизиологические механизмы ХОБЛ

Патологические изменения при ХОБЛ затрагивают бронхи, легочную паренхиму и сосудистое русло и включают в себя хроническое воспаление с участием большого пула воспалительных клеток и структурные нарушения как результат постоянно повторяющихся процессов повреждения и регенерации. При этом воспалительные и морфологические изменения в бронхах и легких сохраняются после прекращения курения табака, а их выраженность возрастает по мере увеличения тяжести заболевания. Хронический воспалительный процесс при ХОБЛ напрямую связан с оксидативным стрессом, дисбалансом системы протеазы–антипротеазы и протеазозависимой деструкцией эластина, основного компонента соединительной ткани легочной паренхимы, с повышенной активностью цитотоксических ($CD8^+$) Th1-лимфоцитов (Т-хелперов 1-го типа), макрофагов и нейтрофилов, высвобождением большого пула провоспалительных медиаторов (хемотаксических факторов, провоспалительных цитокинов, факторов роста).

Хроническое воспаление приводит к развитию основного патофизиологического синдрома при ХОБЛ: обструкции мелких бронхов, феномену “воздушных ловушек” и гиперинфляции. Последняя уменьшает емкость вдоха, увеличивает функциональную остаточную емкость легких, особенно во время физической нагрузки (динамическая гиперинфляция), что имеет своим последствием нарастающую одышку и уменьшение переносимости физических нагрузок. Бронходилататоры, уменьшая обструкцию мелких бронхов, приводят к исчезновению феномена “воздушной ловушки”, уменьшают остаточный объем и, таким образом, снижают выраженность одышки и улучшают переносимость физических нагрузок.

С патофизиологических позиций для развития ХОБЛ также представляются важными изначально повышенный тонус бронхиального дерева, гипоксическая вазоконстрикция артериол, имеющая своим последствием гиперплазию интимы, гипертрофию гладких мышц сосудов (изменения, аналогичные таковым в мелких бронхах и бронхиолах), редукцию легочного сосудистого русла и, как следствие, легочную гипертензию.

Обострения заболевания, независимо от вызвавшей их причины, связаны с активацией хронического воспаления и проявляются усугублением обструктивного синдрома, феномена “воздушной ловушки”, гиперинфляции, легочной гипертензии и нарушений газообмена (нарастание гипоксии и гиперкапнии). Обострения являются мощным фактором риска прогрессирования ХОБЛ, утяжеления течения болезни, развития ее осложнений и, таким образом, ухудшают прогноз заболевания. Именно поэтому при выборе терапевтических стратегий большое внимание уделяется вопросам профилактики обострений.

Другой важный фактор, влияющий на прогноз ХОБЛ, – развитие сопутствующей патологии. Системное воспаление при ХОБЛ, гиперинфляция и гипоксемия наряду с другими факторами могут способствовать проявлению или усугублению разнообразных коморбидных заболеваний (сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность), кахексия, депрессия, остеопороз, анемия и др.), оказывающих влияние на качество жизни и смертность больных ХОБЛ. Всё вышеперечисленное обосновывает необходимость, во-первых, учета коморбидной патологии при определении объема терапии, назначаемой пациентам с различной тяжестью течения ХОБЛ, и, во-вторых, учета влияния этой терапии на сопутствующую патологию.

Диагностика ХОБЛ

Врачу первичного звена следует заподозрить ХОБЛ у любого пациента с хроническим продуктивным кашлем и одышкой, имеющего в анамнезе вышеперечисленные факторы риска.

“Золотым стандартом” диагностики ХОБЛ, безусловно, является спирометрия. Функциональным диагностическим критерием, позволяющим верифицировать стойкую обструкцию, служит снижение показателя $ОФВ_1$/ФЖЕЛ (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду)/форсированная жизненная емкость легких) <0,7 после ингаляции бронхолитика. Выраженность уменьшения $ОФВ_1$ позволяет стратифицировать тяжесть обструкции. Ранее считалось, что для больных ХОБЛ также является значимой низкая обратимость обструкции (прирост менее 12%) по данным бронхолитического теста. Однако результаты последних исследований свидетельствуют о том, что данный параметр не является значимым ни с позиций подтверждения ХОБЛ, ни с позиций дифференциального диагноза ХОБЛ и бронхиальной астмы.

Оценка клинического течения ХОБЛ

Наряду с функциональными критериями диагностики заболевания и верификации его тяжести с целью формализации выраженности симптомов и оценки влияния болезни на статус здоровья пациента в международных согласительных документах рекомендуется применение валидизированных вопросников. Последние являются простыми и удобными инструментами для работы с пациентами, лаконичность которых позволяет врачу первичного звена легко применять их в повседневной клинической практике [5]. В GOLD 2013 рекомендуется применять модифицированный вопросник Британского медицинского совета – шкалу mMRC (modified Medical Research Council) для оценки выраженности одышки, вопросник CCQ (Clinical COPD Questionnaire) для оценки выраженности симптомов за 1 день или за 1 нед, а также вопросник CAT (COPD Assessment Test) для оценки влияния ХОБЛ на повседневную жизнь пациента и статус его здоровья.

Модифицированная шкала одышки mMRC позволяет проводить градацию выраженности одышки у пациента и ее воздействия на его повседневную жизнь. Критерии оценки представлены в табл. 1.

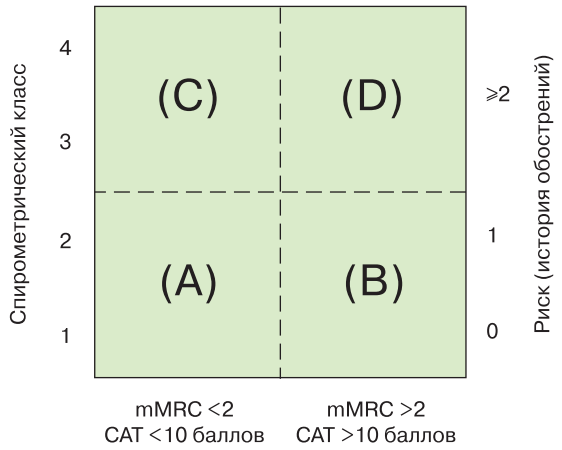
Таблица 1. Шкала одышки mMRC

Степень	Описание
0 (нет)	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
1 (легкая)	Одышка беспокоит при быстрой ходьбе или подъеме на небольшое возвышение
2 (среднетяжелая)	Одышка приводит к более медленной ходьбе по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в обычном темпе по ровной поверхности
3 (тяжелая)	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние примерно 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4 (очень тяжелая)	Одышка делает невозможным выход из дому или появляется при одевании и раздевании

С позиций лечебной тактики принципиально важно четко установить, насколько высока степень одышки (больше или меньше 2), так как это предполагает назначение разного объема терапии.

Вопросник CCQ (клинический вопросник по ХОБЛ) более подробно можно посмотреть на сайте (http://www.ccq.nl). Вопросник позволяет определиться с выраженностью у пациента симптоматики в целом. С позиций назначения лекарственной терапии принципиально важно, является ли больной малосимптомным пациентом (количество баллов по вопроснику CCQ менее 1) или симптомы болезни выражены значительно (количество баллов по вопроснику CCQ более 1).

И наконец, вошедший в GOLD 2013 вопросник CAT позволяет определить влияние ХОБЛ на статус здоровья пациента. Более подробно с данным вопросником можно ознакомиться на сайте (http://www.catestonline.org). Оценка 8 показателей (кашель, мокрота, стеснение в грудной клетке, одышка при подъеме по лестнице, активность дома (шкала возрастания), уверенность при выходе из дому, качество сна, энергичность/утомляемость) по 5-балльной системе позволяет оценить влияние ХОБЛ на повседневную жизнь пациента и стратифицировать это влияние по степени выраженности на 4 категории (от незначительного до чрезвычайно выраженного). Тест CAT не является диагностическим методом или методом оценки тяжести заболевания и должен применяться в практической работе в сочетании с другими методами оценки состояния пациента, в том числе спирометрией. Оптимальная частота выполнения теста CAT для суждения о динамике заболевания, по данным экспертов, составляет 1 раз в полгода. С позиций лечебной тактики принципиально важно, является ли влияние ХОБЛ на повседневную жизнь пациента незначительным (от 0 до 10 баллов) или умеренным и выше умеренного (более 10 баллов), так как это предполагает назначение разного объема терапии.



Связь симптомов, спирометрической классификации и будущего риска у больных ХОБЛ [4]. Пояснения в тексте.

Выбор терапевтической тактики при ХОБЛ

С учетом значимости выраженности клинической симптоматики, истории обострений и характера коморбидной патологии при определении терапевтической стратегии согласно стандартам ведения больных ХОБЛ кроме спирометрических показателей (тяжесть обструкции) учитываются клиническая симптоматика (по вопросникам mMRC и CAT), частота обострений и сопутствующие заболевания.

Все пациенты в зависимости от этих показателей делятся на 4 группы, что может быть представлено в виде следующей схемы (рисунок).

По выраженности клинической симптоматики все пациенты делятся на симптомных (группы B и D) и асимптомных (группы A и C). По выраженности обструктивного синдрома – на больных с легкой и умеренной обструкцией ($ОФВ_1$ >50% от должного) (группы A и B) и выраженной обструкцией ($ОФВ_1$ <50% от должного) (группы C и D). По прогностическим критериям – на пациентов с низким риском (история предыдущих обострений – менее 2 за прошедший год) (группы A и B) и пациентов с высоким риском (история предыдущих обострений – более 2 за прошедший год) (группы C и D).

Каждой из этих групп назначается свой объем терапии, рекомендованной в первую очередь, в качестве альтернативного выбора или другой возможной терапии (табл. 2).

Поскольку по современным представлениям главным и универсальным источником патологических проявлений, развивающихся при прогрессировании ХОБЛ, является бронхиальная обструкция, центральное место в комплексной терапии больных ХОБЛ занимают бронхолитические препараты. Они назначаются пациентам всех терапевтических групп либо самостоятельно в качестве базисной терапии (группы A и B), либо в сочетании с ингаляционными глюкокортикостероидами (группы C и D при высоком риске обострений). Все остальные средства и методы лечения должны применяться только в сочетании с бронхорасширяющими средствами. Установлено, что все категории бронхолитиков повышают толерантность к физической нагрузке даже при отсутствии увеличения значений $ОФВ_1$ [6].

Современные бронхолитические препараты можно разделить на три группы, перечисленные ниже в том порядке, в котором они внедрялись в клиническую практику.

Антихолинергические (холинолитические) препараты. По продолжительности действия они разделяются на короткодействующие (ипратропия бромид, окситропия бромид) и пролонгированные (тиотропия бромид). В GOLD 2013 внесены новые длительнодействующие холинолитики для лечения ХОБЛ, пока не зарегистрированные в России: аклидиниума бромид (длительность действия 12 ч, начало действия через 30 мин) и гликопиррония бромид (длительность действия 24 ч, начало действия через 5 мин). Последний препарат находится на этапе регистра-

Таблица 2. Объем фармакотерапии в зависимости от терапевтической группы пациентов с ХОБЛ

Группа пациентов	Терапия, рекомендуемая в первую очередь	Альтернативный выбор	Другая возможная терапия
A	КДБА по требованию КДАХП по требованию	ДДБА или ДДАХП КДБА + КДАХП	Теофиллин
B	ДДБА или ДДАХП	ДДБА + ДДАХП	КДБА и/или КДАХП или теофиллин
C	ДДБА + ИГКС или ДДАХП	ДДБА + ДДАХП ДДАХП + ИФДЭ-4 ДДБА + ИФДЭ-4	КДБА и/или КДАХП или теофиллин
D	ДДБА + ИГКС и/или ДДАХП	ДДБА/ИГКС + ДДАХП ДДБА/ИГКС + ИФДЭ-4 ДДБА + ДДАХП ДДАХП + ИФДЭ-4	Карбоцистеин КДБА и/или КДАХП Теофиллин

Обозначения: ДДАХП – длительнодействующие антихолинергические препараты, ДДБА – длительнодействующие β_2-агонисты, ИГКС – ингаляционные глюкокортикостероиды, ИФДЭ-4 – ингибиторы фосфодиэстеразы-4, КДАХП – короткодействующие антихолинергические препараты, КДБА – короткодействующие β_2-агонисты.

ции в Российской Федерации под коммерческим названием Seebri Breezhaler.

Метилксантины. По продолжительности действия: короткодействующие (аминофиллин, диафиллин, эуфиллин) и пролонгированные (теопэк, теотард и др.).

β_2-агонисты. По продолжительности действия: короткодействующие (фенотерол, сальбутамол, тербуталин), пролонгированные 12-часового действия (салметерол, формотерол) и 24-часового действия (индакатерол).

В GOLD 2013 бронхолитическая терапия рассматривается как основа базисной терапии ХОБЛ. При этом подчеркивается, что, во-первых, предпочтение отдается ингаляционной терапии (уровень доказательности А), во-вторых, как β_2-агонисты, так и антихолинергические препараты длительного действия предпочтительнее препаратов короткого действия и, в-третьих, при недостаточной эффективности одного бронхолитика возможно сочетание бронхолитиков разных классов.

β_2-агонисты рассматриваются как функциональные антагонисты, обусловливающие обратное развитие бронхоспазма вне зависимости от имевшего место констрикторного воздействия. Это свойство препаратов особенно важно, поскольку многие провоспалительные медиаторы обладают бронхоконстрикторным действием. β_2-агонисты оказывают свое действие, связываясь с β_2-адренорецепторами на мембране гладкой мускулатуры бронхов, что вызывает активацию аденилатциклазы и запускает работу цАМФ-зависимой (цАМФ – циклический аденозинмонофосфат) протеинкиназы А (ПКА). Протеинкиназа А фосфорилирует ключевые регуляторные белки, вовлеченные в контроль тонуса гладкой мускулатуры бронхов. До недавнего времени считалось, что активация ПКА является универсальным механизмом действия цАМФ. Однако в последние годы помимо ПКА были обнаружены новые внутриклеточные мишени цАМФ – белки Epacl и Epac2 (exchange proteins activated by cyclic AMP). Связывая цАМФ, белки Epac взаимодействуют с низкомолекулярными G-белками RaplA/2B и стимулируют замещение гуанозиндифосфата на гуанозинтрифосфат в их регуляторном центре, поэтому их обозначают также как cAMP-GEF (guanine nucleotide exchange factor). Белки Rap активируют протеинкиназный каскад. Несколько позднее было установлено, что помимо Rap белки Epac активируют специфичную к фосфоинозитидам фосфолипазу С и влияют на функционирование ионных каналов [7, 8].

Существующие различия между β_2-агонистами предопределяют их место в терапии больных ХОБЛ, что четко сформулировано в рекомендациях.

Отличительными чертами β_2-агонистов короткого действия являются быстрый бронхолитический эффект и краткосрочная профилактика бронхоспазма, индуцированного физической нагрузкой или другими раздражителями (длительность действия 4–5 ч). Так как препараты короткодействующие, требуются повторные их ингаляции (как правило, 4 раза в сутки) [9, 10]. В терапии ХОБЛ стабильного течения препараты короткого действия рекомендуются только для пациентов с маловыраженной обструкцией ($ОФВ_1$ >50% от должного), не имеющих выраженной клинической симптоматики (степень одышки по шкале mMRC менее 2, влияние ХОБЛ на повседневную жизнь пациента по вопроснику CAT менее 10 баллов), т.е. относящихся к терапевтической группе А.

Во всех остальных терапевтических группах в GOLD 2013 рекомендуется применять β_2-агонисты длительного действия (формотерол). Продолжительность действия пролонгированных β_2-агонистов составляет 12 ч, что позволяет использовать их 2 раза в сутки. В недавних исследованиях было выявлено, что салметерол и формотерол, подобно тиотропия бромиду, способны влиять на размер “воздушной ловушки”, увеличивая тем самым толерантность больных ХОБЛ к физической нагрузке [11]. В GOLD 2013 включен новый длительнодействующий β_2-агонист индакатерол (Онбрез). Его действие сохраняется в течение 24 ч, поэтому препарат назначается 1 раз в сутки. Эффект бронходилатации у этого препарата значительно выше, чем у салметерола и формотерола, и сходен с таковым тиотропия (уровень доказательности А). Индакатерол значительно уменьшает уровень одышки, улучшает общее самочувствие и способствует снижению частоты обострений (уровень доказательности В). Эффективность препарата имеет хорошую доказательную базу и подтверждена результатами семи клинических исследований, включавших 8908 больных ХОБЛ [12, 13].

Следует отметить, что β_2-агонисты, как короткодействующие, так и пролонгированные, не свободны от развития нежелательных явлений, прежде всего со стороны сердечно-сосудистой системы. Особое внимание врач должен проявлять при их назначении пожилым пациентам, страдающим сопутствующей кардиальной патологией. Во-первых, с возрастом уменьшаются количество и чувстви-

тельность β_2-адренорецепторов дыхательных путей, что обусловливает снижение терапевтической эффективности препаратов. Во-вторых, назначение даже терапевтических доз может усугубить гипокалиемию, закономерно развивающуюся у большинства пожилых людей, что, в свою очередь, способно приводить к развитию тяжелых, нередко жизнеугрожающих нарушений ритма сердца. С этих позиций, безусловно, важно то, что профиль безопасности индакатерола хорошо изучен и сопоставим с таковым тиотропия бромида и плацебо.

Таким образом, ХОБЛ – это заболевание, характеризующееся стойкой, прогрессирующей обструкцией, на течение и прогноз которого оказывают существенное влияние обострения и коморбидная патология. Заболевание должно быть заподозрено у любого пациента с продуктивным кашлем, одышкой и факторами риска в анамнезе. Для подтверждения стойкой обструкции необходимо выполнение спирографии с бронхолитическим тестом и подтверждение снижения показателя $ОФВ_1$/ФЖЕЛ ниже 0,7. При определении объема терапии кроме тяжести бронхообструктивного синдрома принимаются во внимание выраженность клинической симптоматики, формализованная по результатам валидизированных вопросников (mMRC и CAT), история обострений и коморбидная патология. Центральное место в терапии ХОБЛ занимают бронхолитические препараты, все другие лекарственные средства назначаются только в комбинации с бронхолитиками. Терапия препаратами короткого действия рекомендуется исключительно у пациентов терапевтической группы А (с легким течением ХОБЛ), во всех остальных случаях в качестве базисной терапии назначаются пролонгированные препараты. Эффективность и безопасность длительнодействующих β_2-агонистов (формотерол, салметерол, индакатерол) у больных ХОБЛ доказаны по результатам клинических исследований, и согласно GOLD 2013 эти препараты должны быть рекомендованы в первую очередь всем пациентам со стабильной ХОБЛ в качестве базисной терапии.

Список литературы

1. Lamprecht B. et al.; BOLD Collaborative Research Group // Chest. 2011. V. 139. № 4. P. 752.
2. Mathers C.D., Loncar D. // PLoS Med. 2006. V. 3. № 11. P. e442.
3. Lopez A.D. et al. // Eur. Respir. J. 2006. V. 27. № 2. P. 397.
4. GOLD Guidelines. COPD Diagnosis and Management. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2013 // http://www.goldcopd.com
5. Guarascio A.J. et al. // Clinicoecon. Outcomes Res. 2013. V. 5. P. 235.
6. Weder M.M., Donohue J.F. // Semin. Respir. Crit. Care Med. 2005. V. 26. № 2. P. 221.
7. Cazzola M. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2013. V. 187. № 7. P. 690.
8. Суханова И.Ф. Роль цАМФ-связывающих белков EPAC в регуляции сократимости кровеносных сосудов и сердца: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. М., 2007.
9. Cook D. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001. V. 163. № 1. P. 85.
10. Клячкина И.Л. // Леч. врач. 2005. № 8. С. 19.
11. La Piana G.E. et al. // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. 2011. V. 6. P. 399.
12. Moen M.D. // Drugs. 2010. V. 70. № 17. P. 2269.
13. Чучалин А.Г. и др. // Пульмонология. 2011. № 6. С. 124.

Статья опубликована при финансовой поддержке ООО “Новартис Фарма” (Россия) в соответствии с внутренними политиками общества и действующим законодательством Российской Федерации. ООО “Новартис Фарма”, его работники либо представители не принимали участия в написании настоящей статьи, не несут ответственности за содержание статьи, а также не несут ответственности за любые возможные относящиеся к данной статье договоренности либо финансовые соглашения с любыми третьими лицами. Мнение ООО “Новартис Фарма” может отличаться от мнения автора статьи и редакции.

172000/Onb/A4/10.13/6000

Уважаемые коллеги!

Как известно, целями оценки ХОБЛ являются определение степени тяжести заболевания, его влияния на состояние здоровья пациента и риска будущих неблагоприятных событий, для того чтобы в конечном счете управлять терапией. Чтобы достичь этих целей, при оценке ХОБЛ необходимо рассмотреть ряд аспектов заболевания, и в первую очередь текущую степень выраженности симптомов у пациента. Подобные проблемы возникают при ведении больных практически со всеми хроническими заболеваниями (бронхиальная астма, артериальная гипертония, сахарный диабет и др.). Для облегчения этого процесса придуманы дневники, которые содержат информацию о том, как меняется самочувствие пациента ото дня ко дню, от месяца к месяцу. От изменений самочувствия зависит изменение лечения. На следующих двух страницах этого номера нашего журнала представлен специальный дневник для тех, кто болеет ХОБЛ. В дневнике используется контроль самочувствия на основе теста оценки ХОБЛ (CAT, подробнее о нем см. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. С. 27–29). Использование такого дневника может значительно изменить течение заболевания в лучшую сторону. Этот дневник следует предлагать вести пациентам, что поможет их лечащему врачу по результатам анализа дневника скорректировать рекомендации по лечению и образу жизни (физическая активность, активизация борьбы с курением и т.п.).

Редакция нашего журнала будет рада получить от вас отзывы об этом способе контроля.

ДНЕВНИК БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

ВАША РЕГУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ

Каждый день вы принимаете бронхолитик _____:
_____ капсул с дозой _____ мг _____ раз в сутки.

ДЛЯ ЧЕГО НАДО УЧИТЫВАТЬ СИМПТОМЫ И ВАШЕ СОСТОЯНИЕ

Это нужно для того, чтобы ваш лечащий врач мог оценить, как протекает ваше заболевание (ХОБЛ), и принять решение по сохранению или изменению рекомендаций по терапии ХОБЛ с целью улучшить ваше состояние и получить наибольшую пользу от лечения. Для этого нужно ответить на вопросы **оценочного теста по ХОБЛ**.

Ваше имя и фамилия:

Сегодняшняя дата:

CAT
COPD Assessment Test

Как протекает Ваша хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)? Пройдите оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment Test™ (CAT))

Данная анкета поможет Вам и медицинскому работнику оценить влияние, которое ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) 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 ХОБЛ и получить наибольшую пользу от лечения.

В каждом пункте, приведенном ниже, поставьте отметку (X) в квадратике, наиболее точно отражающем Ваше самочувствие на данный момент. Убедитесь в том, что Вы выбрали только один ответ на каждый вопрос.

Пример: Я очень счастлив(а) 0 **X** 2 3 4 5 Мне очень грустно

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

COPD Assessment Test и логотип CAT являются торговыми марками группы компаний GlaxoSmithKline. © 2009 GlaxoSmithKline. Все права защищены.
FINAL Russian (Ukraine) CAT, updated 27th August 2010

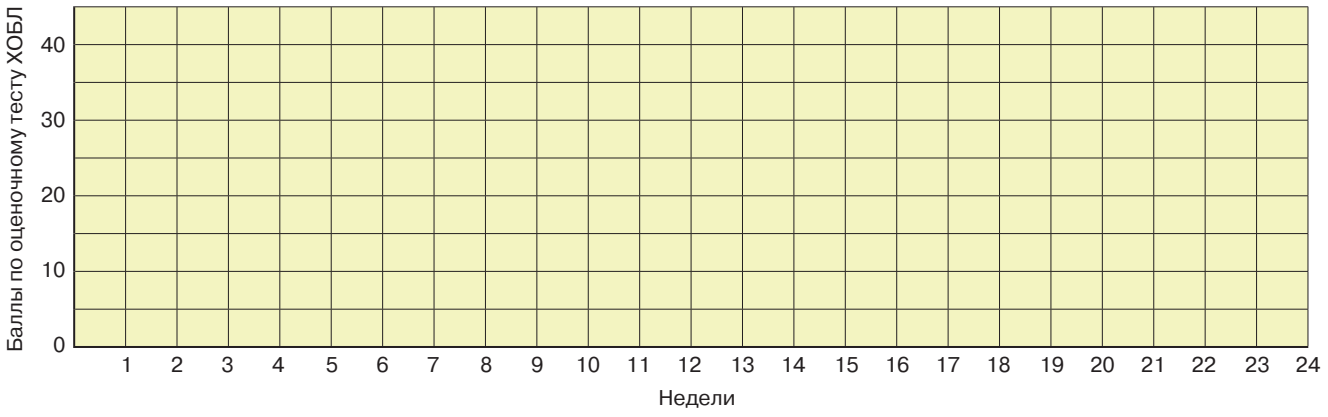
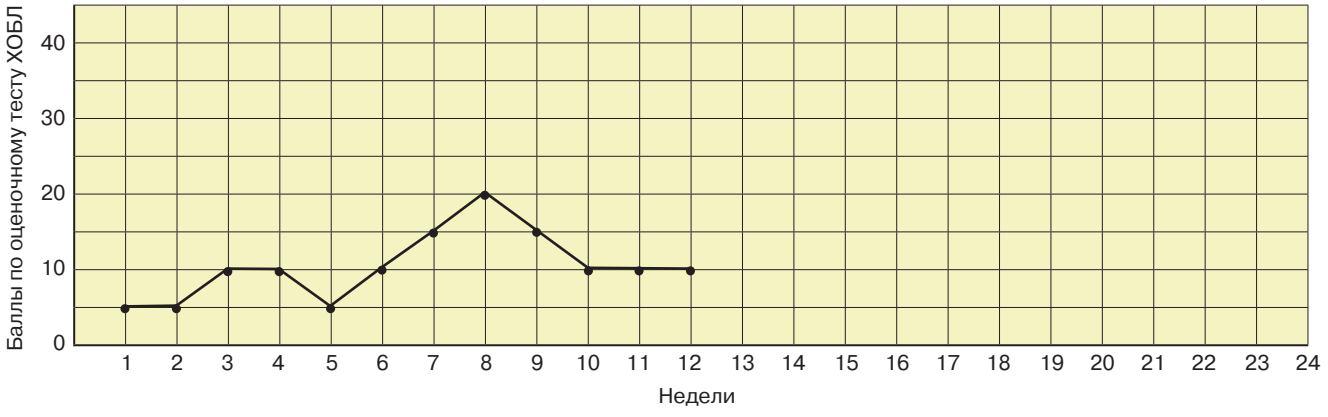
КАК ПРАВИЛЬНО РЕАГИРОВАТЬ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНОЧНОГО ТЕСТА ХОБЛ

Результаты теста должны быть интерпретированы только вашим врачом. Однако вы сможете получить некоторое представление о влиянии ХОБЛ на вашу жизнь и вовремя принять решение о необходимости дополнительного посещения врача, если примете во внимание следующую информацию о сумме набранных баллов:

- сумма от 0 до 10 баллов означает, что ХОБЛ незначительно влияет на вашу жизнь;
- сумма от 11 до 20 баллов означает, что ХОБЛ умеренно влияет на вашу жизнь;
- сумма от 21 до 30 баллов означает, что ХОБЛ сильно влияет на вашу жизнь;
- сумма от 31 до 40 баллов означает, что ХОБЛ чрезвычайно сильно влияет на вашу жизнь.

КАК ПРАВИЛЬНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДНЕВНИКОМ

Вы видите здесь сетку для нанесения графика проведения теста оценки ХОБЛ. Эту сетку для графика любой пациент с ХОБЛ может использовать для контроля своего заболевания. В начале каждой недели ответьте на вопросы теста оценки ХОБЛ, подсчитайте суммарный балл и нанесите точку на график, точки соедините линиями.



Ниже вы видите пример графика проведения теста оценки ХОБЛ за 12 недель.