

Влияние утренних симптомов на подходы к лечению пациентов с тяжелым течением ХОБЛ

Н.П. Княжеская

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся прогрессирующим ограничением скорости воздушного потока в дыхательных путях, которое не полностью обратимо и связано с воспалительным ответом легких на патогенные частицы или газы, причем основной причиной является курение табака. ХОБЛ является не только большой медицинской проблемой, которую довольно трудно решать из-за выраженных морфологических изменений в бронхолегочной системе, но и крайне сложной социальной проблемой, заключающейся в высокой степени социальной дезадаптации пациентов, преимущественно пожилого возраста, вследствие тяжелой одышки.

С патофизиологической точки зрения воспаление в респираторной системе приводит к обратимым (бронхоспазм, отек бронхиальной стенки, количественное и качественное нарушение бронхиального секрета, динамическая гиперинфляция) и необратимым (склерозирование стенки бронхов, экспираторное спадение мелких бронхов на выдохе, эмфизема) изменениям. Важно подчеркнуть, что в формировании деструктивных процессов в легочной ткани воспаление и оксидативный стресс играют важнейшую роль, при этом действие медиаторов воспаления, продуктов оксидативного стресса не ограничивается легочной тканью, но проявляется и на системном уровне. Поэтому для ХОБЛ характерны не только изменения в легочной ткани, но также системные эффекты, подход к коррекции которых отличается от такового при других заболеваниях легких. К наиболее частым внелегочным проявлениям ХОБЛ относятся:

- снижение массы тела;
- гипотрофия мышц;
- анемия нормохромная;
- полицитемия (Ht >55%);
- нарушения сна;
- депрессия.

В первую очередь, от системных воздействий страдает скелетная мускулатура, при этом больной теряет мышечную массу и силу, а сами миоциты подвергаются выраженным дистрофическим изменениям. Это приводит к еще

большему ограничению физической активности больных ХОБЛ из-за низкого анаэробного порога. Кроме того, пациенты с ХОБЛ имеют более высокий риск переломов и снижения плотности костной ткани в связи с пожилым возрастом, курением и низким уровнем физических нагрузок. Ретроспективный анализ пациентов с ХОБЛ, получавших ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) и/или бронходилататоры, позволяет предположить, что риск переломов может быть в большей степени обусловлен заболеванием органов дыхания, чем применением ИГКС. Так, по данным исследования TORCH, около 66% пациентов с ХОБЛ страдали остеопорозом или остеопенией, но они ранее не принимали ни ИГКС, ни системные стероиды. Безусловно, ХОБЛ является фактором риска различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, так как самый важный фактор развития ХОБЛ – курение – также является фактором риска возникновения атеросклеротических повреждений сосудов и сердца. Развитие дыхательной недостаточности при тяжелых стадиях ХОБЛ, в свою очередь, приводит к изменениям правых отделов сердца с формированием так называемого “легочного сердца”. В GOLD 2011 г. особо подчеркивается значение системных проявлений и их обязательной коррекции.

Классификация ХОБЛ

Ранее классификация ХОБЛ основывалась на функциональных показателях легких. В GOLD 2011 г. подчеркивается, что отношение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ₁/ФЖЕЛ <70%) и, соответственно, степень тяжести ХОБЛ оцениваются только после бронходилатации. Важно также определять степень выраженности одышки. Наиболее простым и распространенным методом оценки одышки у пациентов с ХОБЛ является шкала MRC, которая легко может использоваться каждым практикующим врачом, в том числе на амбулаторном приеме. В то же время степень выраженности различных симптомов и ограничение переносимости физической нагрузки различаются у разных пациентов даже при одинаковых показателях функции внешнего дыхания (ФВД). В связи с этим ранее выделяли два фенотипа ХОБЛ: преимущественно эмфизематозный, когда в клинической картине на первый план выступает эмфизема легких и изнурительная одышка, и бронхитический, характеризующийся преимущественными признаками по-

Надежда Павловна Княжеская – канд. мед. наук, доцент кафедры пульмонологии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

ражения бронхиального дерева с соответствующими клиническими проявлениями – бронхиальной обструкцией, кашлем, мокротой. Данные фенотипы рекомендуется указывать в диагнозе. В GOLD 2011 г. выделяют также фенотип ХОБЛ с частыми обострениями, и этот фенотип требует особого внимания, а пациенты с частыми обострениями нуждаются в большем объеме терапии. В последнее время появились работы, указывающие на связь утренних симптомов ХОБЛ с обострениями заболевания.

Значение утренних симптомов у пациентов со стабильной ХОБЛ

Нередко многие врачи рассматривают ХОБЛ как стабильное хроническое состояние с постоянным наличием симптомов и незначительной вариацией проходимости дыхательных путей. Однако клинический опыт указывает на значительные колебания выраженности симптомов ХОБЛ в течение суток. Например, пациенты с симптомами общей утомляемости и усталости были склонны рассказывать о более выраженных проявлениях ХОБЛ в ночное время, чем пациенты без таких симптомов. Кроме того, вероятность более выраженных ночных симптомов ХОБЛ была выше у пациентов с хроническими болями в спине по сравнению с теми, кто таковых не испытывал. Важно также оценивать выраженность утренних симптомов, но многие врачи не спрашивают пациентов о них и об их влиянии на обычную утреннюю активность. Во всех странах, где проводили опрос, только 9–22% пациентов сообщают, что их спрашивали о переносимости обычных утренних нагрузок. Тем не менее многие пациенты считают физические нагрузки в утренние часы проблемой для себя (58% всех пациентов с ХОБЛ и 82% пациентов с тяжелым течением ХОБЛ), поэтому врачам следует уделять особое внимание симптоматике ХОБЛ и оценивать вариабельность этих симптомов у каждого конкретного пациента, расспрашивать его о симптомах заболевания в течение суток, а также об утренних симптомах, связанных с утренней активностью.

Состояние больных ХОБЛ подвержено колебаниям в течение суток, причем полученные в последние годы данные указывают на то, что даже находящиеся в стабильном состоянии пациенты в течение дня/недели ощущают колебания в выраженности одышки, кашля, хрипов, продукции мокроты и стесненности в грудной клетке. В последние годы проводился многофакторный анализ ответов пациентов с целью выявления факторов, связанных с колебаниями одышки – симптома, причиняющего наибольшее неудобство больным ХОБЛ. Было отмечено, что пациенты с ХОБЛ обычно сообщают о наличии у них “хороших” и “плохих” дней. M.R. Partridge так описывает “хорошие” дни у своих пациентов.

- Делаю обычные дела, завариваю чашку чая <...> и не волнуюсь.
- Просыпаясь, чувствую себя свежим, кашель и боль слабые, настроение позитивное, готов к активному дню.
- В “хороший” день не кашляю, хотя задыхаюсь при ходьбе по лестнице.

- Всю жизнь придется пользоваться баллончиками. Могу попробовать пылесосить – сажусь и работаю одной рукой.
- Просыпаюсь <...> около девяти, встаю и поднимаю шторы. Хрипов нет, и легко дышать.
- Просыпаюсь нормально, не кашляю, “ежедневный” ингалятор использовать не нужно, а применяя его, могу задержать дыхание на требуемые 10 секунд.

“Плохие” дни пациенты описывают следующим образом.

- Вялый, подавленный и хочу только сидеть в кресле.
- Всё делаю с усилием.
- В “плохие” дни очень устаю, лежу в постели, и у меня много мокроты в горле и груди, что вызывает кашель. Пью кофе и принимаю лекарства <...>, и постепенно становится лучше.
- Несомненно, была плохая ночь, поворачивался в постели, что вызывало одышку. Приходится дважды пользоваться ингалятором <...> и немного подождать, прежде чем могу встать; работу по дому делает дочь.
- Готовлю кофе, шатаясь, сажусь в шезлонг и падаю на диван, принимаю лекарства и целый день смотрю телевизор.
- Перед тем как открыть шторы, присаживаюсь на край кровати <...>. Сразу – вентолин и отдыхаю перед чаем.
- “Плохой” день – это когда чувствую свое дыхание и немного устаю дышать <...>.
- Используя “ежедневный” ингалятор, не могу задержать дыхание на 10 секунд, и приходится утром использовать вентолин.

При оценке “плохих” и “хороших” дней наиболее часто пациенты описывали именно утренние симптомы: откашливание мокроты, стойкий/повторяющийся кашель, одышку, общую утомляемость и усталость. Больные с тяжелым течением ХОБЛ наиболее часто отмечали одышку, отхаркивание мокроты и стойкий/повторяющийся кашель (у 78, 63 и 60% соответственно). Примерно у 50% больных с тяжелым течением ХОБЛ эти симптомы возникали непосредственно сразу после пробуждения ежедневно или в большинстве дней. У 37% больных ХОБЛ и 59% больных с тяжелой ХОБЛ утренние симптомы являлись причиной пробуждения не реже 3 раз в неделю. Отхаркивание мокроты и стойкий повторяющийся кашель по утрам были в большей степени характерны для курящих пациентов, чем для бывших курильщиков.

Влияние утренних симптомов на обычные утренние действия

37% всех больных ХОБЛ и 73% больных с тяжелым течением ХОБЛ оценили проблемы самочувствия, связанные с выполнением обычных утренних дел, как “мешающие” (в диапазоне от “довольно ощутимо мешают” до “оказывают очень сильное отрицательное влияние на качество жизни и общее самочувствие”). В группе пациентов с тяжелым течением ХОБЛ 19, 21 и 33% пациентов соответственно сообщили, что проблемы с выполнением обычных утренних

действий оказывают очень сильное отрицательное влияние на качество жизни и общее самочувствие, мешают им в значительной степени или мешают довольно ощутимо. Однако 33% больных с тяжелой ХОБЛ сочли, что проблемы с выполнением обычных утренних дел им не очень мешают, тогда как 4% больных с тяжелой ХОБЛ указали, что могут переносить свои утренние нагрузки так же, как и до заболевания ХОБЛ.

74% всех больных ХОБЛ и 96% больных с тяжелой ХОБЛ сообщили, что выполнение обычных утренних действий занимает у них больше времени, чем раньше, при этом 48% всех больных ХОБЛ и 84% больных с тяжелым течением ХОБЛ внесли необходимые коррективы в способ выполнения некоторых или всех дел. К основным проблемам пациентов при выполнении утренних действий относились более медленное выполнение действий и перерывы на отдых. 21% всех больных ХОБЛ и 40% больных с тяжелым течением ХОБЛ указали, что по причине своего состояния нуждаются в помощи при выполнении утренних действий. На вопрос о том, какие утренние действия выполняются с посторонней помощью, около половины пациентов ответили, что им помогают убирать постель (52%) и мыть посуду (46%).

Симптомом, обнаруживавшим наибольшую корреляцию с выраженностью проблем при выполнении утренних действий, являлась одышка, причем как у всех больных ХОБЛ (объясняла 34% общей дисперсии), так и у больных с тяжелой ХОБЛ (36% общей дисперсии).

Наибольшее влияние ХОБЛ оказывала на такие утренние действия, как подъем и спуск по лестнице, надевание носков/обувание, заправка постели, принятие душа или ванны, вытирание тела полотенцем и одевание.

В ходе клинических исследований, направленных на оценку симптомов ХОБЛ и ФВД, было установлено, что утренние часы представляют собой для большинства больных ХОБЛ наиболее затруднительный период с точки зрения выраженности симптомов и их влияния на обычные утренние действия, такие как утренний туалет тела, вытирание и одевание. В связи с отсутствием получаемой от пациентов информации об исходах, необходимой для оценки и осмысления потенциального влияния лечебных стратегий на утренние нагрузки, были созданы вопросники для оценки способности пациентов с ХОБЛ выполнять обычные утренние действия и для определения выраженности их утренних симптомов. Разработаны и валидизированы два вопросника, составленные на основе интервью с больными ХОБЛ и указываемых ими исходов, для оценки способности пациентов выполнять обычные утренние действия: “Возможность выполнения ежедневной активности утром” (CDLM) и “Глобальный вопросник по бронхолегочным симптомам” (GCSQ). Эти вопросники прошли лингвистическую валидизацию и были включены в два многоцентровых рандомизированных клинических исследования с участием в общей сложности 1100 больных ХОБЛ. Как CDLM, так и GCSQ являются простыми в использова-

нии, надежными, чувствительными, самостоятельно заполняемыми вопросниками, которые дают представление о симптомах болезни и о способности пациентов выполнять обычные утренние действия.

Вопросник CDLM был разработан в качестве инструмента самостоятельной ежедневной оценки, и пациентам следует объяснить, что они должны заполнять вопросник после завершения своих утренних действий. Предлагая пациентам заполнить CDLM, необходимо следовать ряду общих рекомендаций:

- разъяснить пациенту цель и значение заполнения CDLM, а также важность повседневного опыта пациента для понимания и лечения ХОБЛ;
- посвятить некоторое количество времени и усилий для обучения пациента порядку заполнения вопросника;
- объяснить пациенту, что важен именно его собственный опыт и что вопросник необходимо заполнять самостоятельно без какого-либо влияния со стороны членов семьи, друзей или иных лиц;
- предупредить пациента, что в вопроснике не может быть правильных или неправильных ответов, а важен его собственный опыт.

В вопроснике CDLM больному предлагается описать свою способность выполнять шесть различных видов утренней нагрузки и оценить трудность их выполнения по пятибалльной шкале в диапазоне от 0 (“совсем не трудно”) до 4 (“крайне трудно”). В отношении первых трех утренних действий (т.е. утреннего туалета тела, вытирания и одевания) пациентам предлагается указать, выполнено ли соответствующее действие им самостоятельно, либо потребовалась помощь, либо пациент не был способен выполнить соответствующее действие, либо он не выполнил его по другим причинам. Если пациент отвечает, что выполнил соответствующее действие самостоятельно, ему предлагается оценить, насколько трудно было выполнить данную работу. Если пациенты не выполнили первое действие (т.е. утренний туалет тела) ввиду неспособности сделать это или по другим причинам, им следует пропустить второй вопрос (вытирание) и ответить на третий вопрос (одевание). В отношении трех последних утренних действий (т.е. завтрака, передвижения по дому в начале утра и позднее) пациентам предлагается указать, выполнили ли они их, либо были неспособны выполнить, или не выполнили по другим причинам. Если пациенты отвечают, что соответствующее действие было выполнено, им предлагается оценить степень трудности его выполнения (рисунок).

Анализ вторичных данных двух международных рандомизированных контролируемых исследований показал, что CDLM является надежным, достоверным и чувствительным инструментом для измерения способности пациентов переносить утреннюю нагрузку.

Подсчет баллов. Суточный балл CDLM вычисляется как средний балл шести утренних действий. Затем вычисляется средний суточный балл за 7 дней или другой, более длительный период.

3а. Одевались ли вы сегодня утром?

- ☐ Да, я сделал(а) это самостоятельно

Перейти к вопросу 3б

- ☐ Да, но мне потребовалась помощь при одевании
☐ Нет, я не смог(не смогла) одеться самостоятельно
☐ Нет, я не оделся(не оделась) по другим причинам

Следующий вопрос относится к выраженности одышки:

3б. Насколько трудно вам было одеваться сегодня утром?

- ☐ Совсем не трудно
☐ Немного
☐ Умеренно
☐ Очень трудно
☐ Крайне трудно

Пример из вопросника CDLM.

Вопросник CDLM в настоящее время переведен на 21 язык. Версия вопросника на каждом языке составлялась посредством процесса лингвистической валидации.

Лекарственная терапия с учетом оценки утренних симптомов, связанных с началом физической активности

При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания с повторяющимися обострениями (фенотип с частыми обострениями) назначают комбинированные препараты, содержащие ИГКС и β_2 -агонисты длительного действия (ДДБА). В большинстве клинических исследований, посвященных изучению эффективности комбинированной терапии ИГКС/ДДБА у больных ХОБЛ, показана ее способность предотвращать обострения при тяжелом течении ХОБЛ и улучшать качество жизни.

Анализ полученных данных об эффективности терапии ХОБЛ комбинированными препаратами выявил дополнительные преимущества, связанные, в первую очередь, с тем, что ИГКС препятствуют десенситизации β_2 -адренорецепторов. В крупных рандомизированных клинических исследованиях комбинации ИГКС и ДДБА (Серетид в дозах 250/50 или 500/50 мкг дважды в день, а также Симбикорт 160/4,5 мкг по 2 ингаляции 2 раза в день) показано, что применение этих препаратов привело к значительно более выраженному улучшению бронхиальной проходимости по сравнению с раздельным использованием компонентов этих препаратов (уровень доказательности А). Способность ИГКС предотвращать развитие толерантности β_2 -адренорецепторов и увеличивать скорость синтеза данного класса рецепторов явилась основанием для тщательного изучения и внедрения в клиническую практику данной фармакологической комбинации при лечении ХОБЛ. В GOLD 2011 г. рекомендован именно прием комбинированных препаратов, а не добавление ИГКС к терапии ХОБЛ.

Безусловно, очень важно изучить влияние утренних симптомов на переносимость физических нагрузок у пациентов с ХОБЛ и возможность их коррекции. Проведено

сравнение влияния будесонида/формотерола, формотерола и плацебо на переносимость физических нагрузок пациентами с ХОБЛ (исследование CODEX). Исследование было рандомизированным, двойным слепым, перекрестным с двойной имитацией; сравнивали результаты терапии Симбикортом (комбинация будесонид + формотерол) 320/9 мкг 2 раза в день, препаратом Оксис (формотерол) 9 мкг 2 раза в день или плацебо по следующим параметрам: переносимость физических нагрузок, функция легких, переносимость терапии. Изменение основного параметра – переносимости физической нагрузки – спустя 1 нед лечения (через 1 ч после утреннего приема препарата) было выше при терапии Симбикортом по сравнению с плацебо и формотеролом. Переносимость физической нагрузки возрастала на 1 мин 45 с (24%) и на 1 мин 9 с (14%) при терапии Симбикортом по сравнению с плацебо и формотеролом соответственно.

По сравнению с плацебо терапия Симбикортом улучшала емкость вдоха (E_{vd}) и оценку по шкале Борга через 1 ч после утреннего приема препарата, приводила к более выраженному улучшению общей оценки по вопроснику SGRQ, снижению выраженности симптомов и социально-психологического влияния болезни. Симбикорт был более эффективен, чем формотерол, в отношении качества сна и значения ОФВ₁ до утреннего приема препарата.

Анализ данных клинических исследований по оценке утренних симптомов, их влияния на повседневную активность и развитие обострений показал, что у пациентов, получающих комбинированную терапию, важно учитывать скорость наступления бронходилатации. В связи с этим было проведено исследование SPEED, задачей которого явилось сравнение эффективности будесонида/формотерола и салметерола/флутиказона по их влиянию на утренние симптомы, активность и функциональные показатели больных ХОБЛ, которое подтвердило значение скорости наступления бронходилатации. Исследование SPEED было многоцентровым, двойным слепым, перекрестным, рандомизированным и контролируемым, в него были включены 442 пациента с ХОБЛ в возрасте 40 лет и старше с ОФВ₁ $\leq$ 50%. Больные были распределены в две группы терапии – будесонида/формотерола (Симбикорт Турбухалер) по 320/9 мкг 2 раза в сутки либо салметерола/флутиказона (Серетид Мультидиск) по 50/500 мкг 2 раза в сутки. Эффективность терапии разными препаратами сравнивали по функциональным показателям ОФВ₁ и пиковой скорости выдоха вскоре после пробуждения, по оценке пациентом динамики выраженности утренних симптомов с помощью вопросника GCSQ и динамики возможности выполнять повседневные утренние действия с помощью вопросника CDLM.

Прежде всего следует отметить, что оба комбинированных препарата хорошо переносились пациентами и что их применение привело к уменьшению выраженности утренних симптомов. Однако применение будесонида/формотерола улучшало возможность пациентов выполнять повседневные утренние действия, а также приводило к более

значимому улучшению общей оценки утренней активности в отношении таких повседневных утренних нагрузок, как умывание, вытирание, одевание, завтрак, прогулка вокруг дома. При сравнении двух фиксированных комбинаций – будесонид/формотерол и салметерол/флутиказон – важным различием между ними была скорость наступления клинического эффекта: более быстрое начало действия наблюдалось у будесонида/формотерола.

Таким образом, у больных ХОБЛ терапия Симбикортом была ассоциирована с более быстрым развитием эффекта, более выраженным приростом ОФВ₁ и более значительным улучшением утренней активности пациентов.

В исследовании CLIMB (Evaluation of Efficacy and Safety of Symbicort as an Add-on Treatment to Spiriva in Patients with Severe COPD) изучали эффективность и переносимость будесонида/формотерола, добавленного к терапии тиотропием у больных с ХОБЛ. В ранее проведенных клинических исследованиях была показана эффективность комбинации ИГКС/ДДБА + тиотропий, где использовался препарат салметерол/флутиказон. Такая комбинация рекомендована для пациентов с ХОБЛ III–IV стадий и пациентов с частыми обострениями заболевания. Исследование CLIMB было многоцентровым, двойным слепым, рандомизированным, в параллельных группах и длилось 12 нед. В исследование были включены 660 больных, разделенных на две группы: 329 пациентов получали тиотропий (Спирива, ХандиХалер) 18 мкг 1 раз в сутки и будесонид/формотерол (Симбикорт Турбухалер) 320/9 мкг 2 раза в сутки, 331 пациент получал тиотропий 18 мкг 1 раз в сутки и плацебо 2 раза в сутки. Первичной конечной точкой исследования была оценка ОФВ₁ до начала приема препаратов и через 1, 6 и 12 нед от начала лечения. Кроме того, оценивали динамику ОФВ₁, ФЖЕЛ и E_{вд} до и после приема препаратов, а также качество жизни по вопроснику клиники святого Георгия, уменьшение выраженности утренних симптомов и улучшение переносимости повседневных утренних нагрузок с помощью специальных вопросников, время до развития первого обострения, а также число тяжелых обострений, требующих приема системных стероидов или госпитализаций и обращений за неотложной помощью. Оценивалась также переносимость терапии. Важным моментом в данном исследовании было разрешение больным принимать короткодействующие бронхолитики по потребности.

Следует отметить, что оба режима терапии хорошо переносились больными ХОБЛ, число и тяжесть побочных эффектов были сравнимы между группами. В группе будесонид/формотерол + тиотропий отмечено более выраженное уменьшение утренних симптомов ХОБЛ и улучшение переносимости пациентами повседневных утренних нагрузок, причем улучшение утренней активности стало достоверным через 1 нед после начала терапии и продолжало увеличиваться в течение всего периода исследования. Также в этой группе достоверно уменьшилось использование короткодействующих бронхолитиков по потребности, причем в основном это касалось утренних ингаляций.

Но наиболее важным выводом данного исследования следует считать, что добавление Симбикорта к терапии тиотропием привело к уменьшению числа тяжелых обострений на 62%, уменьшению числа госпитализаций/визитов в отделения неотложной терапии на 65% и удлинению времени до первой госпитализации/первого визита в отделение неотложной терапии. В данной группе пациентов в 2 раза снизилось назначение антибиотиков по поводу обострений ХОБЛ. Таким образом, терапия Симбикортом в сочетании с тиотропием обеспечивает более существенное улучшение функции легких (при измерениях как в клинике, так и у постели больного), более быстрое улучшение ОФВ₁ в утреннее время, повышение утренней активности и уменьшение симптомов, снижение использования препаратов по потребности в утренние часы, устойчивое улучшение качества жизни, связанного с состоянием здоровья. Применение Симбикорта в сочетании с тиотропием приводит также к снижению потенциального риска развития тяжелых обострений по сравнению с монотерапией тиотропием. Данная терапия хорошо переносится пациентами. Кроме того, в ходе исследования CLIMB зафиксирована низкая частота заболевания пневмонией (<1%).

Заключение

GOLD 2011 г. рекомендует при определении степени тяжести ХОБЛ не только ориентироваться на параметры ФВД, но обязательно учитывать симптомы заболевания и проводить оценку одышки по шкале MRC или вопроснику CAT. Важно также подчеркнуть, что большинство пациентов, страдающих ХОБЛ, отмечают, что для них “трудным временем” является утро. Причем утренние симптомы болезни наиболее выражены у пациентов с тяжелой формой ХОБЛ. Эти симптомы оказывают влияние на утреннюю активность и на повседневную жизнь пациентов. Врачам следует обращать внимание, что большинство пациентов принимают препараты слишком поздно в течение дня, поэтому лекарства, разумеется, не могут повлиять на утренние симптомы и на ограничение утренней активности. Следует решить вопрос о внедрении в практику врача вопросников CDLM и GCSQ с учетом важности оценки утренних симптомов ХОБЛ. Анализ данных клинических исследований CLIMB, CODEX и SPEED показал, что врачам следует больше внимания уделять сбору анамнеза и расспрашивать пациентов об утренних симптомах, а также давать советы по изменению обычной утренней активности и, при необходимости, изменить время приема лекарственных средств. Это не только будет способствовать уменьшению утренних симптомов, улучшать самочувствие пациентов с ХОБЛ в течение всего дня, улучшать показатели ФВД, но и позволит снизить частоту обострений заболевания, госпитализаций, обращений за неотложной помощью и сократит объем дополнительной терапии, назначаемой при обострениях ХОБЛ. ●

С рекомендуемой литературой вы можете ознакомиться на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru