

С.И. Овчаренко,
И.В. Лещенко

 **БИБЛИОТЕКА
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА**
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

**РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

Под редакцией
академика РАН, профессора А.Г. Чучалина



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 3

Клиническая картина хронической обструктивной болезни легких

В условиях воздействия факторов риска (курение — как активное, так и пассивное, экзогенные поллютанты, биоорганическое топливо и т.п.) ХОБЛ развивается обычно медленно и прогрессирует постепенно. Особенность клинической картины ХОБЛ состоит в том, что долгое время болезнь протекает без выраженных клинических проявлений. Так, в стандартах Американского торакального общества подчеркивается, что появлению первых клинических симптомов у больных ХОБЛ, как правило, предшествует курение, по крайней мере, 20 сигарет в день на протяжении более 20 лет [1].

При описании клинической картины ХОБЛ необходимо учитывать черты, характерные именно для этой болезни: субклиническое ее начало, отсутствие специфических симптомов, неуклонное прогрессирование заболевания.

Первыми признаками, с которыми пациенты обращаются к врачу, являются кашель, часто с выделением мокроты, и/или одышка. Эти симптомы бывают наиболее выражены по утрам. В холодные сезоны возникают «частые простуды». Такова клиническая картина дебюта заболевания, которая врачом расценивается как проявление бронхита курильщика, и диагноз ХОБЛ на этой стадии практически не ставится.

Хронический кашель — обычно первый симптом ХОБЛ — часто недооценивается и пациентами, так как считается ожидаемым следствием курения и/или воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Обычно у больных выделяется небольшое количество вязкой мокроты. Нарастание кашля и продукции мокроты происходит чаще всего в зимние месяцы, во время инфекционных обострений.

Одышка — наиболее важный симптом ХОБЛ. Нередко служит причиной обращения за медицинской помощью и основной причиной, ограничивающей трудовую деятельность больного. Вначале одышка отмечается при относительно высоком уровне физической нагрузки, например беге по ровной местности или ходьбе по ступенькам. По мере прогрессирования заболевания одышка усиливается и может ограничивать даже ежедневную активность, а в дальнейшем возникает и в покое, заставляя больного оставаться дома.

Очень важным показателем оценки состояния здоровья является объективизация тяжести одышки. Существует несколько специальных шкал для оценки одышки.

Чаще всего в практической деятельности используется четырехбалльная шкала MRC (см. главу «Диагностика и дифференциальная диагностика хронической обструктивной болезни легких») — модификация шкалы Флетчера, которая используется для градации одышки соразмерно уровню нагрузки, необходимой для ее возникновения [2].

Имеется также специальная шкала BORG [3], которая позволяет качественному признаку одышки дать количественную характеристику в баллах (рис. 3.1). Шкала BORG в основном используется при проведении пробы с 6-минутной ходьбой (6-МШП).

Различные методы оценки одышки можно разделить на две большие группы: описательные и оценочные. Описательные методы дают оценку тяжести одышки. С этой целью используется шкала BORG, визуально-аналоговая шкала, определение исходного индекса одышки.

Определение исходного индекса одышки основано на суммировании ответов на вопросы, оценивающих:

- функциональные нарушения, связанные с наличием одышки;
- сложность деятельности, вызывающей одышку;
- степень усилий, вызывающих одышку. Выраженность каждого признака оценивается по пятибалльной шкале (от 4 до 0); максимальное количество баллов — 12 (характеризует наиболее выраженную одышку).

Оценочные методы представлены только одним методом — определением транзитного индекса одышки, используя который мож-

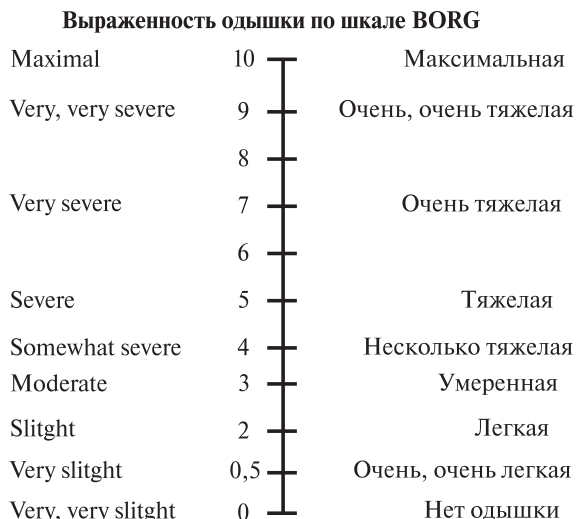


Рис. 3.1. Оценка выраженности одышки по шкале Borg

но проследить динамику одышки. Определение транзиторного индекса одышки дает возможность оценки изменения одышки в процессе наблюдения за больным. При подсчете транзиторного индекса одышки учитывается сумма баллов при отклонении от показателей исходного индекса одышки как в положительную (уменьшение признака, обозначаемое знаком «+»), так и в отрицательную сторону (нарастание признака, обозначаемое знаком «-»).

Определяется исходный индекс одышки и транзиторный индекс одышки по шкале (табл. 3.1), разработанной D.A. Mahler и соавт. (1984), в которой предлагается использовать специальный опросник [4].

Таблица 3.1. Описательный и оценочный методы оценки одышки

Методы оценки одышки	Исходный индекс одышки	Транзиторный индекс одышки*
Функциональная недостаточность — влияние одышки на возможность выполнять повседневные и профессиональные действия	0–4	3–+3
Тяжесть выполняемых задач — тяжесть или сложность действий, выполнение которых приводит к одышке	0–4	3–+3
Величина усилий — величина физических усилий, необходимых для появления одышки	0–4	3–+3
Общий балл	0–12	9–+9

*Фиксируют изменения от исходного состояния

Использование такого краткого опросника (ответов на вопросы) дает возможность учитывать все многообразие ощущений, суммированных в понятии «одышка», и измерять отклонения одышки от исходного уровня [5, 6].

Основным механизмом появления на ранних стадиях заболевания одышки при физической нагрузке можно считать гиперинфляцию [7]. Легочная гиперинфляция (или повышение воздушности легких) развивается из-за неполного опорожнения альвеол во время выдоха вследствие потери эластической тяги легких (формирование воздушных ловушек) и недостаточного времени выдоха из-за сформировавшейся обструкции бронхов. Уже в начале болезни при физической нагрузке и учащении дыхания происходят сокращение времени выдоха, задержка воздуха в альвеолах, что и способствует развитию легочной гиперинфляции, характерной для ХОБЛ, и ее клиническому проявлению — одышке. В дальнейшем происходит нарушение газообмена, что приводит к гипоксии и гиперкапнии, а со временем, на поздних стадиях ХОБЛ, — к развитию легочной гипертензии [8].

Прогрессирующая легочная гипертензия может приводить к гипертрофии правого желудочка и в итоге — к легочному сердцу и правожелудочковой недостаточности. Подъем давления в яремных венах и наличие небольших отеков на голеностопных суставах являются наиболее частыми признаками, по которым судят в клинической практике о наличии легочного сердца. Однако у больных ХОБЛ давление в яремных венах трудно измерить из-за значительных перепадов внутригрудного давления, а отеки могут быть результатом сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Отсюда следует, что для диагностики легочного сердца необходимо выполнение ряда диагностических процедур, включая рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию, а иногда требуется проведение радионуклидной скинтиграфии и магнитно-резонансной томографии [9].

Когда выраженность одышки не соответствует значениям $ОФВ_1$, необходимо провести пробу с физической нагрузкой. Предпочтение отдается выполнению 6-МШП. Этот метод является наиболее простым средством для индивидуального наблюдения и мониторинга течения заболевания и может быть выполнен в условиях амбулаторной практики.

Тест проводится в соответствии со стандартным протоколом [10]. Пациентов инструктируют о целях теста. Им предлагают ходить

по измеренному коридору в собственном темпе и стараться пройти максимальное расстояние в течение 6 мин. При этом пациентам разрешено останавливаться и отдыхать во время теста, но они должны возобновлять ходьбу, когда сочтут это возможным. Во время ходьбы разрешается подбадривать пациента. Перед началом и в конце теста одышка оценивается по шкале Борга (0–10 баллов), насыщению гемоглобина крови кислородом, определяемому пульсоксиметрией (SpO_2), и пульсу [11]. Измеряется пройденное в течение 6 мин расстояние в метрах (6-МШП) и сравнивается с должным показателем. Пациентам следует прекратить ходьбу при возникновении следующих симптомов: боль в грудной клетке, головокружение, боль в ногах, резкое нарастание одышки и снижение SpO_2 до 86%.

Скорость прогрессирования и выраженность симптомов ХОБЛ зависят от интенсивности воздействия этиологических факторов и их суммации. Помимо этого, выраженность симптомов определяется фазой течения заболевания. Выделяют стабильное течение и обострение. Стабильным следует считать то состояние, при котором выраженность симптомов существенно не меняется в течение недель или даже месяцев, а прогрессирование заболевания можно обнаружить лишь при длительном (6–12 мес) динамическом наблюдении за больным [12].

Обострения ХОБЛ — периодически возникающие ухудшения состояния (длительностью не менее 2–3 дней), сопровождающиеся нарастанием интенсивности симптоматики и функциональными расстройствами. Во время обострения отмечается усиление выраженности гиперинфляции и так называемых воздушных ловушек в сочетании со сниженным экспираторным потоком, что приводит к усилению одышки [13], которая обычно сопровождается появлением или усилением дистанционных хрипов, чувством сдавления в груди, снижением толерантности к физической нагрузке. Помимо этого, происходит нарастание интенсивности кашля, изменяются (увеличивается или резко уменьшается) количество мокроты, характер ее отделения, цвет и вязкость. Одновременно ухудшаются показатели ФВД и газов крови: снижаются скоростные показатели (ОФВ_1 и др.), может возникнуть гипоксемия и даже гиперкапния.

Обострения могут начинаться постепенно, исподволь, а могут характеризоваться и стремительным ухудшением состояния больного с развитием острой дыхательной и правожелудочковой недостаточности.

Выделяют два типа обострения [14]: I тип обострения характеризуется нарастанием проявлений воспалительного синдрома и сопро-