

С.И. Овчаренко

Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления

ГОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова", кафедра факультетской терапии № 1 лечебного факультета: 119991, Москва, ул. Б. Пироговская, 6

S.I. Ovcharenko

Chronic obstructive pulmonary disease: actual situation in Russia and ways to solve the problem

Summary

Algorithms of diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and economic burden of the disease are well established in many countries but there is a lack of such information in Russia. The aim of an epidemiological survey performed in Russia was an assessment of burden of COPD, treatment strategies and patients' quality of life. The survey involved 5,376 patients with COPD. Quality of life was evaluated using the Euro Quality of Life-5Dimension questionnaire (EQ-5D). Results showed the follows: 1) most of COPD patients are able-bodied individuals; 2) COPD impacts significantly on all aspects of the patient's life; 3) treatment of COPD complies with international standards only in rare occasions; 4) patients with early stage COPD are in minority. Therefore, the survey demonstrated the urgent need in improving the knowledge of physicians and patients about COPD. This strategy could help to detect the disease in early stage, to prevent COPD progression and exacerbations.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, demographic parameters, population, questionnaire, treatment.

Резюме

Диагностические и лечебные алгоритмы, используемые при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также экономический ущерб, связанный с данной патологией, изучены во многих странах мира довольно хорошо, однако по России таких данных явно недостаточно. Целью эпидемиологического исследования, проведенного в России и включавшего в себя 5 376 больных ХОБЛ, являлась оценка бремени заболевания, методов лечения и качества жизни с использованием опросника *Euro Quality of Life-5Dimension* (EQ-5D). Результаты показали следующее: 1) большую часть популяции больных ХОБЛ составляют люди самого трудоспособного возраста; 2) заболевание оказывает клинически значимое негативное воздействие на все аспекты жизни пациента; 3) лечение проводится в соответствии с международными стандартами лишь в редких случаях; 4) пациенты с клиническими признаками ранней стадии ХОБЛ представлены незначительно. Таким образом, настоящее исследование показало, что в России необходимо повышать знания как врачей, так и пациентов о ХОБЛ. Это позволит диагностировать заболевание и начать его лечение на более ранних стадиях, предотвращать прогрессирование и обострение ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, демографические характеристики, популяция, анкетирование, лечение.

В последние годы отмечается рост числа заболеваний органов дыхания, среди которых особое место занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), представляющая значительную медицинскую и социальную проблему [1].

ХОБЛ относится к наиболее распространенным заболеваниям и развивается у 11,8 % мужчин и 8,5 % женщин в возрасте старше 40 лет [2]. В подавляющем большинстве это курильщики со стажем курения > 10 пачек / лет.

В целом в мире от 4 до 15 % взрослого населения страдают ХОБЛ. Это единственное заболевание, летальность от которого постоянно увеличивается, и в мире в 2008 г. ХОБЛ стала причиной смерти 2,75 млн человек [3]. Все вышеизложенное может свидетельствовать о большой социальной значимости ХОБЛ. Известно отрицательное воздействие этой патологии на качество жизни (КЖ) больных ХОБЛ, однако в РФ таких данных собрано недостаточно.

В России в 2008 г. зарегистрировано < 1 млн больных ХОБЛ, что составляет лишь 1,1 % взрослого населения страны. В действительности цифры иные: по данным Российского респираторного общества,

этот показатель превышает 16 млн человек, что соответствует мировой статистике. Эти данные свидетельствуют о достаточно слабой диагностике ХОБЛ в России. Кроме того, выявлению ХОБЛ на ранней стадии мешает довольно длительный бессимптомный период, что не позволяет своевременно начать терапию на том этапе, когда существует обратимый компонент заболевания и отсутствуют его системные проявления. Сложность диагностики ХОБЛ заключается и в том, что пациенты обращаются к врачу лишь при обострении уже имеющегося заболевания, протекающего с повышением температуры тела, усилением кашля и продукции мокроты или одышкой, мешающей работе, — при усилении ее вплоть до удушья. К сожалению, в России до сих пор недостаточно уделяется внимания тому вреду, который наносит это заболевание жизни пациента — как в личном, так и в социальном плане.

Для изучения бремени заболевания, методов лечения и состояния здоровья пациентов с ХОБЛ во многих городах РФ было проведено большое эпидемиологическое исследование, включавшее опрос пациентов и врачей. Его основной целью явился сбор

следующих эпидемиологических данных: общей демографической характеристики, влияния курения, частоты различных стадий ХОБЛ и характеристик заболевания, алгоритмов лечения и их соответствия национальным и международным стандартам, воздействия заболевания на КЖ пациента.

Материалы и методы

Эпидемиологическое исследование проводилось посредством анкетирования врачей и пациентов с мая по декабрь 2008 г. Процедура была утверждена согласно локальным правилам. В исследование были включены амбулаторные пациенты с ХОБЛ любой степени тяжести, мужчины и женщины в возрасте ≥ 40 лет, ранее не получавшие лечение тиотропием. Единственным критерием исключения являлось отсутствие кооперации с пациентом согласно оценке врача. Чтобы получить целостное представление о ситуации в стране, к исследованию привлекались врачи (пульмонологи и терапевты) из всех регионов России.

Для исследования применялась анкета *Euro QoL5D* (EQ-5D) [4], состоящая из 2 частей. Первая часть – интервью врача с пациентом – заполнялась врачом. При ее изучении оценивались следующие показатели:

- демографические данные (возраст, пол, работает / не работает);
- статус курения (курильщик, бывший курильщик, не курил);
- стадия ХОБЛ согласно классификации GOLD (по данным из истории болезни);
- лечение ХОБЛ;
- сопутствующие заболевания;
- клинические проявления ХОБЛ (первые симптомы, наиболее тяжелые проявления болезни).

Вторая часть – опросник КЖ, который заполнял пациентом. Учитывались следующие показатели:

- подвижность (способность передвигаться);
- уход за собой (использование посторонней помощи);
- привычная повседневная активность;
- боль / дискомфорт;
- тревога / депрессия.

Был проведен описательный анализ полученных данных. Категориальные величины характеризовались частотой и процентным соотношением, для постоянных параметров определялись среднее значение, стандартное отклонение, минимальное и максимальное значения, 95%-ный доверительный интервал (95%-ный ДИ). Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета статистических программ SPSS 11.0.

Поддержку исследования осуществляли компании "Берингер Ингельхайм" и "Пфайзер".

Результаты

Исследование было проведено в 60 городах России и охватило все регионы от Калининграда до Влади-

востока. Общее количество участников составило 5 376 человек, однако валидных анкет было 5 257, и именно они и были включены в анализ.

Демографические данные и тяжесть ХОБЛ

Среди опрошенных пациентов было 1 310 женщин (25 %). Средний возраст больных составил $59,90 \pm 10,37$ года (95%-ный ДИ – 42,60–76,34), однако 52 % из них принадлежали к возрастной группе от 40 до 60 лет. Среди пациентов с ХОБЛ самого трудоспособного возраста мужчины составили 51 %, а женщины – 55 % данной выборки.

Очень важно, что 52 % из всей популяции пациентов, включенных в исследование, имели II стадию заболевания (ХОБЛ среднетяжелого течения); среди них было 57 % пациентов 40–60 лет.

Статус курения

Среди больных ХОБЛ 84 % были курильщиками либо курили ранее. Так, 58 % курили на момент исследования, 26 % пациентов прекратили курить.

Лечение ХОБЛ

Крайне важный раздел исследования составляют сведения о реальной ситуации, связанной с лечением больных ХОБЛ в России. Выяснено, что 90 % пациентов применяли короткодействующие бронходилататоры (КДБД), 27 % – метилксантины. Ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) использовал 41 % больных ХОБЛ: 20 % – в комбинации с длительнодействующими бронходилататорами (ДДБД), а 21 % – в форме монотерапии.

Таблица 1
Распределение больных ХОБЛ по тяжести заболевания (GOLD, 2003)

Тяжесть ХОБЛ	n	%
Легкая ($ОФВ_1 \geq 80\%$ долж.)	556	10,6
Средняя ($80\% \text{ долж.} \geq ОФВ_1 \geq 50\% \text{ долж.}$)	2 723	51,8
Тяжелая ($50\% > ОФВ_1 \geq 30\% \text{ долж.}$)	1 655	31,5
Очень тяжелая ($ОФВ_1 < 30\% \text{ долж.}$ или $ОФВ_1 < 50\% \text{ долж.}$ + хроническая дыхательная недостаточность)	323	6,1
Всего	5 257	100

Примечание: $ОФВ_1$ – объем форсированного выдоха за 1-ю с.

Таблица 2
Фактическое лечение больных ХОБЛ

Фактическое лечение больных ХОБЛ	n	%
КДБД	996	18,4
ДДБД	1 389	26,4
Комбинация короткодействующего антихолинергика и КДБД	2 399	45,6
ДДБД	617	11,7
иГКС	1 125	21,4
Комбинация ДДБД и иГКС	1 064	20,2
сГКС	427	8,1
Метилксантины	1 415	26,9

Примечание: КДБД – короткодействующие β_2 -агонисты; ДДБД – длительнодействующие β_2 -агонисты; сГКС – системные глюкокортикостероиды.

Таблица 3
Количество больных ХОБЛ различной степени тяжести, которым понадобились запланированный / незапланированный визит к врачу и госпитализация

	Степень ХОБЛ			
	легкая	средняя	тяжелая	очень тяжелая
Запланированные визиты, %	44	31	18	18
Незапланированные визиты, %	37	37	35	30
Госпитализация, %	19	32	47	52

Лишь 12 % больных принимали ДДБД, несмотря на то, что в обследованной когорте у 52 % пациентов была диагностирована ХОБЛ II стадии. А ведь именно эта группа препаратов составляет основу базисной терапии при II стадии заболевания согласно GOLD [5]. Дополнительный анализ показал, что 66 % пациентов получали антибиотики в течение последнего года. Кроме того, 55 % пациентов пришлось осуществить незапланированный визит к врачу, а практически у 1/2 из этих пациентов была ХОБЛ II стадии. Эти данные показывают, что у ~ 1/2 пациентов с ХОБЛ средней степени тяжести имеются обострения заболевания.

Клинические проявления ХОБЛ и сопутствующие заболевания

По оценке пациентов, самым изнуряющим симптомом в 70,6 % случаев была одышка. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями являлись ишемическая болезнь сердца (45,2 %) и артериальная гипертензия (38,1 %).

Результаты опросника EQ-5D

Затруднения при передвижении испытывали 85,2 % больных, только у 12,1 % пациентов не возникали подобные сложности. У 63,3 % больных выявлены проблемы с ежедневной активностью, а 13,6 % пациентов даже были неспособны ее поддерживать.

Оценивая показатель анкеты, обозначенный как боль / дискомфорт, 58,1 % участников ответили, что ощущение дискомфорта беспокоит их очень сильно, и с увеличением тяжести ХОБЛ эти неприятные проявления усиливались, по оценкам, от 38 до 70 % больных. Еще 7,8 % опрошенных отметили небольшую боль или дискомфорт, причем прослеживалась та же тенденция: нарастание ощущений в зависимости от тяжести болезни отметили от 2 до 28 % человек (от I до IV стадии).

У 65 % пациентов с ХОБЛ были зарегистрированы симптомы тревоги и депрессии. Страх у таких больных связан с ограничением повседневной активности вследствие одышки, невозможностью справиться с одышкой при физической нагрузке, нарастанием тяжести симптомов, а также частыми простудами.

На основании анализа данных настоящего исследования получена очень важная информация:

- Выявлен относительно высокий процент женщин, страдающих ХОБЛ.

- 52 % больных – люди самого трудоспособного возраста, в этой популяции обострения ХОБЛ с дальнейшим ухудшением связаны с пропусками работы по больничному листу и ведут к потере работоспособности.
- Несмотря на то, что 52 % больных в данной популяции имели ХОБЛ II стадии, при которой, согласно рекомендациям GOLD, необходима постоянная терапия ≥ 1 ДДБД, только 12 % пациентов применяли данные препараты.
- 55 % пациентов из включенных пациентов осуществили незапланированный визит к врачу в течение последнего года.

Существенные нарушения КЖ по всем параметрам отмечены у пациентов ХОБЛ в России.

Обсуждение

Большая доля женщин, страдающих ХОБЛ, выявленная в результате данного исследования в России, отражает общемировую тенденцию по возрастанию заболеваемости ХОБЛ среди лиц женского пола [6]. Врачам необходимо принять этот факт к сведению, поскольку у женщин заболевание протекает гораздо тяжелее, чем у мужчин [6, 7], поэтому профилактические и лечебные мероприятия должны начинаться как можно раньше.

Очень высокий процент курильщиков и бывших курильщиков среди больных ХОБЛ еще раз подтверждает необходимость усилить не только программу по борьбе с курением, но и программу "Куришь – проверь свои легкие".

Необходимо подчеркнуть, что ранняя и адекватно подобранная терапия позволяет пациенту сохранять активность – это касается как повседневных дел, так и социальных функций. Таким образом, потенциально можно снизить экономическое бремя заболевания [8, 9]. ДДБД эффективны на ранних стадиях заболевания.

В соответствии с национальными и международными рекомендациями по лечению ХОБЛ [1, 5] регулярное лечение ДДБД должно начинаться со II стадии болезни. При этом 89,4 % пациентов из данной популяции имели ХОБЛ II стадии и выше, но только 12 % из них получали ДДБД в качестве монотерапии и приблизительно 21 % – в комбинации с иГКС.

Большое количество незапланированных визитов к врачу в данном исследовании с высокой вероятностью является показателем обострения ХОБЛ. Наблюдаемое влияние ХОБЛ на повседневную активность позволяет говорить о недостаточной терапии у этих пациентов. Предупреждение обострений является важной целью лечения больных ХОБЛ согласно руководству GOLD, т. к. именно обострения ведут к снижению функции легких [10], длительному ухудшению КЖ [11] и повышению уровня смертности [12].

Затраты на обострения – одна из крупнейших расходных статей в лечении ХОБЛ (50–75 % всех ресурсов здравоохранения при терапии больных

ХОБЛ). Важнейшей задачей лекарственной терапии, назначаемой больным ХОБЛ, является уменьшение количества обострений и, следовательно, сохранение ресурсов здравоохранения [13, 14].

Заключение

1. Существующая клиническая практика диагностики и лечения ХОБЛ показывает, что основная группа пациентов находится в трудоспособном возрасте (40–60 лет).
2. ХОБЛ пагубно влияет на все аспекты жизни больных.
3. Лечение пациентов ХОБЛ лишь в редких случаях соответствует международным стандартам.
4. Для решения выявленных проблем необходимо в первую очередь улучшить образование врачей первичного звена, от которых во многом зависит своевременность диагностики ХОБЛ и назначение лекарственной терапии, соответствующей тяжести заболевания.

Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.). Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. 2-е изд. М.; 2004.
2. Buist A.S., McBurnie M.A., Vollmer W.M. et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007; 370: 741–750.
3. Murray C.J., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349 (9064): 1498–1504.
4. Rabin R., de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann. Med.* 2001; 33 (5): 337–343.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute; 2006 (www.goldcopd.com).
6. Han M.R., Postma D., Mannino D.M. et al. Gender and chronic obstructive pulmonary disease: why it matters. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 176: 1179–1184.
7. Sorheim I.C., Johannessen A., Gulsvik A. et al. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? *Thorax* 2010; 65: 480–485.
8. Decramer M., Celli B., Kesten S. et al. Effect of Tiotropium on outcomes in patients with moderate COPD (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374: 1171–1178.
9. Decramer M., Cooper C.B. Treatment of COPD: the sooner the better? *Thorax* 2010; 65: 837–841.
10. Donaldson G.C., Seemungal T.A.R., Bhowmik A., Wedzicha J.A. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in COPD. *Thorax* 2002; 57: 847–852.
11. Spencer S., Jones P.W. Time course of recovery of health status following an infective exacerbation of chronic bronchitis. *Thorax* 2003; 58: 589–593.
12. Soler-Cataluna J.J., Martinez-Garcia M.A., Roman S.P. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60: 925–931.
13. Rabe K.F., Hurd S., Anzueto A. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 176 (6): 532–555.
14. Toy E.L., Gallagher K.F., Stanley E.L. et al. The economic impact of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and exacerbation definition: a review. *COPD* 2010; 7: 214–228.

Информация об авторе

Овчаренко Светлана Ивановна – д. м. н., проф. кафедры факультетской терапии № 1 лечебного факультета ГОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова”; тел.: (499) 248-56-67; e-mail: svetftk@mail.ru

Поступила 05.12.11
© Овчаренко С.И., 2011
УДК 616.24-036.12-08