

УДК 616-036.86:616.3

СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

С. С. Паніна, Н. А. Саніна, Н. О. Гондуленко, Т. С. Ігумнова

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статті приведено огляд сучасних нормативно-правових документів, що стосуються нових підходів до діагностики та класифікації хронічного обструктивного захворювання легких. Показано значимість класифікації ХОЗЛ, розробленої групою експертів Глобальної ініціативи по хронічному обструктивному захворюванню легких (GOLD), яка була покладена в основу Приказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013. Освітлено необхідність її застосування в практиці медико-соціальної експертизи з метою індивідуалізації експертно-діагностичних підходів та стратифікації ризику пацієнтів.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легких, медико-соціальна експертиза, класифікація.

Summary

The article gives an overview of current legal documents relating to new approaches to diagnosis and classification of chronic obstructive pulmonary disease. It was shown the importance of the COPD classification, developed by Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD), which was the basis for the Order of the Ministry of Health of Ukraine № 555 dated 27.06.2013. The need for its use in the practice of medical and social expertise was highlighted to customize expert and diagnostic approaches and stratification of patients' risk.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, medical and social expertise, classification.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та його ускладнення становлять одну з найважливіших проблем сучасної пульмонології у зв'язку з актуальністю поширеністю, прогресуючим перебігом, досить високим рівнем інвалідизації пацієнтів та скороченням тривалості їхнього життя [1, 2, 3]. В Україні хвороби бронхолегеневої системи посідають провідне місце також і в структурі професійних захворювань, що зумовлено впливом виробничого пилу й промислових аерозолів, які включають токсичні речовини й алергени [4].

Загальний рівень первинної інвалідності дорослого та працездатного населення України внаслідок захворювань органів дихання протягом 2011–2013 рр. складає 1,3–1,2–1,0 на 10 тисяч дорослого та 1,5–1,4–1,3 на 10 тисяч працездатного населення [5]. Максимальні рівні інвалідності внаслідок патології органів дихання, які значно перевищують середній показник по Україні, традиційно реєструються у регіонах із розвинутою вугільною, металургійною та іншою важкою промисловістю – у Львівській та Донецькій областях (4,3 та 2,9 на 10 тисяч працездатного населення у 2013 р. відповідно). Більш ніж у половині випадків ХОЗЛ виявляється на етапі запущеного процесу; несвоєчасно розпочате лікування не забезпечує достатньої ефективності реабілітації і є причиною інвалідизації хворих.

Надання медичної допомоги хворим на хронічне обструктивне захворювання легень здійснюється на підставі наказів МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю

«Пульмонологія», та № 555 від 27.06.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» [6, 7]. Впровадження в практику медико-соціальної експертизи сучасних підходів до реабілітації інвалідів унаслідок ХОЗЛ та принципів побудови індивідуальних програм реабілітації також залишається актуальним [8].

Мета роботи – особливості запровадження сучасної класифікації хронічного обструктивного захворювання легень (наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р.) у практиці медико-соціальної експертизи.

Однією з головних рис Адаптованої клінічної настанови «Хронічне обструктивне захворювання легень», яка міститься у наказі № 555, є впровадження новітньої сучасної класифікації ХОЗЛ. Запропонована класифікація була розроблена групою експертів Глобальної ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) у 2011 році [9]. В Україні дана класифікація була валідизована провідними пульмонологами країни та впроваджена у нових нормативних документах, що регулюють надання лікувально-діагностичної допомоги у разі ХОЗЛ.

У новій класифікації враховується не лише ступінь обмеження вентиляційної здатності легень і стадія захворювання, але й вплив ХОЗЛ на хворого. Оцінка впливу ХОЗЛ на окремого хворого, що проявляється у визначенні ризику розвитку неспри-

ятливих подій у перебігу захворювання (розвитку загострень у майбутньому, госпіталізації, смерті внаслідок ХОЗЛ) виконується із урахуванням симптомів, класифікації по спірометрії та/або з урахуванням ризику загострень.

Для оцінки тяжкості респіраторних симптомів у пацієнтів з ХОЗЛ існує декілька валідизованих опитувальників. Група експертів Глобальної Ініціативи з хронічного обструктивного захворювання легень пропонує застосовувати Модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки Медичної До-

слідницької Ради (mMRC) та Тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test, CAT). Добре відома Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки mMRC відображає один симптом – задишку. Тест оцінки ХОЗЛ ширше відображає вплив захворювання на повсякденну активність пацієнта та його самопочуття.

Модифікована шкала задишки добре корелює з іншими інструментами для вимірювання статусу здоров'я та передбачає ризик смерті (табл. 1).

Таблиця 1

Модифікована шкала Медичної Дослідницької Ради (mMRC)

Оцінка задишки в балах	О п и с
0	Задишка виникає лише у разі дуже інтенсивного навантаження.
1	Задишка у разі швидкого підйому на поверх або під час ходьби вгору.
2	Задишка змушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки під час ходьби в своєму темпі по рівній місцевості.
3	Задишка примушує робити зупинки під час ходьби на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості.
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється під час одягання і роздягання.

Тест з оцінки ХОЗЛ (CAT) містить 8 пунктів, які вимірюють погіршення статусу здоров'я у разі ХОЗЛ. Загальна сума балів може становити від 0 до 40; тісно корелює із статусом здоров'я, який вимірюється згідно з опитувальником госпіталю св. Георгія і є надійним та чутливим (табл. 2).

Таблиця 2

Тест з оцінки ХОЗЛ (CAT)

Як триває Ваше хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)? Пройдіть тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT))

Ця анкета допоможе Вам та Вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на Ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані Вами або Вашим лікарем для того, щоб вдосконалити терапію ХОЗЛ та забезпечити найбільшу користь від лікування. Приклад:

Я дуже щасливий(-а) 0 1 2 3 4 5 Мені дуже сумно

БАЛИ

Я взагалі не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я кашляю постійно
У мене в грудях зовсім немає харкотиння (слизу)	0	1	2	3	4	5	Мої груди повністю заповнені харкотинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0	1	2	3	4	5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0	1	2	3	4	5	Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0	1	2	3	4	5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я почуваюся впевнено, незважаючи на захворювання легень	0	1	2	3	4	5	Виходячи з дому, я почуваюся невпевнено через захворювання легень
Я міцно сплю	0	1	2	3	4	5	Я погано сплю через захворювання легень
У мене багато енергії	0	1	2	3	4	5	У мене зовсім немає енергії

Загальний рахунок Тесту з оцінки ХОЗЛ визначається як сума балів відповідей на кожне з восьми запитань.

Оцінка задишки ≥ 2 та загальна сума балів Тесту з оцінки ХОЗЛ (CAT) ≥ 10 свідчать про значну вираженість симптомів ХОЗЛ. Під час проведення оцінки перевага надається Тесту CAT, тому що він повніше відображає вплив симптомів захворювання, тоді як шкала задишки оцінює лише один симптом – задишку. Можливим є застосування будь-якого одного тесту, не обов'язково обох.

Для оцінки ризику розвитку несприятливих подій захворювання в майбутньому пропонується два методи. Один заснований на спірометричній класифікації ступеня тяжкості бронхообструкції: 3-й та 4-й ступінь – тяжкий та дуже тяжкий ступені бронхообструкції (ОФВ₁ < 50% від належних) вказують на високий ризик. Інший підхід заснований на кількості загострень протягом останнього року: 2 та більше загострень вказують на високий ризик. (під час розходження між категорією ризику згідно із спірометричною класифікацією та анамнезом загострень враховується найбільший ризик).

Спершу проводиться оцінка симптомів за шкалою mMRC та визначається, куди належить пацієнт: до лівої колонки – менше симптомів (рахунок mMRC 0-1, або загальний рахунок тесту CAT менше 10); до правої – більше симптомів, рахунок mMRC ≥ 2 , або загальний рахунок тесту CAT ≥ 10).

Потім оцінюється ризик розвитку загострень, щоб визначити, до якого ряду (нижнього – низький ризик) або верхнього (високий ризик) віднести пацієнта. Це можна зробити двома шляхами. За допомогою спірометрії визначається ступінь обмеження прохідності дихальних шляхів згідно з GOLD (GOLD 1 та GOLD 2 вказують на низький ризик, GOLD 3 та GOLD 4 вказують на високий ризик та під час оцінки кількості загострень у пацієнта протягом попередніх 12 місяців (0 або 1 вказує на низький ризик, 2 та більше – на високий ризик). В окремих випадках ці два шляхи оцінки ризику загострень не вказують на однаковий ризик. У цих випадках оцінка ризику засновується на методі, який вказує на ВИСОКИЙ ризик розвитку несприятливих подій у перебігу захворювання (табл. 3).

Таблиця 3

Сучасна класифікація ХОЗЛ за групами ризику

	Під час оцінки ризику вибирати треба найбільший ризик несприятливих подій, виходячи із спірометричної класифікації або анамнезу загострень				
	4	C	D	≥ 2	
Ризик класифікації обмеження прохідності дихальних шляхів	3			A	B
	2	0			
	1				
		mMRC < 2	mMRC ≥ 2		
		CAT < 10	CAT ≥ 10		
		Симптоми			

Таким чином, групи хворих можна характеризувати, як:

1. Хворі групи А – низький ризик несприятливих подій, мало симптомів.

Як правило, GOLD 1 або GOLD 2 та/або ≤ 1 загострень за рік та mMRC < 2 або CAT < 10;

2. Хворі групи В – низький ризик несприятливих подій, багато симптомів.

Як правило, GOLD 1 або GOLD 2 та/або ≤ 1 загострень за рік та mMRC ≥ 2 або CAT ≥ 10 ;

3. Хворі групи С – високий ризик несприятливих подій, мало симптомів.

Як правило, GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥ 2 загострень за рік та mMRC < 2 або CAT < 10;

4. Хворі групи D – високий ризик несприятливих подій, багато симптомів.

Як правило, GOLD 3 або GOLD 4 та/або ≥ 2 загострень за рік та mMRC ≥ 2 або CAT ≥ 10 ;

Щодо доказовості цієї класифікації:

- Хворі з високим ризиком загострень схильні до 3-го та 4-го ступенів бронхообструкції згідно з класифікацією GOLD (тяжке та дуже тяжке обмеження прохідності повітряних шляхів) та їх

можна ідентифікувати згідно з їхніми анамнестичними даними;

- Вищий рівень загострень асоціюється із більш швидким зниженням падіння ОФВ₁ та значним погіршенням статусу здоров'я.

- CAT рахунок ≥ 10 балів асоціюється зі значним погіршенням статусу здоров'я.

Навіть за відсутності частих загострень хворі з категорії GOLD 3 та 4 можуть мати більший ризик госпіталізації та смерті. Важливість цього положення дає можливість віднести таких пацієнтів до групи «високого ризику».

Такий підхід, поєднаний з оцінкою потенціальних супутніх захворювань, краще ніж одновимірний аналіз обмеження прохідності дихальних шляхів, який раніше застосовувався для розподілу на стадії захворювання, створює основу для індивідуального ведення пацієнта з ХОЗЛ.

Нами було проведено комплексну оцінку пацієнтів з ХОЗЛ згідно з класифікацією наказу № 555. Також для пацієнтів із ХОЗЛ проводилося обчислення індексу BODE [10]. Під час обчислення даного індексу враховується індекс маси тіла, рівень ОФВ₁, вираженість задишки за шкалою mMRC,

а також дистанція, що пройдена пацієнтом під час проведення тесту 6-хвилинної ходьби.

У дослідженні брали участь 98 хворих, обстежених у клініці інституту. Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від наявності або відсутності у них групи інвалідності.

Першим кроком в оцінюванні пацієнтів було проведення кількісної оцінки вираженості задишки за допомогою шкали mMRC. Середній бал за цією шкалою складав 2,4±0,2 бала для хворих, не визнаних інвалідами, та 2,5±0,2 бала у інвалідів, тобто у всіх хворих спостерігалася помірна та тяжка вираженість респіраторної симптоматики. Під час

проведення статистичного аналізу була виявлена статистично вірогідна кореляція балів за шкалою mMRC із такими показниками, як стадія серцевої недостатності за Василенко-Стражеско ($r=0,39$, $p<0,05$), шкала симптомів бронхіту А ($r=0,53$, $p<0,01$) та індекс BODE ($r=-0,47$, $p<0,05$).

Наступним етапом нами було проведено оцінювання впливу ХОЗЛ на життя хворих за допомогою міжнародного стандартизованого опитувальника CAT (COPD Assessment Test). У табл. 4 наведено середні бали обстежених пацієнтів за цим опитувальником.

Таблиця 4

Середні бали за опитувальником CAT у хворих на ХОЗЛ

№ з/п	Рубрика тесту CAT	Значення, бали	
		інваліди	не визнані інвалідами
1	Вираженість кашлю	4,1±0,1	2,5±0,2
2	Наявність мокротиння (слизу) в легенях	3,7±0,9	2,4±0,2
3	Відчуття здавленості у грудній клітині	3,2±0,1	2,5±0,2
4	Задишка під час підйому вгору або на один сходовий проліт	3,4±0,1	3,1±0,2
5	Обмеженість повсякденної діяльності у межах будинку	2,3±0,2	2,4±0,2
6	Впевненість під час виходу із будинку	2,1±0,2	2,1±0,2
7	Якість сну	2,1±0,1	2,2±0,2
8	Енергійність	2,1±0,1	2,3±0,2
	Загальний бал за опитувальником	22,9±0,9	19,3±1,2

Таким чином, хворі, які були визнані інвалідами, демонстрували більший бал майже за усіма рубриками опитувальника CAT, що підтверджує більш виражену респіраторну симптоматику у цих хворих. Хворі, які не були визнані інвалідами, показали більший бал за доменами, які стосуються обмеженості повсякденної діяльності та якості сну; це може бути обумовлено рентними установками.

Під час проведення кореляційного аналізу опитувальника CAT за різними його рубриками

з іншими показниками функціонального стану пацієнтів було відзначено цікаві статистично вірогідні кореляції. Так, сумарна кількість балів за опитувальником CAT прямо корелювала із групою інвалідності пацієнта ($R=0,49$, $p<0,01$), балами за шкалою симптомів бронхіту «А» ($R=0,55$, $p<0,01$), сумою балів за шкалою симптомів бронхіту ($R=0,43$, $p<0,05$), індексом BODE ($R=0,55$, $p<0,01$) та обернено – зі стадією серцевої недостатності ($R=0,49$, $p<0,05$) (табл. 5).

Таблиця 5

Кореляційні зв'язки (R) рубрик опитувальника CAT із показниками функціонального стану хворих

Показники стану хворих	Рубрики тесту CAT								Загальний бал за CAT
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Група інвалідності	0,42, $p<0,05$	0,42, $p<0,05$	0,45, $p<0,05$	-	-	-	0,48, $p<0,05$		0,49, $p<0,01$
Домен «А» шкали BSS	0,68, $p<0,01$	-	-	-	0,49, $p<0,05$	0,39, $p<0,05$	0,49, $p<0,05$	0,57, $p<0,01$	0,55, $p<0,01$
Індекс BODE	0,60, $p<0,01$	-	-	-	0,44, $p<0,05$	0,40, $p<0,05$	0,59, $p<0,01$	0,46, $p<0,05$	0,49, $p<0,05$

Таким чином, даний опитувальник є простим у застосуванні та високофункціональним інструментом, який дає можливість швидко, в амбулаторних умовах оцінити стан хворого. Його застосування в рутинній практиці медико-соціальної діагностики хворих на ХОЗЛ корисне для визначення ступеня обмеження життєдіяльності та прогнозу перебігу захворювання.

З урахуванням отриманих раніше даних, пацієнти були розподілені на групи відповідно до класифікації GOLD та рекомендацій наказу МОЗ України № 555.

Серед обстежених пацієнтів загалом було відзначено переважання груп «В» та «С» (на них припадало по 33,4 % хворих відповідно); найменш розповсюдженою групою ХОЗЛ стала група «А» (8,4 % осіб); до групи «D» належали 24,8 % осіб.

Під час оцінювання хворих, які не визнавалися інвалідами, була виявлена наявність лише груп «А» та «В» – на них припадало 58,0 % та 42,0 % хворих відповідно; груп «С» та «D» серед таких хворих не зустрічалося. Навпаки, під час оцінювання хворих, яким встановлювалася група інвалідності, переважали групи «С» та «D», які склали 60,1 % та 38,0 % відповідно; було відзначено наявність невеликої кількості хворих групи «В» (1,9 %), яким група інвалідності могла бути встановлена для активного лікування або за соціальним фактором.

Під час проведення кореляційного аналізу за Спірменом було відзначено статистично вірогідну обернену кореляцію групи ХОЗЛ «А» із групою інвалідності пацієнта ($r = -0,42$, $p < 0,05$) та індексом BODE ($r = -0,65$, $p < 0,01$), а також пряму кореляцію із показником ОФВ₁ ($r = 0,68$, $p < 0,01$). Для групи ХОЗЛ «D» кореляції були протилежними – вірогідна пряма кореляція із групою інвалідності хворого ($r = 0,70$, $p < 0,01$) та індексом BODE ($r = 0,75$, $p < 0,01$), а також обернена кореляція з рівнем ОФВ₁ ($r = -0,63$, $p < 0,01$). Таким чином, отримані дані свідчать про високу цінність нової класифікації ХОЗЛ як у прогнозуванні перебігу захворювання, так і у практиці медико-соціальної експертизи.

Висновки

1. Новітня сучасна класифікація ХОЗЛ, яка відображена в наказі МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. та клінічній настанові «Хронічне обструктивне захворювання легень», краще, ніж одновимірний аналіз обмеження прохідності дихальних шляхів, який раніше застосовувався для розподілу на стадії захворювання, відображає тяжкість та прогноз захворювання, ризик розвитку ускладнень, а також є основою для індивідуального ведення пацієнта з ХОЗЛ.

2. У практиці медико-соціальної експертизи доцільно застосовувати міжнародні шкали кількісної оцінки, такі як модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної Дослідницької Ради (mMRC), тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test, CAT), індекс прогнозу хворих на ХОЗЛ (BODE), а також сучасної класифікації з виділенням груп хворих А, В, С, D із зазначенням ризику зниження виникнення несприятливих подій (загос-

трення ХОЗЛ, госпіталізацій через загострення ХОЗЛ та смерті) у майбутньому.

3. Найбільш виражені обмеження життєдіяльності спостерігаються у хворих груп С і D з показниками бронхіальної прохідності після проби з бронхолітиком менше 50 % від належних величин та показниками вираженості симптомів бронхіту (CAT) більше 10 балів.

Література

1. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко // Украинский пульмонологический журнал. – 2012. – № 2. – С. 6–8.

2. Перцева Т.А. Эпидемиология и диагностика хронического обструктивного заболевания легких / Т.А. Перцева // Украинский пульмонологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 20.

3. Медико-соціальна характеристика інвалідів та фактори настання інвалідності внаслідок захворювань легень у сполученні з серцево-судинною патологією / А. В. Іпатов, С. С. Паніна, Н. А. Саніна та ін. // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2012. – № 1 (3). – С. 32–37.

4. Родионова В.В. Актуальность проблемы хронических обструктивных заболеваний лёгких в структуре профзаболеваний. Критерии диагностики и экспертизы трудоспособности / В.В. Родионова // Украинский терапевтический журнал. – 2006. – № 1. – С. 105–113.

5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010–2013 роки: Аналітико-інформаційний довідник / [С.І. Черняк, А.В. Іпатов, О.М. Мороз та ін.]; за редакцією міністра охорони здоров'я України Р.В. Богатирьової, директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М.К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Пороги, 2011–2014. – 150 с.

6. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: наказ МОЗ України від 19 березня 2007 року № 128.

7. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень: наказ МОЗ України від 27 червня 2013 року № 555.

8. Оптимізація реабілітації та складання ПП у інвалідів внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень: методичні рекомендації / А. В. Іпатов, С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, В. М. Концур, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова. – Дніпропетровськ: «Акцент-ПП». – 2014. – 52 с.

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Updated, 2011, 2012, 2013: [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>.

10. Celli B. R. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease / B. R. Celli, C. G. Cote, J. M. Marin et al. // Eng. J. Med. – 2004, Mar 4. – № 350(10). – P. 1005–1012.

