

4. Лицкевич, Л. В. «Технология медико-социальной экспертизы пациентов с хронической обструктивной болезнью легких Инструкция по применению /Л.В. Лицкевич., О. П. Шатыко, И. М. Лаптева (рег. №207-1210 от 12.10.2010 г.)

Н.А. Порахонько, И.М. Лаптева

ОБРАТИМОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРИНФЛЯЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»

При выраженной бронхиальной обструкции в лёгких формируется патофизиологическое нарушение в виде легочной гиперинфляции – ЛГИ (т.е. гипервоздушность легких). В основе ЛГИ лежит воздушная ловушка, которая развивается из-за неполного опорожнения альвеол во время выдоха вследствие потери эластической тяги легких (статическая ЛГИ) или вследствие недостаточного времени выдоха в условиях выраженного ограничения экспираторного воздушного потока (динамическая ЛГИ). Потеря эластической отдачи легких приводит к снижению движущего давления для экспираторного потока, который также может быть снижен по причине увеличенного бронхиального сопротивления вследствие повышенного бронхомоторного тонуса, воспалительных изменений стенки бронхов и наличия секрета в просвете дыхательных путей. Функциональным отражением ЛГИ является повышение легочных объемов: остаточного объема (RV) более 120%, функциональной остаточной емкости (FRC), общей емкости легких (TLC).

Определяющее значение в дифференциальной диагностике ХОБЛ и БА до недавнего времени имела обратимость бронхиальной обструкции: прирост объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) на 12–15% или 200 мл от исходных значений в тесте с бронходилататором. Реакция на бронходилатацию учитывается как характерный функциональный дифференциально-диагностический маркер отличия БА от ХОБЛ. В последние годы обструкция при ХОБЛ определяется как «не полностью обратимая», вместо используемой ранее формулировки «необратимая бронхиальная обструкция». Было замечено, что у 10–50% больных ХОБЛ имеет место положительный бронходилатационный ответ в виде увеличения ОВФ₁ в пределах, свойственных для больных БА.

Таким образом, общепринятые клиничко-функциональные тесты, используемые при бронхообструктивных заболеваниях, не всегда позволяют провести дифференциальный диагноз между БА и ХОБЛ.

Цель исследования: сравнительное изучение обратимости гиперинфляции и её роль в дифференциальной диагностике хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы.

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены 30 пациентов: 15 с ХОБЛ средней степени тяжести и 15 с БА среднетяжелого/тяжелого течения. Оценка функционального статуса проводилась с использованием спирометрии и бодиплетизмографии (бодикамера «Erich Jaeger Masterscreen», Германия). Анализировались следующие параметры: ОФВ₁, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), индекс ОФВ₁/ФЖЕЛ, емкость вдоха (Евд), остаточный объем легких (ООЛ). Для оценки обратимости параметров бронхиальной обструкции и гиперинфляции, спирометрия и бодиплетизмография проводились повторно через 15–30 минут после ингаляции 400 мкг сальбутамола. За верхнюю границу нормы ООЛ, в соответствии с критериями Американского торакального общества, принимался показатель, составляющий 120% от должного значения.

Результаты. Было выявлено, что у 6 (40%) пациентов среднетяжелой ХОБЛ относительный и абсолютный прирост показателя ОФВ₁ существенно превосходил 12% и 200 мл. Значение коэффициента обратимости ОФВ₁ составило 20,5% от исходных параметров, а прирост абсолютных значений ОФВ₁ после назначения бронходилататора составил более 220 мл. Среди пациентов с БА в пробе с бронходилататором значение абсолютного и относительного прироста ОФВ₁ превосходило показатели у пациентов с ХОБЛ: 470 мл и 22,4%, соответственно, не достигнув уровня статистической значимости этих различий. В отличие от показателей бронхиальной обструкции, анализ обратимости параметров гиперинфляции показал существенные различия между двумя заболеваниями. У пациентов с ХОБЛ остаточный объем легких (ООЛ) в подавляющем большинстве случаев (93%) после ингаляционного бронходилататора не нормализуется, т.е. остаётся выше 120% от должных значений, тогда как при БА у 95% обследованных пациентов, напротив, регистрируется снижение ООЛ, обусловленное бронхолитиком, до показателей < 120% от должных значений. Даже при исходной условной сопоставимости показателей ООЛ в разных группах пациентов отмечается существенное уменьшение выраженности легочной гиперинфляции после бронходилататора в группе БА на 30% и лишь на 10% в группе ХОБЛ.

Выводы. Снижение ООЛ после бронходилататора ниже 120% от должного значения можно учитывать как признак БА и, напротив, сохраняющийся постбронходилатационный показатель ООЛ выше 120% предполагает вовлечение в патологический процесс паренхимы легких, что является патогномоничным для ХОБЛ. Обратимость ООЛ является важным дифференциально-диагностическим критерием между ХОБЛ и БА.