

Черенкевич Т. В., Вашкова Д. Н.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Лицкевич Л. В.

Кафедра фтизиопульмонологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. ВОЗ прогнозируется дальнейший рост заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) во всем мире в связи с повсеместным распространением курения и ухудшением экологической обстановки. Следствием ХОБЛ является нарушение толерантности к физической нагрузке (ТФН) и ограничение физической активности. "Золотым стандартом" оценки функционального состояния кардиореспираторной системы является эргоспирометрия, но для проведения данного исследования требуется сложное и дорогостоящее оборудование, которое в практике не всегда доступно. Альтернативным вариантом является 6-минутный шаговый тест (6-МШТ), который можно проводить вне отделения функциональной диагностики, поскольку он не требует дорогостоящего оборудования.

Цель: оценить ТФН у пациентов с ХОБЛ с помощью 6-МШТ.

Материалы и методы. В исследование было включено 112 пациентов. Согласно спирометрической классификации (GOLD) все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 51 пациента, у которых объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) составил $50\% \leq \text{ОФВ}_1 < 80\%$ от должных величин, что соответствует среднетяжелой степени ХОБЛ; ко второй группе отнесены 61 пациента, у которых $30\% \leq \text{ОФВ}_1 < 50\%$ от должных величин, что свидетельствует о тяжелой степени ХОБЛ. Всем пациентам 1 и 2 групп были проведены инструментальные и лабораторные методы исследования. Для оценки функциональных резервов пациентов ХОБЛ был использован 6-МШТ, который проводился по методике Enright P.L. (2003 г.). По результатам пройденного расстояния во время 6-МШТ все пациенты были отнесены к одному из четырех функциональных классов (ФК). Результаты обрабатывали с помощью программного пакета MS Office Excel, 2013.

Результаты и их обсуждение. Индекс курящего человека в первой группе составил $4,44 \pm 1,38$ пачки-лет, во второй – $13,96 \pm 3,76$ пачки-лет. Дистанция, пройденная во время 6-МШТ, в первой группе равна $304,6 \pm 9,2$ м, что соответствует 2 ФК; во второй группе пройденная дистанция равна $274,6 \pm 6,5$ м. У пациентов со среднетяжелой степенью ХОБЛ частота дыхания (ЧД) равна $19,01 \pm 1,59$ в минуту, что в совокупности с оценкой степени выраженности одышки по опроснику MRC соответствует 1 степени дыхательной недостаточности (ДН); у пациентов с тяжелой степенью ХОБЛ наблюдается дальнейшее увеличение ЧД до $21,32 \pm 1,98$ в минуту, что свидетельствует вместе с оценкой одышки по опроснику MRC о 2 степени ДН. Количество обострений у пациентов первой группы составило $1,26 \pm 0,66$ в год, второй группы – $3,29 \pm 0,62$ в год. По этому признаку определена средняя корреляционная взаимосвязь с уровнем С-реактивного белка, уровень которого у пациентов со среднетяжелой ХОБЛ равен $5,83$ мг/л ($r=0,65$, $p<0,05$), с тяжелой ХОБЛ – $7,07$ г/л ($r=0,41$, $p<0,05$).

Выводы. Курение является достоверным фактором риска развития ХОБЛ, что подтверждается увеличением индекса курящего человека с 4 до 13 пачки-лет в исследуемых группах пациентов. С увеличением тяжести течения ХОБЛ повышается степень выраженности одышки (с 3 баллов в 1 группе до 5 баллов в 2 группе) и дыхательной недостаточности и уменьшаются функциональные резервы кардиореспираторной системы, что приводит к снижению ТФН, инвалидизации и ухудшению качества жизни пациентов. По мере прогрессирования ХОБЛ увеличивается количество обострений, ассоциированных со степенью выраженности воспалительного процесса, важным предиктором которого является уровень С-реактивного белка.