

*Сиддиков К.М., ассистент кафедры
патологической анатомии и судебной медицины,
Хакимов З.К., старший преподаватель
кафедры патологической анатомии и судебной медицины,
Нурматов Х.В., ассистент кафедры
патологической анатомии и судебной медицины,
Райимбердиев С.А., клинический ординатор
кафедры патологической анатомии и судебной медицины
Юсупов Б.Л., магистр
патологической анатомии и судебной медицины,
Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан*

КОМОРБИДНОСТЬ И ПРОГНОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Резюме. В развитых странах самые большие затраты для системы здравоохранения связаны с обострениями ХОБЛ характеризуется неоднородностью клинической картины и прогноза заболевания, значительными внелегочными проявлениями и клиническими последствиями взаимодействия механизмов системного воспаления и патогенеза коморбидных и полиморбидных заболеваний и состояний. Все больше накапливаются результаты, свидетельствующие о высокой распространенности и значительном неблагоприятном влиянии на прогноз обострения фенотипов ХОБЛ с синдромом хронического бронхита, гипоксемией, респираторными и сердечно-сосудистыми полиморбидными заболеваниями. Механизм формирования коморбидности-полиморбидности неоднозначен. Один вариант, когда заболевания возникают независимо друг от друга, но их сочетание не меняет картину патологии и не оказывает значительного влияния на прогноз.

Ключевые слова: ХОБЛ, синдромом хронического бронхита, коморбидных, полиморбидных, сердечно-сосудистая патология.

*Siddikov K.M., assistant of the department
pathological anatomy and forensic medicine,
Khakimov Z.K., senior teacher
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine,
Nurmatov Kh.V., assistant of the department
pathological anatomy and forensic medicine,
Raimberdiev S.A., clinical intern
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Yusupov B.L., master
pathological anatomy and forensic medicine,
Andijan State Medical Institute,
Andijan, Uzbekistan*

COMORBIDITY AND PROGNOSIS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Summary. In developed countries, the greatest costs for the health care system are associated with exacerbations of COPD, characterized by heterogeneity of the clinical picture and prognosis of the disease, significant extrapulmonary manifestations and clinical consequences of the interaction of the mechanisms of systemic inflammation and the pathogenesis of comorbid and polymorbid diseases and conditions. More and more results are accumulating indicating a high prevalence and a significant adverse effect on the prognosis of exacerbation of COPD phenotypes with chronic bronchitis syndrome, hypoxemia, respiratory and cardiovascular polymorbid diseases. The mechanism of the formation of comorbidity-polymorbidity is ambiguous. One option is when diseases arise independently of each other, but their combination does not change the picture of pathology and does not significantly affect the prognosis.

Key words: COPD, chronic bronchitis syndrome, comorbid, polymorbid, cardiovascular pathology.

Актуальность проблемы. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем

мире. По данным ряда исследований распространенность ХОБЛ среди взрослого населения составляет 5-13%. Помимо широкой распространенности, чрезвычайно важной характеристикой ХОБЛ является ее неуклонно прогрессирующее и инвалидизирующее течение. В развитых странах самые большие затраты для системы здравоохранения связаны с обострениями ХОБЛ характеризуется неоднородностью клинической картины и прогноза заболевания, значительными внелегочными проявлениями и клиническими последствиями взаимодействия механизмов системного воспаления и патогенеза коморбидных и полиморбидных заболеваний и состояний. Все больше накапливаются результаты, свидетельствующие о высокой распространенности и значительном неблагоприятном влиянии на прогноз обострения фенотипов ХОБЛ с синдромом хронического бронхита, гипоксемией, респираторными и сердечно-сосудистыми полиморбидными заболеваниями. Механизм формирования коморбидности-полиморбидности неоднозначен. Один вариант, когда заболевания возникают независимо друг от друга, но их сочетание не меняет картину патологии и не оказывает значительного влияния на прогноз. Обычно при изучении коморбидности в этом случае анализируют сочетания: заболеваний сердечно-сосудистой системы, респираторного тракта, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, патологии опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы. Другой вариант, когда патогенетические механизмы пересекаются и влияют друг на друга, например, сердечно-сосудистая патология и сахарный диабет, опухолевые заболевания в различных сочетаниях. В этих случаях в основе лежит единый патогенетический механизм или причинно-следственная связь. В связи с этим одной из основных задач исследований ХОБЛ на современном этапе является поиск путей оптимизации диагностики и терапии обострения ХОБЛ с учетом клинически значимых фенотипов и коморбидных/полиморбидных состояний.

Цель исследования. Изучить полиморбидность у больных с обострением ХОБЛ с учетом ее фенотипа и гендерных различий.

Материал и методы исследования. Объектом для исследования послужили больные, госпитализированные в терапевтическое отделение с обострением ХОБЛ. Использовались методы клинической, лабораторной диагностики, ЭКГ, методы исследования функции внешнего дыхания – спирометрия/пневмотахиметрия, рентгенография органов грудной клетки, эхоКГ, КТ грудной клетки (по показаниям). При необходимости, при наличии полиморбидности, проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, малого таза. В группах мужчин и женщин проводился анализ частоты сопутствующих заболеваний, определяющих коморбидность/полиморбидность по системе CIRS-(Cumulative Illness Rating Scale), а также определялся индекс коморбидности по Чарлсон (ИКЧ) для определения влияния коморбидности на прогноз ХОБЛ.

Результаты исследования. Проведено обследование 122 больных ХОБЛ, госпитализированных в терапевтические отделения, из них мужчин было 54,1%, женщин -45,9%. Средний возраст больных составил $63,3 \pm 0,4$ лет. Нами была использована система CIRS для оценки коморбидного статуса у больных ХОБЛ и ее сопоставление по гендерному признаку. Результаты показали, что наиболее часто среди наших больных встречались заболевания крови (анемия), которые достоверно чаще отмечены у женщин – 96,4% (56 чел.), по сравнению с мужчинами – 71,2%, $P < 0,05$. Болезни сосудов, включая АГ, составили у мужчин – 36,4%, у женщин – 32,1%, $P < 0,05$. Болезни эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение, зоб) встречались у женщин достоверно чаще, чем у мужчин – 26,8% и 16,7%, соответственно, $P < 0,05$. Болезни опорно-двигательного аппарата встречались у 18,2% мужчин и 21,4% -женщин, но гендерных различий не отмечено. Заболевания сердца достоверно чаще выявлены у мужчин -21,2%, по сравнению с женщинами - 7,1%, $P < 0,05$. По другим заболеваниям достоверной разницы по гендерному признаку не выявлено. По системе CIRS

мы проанализировали степень тяжести коморбидной/полиморбидной патологии у обследованных нами мужчин и женщин в зависимости от фенотипа ХОБЛ. Результаты исследования показали, что в целом преобладала полиморбидность легкой степени – 91,8%, причем как у мужчин, так и женщин, соответственно, 89,4% и 92,8%, средняя степень тяжести встречалась у 8,2%: 10,6% мужчин и 7,2% женщин. Тяжелая степень тяжести среди обследованных нами больных по системе CIRS не было. Не получено и достоверных гендерных различий. Для оценки дальнейшего прогноза у больных с длительными сроками наблюдения нами использовался ИКЧ, который представляет собой балльную систему оценки возраста и наличия определенных сопутствующих заболеваний. Большинство больных ХОБЛ имели ИКЧ равный 5 баллам и более – 59,0%, что соответствует 21% 10-летней выживаемости больных. 21,3% имели 4 балла, что соответствует 53% 10-летней выживаемости, 3 балла имели – 12,4%, что соответствует 77% 10-летней выживаемости, 2 балла – 4,9%, соответствует 90% 10-летней выживаемости, и всего лишь у 2,4% больных был 1 балл, соответствующий 96% 10-летней выживаемости больных с полиморбидной патологией. Анализируя результаты ИКЧ, с учетом гендерных различий, было получено, что у 1,5% больных мужчин ИКЧ составил 1 балл, среди женщин больных с таким баллом выживаемости оказалось 3,6%; ИКЧ равный 2 баллам был выявлен у 4,5 % мужчин и у 5,3%; У 16,7% мужчин и у 7,3% женщин ИКЧ был равен 3 баллам, у 18,2% мужчин и у 25,0% женщин ИКЧ был равен 4 баллам; И 59,1% больных мужчин и 58,9% женщин имели ИКЧ равный 5 баллам и более. Изучая ИКЧ у больных с разными фенотипами ХОБЛ было получено, что 57,9% лиц с бронхитическим фенотипом имели 5 баллов и более, со смешанным фенотипом – 64,3%, с эмфизематозным – 40,0%; 4 балла было у 21,6% лиц с бронхитическим- у 21,4% со смешанным-у 20% с эмфизематозным. 3 балла было, соответственно, у 11,4%, у 14,3% и у 20,0%. 2 балла выявлено у 5,7% больных с бронхитическим, у 0 % со

смешанным и у 20% с эмфизематозным, а 1 балл был выявлен только у 3,4% больных с бронхитическим фенотипом, это были пациенты моложе 40 лет. При других фенотипах ИКЧ, равный 1 баллу, выявлен не был.

Выводы.

1. В полиморбидной патологии среди пациентов ХОБЛ наибольший процент составили анемии, как у мужчин -71,2%, так и, особенно, у женщин-96,4%, что отличает нашу популяцию от больных других регионов. На втором месте – болезни сосудов, включая АГ, причем примерно одинаково часто, как у мужчин – 36,4%, так и у женщин – 32,1%, $P<0,05$. Третью позицию, в структуре полиморбидности занимают болезни эндокринной системы, причем у женщин достоверно чаще, чем у мужчин – 26,8% и 16,7%, соответственно, $P<0,05$.

2. Анализ ИКЧ у больных ХОБЛ в зависимости от гендерных различий показал, что существенных отличий в прогнозировании 10-летней выживаемости между больными мужчинами и женщинами не имеется, у большинства больных в обеих группах ИК был равен 5 и более баллам, что соответствует 21% 10-летней выживаемости больных.

3. Исследование подтвердило, что наихудшими фенотипами, в плане прогноза жизни, являются бронхитический и смешанный, так как именно при этих фенотипах рано развиваются дыхательная и сердечная недостаточность, которые ухудшают течение и прогноз больных ХОБЛ.

Использованная литература.

1. Авдеева О.Е., Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Современные представления об облитерирующем бронхиолите. Чучалин А.Г.: ХОБЛ, 2008. М., с. 462-479.
2. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Тяжёлая внебольничная пневмония // Русский медицинский журнал. - 2012. - № 5. - Том 9. - С. 458-462.
3. Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане (Сборник научных трудов). Ташкент, 2017, с.117.
4. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. Ташкент, 2003, 6, с. 186.

5. Карпов О.И. Фармакоэпидемиология лечения пневмоний в амбулаторных условиях // Пульмонология. - 2000. - № 2. - С. 50-56.
6. Clark L., Davies C. Опыт применения лефвофлоксацина для лечения внебольничной пневмонии в крупной клинике // Am. J. Health - Syst. Pharm. - 200. -57 (suppl 1 3)/-p. 10-13.