



М.М. Юсупалієва

Медична академія імені С.І. Георгієвського, Сімферополь

## Структура коморбідної патології у хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень на етапі санаторно-курортного лікування

**Мета роботи** — вивчення структури супутніх захворювань у хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), направлених на санаторно-курортне лікування, а також оцінка адекватності виявлення коморбідної патології в лікувальних установах за місцем відбору.

**Матеріали та методи.** Обстежено 312 хворих із ХОЗЛ I–III стадії (групи А, В, С за класифікацією GOLD-2014), проаналізовано медичну документацію та дані лабораторного, функціонального, інструментального й рентгенологічного досліджень, виконаних протягом останнього місяця.

**Результати та обговорення.** Встановлено, що всі пацієнти мали від 1 до 7 супутніх захворювань, при цьому у 59,3 % одночасно було мінімум 3 хвороби, крім ХОЗЛ. Найчастішими коморбідними станами були захворювання серцево-судинної системи (58,0 %) і органів травлення (41,7 %). Констатовано значну гіподіагностику на амбулаторному етапі цукрового діабету й метаболічного синдрому. Також нікого із 312 хворих із ХОЗЛ не обстежували за місцем проживання щодо виявлення остеопорозу й можливих порушень у психічній сфері.

**Висновки.** У хворих на ХОЗЛ у більшості випадків (59,3 %) була констатована одночасна наявність трьох та більше соматичних хвороб.

### Ключові слова

Хронічне обструктивне захворювання легень, коморбідні стани, санаторно-курортне лікування.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) посідає одне з провідних місць серед причин смерті в промислово розвинених країнах. Згідно з даними ВООЗ, ця хвороба в структурі летальності посідає 4-те місце у світі, від неї щорічно вмирають майже 2,75 млн осіб, тобто це 4,8 % причин смерті. А за прогнозом «Дослідження глобальної шкоди від захворювань», до 2020 року вона вийде на 3-тє місце [2]. ХОЗЛ часто співіснує з іншими захворюваннями, які значно погіршують прогноз. Деякі з них розвиваються незалежно від ХОЗЛ, інші — внаслідок ХОЗЛ. Можуть мати спільні причини та чинники ризику, одне захворювання може само по собі збільшувати ризик розвитку іншого [3, 5]. У визначенні ХОЗЛ останнього перегляду GOLD вказано, що «...супутні захворювання

впливають на загальну тяжкість захворювання у окремих пацієнтів» [2]. Ризик смерті у таких хворих зростає з підвищенням кількості супутніх захворювань та не корелює зі значенням об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>) [6]. У загальній популяції кількість випадків поєднаної патології закономірно зростає з віком — від 10 % до 20 років та до 80 % понад 80 років [1]. Однак хоча серед хворих із ХОЗЛ переважно є літні люди, супутні хвороби неможливо пояснити лише віком. У документі GOLD-2014 вказано, що наявність ХОЗЛ сама по собі підвищує ймовірність інших захворювань. Можливо, певні спільні риси, зокрема системне запалення, характерне як для ХОЗЛ, так і для деяких інших захворювань, дають підстави пояснити причини згаданої коморбідності [2, 9]. Слід також враховувати, що наслідки ХОЗЛ, наприклад, зниження фізичної активності, також підвищують ризик розвитку супут-

Таблиця. Структура коморбідної патології у хворих із ХОЗЛ

Супутні хвороби	Абс.	%
Серцево-судинні	181	58,0
Травного каналу	130	41,7
Сечостатевої системи	78	25,0
Цукровий діабет	66	21,2
Метаболічний синдром	43	13,8
Опорно-рухового апарату	58	18,6

ніх захворювань [1]. Усе зазначене вище вказує на безумовну важливість раннього виявлення коморбідної патології у хворих із ХОЗЛ для своєчасного призначення повноцінної терапії.

**Мета роботи** – вивчення структури супутніх захворювань у хворих із ХОЗЛ, направлених на санаторно-курортне лікування (СКЛ), а також оцінка адекватності виявлення коморбідних станів у лікувальних закладах за місцем відбору.

### Матеріали та методи

У дослідженні брали участь 312 хворих із ХОЗЛ I–III стадії (групи А, В, С, згідно з класифікацією GOLD-2014) у стабільній фазі, що перебували на СКЛ у ДУП РК «Санаторій «Місхор» (м. Ялта) та ДУП РК «Спеціалізований клінічний Алуштинський санаторій «Ветеран». Чоловіків було 228 (73,1 %), жінок – 84 (26,9 %), середній вік – (57,4 ± 2,9) року. Діагноз ХОЗЛ встановлювали/коректували з урахуванням рекомендацій GOLD-2014. Ступінь задишки визначали за Міжнародною шкалою оцінки тяжкості задишки (Medical Research Council Scale – mMRC), виразність загального симптомокомплексу (кашель, відходження харкотиння, толерантність до фізичних навантажень, вплив захворювання на щоденну активність, сон та загальний стан) оцінювали за результатами тесту контролю над ХОЗЛ (опитувальник САТ – COPD Assessment Test) [2]. обов'язково встановлювали статус куріння, розраховуючи індекс куріння (ІК, пачка/років) [6]. Аналізували санаторно-курортні карти, витяги з амбулаторних карт та інші медичні документи. Враховували лише верифіковані діагнози, а також дані клініко-лабораторного, функціонального досліджень та рентгенограми органів грудної клітки, виконані протягом останнього місяця. Усім хворим під час поступлення проводили спірографію з аналізом ОФВ<sub>1</sub>, форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) та співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ. Вказані швидкісні показники враховували після виконання тесту на оборотність брон-

хообструкції з використанням  $\beta_2$ -агоніста короткої дії сальбутамола.

### Результати та обговорення

Дослідження засвідчило, що у більшості пацієнтів (168 осіб, або 53,8 %) був помірний ступінь тяжкості ХОЗЛ (група В), легкий перебіг захворювання (група А) констатовано у 58 (18,6 %), тяжкий (група С) – у 86 (27,6 %). Анамнез куріння мали 228 (73,1 %) хворих, з яких у 191 (61,2 %) ІК сягав 15 і більше пачко-років. На момент дослідження продовжувала курити 81 (26,0 %) особа. Домінував змішаний фенотип ХОЗЛ, встановлений у 149 (47,8 %) випадків, у 112 (35,9 %) виявлено переважно бронхітичний та у 51 (16,4 %) – емфізематозний фенотипи. Крім вказаних фенотипів, у 64 (20,5 %) пацієнтів був «overlap»-фенотип [6], оскільки в них ХОЗЛ поєднувалося з бронхіальною астмою (БА), при цьому достовірно з'ясувати, яке з двох захворювань є домінуючим і первинним, було неможливо. На момент прибуття на курорт діагноз БА не було встановлено у 27 з 64 хворих, хоча вони мали ознаки хвороби (анамнез atopії, фактор спадковості, характерна реакція на аероіританти, еозинофілія крові та харкотиння, добова та сезонна варіабельність симптомів, позитивна реакція на  $\beta_2$ -агоніст у тесті на оборотність бронхообструкції). Та, навпаки, у 36 осіб (24 з них – жінки) з верифікованим за місцем проживання діагнозом БА були типові анамнестичні та клінічні дані на користь також і ХОЗЛ – тривалий стаж куріння (понад 20 пачка/років), інфекційно залежні загострення, стійке прогресування з роками задишки (на момент дослідження – 3 бали, за шкалою mMRC).

Під час аналізу структури позалегенової коморбідної патології встановлено, що у всіх кількості супутніх захворювань коливалася від 1 до 4. При цьому 185 (59,3 %) пацієнтів мали одночасно мінімум три хвороби, крім ХОЗЛ. Найчастіше це були захворювання серцево-судинної системи (ССС) та травного каналу (таблиця).

У всіх пацієнтів із серцево-судинною патологією спостерігалася комбінація двох та більше захворювань. Найчастіше одночасно виявляли ішемічну хворобу серця (ІХС) та гіпертонічну хворобу (ГХ) – у 133 (42,6 %). При цьому в первинній медичній документації діагнозу ІХС не було вказано у 45 (33,8 %) із них, а ГХ – у 66 (49,6 %). Зі слів пацієнтів, на диспансерному обліку вони також не перебували, тому не отримували адекватної базисної терапії. Патологія ССС, за даними літератури, є головною, найчастішою та найважливішою групою хвороб, що співіснують із ХОЗЛ [2, 4, 7]. За даними попу-

ляційних досліджень, ризик смерті від них у хворих із ХОЗЛ підвищений у 2–3 рази порівняно з особами таких самих вікових груп, які не мають ХОЗЛ, та складає приблизно 50 % загальної кількості смертельних випадків [6].

Серцеву недостатність (СН) встановлено у 144 (46,2 %) хворих, при цьому на етапі СКЛ — у 56 (38,9 %). Враховували лише випадки з набряковим синдромом тієї чи тієї виразності, оскільки першопричину задишки та зниження толерантності до фізичного навантаження в разі ХОЗЛ верифікувати край тяжко. Тут доцільне обов'язкове та якомога раніше проведення ехокардіографії усім хворим із ХОЗЛ, що мають ознаки серцево-судинного захворювання.

Наступною за частотою була патологія травного каналу (ТК), констатована у 130 (41,7 %) випадках. Із них у 93 (29,8 %) пацієнтів виявлено по дві й більше хвороб органів травлення. Домінували хронічний гастрит — (71 випадок, або 22,6 %) та хронічне ураження жовчного міхура (57 випадків, або 18,3 %). Діагноз хронічного калькульозного холециститу по прибутті в санаторій не вказували у 9 пацієнтів (був встановлений у 21). Підтвердили його наявність після ультразвукового дослідження, призначеного з причини того, що хворі висловлювали характерні скарги (локальний біль та м'язове напруження в правій надчеревній ділянці під час пальпації). Хронічний панкреатит (48 випадків) та хронічне захворювання печінки (45 випадків) спостерігалися практично з однаковою частотою (15,4 і 14,4 % відповідно). У 28 хворих із ХОЗЛ (9,0 %) був також хронічний коліт, який діагностували за місцем проживання.

Захворювання сечостатевої системи виявлено у 81 (25,9 %) хворого, а у 28 (9,0 %) одночасно спостерігалися дві та більше нозологічні форми. Переважно це були ураження передміхурової залози (аденома, простатит) — 47 (15,1 %) випадків. У 30 (9,6 %) пацієнтів була сечокам'яна хвороба, причому у 5 її діагноз встановлено в санаторії на підставі УЗД нирок, виконаного з приводу гематурії у повторних аналізах сечі на тлі вкрай низьких клініко-анамнестичних даних (відсутність у минулому епізодів ниркової кольки, негативні або сумнівні симптоми Пастернацького). У 17 (5,5 %) осіб був хронічний пієлонефрит, у 8 з них ускладнений вторинною артеріальною гіпертензією. Під час УЗД у 12 (3,8 %) хворих діагностовано кісти нирок (у 3 випадках — двобічний полікістоз). Лише 5 з них перебували на диспансерному обліку з приводу згаданої патології за місцем проживання та періодично отримували відповідну терапію.

У останні роки, за даними літератури, почастишали випадки метаболічного синдрому (МС) та цукрового діабету (ЦД) у пацієнтів із ХОЗЛ [2, 10]. ЦД і МС констатовано відповідно у 66 (21,2 %) і 43 (13,8 %) хворих. Стосовно ЦД слід зазначити, що до прибуття на курорт цей діагноз не був встановлений у 24 із 66 хворих. Цей факт не може не турбувати, оскільки визнано, що ЦД має значний негативний вплив на перебіг та прогноз ХОЗЛ. У хворих на ЦД 2-го типу спостерігається виразніша дихальна недостатність, загострення бувають частіше, тяжче перебігають коронарна хвороба серця, хронічна серцева недостатність та ГХ, зростає легенева гіпертензія на тлі менш виразної гіперінфляції [6, 10]. У санаторії діагноз ЦД встановлено на підставі стійкої гіперглікемії, підтвердженої результатами повторних досліджень вмісту глюкози у сироватці крові. МС характеризується підвищенням маси вісцерального жиру та формуванням інсулінорезистентності, які зумовлюють порушення вуглеводного, ліпідного та пуринового обміну, а також артеріальну гіпертензію. МС асоціюється з субклінічним ураженням органів-мішеней, що виявляється зниженням фільтраційної функції нирок, мікроальбумінурією, збільшенням жорсткості артерій, гіпертрофією лівого шлуночка серця, а також його діастолічною дисфункцією та дилатацією. Нині МС розглядають як фактор високого ризику розвитку атеросклерозу, хвороб ССС та ЦД 2-го типу. Вказані негативні наслідки МС особливо актуальні для хворих із ХОЗЛ, тому цей коморбідний стан слід відображати в клінічному діагнозі та впроваджувати заходи, спрямовані на боротьбу з ожирінням і корекцію дисліпідемії.

Патологію опорно-рухового апарату констатовано у 58 осіб (18,6 %). Переважали артрози великих суглобів або остеохондроз хребта. Водночас у жодного з 312 пацієнтів не проводили досліджень за місцем проживання щодо виявлення остеопорозу — одного з головних супутніх захворювань при ХОЗЛ, що асоціюється з поганим прогнозом [2]. Ймовірним поясненням згаданого факту може бути недостатність діагностичного обладнання в лікувальних закладах, однак також неможливо не враховувати й брак певної пильності у лікарів. У цьому зв'язку доцільно нагадати, що остеопороз у хворих на ХОЗЛ часто поєднується зі зниженим індексом маси тіла ( $IMT < 21 \text{ кг/м}^2$ ), зокрема внаслідок втрати м'язової тканини [8]. Тому як мінімум просте зважування з контролем ІМТ та корекцією нутритивного статусу має бути обов'язковим компонентом легеневої реабілітації таких пацієнтів.

Важливою проблемою також слід вважати часте поєднання ХОЗЛ з депресією та тривожними розладами. Ці коморбідні стани асоціюються з такими чинниками, як молодий вік, жіноча стать, куріння, і на ранніх етапах хвороби можуть бути зумовленими гіпоксією [2, 5]. Пацієнтів складно курирувати, бо вони не завжди здатні адекватно оцінити свій стан і з ними важко досягти комплаєнсу. На жаль, у медичних документах у жодного з них не було даних про дослідження з метою виявлення можливих відхилень у психоемоційній сфері.

### Висновки

Таким чином, було встановлено, що всі хворі з хронічним обструктивним захворюванням легень, направлені на санаторно-курортне лікування,

мали принаймні ще одне захворювання, а у більшій частині з них (59,3 %) констатовано одночасно три та більше хвороб. Найчастіше виявляли захворювання серцево-судинної системи (58,0 %), при цьому у 42,6 % пацієнтів ішемічна хвороба серця поєднувалася з гіпертонічною хворобою, а у 46,2 % були ознаки серцевої недостатності. Наступною за частотою була патологія органів травлення (41,7 % випадку). У медичній документації не було інформації, що свідчила б про виконання за місцем проживання хворих досліджень, спрямованих на виявлення остеопорозу та оцінку психічного статусу. Також констатовано значну гіподіагностику цукрового діабету та метаболічного синдрому. Тому дуже важливо своєчасно їх виявляти в означеного контингенту хворих.

### Список літератури

1. Гашинова К.Ю. Системні прояви та коморбідність у амбулаторних пацієнтів з ХОЗЛ // Укр. пульмонолог. журн.— 2013.— № 2.— С. 41–45.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.): пер. с англ. / Под ред. А.С. Белевского.— М.: Российское респираторное общество, 2015.— 92 с.
3. Крахмалова О.О. Ведення пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень та ішемічною хворобою серця: невирішені питання // Укр. пульмонолог. журн.— 2015.— № 1.— С. 52–57.
4. Мостовий Ю.М., Распутіна Л.В. Хронічне обструктивне захворювання легень та артеріальна гіпертензія: особливості клінічного перебігу, тактика лікування // Укр. пульмонолог. журн.— 2010.— № 1.— С. 23.
5. Островський М.М., Герич П.Р. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ // Укр. пульмонолог. журн.— 2011.— № 4.— С. 19–24.
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / Под ред. А.Г. Чучалина.— М.: Российское респираторное общество, 2013.— 37 с.
7. Ячник А.І., Свінціцький А.С., Шупер С.В. Хронічне обструктивне захворювання легень та ішемічна хвороба серця: паралелі і перехрестя коморбідності // Укр. пульмонолог. журн.— 2014.— № 4.— С. 38–42.
8. Bolton C.E., Ionescu A.A., Shiels K.M. et al. Associated loss of fat-free mass and bone mineral density in chronic obstructive pulmonary disease // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 2004.— Vol. 170.— P. 1286–1293.
9. Fabbri L.M., Luppi F., Beghe B., Rabe K.F. Complex chronic comorbidities of COPD // Eur. Respir. J.— 2008.— Vol. 31.— P. 204–212.
10. Mannino D.M., Thorn D., Swensen A., Holguin F. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in chronic obstructive pulmonary disease // Eur. Respir. J.— 2008.— Vol. 32.— P. 962–969.

М.М. Юсупалиева

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

## Структура коморбідної патології у больних с хронічним обструктивним захворюванням легких на етапі санаторно-курортного лікування

**Цель работы** — изучение структуры сопутствующих заболеваний у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), направленных на санаторно-курортное лечение, а также оценка адекватности выявления коморбідной патологии в лечебных учреждениях по месту отбора.

**Материалы и методы.** Обследовано 312 больных с ХОБЛ I–III стадии (группы А, В, С по классификации GOLD-2014), проведен анализ медицинской документации и данных лабораторного, функционального, инструментального и рентгенологического исследований, выполненных в течение последнего месяца.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что все пациенты имели от 1 до 7 сопутствующих заболеваний, при этом 59,3 % страдали одновременно минимум тремя болезнями, помимо ХОБЛ. Наиболее частыми коморбідными состояниями были заболевания сердечно-сосудистой системы (58,0 %) и пищеварительного канала (41,7 %). Констатирована значительная гиподіагностика на амбулаторном этапе сахарного диабета и метаболіческого синдрома. Также никто из 312 больных с

ХОБЛ не был обследован по месту жительства на предмет выявления остеопороза и возможных нарушений в психической сфере.

**Выводы.** У больных с ХОБЛ в большинстве случаев (59,3 %) было констатировано одновременное наличие трех и более соматических заболеваний.

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, коморбидные состояния, санаторно-курортное лечение.

M.M. Yusupalieva

Medical Academy named after S.I. Georgievsky, Simferopol

## Structure of co-morbid pathology in patients with chronic obstructive pulmonary disease at the stage of sanatorium-resort treatment

**Objective** – was to study the structure comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) which were sent at the sanatorium restorative treatment, as well as the assessment of the adequacy of the detection of co-morbid pathology in health-care facilities at the place where samples have been taken.

**Materials and methods.** There were examined 312 patients with COPD I–III stages (groups A, B, C on the classification of GOLD-2014). The medical documentation, data of laboratorial, functional, instrumental and chest X-ray examination were analysed.

**Results and discussion.** There was found that all patients suffered from one to seven comorbid diseases at the same time. The most common were cardiovascular (58.0 %) and gastro-intestinal (41.7 %) pathology. The significant hypodiagnosics at the ambulant stage of diabetes and metabolic syndrome was revealed. Also none of 312 patients with COPD was examined on a residence to identify osteoporosis and possible violations in the mental sphere.

**Conclusions.** Patients with COPD in most cases (59.3 %) it was established simultaneous presence of three or more somatic diseases.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, comorbidity, sanatorium-resort treatment.

---

### Контактна інформація:

Юсупалієва Муясар Мансурівна, проф. кафедри фтизіатрії та пульмонології  
295006, м. Сімферополь, бульв. Леніна, 5/7  
E-mail: 1717 pul@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 13 липня 2015 р.