

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В КОМОРБИДНОСТИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Холжигитова Мухайё Бердикуловна¹

Носирова Дилдора Эркиновна²

Убайдуллаева Наима Набихановна³

АННОТАЦИЯ

Вопросы, касающиеся темы совместного течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), на сегодняшний момент являются весьма актуальными. Это связано со схожестью клинических проявлений, сложностью диагностики. Больные ХОБЛ, имеющие коморбидные болезни, инфицированные SARS-CoV-2, представляют собой особо уязвимую группу лиц с осложненным течением и часто неблагоприятным исходом болезни. В свете сказанного, изучение лабораторные показатели и особенностей их и факторов риска разработка ранние диагностики способов и реабилитации больных ХОБЛ в сочетании с метаболическим синдромом на фоне COVID-19 остается актуальной проблемой.

Ключевые слова: хронической обструктивной болезни легких, короновирусная инфекция, коморбидное состояние, тяжелый COVID-19, ингаляцион глюкокортикоид

Актуальность. После пандемии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у перенесших COVID-19, являясь широко распространенным заболеванием среди населения мира, наносит серьезный социально-медицинский и экономический вред и приводит к инвалидности. Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность ХОБЛ в мире в среднем составляет от 10% до 47%. (1,4,8). В России, согласно проведенным научным исследованиям, более 25% обращений пациентов к врачу составляют заболевания органов дыхания (2,6,10). В последние годы заболеваемость хронической патологией легких растет во всем мире, в том числе и в Узбекистане, что характеризуется их увеличением по отношению к общим заболеваниям на 21%. (3,5,7). В настоящее время известно много факторов риска, способствующих развитию ХОБЛ, но наиболее распространенными среди них являются курение и инфекционный фактор, которые сопровождают 50-60% случаев. ХОБЛ является наиболее распространенным респираторным заболеванием и существует мнение, что инфекция способствует возникновению иммунных нарушений и является причиной рецидивов. Поэтому определение этиологии ХОБЛ,

¹ PhD., доцент кафедры внутренние болезни №4 Самаркандский Государственный медицинский Университет

² ассистент кафедры внутренние болезни №4 Самаркандский Государственный медицинский Университет

³ DSc, доцент, кафедра пульмонологии с курсом клинической аллергологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников



прогнозирование его течения и поиск новых методов лечения является важной задачей клинической пульмонологии (9,10).

Во всем мире проводится ряд научных исследований, направленных на достижение высокой эффективности в улучшении ранней диагностике, лечении и профилактики ХОБЛ. При этом одной из важных задач при ХОБЛ у перенесших COVID-19 является определение в патогенезе заболевания роли короновиральной инфекции для определения степени тяжести, ранней диагностики и прогноза заболевания.

Цель исследования: изучить возможности профилактики тяжелого течения COVID-19 у пациентов с ХОБЛ в коморбидности с метаболическим синдромом.

Материал исследования. Были исследованы 205 пациента ХОБЛ с МС GOLD II и III стадии. На этих стадиях уже можно определить клинический фенотип ХОБЛ. 116 (56,6%) мужчин и 89 (43,4%) женщин гендерный индекс составил 1,3/1,0 в пользу мужчин. Также были изучены сравнительные данные пациентов ХОБЛ с МС в зависимости от наличия у них КВИ. Больные были разделены на 2 группы – I группу составили 139 (67,8%) пациентов ХОБЛ с МС и КВИ в анамнезе, и II группа - 66 (33,2%) больной ХОБЛ, не имеющие в анамнезе коронавирусную инфекцию (рис.1).

Из таблицы 1. видно, что в I группе процент пациентов среднего возраста составил 49,3% (почти половина пациентов ХОБЛ с МС были среднего возраста). Также в I группе по сравнению со II группой доля женщин в целом и в возрастных категориях среднего и пожилого возраста была достоверно выше ($p < 0,05$) (табл.1). Женский пол пациентов ХОБЛ с МС был в группе риска по заболеваемости МС и КВИ.



Рисунок 1. Распределение больных по группам.

Таблица. 1.

Распределение пациентов ХОБЛ с МС в зависимости от от пола и возраста в группах.



возраст по ВОЗ, 2021	ПОЛ	Пациенты ХОБЛ с МС		I группа		II группа	
		n	%	n	%	n	%
18-44 лет (молодой возраст)	муж	11	57,9%	8	57,1%	3	60,0%
	жен	8	42,1%	6	42,9%	2	40,0%
	всего	19	9,3%	14	10,1%	5	7,6%
45-59 лет (средний возраст)	муж	58	77,3%	39	75,0%	19	82,6%
	жен	43	57,3%	33	63,5%	10	43,5%
	всего	101	49,3%	72	51,8%	29	43,9%
60-74 лет (пожилой возраст)	муж	47	57,3%	29	55,8%	14	60,9%
	жен	38	42,7%	24	46,2%	8	34,8%
	всего	85	41,5%	53	38,1%	32	48,5%
Итого	муж	116	56,6%	76	54,7%	40	60,6%
	жен	89	43,4%	63	45,3%	26	39,4%
	всего	205	100,0%	139	67,8%	66	32,2%

Все пациенты с ХОБЛ +МС в группах были разделены на подгруппы в зависимости от клинического фенотипа ХОБЛ. Таким образом, в каждой группе были 3 подгруппы – А подгруппа - Бронхитический фенотип течения ХОБЛ, В- подгруппа - Эмфизематозный фенотип, С-подгруппа – Смешанный фенотип. Распределение по подгруппам показано в таблице 2. I -А подгруппу составили 77 пациентов, I -В подгруппу составили – 27 пациентов, I- С подгруппу составили 35 пациентов, II-А подгруппу – 27 пациентов, II – В подгруппу 24 пациента, II-С - 15 пациентов. 104 (50,7%) пациентов составили А подгруппы (бронхитический фенотип ХОБЛ), 51 (24,9%) пациентов с эмфизематозным фенотипом ХОБЛ вошли в В-подгруппы, и 50 (24,4%) были пациенты со смешанным фенотипом ХОБЛ составили С-подгруппы (табл.2).

Таблица 2.

Распределение пациентов ХОБЛ с МС по группам (в зависимости от перенесенной КВИ) и подгруппам (в зависимости от клинического фенотипа).

Подгруппы	Стадии ХОБЛ	I группа, n=139		II группа, n=66		всего ХОБЛ+МС, n= 205	
		abc	%	abc	%	abc	%
A	Бронхитический	77	55,4%	27	13,2%	104	50,7%
B	Эмфизематозный	27	19,4%	24	11,7%	51	24,9%
C	Смешанный	35	25,2%	15	7,3%	50	24,4%

По данным анамнеза было выделено три градации, определяющие отношение пациентов к курению: не курившие никогда, курящие, прекратившие курить. У курящих и прекративших курить изучался анамнез курения, отмечался стаж курения. В целом у больных ХОБЛ с МС 139 человека (68,0%) курят в настоящее время и 41 (19,7%) - курили в прошлом, никогда не курили 25 человека (12,3%). Среднее значение стажа курения составило 16,24±0,28 лет. В I группе бывших курильщиков (15,8%) было меньше по сравнению со II группой (22,9%). Во II группе было больше курильщиков – 70,5% (достоверность не выявлена).

Методы исследования. Общеклинические, тест оценки ХОБЛ (COPD Assessment Test, CAT) CAT; опросник mMRC; оценка показателей функции внешнего дыхания осуществлялась на диагностической системе «Валента». Статистическую обработку полученных результатов



проводили с использованием общепотребительных методов параметрической и непараметрической статистики. Математическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

Результаты исследования. При комплексном клинико-инструментальном обследовании больных I группы было обнаружено, что II стадия ХОБЛ - была у 83 человека (59,7%) и III стадия ХОБЛ - у 56 человек (40,3%), во II группе у 23 (34,8%) была II стадия ХОБЛ, у 43 (65,2%) – III стадия ХОБЛ (рис.2).

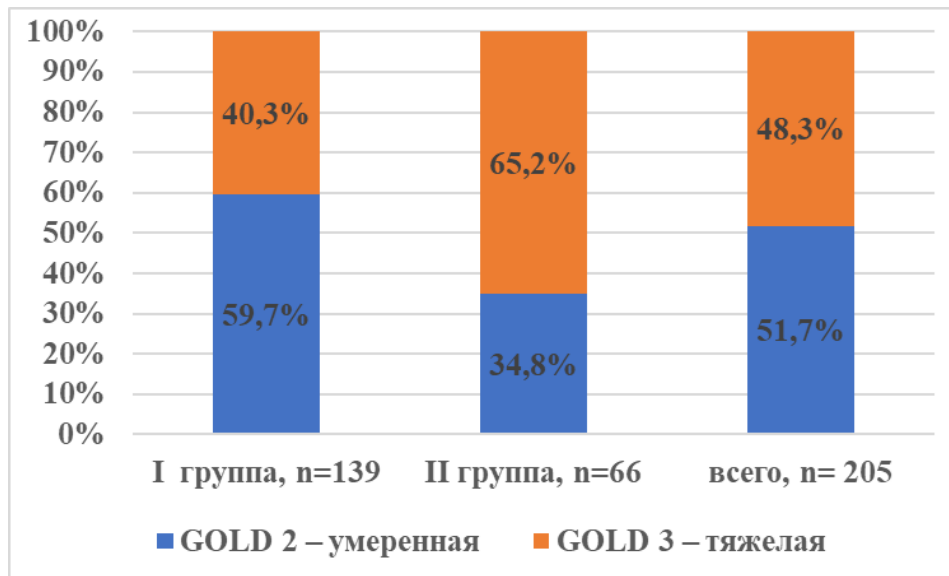


Рисунок 2. Стадии ХОБЛ по GOLD в группах.

Оценка степени тяжести одышки и ее влияние на состояние здоровья пациентов позволила определить большую степень ограничения физической активности у больных ХОБЛ и МС по сравнению с больными ХОБЛ без МС. По шкале mMRC в I группе выраженность одышки была достоверно выше по сравнению со II группой и составила $1,72 \pm 0,47$ и $1,43 \pm 0,61$ баллов соответственно ($F=13,81$; $p=0,0001$) (рис.3).

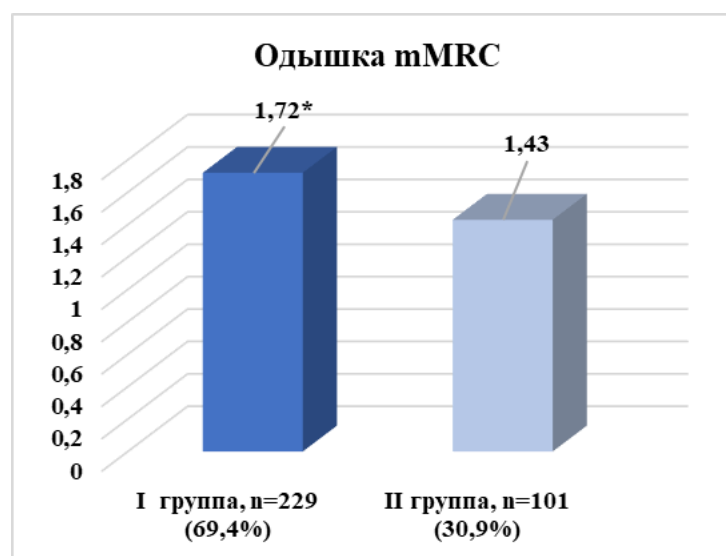


Рисунок 3. Оценка выраженности одышки по шкале mMRC, баллы.



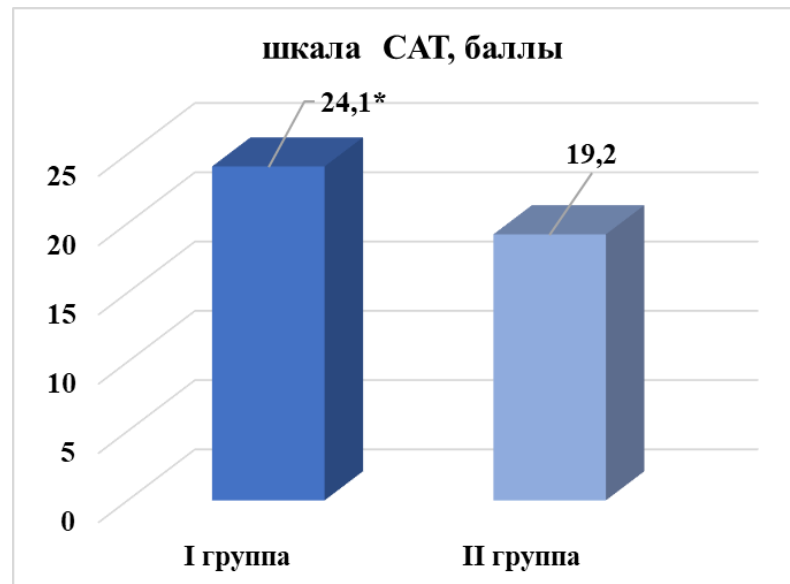


Рисунок 4. Результаты опросника САТ для оценки тяжести состояния пациента, баллы

В отношении пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией (КВИ) в анамнезе, то по шкале mMRC в I группе уровень одышки был достоверно выше $-1,72 \pm 0,47$ баллов – по сравнению со II группой $-1,43 \pm 0,61$ баллов ($p < 0,05$).

Результаты опросника в баллах САТ были достоверно выше в группе больных ХОБЛ и МС (I группа), этот показатель составил $24,1 \pm 2,6$ балла, в группе больных ХОБЛ без МС (II группа) – $19,2 \pm 3,1$ баллов, т.е. на 4,9 балла ($p = 0,05$) (рис. 4).

По опросу и анкетированию пациентов, включенных в обследования были выявлены 5 групп препаратов, которые регулярно или не регулярно они принимали. Это были ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС), длительно действующие β -агонисты (ДДБА), длительно действующие антихолинергические препараты (ДДАХ), - коротко действующие β -агонисты (КДБА), коротко действующие бронходилататоры (КДАХ).

Таблица 3

Схемы лечения пациентов

Схема лечения	I группа, n=139						II группа, n=66	
	легкая форма КВИ		средней степени тяжести		тяжелая		без КВИ	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
иГКС моно	14	28,0%	5	13,2%	3	5,9%	22	33,3%
ДДБА моно	1	2,0%	3	7,9%	5	9,8%	2	3,0%
ДДАХ моно	2	4,0%	4	10,5%	7	13,7%	1	1,5%
иГКС/ДДАХ	8	16,0%	4	10,5%	4	7,8%	5	7,6%
иГКС/ДДБА	6	12,0%	7	18,4%	3	5,9%	10	15,2%
ДДБА/ДДАХ	2	4,0%	4	10,5%	8	15,7%	2	3,0%
иГКС/ДДБА/ДДАХ	9	18,0%	5	13,2%	5	9,8%	15	22,7%
КДБА или КДАХ или КДБА/КДАХ	2	4,0%	5	13,2%	14	27,5%	5	7,6%
Без лечения	5	10,0%	1	2,6%	2	3,9%	5	7,6%

Во время нашего исследования было выявлено, что пациенты принимали 9 схем лечения (таб. 3), которые включали в себя либо применение только одной группы препаратов



(монотерапия иГКС, ДДАХ, ДДБА), либо использование комбинированного лечения в виде двойного или тройного сочетания групп препаратов (иГКС/ДДАХ, иГКС/ДДБА, ДДБА/ДДАХ, иГКС/ДДБА/ДДАХ). Также были выделены пациенты, получающие только короткодействующие бронходилататоры (КДБА или КДАХ или КДБА/КДАХ) и больные, не получавшие никакой медикаментозной терапии.

В результате анализа приведенных в таблице 3 данных, можно отметить, что высокий процент пациентов с легкой формой КВИ и пациентов без КВИ получали ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) по моно-схеме или в комбинациях (74,0% и 78,8% соответственно).

Выводы: Таким образом, можно предположить, что именно глюкокортикостероиды (иГКС) профилактически предотвратили части пациентам с ХОБЛ и МС КВИ, а части пациентов перенести КВИ в легкой форме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alixujaevich O. T. OILAVIY BRONXIAL ASTMA BILAN XASTALANGAN BEMORLAR OILASIDAGI SHAXSLAR ORTASIDA HAMRON ALLERGIK KASALLIKLARNING UCHRASHI //Journal of cardiorespiratory research. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 59-61.
2. Аралов, Н. Р., Окбоев, Т. А., Дусанов, А. Д., Юлдашева, Д. А., Носирова, Д. Э., & Рустамова, Ш. Ш. (2019). Роль полиморфного локуса гена *enos3* и их взаимосвязи против-и провоспалительных цитокинов при семейной бронхиальной астме. Достижения науки и образования, (9-1 (50)), 34-39.
3. Berdikulovna K. M., Nabikhanovna U. N., Temirovich T. T. The State of Changes in the Immune System in Patients Chronic Obstructive Lung Disease in Survivors of Covid-19 //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 5. – С. 737-741.
4. Дусанов А. Д., Окбоев Т. А. NONSPESIFIK YARALI KOLIT XASTALIGINI KLINIK TURLARINI KECHISHIDA HUYAYRAVIY VA GUMORAL IMMUNITETDAGI O'ZGARISHLAR XUSUSIYATINI BAHOLASH //ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
5. Холжигитова М. Б. и др. Клиническая и бронхоскопическая характеристика воспалительного процесса у больных хроническим обструктивным бронхитом //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 25 (74). – С. 55-63.
6. Холжигитова М. Б. и др. Характеристика Клинико-Функциональных Показателей У Больных Covid-19 На Фоне Хронической Обструктивной Болезни Легких //Journal of Science in Medicine and Life. – 2023. – Т. 1. – №. 2. – С. 106-111.
7. Avdeev S.N. Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Pulmonologiya. 2013;(3):5-19.
8. Albertson T. E. et al. The pharmacological management of asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome (ACOS) //Expert Opinion on Pharmacotherapy. – 2020. – Т. 21. – №. 2. – С. 213-231.
9. Kholjigitova M. B., Ubaidullaeva N. N. GENERAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COPD DEPENDING ON THE PRESENCE OF METABOLIC SYNDROME IN THEM //Oriental Journal of Medicine and Pharmacology. – 2022. – Т. 2. – №. 06. – С. 21-29.



10. Kholjigitova M. B., Ubaidullaeva N. N. CHANGES IN FUNCTIONAL PARAMETERS AND EXERCISE TOLERANCE IN PATIENTS WITH COPD //Oriental Journal of Biology and Chemistry. – 2022. – Т. 2. – №. 03. – С. 14-18.
11. Мамурова Н. Н., Носирова Д. Э. ЗНАЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ //Journal of cardiorespiratory research. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 60-63.
12. Мамурова Н. Н., Носирова Д. Э. ПАТОГЕНЕЗ И МЕХАНИЗМЫ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПНЕВМОНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА //Journal of cardiorespiratory research. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 64-66.
13. Mamurova N. N., Nosirova D. E. Vrach-ordinator amaliyotida ishlab chiqarish changidan rivojlangan O'SOKni tashxislash //Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 3. – С. 148-153.

