

4. Wei Y.F., Tsai Y.H., Wang C.C., et al. Impact of overweight and obesity on acute exacerbations of COPD - subgroup analysis of the Taiwan Obstructive Lung Disease cohort // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. – 2017. – № 12. – P. 2723–2729.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201482

Нестеровська О.А., Ступницька Г.Я., Федів О.І.

Клінічна характеристика пацієнтів з поєднаною патологією астма-ХОЗЛ та різним нутритивним статусом

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Астма та ХОЗЛ є хворобами які найчастіше діагностуються у осіб із задишкою та обструкцією верхніх дихальних шляхів (ВДШ). Хоч для даних станів притаманні різні патофізіологічні механізми виникнення, спільними характеристиками є хронічне запалення ВДШ та їх гіперреактивність. На даний час активно ведуться дискусії щодо того чи є ХОЗЛ та астма проявом одного патологічного стану, чи це повністю самостійні захворювання. Диференційна діагностика астми та ХОЗЛ може бути складним завданням, особливо на рівні первинної медичної допомоги та у осіб похилого віку. За даними різних досліджень для 16-49% хворих з астмою не характерний класичний фенотип даного захворювання з повною зворотністю обструкції ВДШ. Враховуючи гетерогенність клінічних проявів, окрім астми у осіб що палять та ХОЗЛ з перевагою еозинофільного запалення, у рекомендаціях GINA та GOLD з 2014 року виділявся окремий клінічний фенотип, так зване астма-ХОЗЛ поєднання (АХП). Однак згідно рекомендацій GOLD 2020 року астма та ХОЗЛ є різними патологіями, для яких характерні певні спільні клінічні прояви (еозинофілія та зворотність обструкції ВДШ)

Одним з важливих факторів виникнення та прогресування дисфункції респіраторної системи є ожиріння. На даний час суперечливим є взаємозв'язок між ІМТ та симптомами гіперреактивності ВДШ.

Отже, все обумовлює необхідність більш детального вивчення загальних взаємообтяжуючих механізмів ХОЗЛ, БА та ожиріння з пошуком нових можливих діагностичних та терапевтичних заходів при поєднанні цих нозологій.

Мета – оцінити клінічну характеристику, показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), біоімпедансометрії, толерантність до фізичного навантаження у пацієнтів з поєднаною патологією астма-ХОЗЛ за різного нутритивного статусу.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі пульмонологічного відділення ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» упродовж 2017-2019 рр. Згідно дизайну, у дослідження було включено 90 осіб та сформовано 3 клінічні групи: 31 хворий на ХОЗЛ (перша група), 28 хворих на бронхіальну астму (друга група), 32

хворих з поєднанням астма-ХОЗЛ (третя група). Всі пацієнти відповідали критеріям включення та виключення у дослідження та підписали інформовану згоду на дослідження. Усім пацієнтам було проведено спірометрію (спірограф "BTL 08 SpiroPro" (Великобританія)) та біоімпедансометрію (портативний апарат BC-601 (TANITA, Японія). Для оцінки симптомів було використано Модифіковану шкалу для оцінки тяжкості задишки mMRC, тест з оцінки ХОЗЛ (CAT) та тест із 6-хвилинною ходьбою. Серед обстежених пацієнтів переважали особи з надмірною масою тіла (78%), 16% пацієнтів – хворі з ожирінням, 6% – з дефіцитом маси тіла.

Результати. При оцінці респіраторної симптоматики встановлено, що у пацієнтів усіх груп переважала персистуюча задишка переважно при фізичному навантаженні різної інтенсивності. Задишка у спокої траплялася частіше серед хворих з поєднанням астма-ХОЗЛ та ожирінням (19,4%). При цьому у групі астма-ХОЗЛ кількість балів за САТ тестом була на 6,8% вищою у пацієнтів із ожирінням ніж без ожиріння. Для даної групи характерним є триваліший та частіший кашель із виділенням харкотиння. Загальна слабкість та втомлюваність була присутньою в усіх групах пацієнтів, але у хворих з астма-ХОЗЛ із ожирінням траплялася у 80,6% випадків.

При вивченні ФЗД, встановлено, що показники спірометрії були вищими за поєданого перебігу астма-ХОЗЛ ніж у групі ХОЗЛ, зокрема кількість осіб з І-ю стадією становила 6 хворих (14%), з II-ю стадією – 24 хворих (77%), з III-ю стадією – 2 хворих (9%). При аналізі показників біоімпедансометрії виявилось, що у хворих на АХП спостерігався високий відсоток жирової маси (на 43,9% вищий, ніж у хворих із ХОЗЛ, на 15,6% вищий, ніж у хворих БА). Слід відзначити, що у хворих на АХП м'язова маса була найвищою (на 16% вона перевищувала м'язову масу у хворих ХОЗЛ та на 11,8% – у хворих з БА). Рівень вісцерального жиру був суттєво вищим у хворих із АХП. Відсоток води в організмі майже не відрізнявся серед груп хворих, проте у хворих із ожирінням він був нижчим. Отже, для хворих на АХП характерними були не тільки зростання відсотка жирової маси, рівня вісцерального жиру, метаболічного віку пацієнта, але й

висока м'язова маса, що може забезпечувати кращі показники ФЗД у даній групі. При порівнянні поширеності паління встановлено, що курці або колишні курці переважали у групі ХОЗЛ (79%), при поєднаній патології частота становила 73% і у групі хворих з БА – 43%. При проведенні тесту з 6-ти хвилинною ходьбою встановлено, що хворі з поєднанням астма-ХОЗЛ мали найнижчу толерантність до фізичного навантаження. Проте у хворих з астма-ХОЗЛ та ожирінням показники були на 8,7% вищими ніж у хворих без ожиріння.

Висновки. Отже, згідно результатів дослідження, для пацієнтів з поєднанням астми та ХОЗЛ характерними є більш виражена респіраторна симптоматика, а саме задишка та тривалий кашель з виділенням мокротиння, нижча толерантність до фізичних навантажень, вищий відсоток жирової, м'язової маси та вісцерального жиру та менш виражена обструкція при проведенні спірометрії в порівнянні із групою ХОЗЛ.

DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201483

Чернецька Н.В., Федів О.І., Ступницька Г.Я.

Особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень, поєданого із цукровим діабетом типу 2

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Відомо, що хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується розвитком системного запального процесу, наслідком якого є зростання частоти супутньої патології, зокрема цукрового діабету типу 2 (ЦД типу 2). Доведено, що серед хворих на ХОЗЛ порушення вуглеводного обміну спостерігається частіше і це не тільки пов'язано із застосуванням медикаментів. Останнім часом, активно вивчаються патогенетичні взаємозв'язки поєднаної патології, проте залишаються не до кінця вивченими питання діагностики та лікування.

Отже, актуальним є вивчення особливостей поєданого перебігу ХОЗЛ із ЦД типу 2.

Мета – вивчити особливості клінічного перебігу, показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), біоімпедансометрії, толерантність до фізичного навантаження та індекс BODE у хворих на ХОЗЛ, поєданого із ЦД типу 2.

Матеріали та методи. Обстежено 20 практично здорових осіб та 80 хворих, які перебували на лікуванні у пульмонологічному відділенні Обласної клінічної лікарні, м. Чернівці. Пацієнти були розділені на дві репрезентативні групи: 28 хворих на ХОЗЛ (перша група) та 30 пацієнтів на ХОЗЛ, поєданого із ЦД типу 2 (друга група).

Всі пацієнти відповідали критеріям включення та виключення у дослідження та підписали інформовану згоду на дослідження. Діагноз ХОЗЛ та ЦД типу 2 виставляли згідно із міжнародними рекомендаціями. У дослідження були включені пацієнти із GOLD 2 та 3 стадією та В, С групи. Усім пацієнтам проводили спірометрію (спірограф "BTL 08 SpiroPro" (Великобританія), біоімпедансометрію (портативний апарат BC-601 (TANITA, Японія) та тест толерантності до фізичного навантаження (6-хвилинна ходьба). Індекс

BODE розраховували за ІМТ, шкалою задишки, ОФВ₁ та 6-хвилинною ходьбою.

Результати. При обстеженні пацієнтів встановлено, що клінічна симптоматика за поєданого перебігу ХОЗЛ та ЦД типу 2 була більш вираженою (турбував частіше кашель із виділенням харкотиння та мав триваліший перебіг, за шкалою задишки середня кількість балів була вищою ніж при ХОЗЛ на 23,5%, ($p<0,05$), аускультативна картина в легенях мала також більш торпідний характер).

При порівнянні частоти загострень виявлено, що при ХОЗЛ, поєданого із ЦД типу 2 хворі на 25,8% ($p<0,05$) частіше були госпіталізовані у відділення. При вивченні ФЗД, встановлено, що показники спірометрії мали тенденцію до більш низьких даних за поєданого перебігу ХОЗЛ та ЦД типу 2. ОФВ₁ був на 12,7% ($p<0,05$) нижчим у другій групі хворих. Такі показники як ФЖЕЛ, ПОШвид, СОШ25-75 також були на 13,4, 14,8 та 23,5% відповідно нижчими порівняно із першою групою пацієнтів ($p<0,05$).

Аналіз показників біоімпедансометрії показав вірогідно вищий ІМТ (на 21,8%), відсоток жирової маси (на 23,6%), рівень вісцерального жиру (на 34,6%) та меншу м'язову масу (на 17,6%) за поєданого перебігу ХОЗЛ та ЦД типу 2.

При вивченні толерантності до фізичного навантаження встановлено, що хворі другої групи проходили меншу відстань за 6 хвилин (на 23,5%, $p<0,05$) порівняно із пацієнтами на ХОЗЛ.

Інтегральний індекс BODE, який характеризує тяжкість перебігу ХОЗЛ був за поєданого перебігу із ЦД типу 2 вірогідно нижчим на 18,7% порівняно із першою групою.