

Проблема коморбидности у пациентов с бронхиальной астмой

Д. В. Ушакова, Е. Л. Никонов

Современная медицина утрачивает мононозологический характер, приобретая статус коморбидности [1]. В настоящее время коморбидность стала отдельным научно-исследовательским направлением [2, 3]. Наличие коморбидности увеличивает число осложнений, требует нестандартных подходов в лечении и ухудшает прогноз [4]. Кроме того, коморбидность способствует полипрагмазии, которая приводит к развитию нежелательных лекарственных явлений и ятрогенной патологии [5]. Поэтому сегодня врач должен обладать широтой взгляда на пациента, выходить за пределы своей узкой специализации [6].

Синдром коморбидности начинает формироваться уже в молодом возрасте, а каждое последующее десятилетие жизни добавляет новые болезни. Так, у лиц в возрасте до 19 лет сочетание двух и более заболеваний встречается в 10% случаев, а у лиц 80 лет и старше — уже в 80% [7]. Распространенность коморбидности составляет от 69% у больных молодого возраста до 93% среди лиц средних лет и до 98% — у пациентов старшей возрастной группы [8]. При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 — у стариков [9].

Проблема коморбидности у пациентов с бронхиальной астмой

Сопутствующая патология у больных бронхиальной астмой (БА) всегда влияет на течение и прогноз основного заболевания. Коморбидность видоизменяет клиническую картину БА и усиливает тяжесть состояния больного, ухудшает прогноз [10].

«Сегодня назрел вопрос проведения обобщающего фундаментального исследования коморбидности, ее свойств и закономерностей, а также ассоциированных с ней явлений и феноменов» [11]. Одним из фрагментов такого обобщающего исследования должно стать изучение сочетания БА с другими заболеваниями.

Целью настоящей работы было изучить у больных с верифицированным диагнозом БА распространенность аллергического ринита (АР), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), артериальной гипертензии (АГ), хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), сахарного диабета (СД) и онкологических заболеваний (ОЗ).

Материалы и методы исследования

Дизайн исследования

Проведено эпидемиологическое наблюдательное описательно-оценочное (дескриптивное) исследование. Проведена статистическая обработка собранного материала и анализ полученных данных. В соответствии с критериями ВОЗ, в исследовании мы применили градацию пациентов на следующие возрастные периоды:

- 25–44 года — молодость;
- 45–59 лет — средний возраст;
- 60–74 года — пожилой возраст;
- 75–90 лет — старческий возраст;
- старше 90 лет — долголетие.

Объект исследования

В исследование включены 849 пациентов с верифицированным диагнозом БА (согласно листу уточненных диагнозов), находящиеся на обслуживании в крупном медицинском учреждении оказания первичной медико-санитарной помощи г. Москвы (ФГБУ П № 1 УДП РФ) за период 2014–2016 гг. В результате сбора данных был сформирован регистр пациентов с БА.

Мужчины в исследовании составили 45% (n = 382), женщины — 55% (n = 467). 18-летние пациенты были самыми молодыми как в женской, так и в мужской исследуемых группах. Самыми престарелыми оказались мужчины и женщины в возрасте 95 лет и 93 лет соответственно. Средний возраст участников исследования $56,2 \pm 0,7$ года (табл. 1).

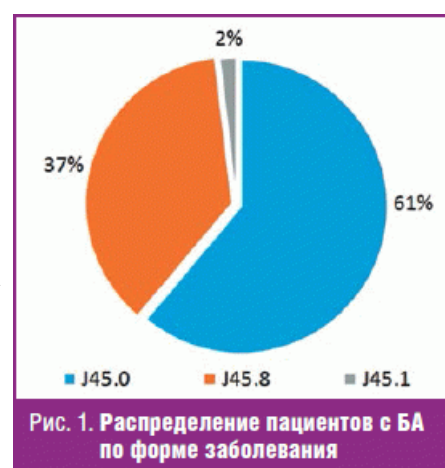


Рис. 1. Распределение пациентов с БА по форме заболевания

Распределение пациентов с БА по половозрастным группам			Таблица 1
Возраст	Женщины	Мужчины	Оба пола
Младше 24 лет	15	36	51
25–44 года	86	106	192
45–59 лет	154	90	244
60–74 года	147	99	246
Старше 75 лет	65	51	116
Общий итог	467	382	849

Атопическая форма заболевания (J45.0) зарегистрирована у 519 пациентов, неатопическая (J45.1) — у 16 пациентов, у остальных 314 пациентов отмечалась смешанная форма заболевания (J45.8) (рис. 1).

В России заболеваемость АР составляет в зависимости от региона от 12,7% до 24% от всего населения [12]. В нашем исследовании сочетание АР и БА отмечено у 353 пациентов, что составляет 41,2% от всех случаев БА, что значительно выше среднестатистических данных, что связано с высокой коморбидностью атопической формы БА и АР, которая, согласно данным литературы, во взрослой популяции составляет до 93% [13]. АР чаще отмечался у женщин: 54,4% (n = 192) у женщин против 45,6% (n = 161) у мужчин (рис. 2).

Сочетание ХОБЛ и БА выявлено у 17% (n = 145) пациентов с БА, среди них 57,2% (n = 83) женщин и 42,8% (n = 62) мужчин. Это несколько выше среднестатистических данных по популяции. Так, по данным эпидемиологического исследования GARD, распространенность ХОБЛ в России составляет 15,3% в общей популяции [14]. Наиболее часто сочетание ХОБЛ и БА отмечалось у лиц пожилого и старческого возраста — 86,2% (n = 125). Пик заболеваемости ХОБЛ приходился на долю пожилых пациентов с БА обоего пола — 47,6% (n = 69): у женщин — в 47,0% (n = 39), а у мужчин — в 36,1% (n = 30) (рис. 3).

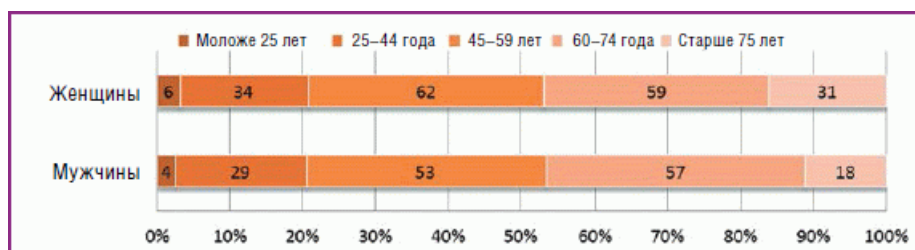


Рис. 2. Половозрастные особенности распространенности АР у пациентов с БА

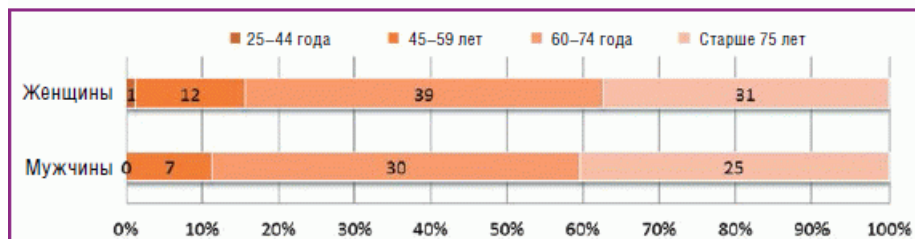


Рис. 3. Половозрастные особенности распространенности ХОБЛ у пациентов с БА

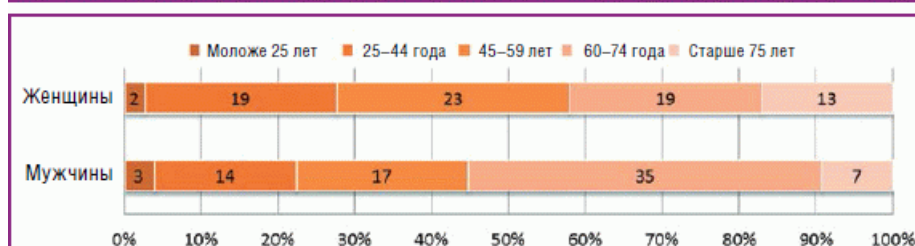


Рис. 4. Половозрастные особенности распространенности ГЭРБ у пациентов с БА

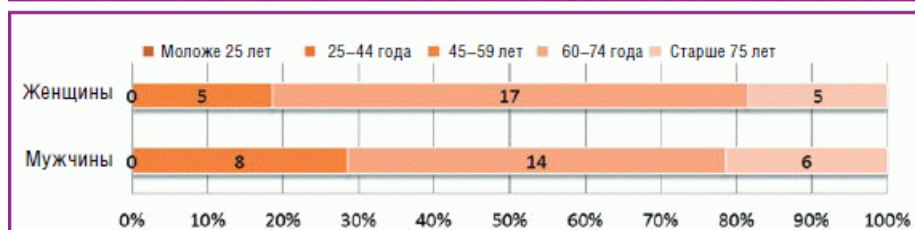


Рис. 5. Половозрастные особенности распространенности СД у пациентов с БА

ГЭРБ была зарегистрирована у 17,9% ($n = 152$) пациентов с БА, что несколько выше данных многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ), согласно которым уровень распространенности ГЭРБ в России составляет 13,3% [15]. В нашем исследовании среди мужчин, страдающих БА, ГЭРБ встречалась чаще, чем среди женщин: 19% ($n = 76$) против 16% ($n = 76$) соответственно. Наиболее часто, в 46% случаев ($n = 35$), ГЭРБ была зафиксирована у мужчин в возрасте 60–74 лет (рис. 4).

СД 2 типа был выявлен у 7,4% ($n = 63$) пациентов с БА, что более чем в 2 раза выше данных официальной статистики РФ, согласно которым распространенность СД составляет 2,97% [16]. По результатам масштабного Национального эпидемиологического исследования NATION фактическая распространенность СД 2 типа среди взрослого населения России выше данных официальной статистики и составляет 5,4% популяции [17], что также ниже результатов нашего исследования. Гендерных различий по распространенности СД в нашем исследовании не выявлено: 7% ($n = 28$) среди мужчин и 7% ($n = 35$) среди женщин. Пик заболеваемости у лиц обоего пола приходился на долю пожилых пациентов с БА: 48,6% ($n = 17$) среди женщин и 50,0% ($n = 14$) среди мужчин (рис. 5).

Согласно данным официальной статистики на конец 2016 г. контингент всех больных ОЗ в России составил 2,4% населения страны [18]. Заболеваемость ОЗ пациентов с БА различной локализации в нашем исследовании значительно выше и составила 6,7% ($n = 57$) пациентов. Наиболее часто злокачественные новообразования встречались у лиц пожилого и старческого возраста — 89,5% ($n = 51$), но в 1 случае (1,7%) заболевание было диагностировано у молодого пациента. Существенных гендерных различий в общей распространенности ОЗ не выявлено: среди лиц мужского пола, страдающих БА, ОЗ зарегистрированы в 7% ($n = 27$) случаев, среди женщин — в 6% ($n = 30$) случаев (рис. 6). Результаты нашего исследования не противоречат выводам других авторов [18].

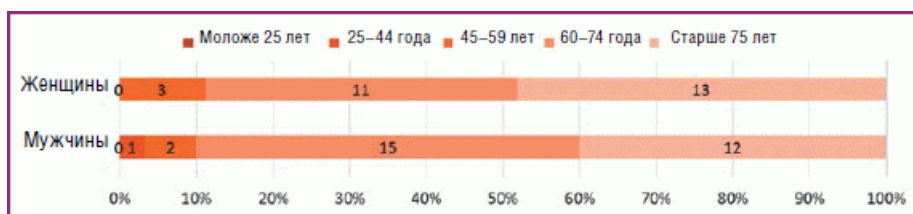


Рис. 6. Половозрастные особенности распространенности ОЗ у пациентов с БА

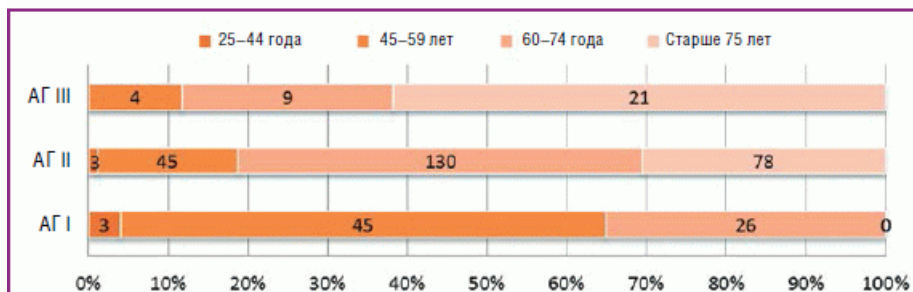


Рис. 7. Половозрастные особенности распространенности АГ у пациентов с БА

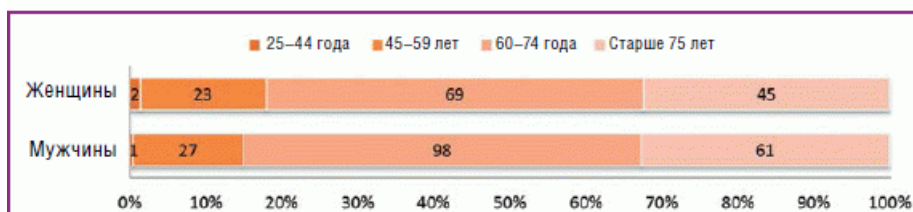


Рис. 8. Половозрастные особенности распространенности ХИБС у пациентов с БА

АГ одно из наиболее часто встречающихся коморбидных состояний у пациентов с БА. В нашем исследовании АГ отмечается у 42,9% ($n = 364$) пациентов с БА. Это соответствует данным эпидемиологических исследований о распространенности АГ в России среди взрослой популяции в целом, которая составляет 40,8–43,4% [19, 20]. АГ вне зависимости от стадии в нашей исследуемой группе больных БА встречается несколько чаще. Е. В. Фролова [21], изучая распространение АГ в общей популяции, отмечает, что АГ среди лиц мужского пола встречается чаще и в некоторых регионах распространенность достигает 47%, тогда как у женщин — около 40%. Полученные нами результаты несколько отличаются от этих выводов. В нашем исследовании, наоборот, АГ чаще выявляется у женщин — в 46% ($n = 214$), тогда как у мужчин АГ встречается в 39% ($n = 150$) случаев. По нашему мнению, это можно объяснить тем, что БА у исследуемых нами больных вносит некоторый диссонанс в данные показатели (у женщин более высокая заболеваемость БА), а также, возможно, региональными особенностями. У пациентов в возрасте до 25 лет не выявлено ни одного случая АГ. С возрастом распространенность АГ увеличивалась и у пациентов с БА старше 60 лет составила 72,5% ($n = 264$), что соответствует данным литературы [19, 20] (табл. 2).

Возраст	АГ I			АГ II			АГ III		
	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола
Моложе 24 лет	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25–44 года	1	2	3	3	—	3	—	—	—
45–59 лет	19	26	45	20	25	45	2	2	4
60–74 года	6	20	26	55	75	130	2	7	9
75 лет и старше	—	—	—	32	46	78	10	11	21
Итого	26	48	74	110	146	256	14	20	34

АГ I степени зарегистрирована в 20,3% случаев АГ ($n = 74$), чаще выявлялась у пациентов среднего возраста — 60,8% ($n = 45$), реже у пожилых пациентов — 35,1% ($n = 26$). Лишь в 4,1% ($n = 3$) АГ I степени была выявлена у молодых пациентов в возрасте 25–44 лет.

АГ II степени отмечена у 70% ($n = 256$) больных БА, из них у пациентов старческого возраста — в 30,5% ($n = 78$), у пожилых пациентов в 50,8% ($n = 130$) случаев, у пациентов средних лет — в 17,6% ($n = 45$) и у молодых пациентов в 1,2% ($n = 3$) случаев.

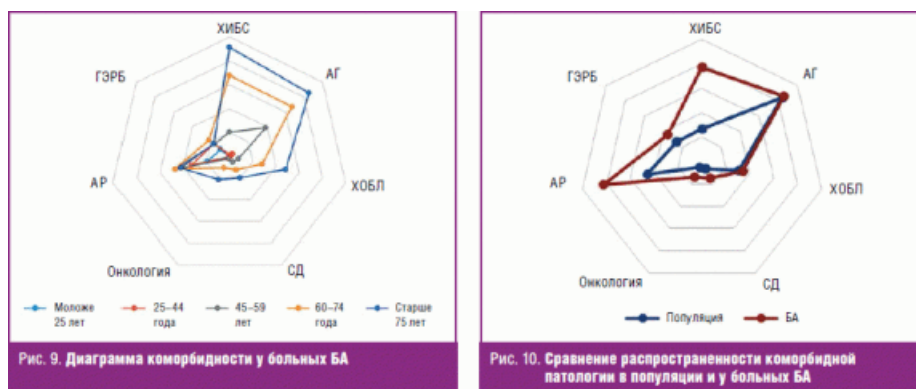
АГ III степени выявлена у 9,3% пациентов с АГ ($n = 34$), из них в 61% случаев ($n = 21$) отмечалась у пациентов старческого возраста, в 26% ($n = 9$) — у пожилых пациентов и в 11% ($n = 4$) — у пациентов среднего возраста.

ХИБС зарегистрирована у 326 (38,4%) пациентов с БА, что почти в 3 раза выше уровня заболеваемости в

популяции, который в нашей стране составляет 13,5% [22]. ХИБС чаще страдают мужчины. Как среди мужчин, так и среди женщин распространенность ХИБС увеличивается с возрастом: у пациентов старше 60 лет ХИБС отмечалась в 83,7% (n = 273), а ИБС в форме стенокардии — у 77,1% (n = 101).

В совокупности структура коморбидности у больных БА в зависимости от возраста в нашем исследовании представлена на рис. 9.

Сравнение распространенности коморбидной патологии в популяции и у больных БА представлено на рис. 10.



Выводы

1. Количество коморбидной патологии как в популяции в целом, так и среди пациентов с БА увеличивается с возрастом. У молодых пациентов с БА до 44 лет выявлено минимальное количество сопутствующих заболеваний. Наиболее выраженная по качественным и количественным характеристикам коморбидность регистрировалась у пожилых пациентов в возрасте старше 60 лет. Преобладающими в этой возрастной категории у пациентов с БА являются сердечно-сосудистые заболевания (ХИБС, АГ) и болезни органов дыхания (ХОБЛ, АР).
2. У пациентов с БА, в сравнении со среднестатистическими данными в популяции, выявлена более высокая распространенность АР (41,2% по результатам исследования против 12,7–24% в популяции) и ХИБС (38,4% против 13,5%).
3. У женщин, страдающих БА, обнаружена более высокая заболеваемость АГ, чем у мужчин. Этот факт отличается от общепопуляционных показателей.
4. Распространенность ГЭРБ, СД, ОЗ у пациентов с БА несколько выше, чем в среднем по стране.
5. Существенных различий в распространенности АГ и ХОБЛ у пациентов с БА и в общей популяции выявлено не было.

Литература

1. Хлынова О. В., Туев А. В., Береснева Л. Н. и др. Проблема коморбидности с учетом состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с артериальной гипертензией и кислотозависимыми заболеваниями // Казанский медицинский журнал. 2013; 1: 80–86.
2. Верткин А. Л. и др. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать // Врач скорой помощи. 2011; 7: 4–15.
3. Верткин А. Л., Скотников А. С. Коморбидность (часть 2) // Лечащий Врач. 2013; 8. Ссылка активна на 20.12.2017.
4. Muñoz E., Rosner F., Friedman R., Sterman H., Goldstein J. and Wise L. Financial risk, hospital cost, and complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups // The American Journal of Medicine. 1988; 84 (5): 933–939. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(88\)90074-5](https://doi.org/10.1016/0002-9343(88)90074-5).
5. Верткин А. Л., Ховасова Н. О. Коморбидность — новая патология. Технологии ее профилактики и лечения // Архив внутренней медицины. 2013; 4 (12): 68–72.
6. Никонов Е. Л. «Кремлевка»: двери открыты для всех // Российская Федерация сегодня. 2014; 16.
7. Caughey G., Vitry A., Gilbert A., Roughead E. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia // BMC Public Health. 2008; 8 (1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-221>.
8. Наумова Л. А., Осипова О. Н. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение // Современные проблемы науки и образования. 2016; 5. Ссылка активна на 04.02.2018.
9. Fortin M. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice // The Annals of Family Medicine. 2005; 3 (3): 223–228. <https://doi.org/10.1370/afm.272>.
10. Zhang M., Holman C., Price S., Sanfilippo F., Preen D., Bulsara M. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study // BMJ. 2009; 338 (jan07 3): a2752-a2752. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2752>.
11. Верткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность // Клиническая медицина. 2012; 10: 4–10. Ссылка активна на 28.12.2017. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18756166>.

12. Царев С. В. Особенности использования будесонида при лечении аллергического ринита // Медицинский совет. 2016; 7: 82–85 <http://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-07-82-85>.
13. Фомина Д. С., Ястребова Е. В., Бобрикова Е. Н. Бронхиальная астма и коморбидные состояния: дифференцированный подход к ведению пациентов // Лечебное дело. 2015; 1: 69–74.
14. Chuchalin A., Khaltaev N., Antonov N., Galkin D., Manakov L., Antonini P., Murphy M., Solodovnikov A., Bousquet J., Pereira M., Demko I. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation // International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2014; 9: 963–974. <https://doi.org/10.2147/copd.s67283>.
15. Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009; 6: 4–12. Ссылка активна на 28.12.2017. <https://elibrary.ru/item.asp?id=15234959>.
16. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. 2017; 20 (1): 13–41. <http://doi.org/10.14341/DM8664>.
17. Дедов И. И., Шестакова М. В., Галстян Г. Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. 2016; 19 (2): 104–112. <https://doi.org/10.14341/DM2004116-17>.
18. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. Ссылка активна на 04.02.2018. http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2016.pdf.
19. Бойцов С. А., Баланова Ю. А., Шальнова С. А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 13 (4): 4–14 <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14>.
20. Филиппов Е. В., Якушин С. С. Распространенность артериальной гипертензии и особенности ведения больных с артериальной гипертензией и различным риском сердечно-сосудистых осложнений (по данным исследования МЕРИДИАН-РО) // Медицинский совет. 2013; 9: 65–69.
21. Фролова Е. В. Артериальная гипертензия // Российский семейный врач. 2016; 20 (2): 6–18. <https://doi.org/10.17816/rfd201626-18>.
22. Шальнова С. А., Оганов Р. Г., Стэг Ф. Г., Форд Й. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY // Кардиология. 2013; 53 (8): 23–88. Ссылка активна на 04.02.2018. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20468773>.

Д. В. Ушакова*¹

Е. Л. Никонов**, доктор медицинских наук, профессор

* **ФГБУ П № 1 УДП РФ**, Москва

** **ДЗМ**, Москва

¹ Контактная информация: d.ushakova@vipmed.ru

Проблема коморбидности у пациентов с бронхиальной астмой/ Д. В. Ушакова, Е. Л. Никонов

Для цитирования: Лечащий врач № 12/2018; Номера страниц в выпуске: 65-68

Теги: болезни сердца, болезни легких, сахарный диабет
