

Средняя доза ИГКС (беклометазона) на 1 больного БА в сутки составляла до начала исследования 998 мкг и, через 24 недели после подключения к терапии монтелукаста - 452 мкг ($p < 0.001$).

Прямые затраты за 6 мес. до начала лечения составили 329716,8 руб. и за 6 мес. после подключения к терапии монтелукаста – 293596,68 руб. и, таким образом снизились на 11%.

Наблюдалось улучшение контроля БА через 24 недели лечения: у 17% пациентов был достигнут полный контроль над астмой, число больных с частично контролируемой астмой возросло с 17% до 70%, с неконтролируемой БА снизилось с 83% до 13%.

Выводы.

Включение в базисную терапию монтелукаста (сингуляра) у больных БА среднетяжелого и тяжелого течения приводит к:

- улучшению клинико-функциональных показателей,
- уменьшению дозы ИГКС в 2,2 раза,
- улучшению контроля над астмой при тенденции к снижению прямых затрат.

Эпидемиология бронхиальной астмы в Свердловской области в начале XXI-го века.

Е.К. Бельтюков, К.П. Братухин, Л.В. Василенко, О.А. Воронцова,
М.Л. Каракина, В.В. Наумова, А.Ю. Петухова

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний. В мире распространенность БА среди взрослых (20-44г.г.) колеблется от 2,9% в Греции до 11,9% - в Австралии. Отмечается рост распространенности БА. Так, например, в Австралии с 1981 по 1990 г.г. распространенность БА увеличилась с 9 до 16,3%; в Бельгии с 1978 по 1991 г.г. – с 2,4 до 7,2%; в Финляндии с 1975 по 1990 г.г. – с 2,0 до 3,0% . В то же время,

практически не существует данных по тяжести заболевания и распространённости факторов риска (ФР) астмы в различных популяциях. Отсутствуют данные о распространённости БА у таких категорий населения, как военнослужащие, жители закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО).

Распространённость БА среди взрослого населения России, по данным эпидемиологических исследований, колеблется от 2,3% в сельской местности Пермской области до 7,3% в Санкт-Петербурге (табл. 1). В то же время по данным МЗ РФ в 2002 г. заболеваемость астмой по обращаемости в России составила 0,66%. Различия между показателями государственной медицинской статистики в России и данными эпидемиологических исследований обусловлены рядом причин. Во-первых, российская статистика учитывает только данные, полученные по обращаемости больных в лечебно-профилактические учреждения, поэтому учитывается не истинная, а лишь зарегистрированная заболеваемость. Во-вторых, лица с легкими астмаподобными симптомами (АПС), как правило, недооценивают свое состояние и не обращаются за медицинской помощью. В-третьих, новые случаи болезни часто не регистрируются из-за боязни ухудшить отчетные показатели. В-четвертых, повсеместно наблюдается гиподиагностика БА, особенно ее легких форм. Таким образом, официально учитываются в основном больные БА среднетяжелого и тяжелого течения, которые неоднократно обращаются в поликлиники, вызывают бригады скорой медицинской помощи, ежегодно госпитализируются и проходят длительные курсы стационарного лечения.

Цель исследования: определить распространённость БА и ФР астмы среди различных контингентов взрослого населения Свердловской области.

Материал и методы. Исследование распространённости БА и ФР астмы в Свердловской области проводилось в ЗАТО: г. Лесной (n=1057, 2000 г.) и г. Новоуральск (n=567, 2007 г.), Ачитском (сельском) районе (n=805, 2000 г.), г. Екатеринбурге среди гражданского населения (n=406, 2006 г.) и среди военнослужащих Екатеринбургского гарнизона (n=522, 2006 г.) в два этапа. На

первом этапе осуществлялся опрос населения методом случайной выборки с применением комбинированного вопросника, состоящего из вопросника European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) и вопросника по ФРАСТМЫ (табл. 2). На втором этапе респондентам, ответившим положительно на один и более вопросов вопросника ECRHS, проводилось клинико-функциональное обследование, включавшее анамнез, данные осмотра и функции внешнего дыхания (ФВД) с бронходилатационной пробой. Диагноз БА устанавливался в соответствии с международными рекомендациями аллергологом, пульмонологом. По показаниям исследовали кровь и мокроту на эозинофилы, делали скарификационные кожные пробы с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми аллергенами, исследование общего и специфического IgE, суточную пикфлоуметрию в течение 2-х недель с определением вариабельности пиковой скорости выдоха.

Результаты. Установлено, что положительные ответы респондентов из г. Лесного и Ачита чаще встречались на 4, 1, 2 вопросы вопросника ECRHS (табл.2). Это – пробуждение из-за кашля (19,7-26,7%), затрудненное свистящее дыхание (16,3-22,9%), пробуждение с чувством тяжести в груди (11,9-18,1%), что совпадает по рейтингу симптомов с данными ECRHS, полученными из 48 центров в 22 странах (табл.3). Аналогичный рейтинг астмалюбоподобных симптомов получен А.Ю. Петуховой при исследовании распространенности БА в Ленинском районе Екатеринбурга: пробуждение из-за кашля (10,8%), затрудненное свистящее дыхание (10,6%), пробуждение с чувством тяжести в груди (9,6%) и М.Л. Каракиной при исследовании распространенности БА среди военнослужащих Екатеринбургского гарнизона: пробуждение из-за кашля (24,1%), затрудненное свистящее дыхание (19,7%), пробуждение с чувством тяжести в груди (12,6%). Совпадение рейтинга АПС у разных исследователей свидетельствует о соответствии методологии проведенных исследований принципам клинической эпидемиологии.

Установлена распространенность аллергических заболеваний носа (положительный ответ на вопрос №7 вопросника ECRHS, табл. 2): в

Свердловской области в 2000 г. (Екатеринбург, Лесной, Ачит, n=3277) – 11,2%, в Новоуральске в 2007 г.(n=567) – 17,1%. Установлена распространенность БА в г. Лесном в возрастной группе 18-74 гг. - 5,7% (у женщин – 7%, что в 1,8 раза больше, чем у мужчин - 4%). Распространенность БА в г. Новоуральске составила 6,5% (у женщин в 3,2 р. больше, чем у мужчин). Распространенность БА в Ачите - 3,6% (у женщин в 3 р. больше, чем у мужчин). В сельской местности (Ачит) распространенность БА в 1,6 р. меньше, чем в городе (Лесной) (табл.1). Анализируя распределение выявленных при эпидемиологических исследованиях больных БА по форме заболевания, следует отметить преобладание атопической БА в 75% случаев в г. Лесном и в 76% - в Ачите, что сопоставимо с данными по г. Санкт-Петербургу. Аспириновая БА в г. Лесном составила 5%, в Ачите – 3%; прочие формы БА встречались соответственно в 20% и в 21% случаев. Сенсибилизация к домашней пыли установлена у 69,4% больных БА, по регистру в г. Лесном. Сочетание БА с аллергическими заболеваниями носа (АЗН) в г. Лесном наблюдалось в 40% , в Ачите – в 62% случаев. При распределении больных БА по социальному статусу выявилось преобладание работающих, доля которых в Ачите составила 72%, в г. Лесном – 70% (табл.4). Распределение больных БА, выявленных при популяционных исследованиях по степени тяжести свидетельствует о преобладании легкой БА: в Ачите – 55%, в г. Лесном – 68%. При этом в Ачите доля тяжелой БА оказалась в 2 раза больше, чем в г. Лесном, что косвенно может свидетельствовать о худшем состоянии здоровья сельского населения (табл.5).

В 1999 г. в г. Лесном начали вести регистр больных БА, число больных составляло 353 чел.; преобладали больные со средне-тяжелым и тяжелым течением астмы - 63,4%. К 2002 г. количество больных в регистре возросло до 636 чел., а число больных со средне-тяжелым и тяжелым течением астмы уменьшилось до 45,5%; соответственно возросло число больных легкой астмой до 54,5% (табл. 6), что свидетельствовало об улучшении диагностики БА в г. Лесном. В г. Новоуральске временной интервал между появлением симптомов

и постановкой диагноза составил 3,1 года, что свидетельствует о несвоевременной диагностике астмы. В 1995 г. в г. Лесном сотрудники ГНЦ Института иммунологии в экспедиционных условиях проводили исследование распространенности БА, которая тогда составляла 3,3%. Следовательно, за 5 лет распространенность БА в Лесном возросла в 1,7 (табл.1).

Установлены значимые факторы риска БА: в г. Лесном у женщин - курение, у мужчин – вредные факторы на рабочем месте, печное отопление и аквариум; в г. Новоуральске основными факторами риска астмы оказались: наличие дома животных, отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, вредные факторы на рабочем месте; в Ачите у мужчин – наличие дома тараканов и аквариума. Для городской и сельской местности, мужчин и женщин особо значимым ФР астмы явился фактор наследственности, отягощенный по астме и аллергии, который отмечался в 2-3,5 р. чаще у респондентов, имеющих симптомы БА.

В г. Екатеринбурге среди респондентов возрастной группы 18-82 гг. распространённость БА составила 5,9%. У 19 человек БА была выявлена впервые, что позволило своевременно провести у этих пациентов лечебно-профилактические мероприятия. Среди женщин БА встречалась в 1,7 р. чаще, чем у мужчин. По степени тяжести больные распределились следующим образом: легкая интермиттирующая БА – 9 человек (38%), легкая персистирующая БА – 8 человек (33%), БА средней тяжести – 6 человек (25%), тяжелая БА – 1 человек (4%). Таким образом, по результатам проведенного эпидемиологического исследования у большинства больных были диагностированы легкие формы БА. При анализе данных регистра больных БА в г. Екатеринбурге наблюдалось преобладание среднетяжелой и тяжелой БА (71%), в то время как легкие формы БА составили всего 29%. Полученные результаты подтверждают данные о том, что за медицинской помощью обращаются в основном пациенты, имеющие тяжелые симптомы астмы, в то время как в общей популяции больных БА преобладают лица с легким течением заболзания. Бытовая сенсibilизация выявлена у 43,8%.

эпидермальная – у 18,7%, смешанная (бытовая и эпидермальная сенсibilизация) – у 37,5% обследованных пациентов. Таким образом, больные БА с сенсibilизацией к бытовым аллергенам преобладали в общей структуре обследованных пациентов и составили 81,3%. Атопическая форма БА была установлена у 70,8%, аспириновая – у 8,3% пациентов. Сочетание БА с АЗН выявлено у 75% пациентов.

Наиболее значимыми ФР астмы (помимо АЗН), участвующими в формировании БА в г. Екатеринбурге явились: отягощенная наследственность, наличие в доме аквариума с рыбками, тараканов и птиц, а также вредные факторы на производстве.

Среди военнослужащих распространенность БА составила 2,7%, что примерно в 2 раза ниже, чем среди гражданского населения г. Екатеринбурга. Среди выявленных больных БА женщины составили 35,7%, мужчины 64,3%. Средний возраст составил 30, 7 лет (18 – 46 гг.). У 28,6% БА была выявлена ранее, у 71,4% БА диагностирована впервые. У 43% больных астмой определялись АЗН. У 35,7% больных БА была легкой интермиттирующей, у 42,9% – легкой персистирующей, у 21,4% – средней тяжести. Больных с тяжелой БА выявлено не было. Атопическая БА наблюдалась у 78,6% больных, аспириновая БА – у 7,1%, смешанная – у 14,3%. Сенсibilизация к бытовым аллергенам выявлена у 57,1% больных БА, к пыльцевым – у 50%, к эпидермальным – у 14,3% больных БА. У военнослужащих в группе больных БА отягощенная наследственность по астме и аллергии встречалась в 3,8 р., пассивное курение в 2,3 р. чаще, чем в группе респондентов без астмы.

Заключение. Таким образом, в Свердловской области распространённость БА в городах составляет 3,3% (г. Лесной, 1995); 5,7% (г. Лесной, 2000); 5,9% (г. Екатеринбург, 2006); 6,5% (г. Новоуральск, 2007); в сельской местности – 3,6%, у военнослужащих – 2,7%; распространность АЗН: 11,2 – 17,1%. Наблюдается существенный рост распространности БА и АЗН, что соответствует мировой тенденции. Среди взрослого населения БА в 2-3 р. чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Меньшая распространность

астмы в сельской местности может быть связана с более благоприятной экологией по сравнению с городом, а низкий уровень распространенности БА у военнослужащих обусловлен большей долей лиц мужского пола в обследованном контингенте и медицинским отбором при поступлении на военную службу. Не выявлено существенной разницы в распространенности БА в ЗАТО и в г. Екатеринбурге.

По обращаемости в поликлинике преобладают больные со средне-тяжелой и тяжелой астмой; при улучшении диагностики количество больных с легкой БА возрастает. По данным популяционных исследований у всех категорий населения по степени тяжести преобладает лёгкая астма, по форме – атопическая БА, преимущественно с бытовой сенсibilизацией; в 40-75% случаев БА сочетается с АЗН; в 70% случаев больные астмой – это люди трудоспособного возраста, что подтверждает экономическую важность проблемы астмы. Наиболее значимым ФР БА, характерным для всех категорий населения являются АЗН и отягощённая наследственность по астме и аллергии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости улучшения диагностики БА. Для этого при сборе анамнеза у пациентов с респираторными жалобами необходимо проводить опрос по вопроснику ECRHS (табл. 2) и при положительном ответе хотя бы на один вопрос необходимо исследование функции дыхания с проведением бронходилатационного теста.

При выявлении у пациента аллергического ринита и/или атопического дерматита и/или близких родственников с аллергическими заболеваниями диагноз БА становится более вероятным. Для раннего выявления БА и факторов риска астмы могут быть полезными скрининговые исследования с помощью комбинированного вопросника (ECRHS + вопросы по ФР).

Для уточнения диагноза БА, причинно-значимых факторов астмы и разработки элиминационных мероприятий, решения вопроса о проведении аллерген-специфической иммунотерапии вновь выявленные больные БА или пациенты с подозрением на астму должны направляться на консультацию к аллергологу-иммунологу. Для оптимизации динамического (диспансерного)

наблюдения больных БА необходимо создавать регистр, в который должны включаться все вновь выявленные случаи астмы.

Таблица 1

Распространенность БА в России (%)

| Территория | Возраст | Число наблюдений | Муж. Жен. | | Всего |
|----------------------------------|---------|--------------------------------|-----------|-----|-------|
| | | | | | |
| Москва | 25-64 | 1025 360 муж., 665 жен. | 6,4 | 6,0 | |
| Санкт-Петербург | 16-98 | 4584 | | | 7,3 |
| Ижевск | | 1898 | | | 5,4 |
| Пермская обл. (сельский район) | | 3097 | | | 2,3 |
| Пензенская обл. (сельский район) | 17-89 | 482 202 муж. 280 жен. | | | 2,7 |
| Иркутск | 20-59 | 2992 1424 муж. 1568 жен. | 5,2 | 6,0 | 5,6 |
| Иркутская обл. (сельский район) | 20-59 | 2403 1151 муж. 1252 жен. | 2,7 | 3,4 | 3,1 |
| г.Лесной Свердловская обл. | | 700 | | | 3,3 |
| г.Лесной Свердловская обл. | 18-74 | 1057 476 муж. 581 жен. | 4 | 7 | 5,7 |
| г. Лесной Свердловская обл. | 20-59 | 904 412 муж. 492 жен. | 3,6 | 6,7 | 5,4 |

| | | | | | |
|--|-------|-----------------------------|-----|------|-----|
| Ачит (сельский район) Свердловская обл. | 20-59 | 655 207 муж. 448 жен. | 1,9 | 4,9 | 4 |
| Ачит (сельский район) Свердловская обл. | 18-74 | 805 267 муж. 538 жен. | 1,5 | 4,6 | 3,6 |
| г. Екатеринбург (Ленинский район) | 18-82 | 406 125 муж. 281 жен. | 4 | 6,8 | 5,9 |
| Екатеринбургский военный гарнизон | 18-51 | 522 486 муж. 36 жен. | 1,9 | 13,9 | 2,7 |
| г. Новоуральск | 18-84 | 567 245 муж. 322 жен. | 2,9 | 9,3 | 6,5 |

Таблица 2

Комбинированный вопросник (вопросник ECRHS + вопросник по факторам риска БА)

| | Вопросник ECRHS | | |
|-----|--|-----|----|
| 1. | Было ли у Вас затрудненное или свистящее дыхание в течение последних 12 месяцев Если «НЕТ», то переходите к вопросу 2, если «ДА»: | Нет | Да |
| 1.1 | Было ли у Вас чувство нехватки воздуха при появлении свистящего дыхания? | Нет | Да |
| 1.2 | Было ли у Вас затрудненное или свистящее дыхание без предшествующей простуды? | Нет | Да |

| | | | |
|------|---|--------------|----|
| 2. | Просыпались ли вы с чувством тяжести в грудной клетке в течение последних 12 месяцев? | Нет | Да |
| 3. | Просыпались ли Вы от затрудненного дыхания в течение последних 12 месяцев? | Нет | Да |
| 4. | Просыпались ли Вы от приступа сильного кашля в течение последних 12 месяцев? | Нет | Да |
| 5. | Были ли у Вас приступы удушья в течение последних 12 месяцев. | Нет | Да |
| 6. | Принимаете ли Вы постоянно противоастматические препараты (включая ингаляторы, аэрозоли или таблетки)? | Нет | Да |
| 7. | Есть ли у Вас аллергические заболевания носа, включая поллиноз? | Нет | Да |
| 8. | Дата вашего рождения? | День,мес,год | |
| 9. | Сегодняшняя дата? | День,мес,год | |
| 10 | Вы мужчина или женщина? | М | Ж |
| | Вопросник по факторам риска БА | | |
| 11. | Вы курите? Курят ли в Вашем присутствии на работе, дома? Если «НЕТ», переходите к вопросу 12, если «ДА»: | Нет | Да |
| 11.1 | Сколько лет курите? | | |
| 11.2 | Сколько сигарет в день выкуриваете? | | |
| 12. | Кем Вы работаете? Рабочий Служащий Сельхоз. рабочий Военнослуж. Пенсионер Учащийся Проч. | | |
| 13. | На Вашем рабочем месте есть воздействие вредных факторов? | Нет | Да |

| | | | |
|-------|---|-----|----|
| | Если «НЕТ», переходите к вопросу 14, если «ДА»: | | |
| 13.1 | Назовите вредные факторы, которые на Вас воздействуют: | | |
| 13.2. | Сколько лет Вы испытываете на себе воздействие данных факторов? | | |
| 14. | Вы живете на первом этаже? | Нет | Да |
| 15. | У Вас печное отопление? | Нет | Да |
| 16. | Есть у Вас дома тараканы? | Нет | Да |
| 17. | Содержите ли Вы дома | Нет | Да |
| 17.1. | Животных | Нет | Да |
| 17.2 | Птиц | Нет | Да |
| 17.3. | Аквариум с рыбками | Нет | Да |
| 18. | Есть ли среди Ваших прямых родственников больные астмой, аллергией? | Нет | Да |
| 18.1. | Укажите степень родства. | | |
| 18.2. | Укажите, чем болели родственники (астма, аллергический ринит, экзема) | | |

Таблица 3

Распространенность симптомов БА у взрослых, 20-44 гг. (%)

| Симптомы за последние 12 месяцев | Данные исследований ECRHS 48 центров в 22 странах | Данные автора Свердлов - 2000 г. Свердловская область | | НИИ Данные Пульс-1999 г. монологии, | |
|--|---|---|-----------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | | Ачит (сельский р-н) n=420 | г. Лесной n=569 | г. Иркутск, n=2105 | Иркутская обл. (сельский р-н) n=1532 |
| 1. Затрудненное свистящее дыхание | 27,0 | 22,9 | 16,3 | 15,1 | 11,1 |
| 1.2. Свистящее дыхание без предшествующей простуды | 12,7 | 11,0 | 8,6 | 7,6 | 5,0 |
| 2. Пробуждение с чувством тяжести в груди | 13,5 | 18,1 | 11,9 | - | - |
| 3. Пробуждение от затрудненного дыхания | 7,3 | 13,1 | 9,5 | 6,1 | 4,6 |
| 4. Пробуждение из-за кашля | 27,9 | 26,7 | 19,7 | 13,6 | 11,2 |
| 5. Приступы удушья | 3,1 | 9,3 | 7,2 | 2,5 | 2,1 |
| 6. Прием противоастматических препаратов | 3,5 | 5,2 | 3,5 | 2,1 | 1,9 |

Таблица 4

Распределение больных БА, выявленных при эпидемиологических исследованиях, по социальному статусу в г. Лесном и Ачитском районе

| Социальный статус | Ачит n=29 | | Лесной n=60 | |
|-------------------|--------------|----|-------------|----|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Работающие | 21 | 72 | 42 | 70 |
| Пенсионеры | 4 | 14 | 8 | 13 |
| Инвалиды | 2 | 7 | 6 | 10 |
| Учащиеся | 0 | 0 | 3 | 5 |
| Безработные | 2 | 7 | 1 | 2 |

Таблица 5

Распределение больных БА, выявленных при эпидемиологических исследованиях, по степени тяжести в г. Лесном и Ачитском районе

| Степень тяжести | Ачит n=29 | | Лесной n=60 | |
|-----------------|--------------|----|-------------|----|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Легкая интерм. | 11 | 38 | 27 | 45 |
| Легкая персист. | 5 | 17 | 14 | 23 |
| Средней тяжести | 6 | 21 | 12 | 20 |
| Тяжелая | 7 | 24 | 7 | 12 |

Динамика роста распространенности БА и распределения больных БА по степени тяжести (г. Лесной)

| Степень Тяжести | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 (регистр) | 2000 эпид.иссл ед. |
|--|-------|-------|-------|--------------------|--------------------------|
| Легкая интерм. | 18,4% | 26,6% | 28,3% | 30% | 45% |
| Легкая персист. | 18,2% | 22,6% | 23,5% | 24,5% | 23% |
| Средней тяжести | 38,8% | 31,2% | 30,4% | 29,5% | 20% |
| Тяжелая | 24,6% | 19,6% | 17,8% | 16% | 12% |
| Число больных БА | 353 | 439 | 494 | 636 | 2637 |
| Доля от численности взрослого населения | 0,7% | 0,9% | 1,0% | 1,37% | 5,67% |

Характеристика внепеченочных проявлений у больных хроническим гепатитом С с генотипами 1b и 3a HCV

М.П. Груздев, С.С. Введенская, Т.И. Северина, З.Э.Чечик

В настоящее время описан большой спектр внепеченочных проявлений (ВПП) при хронической HCV-инфекции. Частота регистрации указанных проявлений составляет в среднем 40 – 45%. При этом возможна ситуация, когда ВПП могут быть первыми клиническими стигматами хронического гепатита С (ХГС). Развитие ВПП связано с рядом факторов риска, среди которых наибольший вес имеют женский пол, возраст старше 60 лет, переливание крови и ее продуктов.

Описывается причинно - следственная связь между HCV-инфекцией и смешанной криоглобулинемией (СКГ), мембранопролиферативным гломерулонефритом и васкулитом. Криоглобулинемия при HCV-инфекции