

ФЕНОТИПЫ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ГОРОДЕ ЕКАТЕРИНБУРГЕ

В. В. Наумова, к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии,
эндокринологии, аллергологии и иммунологии

В. Х. Абдуллаев, аспирант кафедры факультетской терапии,
эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Е. К. Бельтюков, д.м.н, профессор кафедры факультетской терапии,
эндокринологии, аллергологии и иммунологии

О. Г. Смоленская, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской
терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Т. С. Лепешкова, к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии
и педиатрии ФПК и ПП

Ю. А. Стяжкина, ассистент кафедры поликлинической терапии,
ультразвуковой и функциональной диагностики

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)*

Ключевые слова: тяжелая бронхиальная астма, фенотип, эозинофилия, аспириновая бронхиальная астма, неаллергическая бронхиальная астма, атопия, таргетная терапия.

Введение

Астма является одной из основных причин глобального экономического бремени с точки зрения, как прямых, так и косвенных затрат [1], особенно это касается тяжелой бронхиальной астмы (ТБА), что требует изучения распространенности данного заболевания. По существующим данным заболеваемости по обращаемости, пациенты с легким течением БА не превышают 20%; астма средней тяжести регистрируется в 65–70% случаев и тяжелая БА в 10–15% случаев [2]. Согласно концепции Global Initiative for Asthma (GINA) к тяжелой БА относится астма, требующая для контроля симптомов и обострений 4 или 5 ступени терапии. Предполагается, что формирование фенотипов астмы связано с гетерогенностью патофизиологических процессов, лежащих в основе клинических проявлений; вследствие этого пациенты с разными фенотипами могут по-разному отвечать на стандартную терапию. В связи с этим фенотипирование больных тяжелой астмой является перспективным подходом при ведении данной группы пациентов, поскольку позволяет индивидуализировать терапию и подобрать больных на лечение генно-инженерными биофармацевтическими препаратами [3].

Цель исследования: определение распространенности фенотипов ТБА, подлежащих иммунобиологической терапии в г. Екатеринбурге.

Материал и методы

В 2018 г. в одном из районов г. Екатеринбурга (общая численность населения района - 147 965 человек) врачом аллергологом-иммунологом проводился анализ 216 амбулаторных карт диспансерных больных БА, старше 18 лет, по полу, возрасту, степени тяжести, уровню контроля и фенотипу астмы.

Результаты и обсуждение

Основная часть больных – женщины (n=163), что в 3 раза превысило количество мужчин (n=53). Средний возраст больных 56 ± 18,5 лет. Степень тяжести определялась по объему терапии. У трех пациентов степень тяжести по записям в амбулаторных картах уста-

новить не удалось. Выявлено преобладание тяжелого течения БА в 58,3% случаев (n=126) (Рис. 1).

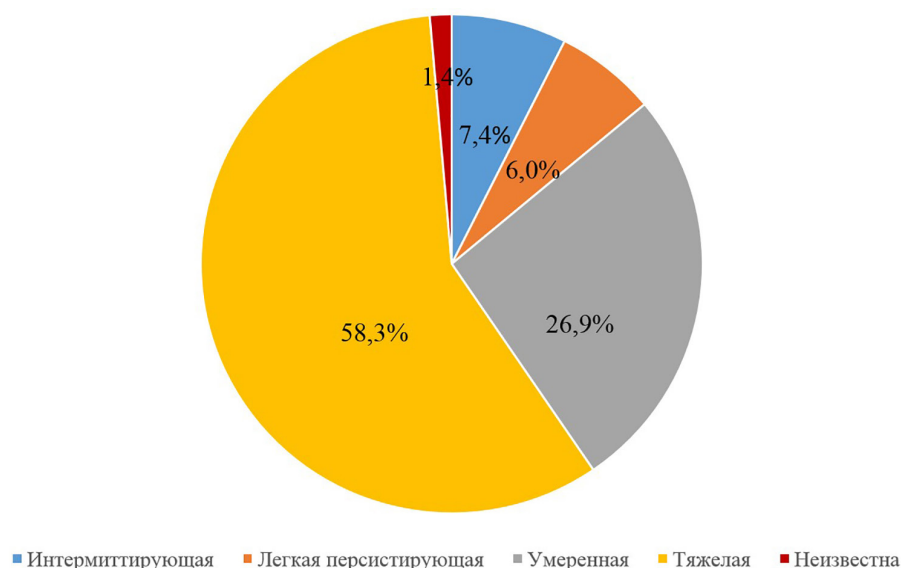


Рис. 1. Структура БА по степеням тяжести, г. Екатеринбург, 2018 г.

По фенотипу заболевания среди всех пациентов преобладала atopическая БА - 57,9% (n=125). В 31,5% случаев (n=68) выявлена неаллергическая БА, у 6,9% пациентов (n=15) - эозинофильная, у 3,2% (n=7) – аспириновая, у 1 пациента (0,5%) – синдром БА при Churg-Strauss синдроме. По результатам исследования в г. Санкт-Петербурге в 2015 г. среди пациентов с тяжелой БА преобладала аллергическая (атопическая) форма заболевания (77%), аспириновая астма отмечалась в 9,2% случаев, ГКС-зависимая астма – в 13% [4].

В г. Екатеринбурге группа пациентов с тяжелой БА (n=126) была представлена в 78,6% (n=99) случаев женщинами и в 21,4% (n=27) случаев мужчинами. Средний возраст составил 59,3 ± 16,6 г. Среди пациентов с тяжелой БА чаще выявлялась atopическая БА – в 48,4% случаев (n=61). В 35,7% случаев (n=45) была выявлена неаллергическая БА; у 11,1% пациентов (n=14) – эозинофильная; у 4% (n=5) – аспириновая; ГКС-зависимая – в 1,6% (n=2). Пациент с Churg-Strauss синдромом соответствовал тяжелой БА (0,8%). Стоит также отметить, что 14 пациентов из 15 с эозинофильной (93,3%) и 5 пациентов из 7 с аспириновой БА (71,4%) имели тяжелое течение заболевания.

Уровень контроля БА по записям в амбулаторных картах оценить оказалось сложно: из 216 пациентов - у 82 больных астмой уровень контроля не был указан врачом, а описание приема пациента не давало информации об уровне контроля заболевания. В 134 амбулаторных картах в диагнозах указан уровень контроля БА: у 87 пациентов (65%) указано контролируемое течение, у 18 (13%) – частично-контролируемое, у 29 (22%) – неконтролируемое течение БА. Среди пациентов с тяжелой БА (n=126) выявлено 22 пациента (17,6%) с неконтролируемым течением астмы. 20 пациентов получали терапию 4-й ступени и 2 пациента – терапию 5-й ступени (системные ГКС).

Для анализа фенотипов БА было выделено 3 группы пациентов: общая группа (n=216), группа тяжелой БА (n=126) и группа тяжелой неконтролируемой БА (n=22) – 10,2% от числа исследованных пациентов (n=216).

У части пациентов (n=98) удалось оценить эозинофильное воспаление в дыхательных путях по уровню эозинофилов периферической крови. В общей группе из 216 случаев уровень эозинофилов был определен у 98 пациентов (45,5%) и составил 252 ± 294 кл/мкл (от 0 до 1620). В группе тяжелой БА эозинофилы периферической крови определены у 56 пациентов (44,4%) – 324,8 ± 346,7 кл/мкл. В группе тяжелой неконтролируемой БА эозинофилы периферической крови определены у 16 пациентов и составили 345,1 ± 458,6 кл/мкл, что было

выше, чем в общей группе и в группе с тяжелой БА ($p=0,3$). Количество пациентов с тяжелой неконтролируемой астмой (неатопической и неаспириновой), имеющих в крови эозинофилов больше 300 кл/мкл оказалось 5 человек (эоз. $843,2 + 485,9$ кл/мкл). Количество пациентов с тяжелой неконтролируемой atopической астмой, имеющих в крови эозинофилов больше 300 кл/мкл: 1 пациент (эоз. 700 кл/мкл). Пациентов с тяжелой неконтролируемой аспириновой астмой, имеющих в крови эозинофилов больше 300 кл/мкл, не оказалось; возможно по той причине, что исследование ретроспективное; то есть оценивались имеющиеся анализы крови, которые могли забираться у пациентов в те периоды их жизни, когда количество эозинофилов в периферической крови было невысоким. Эозинофилия периферической крови и мокроты при БА также вариабельна, как и течение самой астмы.

Таким образом, во всех группах преобладал аллергический фенотип БА. Каждый второй пациент с тяжелой неконтролируемой астмой имел atopический фенотип, что составляет 5% ($n=11$) от числа всех анализированных больных БА ($n=216$). В группе тяжелой неконтролируемой БА ($n=22$) доля случаев эозинофильной БА ($n=5$) в 3,3 раза превышала долю таковых в общей группе (рис.2). Важно отметить, что количество пациентов с тяжелой неконтролируемой эозинофильной астмой ($n=5$) составляет 2,3% от всех анализированных больных БА ($n=216$). Если экстраполировать эти данные на 332 больных БА, зарегистрированных в районе, то пациентов с тяжелой неконтролируемой эозинофильной (неатопической и неаспириновой) астмой может быть 8 человек. При экстраполировании этих данных на всё взрослое население Екатеринбурга, получается, что в Екатеринбурге количество больных с тяжелой неконтролируемой эозинофильной (неатопической и неаспириновой) астмой может составить 87 человек. Если экстраполировать число больных тяжелой atopической БА ($n=11$) на 332 больных БА, зарегистрированных в районе, то количество больных с atopическим фенотипом ТБА составит 17 человек, а при экстраполировании на взрослое население Екатеринбурга, число таких больных может достигать 185 человек.

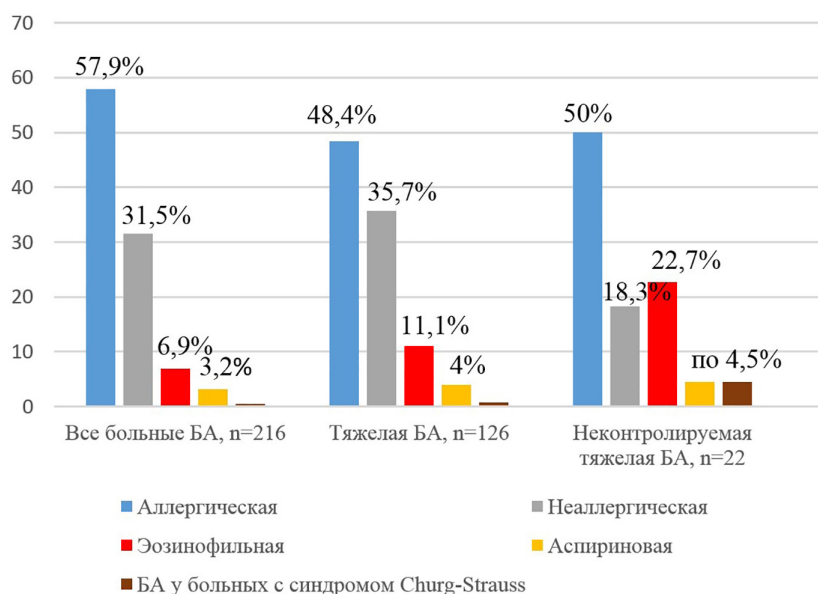


Рис. 2. Фенотипы БА в зависимости от степени тяжести и уровня контроля

Заключение

В структуре БА тяжелое неконтролируемое течение астмы встречалось у 10,2% зарегистрированных по обращаемости пациентов. Каждый второй пациент с тяжелой неконтролируемой астмой имел atopический фенотип, что составляет 5% от числа всех анализированных случаев БА; каждый четвертый больной из группы тяжелой неконтролируемой БА имел эозинофильной фенотип, что составляет 2,3% от числа всех анализированных случаев

астмы (n=216). При экстраполивании результатов исследования на всё взрослое население г. Екатеринбурга можно предположить наличие 87 больных с тяжелой неконтролируемой эозинофильной (неатопической и неаспириновой) БА и 185 пациентов с тяжелой atopической астмой.

Таким образом, в реальной клинической практике фенотипирование БА с обязательным участием врачей аллергологов-иммунологов имеет важное прикладное значение для планирования высокоэффективной иммунобиологической терапии в популяции больных тяжелой неконтролируемой астмой.

Список литературы

1. The Global Asthma Report 2018. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network, 2018. – 92 p.
2. Камалтынова ЕМ, Деев ИА, Белоногова ЕГ. Сравнительная эпидемиологическая характеристика бронхиальной астмы по данным программы «Международное исследование астмы и аллергии у детей» (International Study of Asthma and Allergy in Childhood). Бюллетень Сибирской медицины. 2009; 8(4): 92-97.
3. Харевич ОН, Лаптева ИМ, Лаптева ЕА, Королева ЕГ. Клинические фенотипы тяжелой астмы (по результатам кластерного анализа). Вестник СПбГУ. 2015; (2): 28-39.
4. Сергеева ГР, Емельянов АВ, Коровина ОВ, Знахуренко АА, Лешенкова ЕВ, Козырева ЛВ, Асатиани Н. Клиническая характеристика пациентов с тяжелой бронхиальной астмой. Медицинский совет. 2015; (16): 46-49.

УДК 616.379 -008. 64

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Т. И. Северина, к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Ю. В. Глазунова, ординатор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)*

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, образ жизни, медикаментозные методы лечения, приверженность к лечению.

Актуальность. Численность больных сахарным диабетом (СД) в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза, и к концу 2018 года достигла 463 млн. человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2045 году количество пациентов с СД может достичь 700 млн. [6].

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечается значимый рост распространенности СД. По данным федерального регистра СД в РФ на окончание 2018 г. состояло на диспансерном учете 4584575 человек (3,1% населения), из них: 92% (4238503) – СД 2 типа. Однако эти данные недооценивают реальное количество пациентов, поскольку учитывают только выявленные и зарегистрированные случаи заболевания. Самыми опасными последствиями глобальной эпидемии СД являются его системные сосудистые осложнения – нефропатия, ретинопатия, поражение магистральных сосудов сердца, головного мозга,