



Полиморбидность Как Предиктор Трансформации Аллергического Ринита В Бронхиальную Астму

Арзиева Т. М., Ганиева Ш. Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

Резюме: Авторами проведено исследование полиморбидности у больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. Установлено, что у 34% взрослых пациентов клинические проявления аллергического ринита предшествуют манифестации бронхиальной астмы. Наибольшая частота коморбидных заболеваний представлена артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, ожирением и хроническим холециститопанкреатитом, что отягощает как клиническое течение, так и медикаментозный контроль заболевания.

Ключевые слова: полиморбидность, аллергический ринит, бронхиальная астма, трансформация.

Заболеваемость бронхиальной астмой (БА) во всем мире возрастает. Она входит в число десяти главных неинфекционных хронических заболеваний, являющихся основной причиной смерти в среднем и пожилом возрасте, сокращая среднюю продолжительность жизни мужчин на 6,6 года, женщин - на 13,5 лет. На сегодня в мире насчитывается около 300 млн. больных БА. Несмотря на большое количество информации в доступной литературе, не имеется сведений, может ли влиять на ее проявления и течение возраст пациентов, в котором заболевание развилось [2].

БА приводит к стойкой утрате трудоспособности, к снижению качества жизни, а так же смертности. По статистическим данным насчитывается около 130 миллионов больных. Страх приступа, который может проявиться при БА, не даёт выполнять простую работу, а симптомы течения приводят к уходу за больным на несколько дней [4].

Под термином “коморбидность” иногда понимают сосуществование любых разных заболеваний у одного пациента, но чаще всего коморбидность определяют как наличие двух взаимовлияющих болезней. Имеется ряд публикаций, в которых обсуждается общая концепция коморбидных заболеваний. Выделяют два вида причин, приводящих к развитию коморбидной патологии: случайное сосуществование и наличие реальных взаимосвязей между заболеваниями [1].

Цель исследования: Изучение коморбидных состояний у больных с аллергическим ринитом и трансформацией его в бронхиальную астму.

Материал и методы исследования:

На базе Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (БОММЦ) проведен ретроспективный анализ 1450 историй болезни больных с бронхиальной астмой и 296 больных с аллергическим ринитом, получивших стационарное лечение в отделении аллергологии с 2017 по 2019 годы.

Результаты и их обсуждение.

Согласно данным эпидемиологических исследований АР очень часто сопутствует БА. В результате ретроспективного анализа анамнестических данных больных БА, было выявлено, что 493 (34%) госпитализированных пациентов был диагностирован АР.

В таблице 1 приведены данные частоты коморбидности при БА и АР. В нашем исследовании коморбидная патология встречалась в 1-группе у 1334 (92%) больных БА и во 2-группе у 145 (49%) больных АР. По данным GINA (Global Initiative for Asthma – Глобальная инициатива по бронхиальной астме) в качестве коморбидной патологии, затрудняющей достижение контроля БА, указываются ожирение, риносинусит, пищевая аллергия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). В качестве факторов, сопряженных с повышенным риском летального исхода при БА, – психические заболевания. Так как основной целью терапии БА служит достижение контроля заболевания, то очевидно, что сопутствующие болезни, максимально этому препятствующие, и являются наиболее значимыми [2].

По результатам ретроспективного анализа, одними из наиболее часто встречаемых коморбидных патологий при БА и АР явились хронический холецистит, хронический панкреатит или же их сочетание холецистопанкреатит – 978 (67,4%) в 1- группе и 104 (35,1%) во 2-группе, а также хронический гастрит и гастродуоденит – 956 (66,0%) в 1-группе и 129 (43,6%) во 2-группе, которые были определены в категорию заболеваний препятствующих адекватному медикаментозному контролю БА и АР. Избыточный вес/ожирение, которые составили – 870 (60%) случаев и метаболический синдром – 842 (58,1%) являлись одновременно и фактором риска развития БА, так и коморбидной патологией, способствующей более тяжелому течению основного заболевания. Хотя, при АР данная коморбидность не была статистически значимой.

Наличие ожирения почти в 2 раза увеличивает шансы развития БА. В то же время сочетание БА и ожирения способствует более тяжелому течению, худшему контролю и большему риску обострений БА. Патогенетически такое влияние может быть объяснено модифицирующим действием жировой ткани на воспаление. Ожирение затрудняет диагностику БА, так как оно может сопровождаться одышкой, физической детренированностью. Кроме того, рестриктивный паттерн изменений спирометрии, присущий ожирению, может затруднять интерпретацию функциональных исследований при БА [5]. В GINA оговаривается, что при ожирении диагноз БА должен быть подтвержден наличием вариабельного ограничения воздушного потока [3].

Сердечно-сосудистая патология, такая как артериальная гипертензия - 709 (48,9%) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 843 (58,1%) имела также высокие показатели по частоте встречаемости в нашем исследовании, что связано с широким распространением этих заболеваний в популяции. При АР частота артериальной гипертензии составила – 96 (32,5%). Существуют различные патофизиологические объяснения взаимосвязи этих болезней: гипоксия, системное воспаление, нарушение метаболизма оксида азота. Важной проблемой БА и сердечно-сосудистой коморбидности являются взаимодействия, побочные эффекты и противопоказания к приему лекарственных препаратов. Ряд лекарств для лечения БА обладают кардиотоксичностью, а некоторые группы кардиологических препаратов имеют ограничения при применении у больных БА.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречалась у 455 (31,4%) больных БА. По данным зарубежных исследователей, ГЭРБ отягощает течение БА, вызывая ее симптомы, ухудшая качество жизни. В то же время ГЭРБ не относится к значимым факторам риска частых обострений БА. Механизм влияния ГЭРБ на течение БА складывается из двух основных моментов – микроаспирации и рефлукторного воздействия. Микроаспирация представляет собой попадание желудочного (соляная кислота и пепсин) или дуоденального (желчные кислоты, панкреатические ферменты) содержимого в пищевод, глотку с последующей

аспирацией в дыхательные пути. Агрессивное содержимое аспирата способствует развитию воспаления, вызывая обструкцию и нарушение газообмена [1].

Таблица 1. Частота коморбидности при бронхиальной астме и аллергическом рините

Сопутствующие заболевания и состояния	1 группа БА n=1450		2 группа АР n=296	
	абс.	%	абс.	%
Артериальная гипертензия	709	48,9	96	32,5
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	843	58,1	52	17,6
ГЭРБ	455	31,4	24	8,1
ХОБЛ	797	55,0	38	12,8
Хронический холецистит/ панкреатит	978	67,4	104	35,1
Хронический гастрит/гастродуоденит	956	66,0	129	43,6
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки	122	8,4	18	6,1
Пищевая аллергия	728	50,2	127	42,9
Атопический дерматит	492	33,9	94	31,8
Синдром хронической усталости	320	22,1	67	22,6
Метаболический синдром	842	58,1	82	27,7
Сахарный диабет 2 типа	148	10,2	11	3,7
Избыточный вес/ожирение	870	60,0	74	25,0
Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)	219	15,1	44	14,9
Астеноневротический Синдром (депрессия, панические атаки, тревожность)	307	21,2	58	19,6
Остеопороз	234	16,1	19	6,4

Таким образом, в результате изучения частоты и структуры коморбидной патологии при БА и АР установлено, что наличие всех перечисленных заболеваний имеет существенные патогенетические связи и усугубляет течение основного заболевания, одновременно препятствуя применению стандартной терапии. Однако персонифицированный клинический подход к пациенту с БА и коморбидными состояниями, с привлечением врачей других специальностей и лечением сопутствующих заболеваний способствует достижению контроля БА.

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний, включая хирургических, индивидуально.

Для повышения эффективности лечения представляется целесообразным выделять следующие этапы ведения коморбидного пациента:

- тщательный сбор жалоб и анамнеза по всем заболеваниям, учет и оценка факторов риска, оценка стадии эволюции коморбидности;
- вычленение при формулировке диагноза основного заболевания, сопутствующих заболеваний и ассоциированных с ними состояний; проведение консультаций или совместных осмотров с врачами специалистами (кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, уролог, эндокринолог, хирург и другими по показаниям);
- выявление вызванных заболеваниями изменений в системах и органах, для чего необходимо проведение диагностических мероприятий;
- разработка тактики лечения и диспансерное наблюдение пациента.

Учитывая влияние различных факторов риска на развитие БА и его серьёзный прогноз разработали модифицированный индекс коморбидности при БА у детей раннего возраста для прогнозирования его течения и уменьшения инвалидности в зрелом возрасте.

На основании выполненного исследования с ретроспективным анализом историй болезни пациентов (n=1746; БА - 1450 и АР - 296) Бухарского областного многопрофильного медицинского центра по определению относительного риска (R) развития БА рассчитан индекс коморбидности (ИК) (табл. 2.).

Согласно существующим рекомендациям, пациентов распределили на две группы коморбидности по ИК: низкая (2–5 баллов) и высокая (более 5 баллов). Анализ показателей относительного риска (R) трансформации АР в БА выполняли на основании разработанной нами программы интегральной оценки факторов риска развития бронхиальной астмы.

При разработке индекса коморбидности исходили из значения относительного риска трансформации (R): при величине $R < 2 = 1$ балл, при $2 < R < 5 = 2$ балла; $R > 5 = 3$ балла.

Таблица 2. Модифицированный адаптированный индекс коморбидности при БА

№	Сочетанные патологические состояния	Прогностический коэффициент	Балл
1	Артериальная гипертензия	5,1	3
2	Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	3,2	2
3	ГЭРБ	9,5	3
4	ХОБЛ	8,7	3
5	Хронический холецистит/ панкреатит	2,2	2
6	Хронический гастрит/гастродуоденит	1,6	1
7	Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки	1,8	1
8	Пищевая аллергия	6,2	3
9	Атопический дерматит	5,4	3
10	Синдром хронической усталости	2,2	2
11	Метаболический синдром	4,4	2
12	Сахарный диабет 2 типа	3,2	2
13	Избыточный вес/ожирение	7,6	3
14	Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС)	3,8	2
15	Астеноневротический Синдром (депрессия, панические атаки, тревожность)	4,2	2
16	Остеопороз	1,2	1

В структуре коморбидных состояний, помимо АР, которая имела у 34,0% пациентов в исследовании, преобладали ГЭРБ с прогностическим коэффициентом (ПК) = 9,5; ХОБЛ – ПК=8,7; избыточный вес/ожирение – ПК=7,6; пищевая аллергия – ПК=6,2; атопический дерматит – ПК=5,4; артериальная гипертензия – ПК=5,1.

Среднее значение ИК в выборке находилось на уровне высокой коморбидности (более 5 баллов) и составляло $6,2 \pm 0,94$ балла (от 1,2 до 9,5 баллов). Лишь 18,2% пациентов (n=264) имели минимальный ИК, равный 2 баллам. В то же время, для большинства пациентов (n=713; 49,2%) был характерен высокий ИК (≥ 5 баллов). Низкий уровень коморбидности (ИК ≤ 5 баллов) наблюдался у 32,6% пациентов (n=473).

Заключение.

Полиморбидность при АР и БА характеризуется широким спектром патологических состояний и оказывает содружественное влияние на прогноз развития гиперреактивности бронхов. Разработанный индекс коморбидности позволяет определить предикторы трансформации АР в БА. У больных с высоким коморбидным статусом (ИК > 5 баллов) прогностически

неблагоприятное влияние полиморбидности усугубляется по мере увеличения частоты и продолжительности воздействия аллергенов и респираторных инфекций.

Список литературы:

1. Бродская О.Н. (2017). Коморбидные заболевания при бронхиальной астме. Практическая пульмонология, (2), 3-13.
2. Джаббарова М.Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ // Биология и интегративная медицина. 2021. №1 (48).
3. 2017 GINA report. Global strategy for asthma management and prevention. <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/> Accessed October, 20, 2017.
4. Jesse, Russell Аспириновая бронхиальная астма: моногр. / JesseRussell. - М.: VSD, 2017. - 195 с.
5. Scott H.A., Wood L.G., Gibson P.G. Role of obesity in asthma: mechanisms and management strategies. Curr Allergy Asthma Rep 2017; 17(8): 53.