

pulmonary rehabilitation in outpatients with chronic airway obstruction. *Chest*. 2005;127:105-109. DOI:10.1378/chest.127.1.105.

15. Redelmeier DA, Bayoumi AM, Goldstein RS, Guyatt GH. Interpreting small differences in functional status: the six minute walk test in chronic lung disease patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1997;155:1278-1282. DOI:10.1164/ajrccm.155.4.9105067.

16. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017 [Internet]. Available at: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>.

Сведения об авторах

Овчаренко Светлана Ивановна, Первый Московский государственный медицинский

университет имени И. М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел.: +7(916)4066778; e-mail: svetfik@mail.ru

Галецкайте Янина Казисовна, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел.: +7(903)7944775; e-mail: galetskayte@gmail.com

Волель Беатриса Альбертовна, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел.: +7(916)6160760; e-mail: beatrice.volel@gmail.com

Information about authors

Ovcharenko Svetlana I., I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 8-2 Trubetskaya st., Moscow 119991, Russian Federation; Phone: +7(916)4066778; e-mail: svetfik@mail.ru

Galetskaite Yanina K., I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 8-2 Trubetskaya st., Moscow 119991, Russian Federation; Phone: +7(903)7944775; e-mail: galetskayte@gmail.com

Volel Beatrisa A., I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; Address: 8-2 Trubetskaya st., Moscow 119991, Russian Federation; Phone: +7(916)6160760; e-mail: beatrice.volel@gmail.com

Поступила 04.09.2017 г.

Принята к печати 13.09.2017 г.

© АНТОНОВ В. Н.

УДК 616.233-002

DOI: 10.20333/2500136-2017-5-35-40.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАНИФЕСТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

В. Н. Антонов

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск 454092, Российская Федерация

Цель исследования. В статье обсуждаются проблемы ранней манифестации клинических проявлений ХОБЛ в зависимости от воздействия этиологических факторов, в частности табакокурения.

Материал и методы. Обследовано 249 пациентов с изолированной ХОБЛ и 250 больных с сочетанным течением ХОБЛ и ИБС. Всем больным было проведено комплексное клиническое обследование. Проанализированы выявленные факторы риска развития ИБС и ХОБЛ, в частности, оценивался факт табакокурения, стаж и индекс курящего человека. Оценены следующие показатели: возраст появления первых симптомов ХОБЛ, продолжительность заболевания, кашлевой анамнез. Функциональные показатели: объем форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ₁), отношение ОФВ₁ к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ).

Результаты. Индекс курящего человека в обеих группах превышал 200 единиц. В группе ХОБЛ+ИБС индекс курящего человека достоверно превышал этот показатель по сравнению с пациентами с изолированной ХОБЛ на 9 % (p<0,05).

Заключение. Степень тяжести пациентов с сочетанным течением ХОБЛ и ИБС зависит от стажа курения и его интенсивности, особенно у пациентов с GOLD 3 и GOLD 4 по классификации ХОБЛ 2011 года. У пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС основные клинические проявления заболевания регистрируются раньше, чем у больных с изолированной ХОБЛ и ассоциируются с меньшим стажем курения. У больных с ХОБЛ и ИБС функциональные показатели респираторной системы достоверно ниже таковых, чем у пациентов с изолированной ХОБЛ.

Ключевые слова: ХОБЛ, ИБС, коморбидность, факторы риска, табакокурение, индекс курящего человека.

Для цитирования: Антонов В.Н. Этиологические и клинические аспекты манифестации различных вариантов течения хронической обструктивной болезни легких. *Сибирское медицинское обозрение*. 2017;(5): 35-40. DOI: 10.20333/2500136-2017-5-35-40.

ETIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF MANIFESTATION THE VARIOUS VARIANTS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COURSE

V. N. Antonov

South Ural State Medical University, Chelyabinsk 454092, Russian Federation

The aim of the research. The article discusses the problems of early manifestation of clinical development of COPD depending on the effect of etiological factors, in particular tobacco smoking.

Material and methods. 249 patients with isolated COPD and 250 patients with combined course of COPD and IHD were examined. All patients had complex clinical examination. The revealed risk factors for the development of IHD and COPD were analyzed, in particular, the fact of smoking, the length of time and

the index of the smoker was estimated. The following indices are estimated: age of appearance of the first symptoms of COPD, duration of the disease, cough anamnesis. Functional indices: volume of forced expiration in the first second (FEV1), ratio of FEV1 to forced vital capacity of lungs (FVC).

Results. The index of the smoker in both groups exceeded 200 units. In the COPD + IHD group, the smokers' index significantly exceeded this figure compared to patients with isolated COPD by 9% ($p < 0.05$)

The conclusion. The severity of patients with combined course of COPD and IHD depends on the length of smoking and its intensity, especially in patients with GOLD 3 and GOLD 4 according to the COPD classification of 2011. In patients with comorbid course of COPD and IHD, the main clinical manifestations of the disease are registered earlier than in patients with isolated COPD and associated with a shorter smoking experience. In patients with COPD and IHD, the functional parameters of the respiratory system are significantly lower than those of patients with isolated COPD.

Key words: COPD, IHD, comorbidity, risk factors, smoking, smoker index.

Citation: Antonov VN. Etiological and clinical aspects of manifestation the various variants of chronic obstructive pulmonary disease course. *Siberian Medical Review*. 2017; (5): 35-40. DOI: 10.20333/2500136-2017-5-35-40.

Введение

Согласно эпидемиологическим данным, изложенным в обновленной версии глобальной стратегии по диагностике, управлению, профилактике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (GOLD 2017), распространенность в мире данной нозологии остается достаточно высокой, и имеет тенденцию к росту [1]. С увеличением числа больных с симптомами бронхиальной обструкции растет и смертность от ХОБЛ. По данным ВОЗ, сегодня ХОБЛ является 3-й лидирующей причиной смерти в мире, ежегодно от ХОБЛ умирает около 2,8 млн человек, что составляет 4,8 % всех причин смерти [2].

Течение ХОБЛ отличается значительным полиморфизмом. Гетерогенная природа заболевания рассматривается в различных аспектах – клиническом, функциональном, патоморфологическом. С момента появления самого понятия ХОБЛ были предприняты попытки описать и систематизировать данную неоднородность. Первое разделение больных ХОБЛ на фенотипы принадлежит А. Dornhorst, который более 50 лет назад описал два разных подтипа больных с дыхательной недостаточностью: больных с эмфиземой, одышкой, без цианоза, со сниженной массой тела («розовые пыхтельщики») и больных с хроническим бронхитом, цианозом и отеками, признаками правожелудочковой сердечной недостаточности («синие отечники») [3]. Затем, В. Burrows et al. в 1966 г. описали две подгруппы больных ХОБЛ, которые отличались между собой по клинической, функциональной, рентгенологической и морфологической картине, и назвали эти подгруппы эмфизематозным и бронхитическим фенотипами хронической обструкции дыхательных путей [4]. Кроме вышеперечисленных в настоящее время выделяют и иные фенотипы заболевания: сочетание ХОБЛ и БА, фенотип с частыми обострениями, фенотип пульмонологической кахексии, фенотипы системной воспалительной реакции [1, 2].

В зарубежной и отечественной литературе, особенно в последние годы, особое внимание уделяется сочетанному варианту течения ХОБЛ и ишемической болезни сердца (ИБС) [5, 6]. Данную проблему мож-

но рассматривать с нескольких позиций. Во-первых, респираторные и сердечно-сосудистые заболевания имеют общие факторы риска – курение, урбанизацию, низкую физическую активность, старение популяции, генетическую предрасположенность [6]. Крайне опасным фактором риска признано курение. По некоторым оценкам в индустриальных странах курение вносит вклад в смертность около 80 % мужчин и 60 % женщин, в то время как в развивающихся странах – у 45 % мужчин и 20 % женщин [7]. Таким образом, один и тот же фактор является определяющим в развитии 2-х заболеваний. Во-вторых, ИБС и ХОБЛ имеют общий механизм в виде формирования системного воспаления. Предполагается, что усиление локального воспаления в бронхах, легочной паренхиме и сосудах оказывает системное воздействие и способствует прогрессированию ХОБЛ, развитию атеросклероза и сердечной патологии у данных пациентов [7]. Известно, что снижение $ОФВ_1$ на 10 % увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности на 28 %, а не фатальных коронарных событий – на 20 % [8, 9]. В третьих, ХОБЛ и ИБС являются социально значимыми заболеваниями, имеющие колоссальный вклад в структуру заболеваемости и смертности [1, 2].

Исходя из вышеизложенного, остается чрезвычайно актуальным дальнейшее изучение связи этиологических и патогенетических аспектов различных вариантов развития ХОБЛ, и в частности коморбидного течения ХОБЛ и ИБС.

Цель исследования: оценка влияния табакокурения на основные клинико-функциональные показатели у больных с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС.

Задачи исследования:

1. Проанализировать воздействие курения на степень тяжести ХОБЛ и ИБС.
2. Оценить соотношение сроков появления основных респираторных симптомов у пациентов с ХОБЛ и ИБС в зависимости от стажа курения и индекса курящего человека.
3. Показать влияние индекса курящего человека на основные показатели функционального состояния респираторной системы.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни пациентов с изолированной ХОБЛ, коморбидным течением ХОБЛ и ИБС, проходивших лечение в пульмонологическом и кардиологическом отделениях ОКБ №4 в 2014-2016 гг. Диагноз ХОБЛ выставлялся на основании критериев постановки диагноза GOLD-2011 [10]. Диагноз ИБС соответствовал критериям нозологии согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2006 г.) и Всероссийского научного общества кардиологов (2008 г.) [11]. В исследование были включены 499 пациентов. Условием включения было наличие

WINDOWS 13. Данные представлены в виде доверительного интервала ДИ 95 %. Использовался t-test, с неравными дисперсиями, 3-х хвостовой. При анализе связей внутри групп применялся линейный парный коэффициент корреляции К. Пирсона.

Результаты и обсуждение

Группы были сопоставимы по количеству пациентов, возрасту, основным клиническим характеристикам. Основные результаты анализа анамнеза курения у обследованных пациентов представлены в таблице 1.

Курение выступает в качестве триггера и поддерживающего фактора риска развития воспаления у паци-

Таблица 1

Анамнестические данные по группам

Группа	Количество человек	Стаж курения (годы)	ИКЧ	Начало заболевания, возраст в годах	Продолжительность заболевания ХОБЛ	Кашлевой анамнез в годах
ХОБЛ	249	21,29 [11,75;30,84]	244,3 [196,7;291,9]	59,77 [50,29;69,25]	11,89 [5,67;18,12]	11,34 [6,87;15,82]
ХОБЛ+ИБС	250	17,31 [9,86;24,76]	262,6* [206,6;318,6]	55,16 [49,15;61,17]	13,86 [7,89;19,84]	16,22 [11,25;21,19]

факта курения у пациента минимум 5 лет. Группы стратифицированы по количеству, возрасту, стажу курения.

После подтверждения диагнозов ХОБЛ и ИБС пациенты были разделены на две группы: 1. Больные с ХОБЛ, n=250, средний возраст 59,9 (52,1;67,6) лет; 2. ХОБЛ и ИБС, n=249, средний возраст 61,5 (54,7;68,3) лет.

Всем больным было проведено комплексное клиническое обследование, которое включало клиническую оценку, жалобы, анамнез, физикальное, лабораторное и инструментальные исследования. Проведена пульсоксиметрия; оценка функции внешнего дыхания (ФВД): спирография на аппарате MicroLab (Англия), общая бодиплетизмография на приборе Master Screen Body (Jaeger, Германия). Проведен анализ выявленных факторов риска развития ИБС и ХОБЛ, в частности, оценивался факт табакокурения, стаж курения и рассчитывался индекс курящего человека (ИКЧ) по формуле – количество выкуриваемых сигарет, умноженное на 12. При этом принималось, что если результат превышал 120, то рассматривали пациента как имеющего фактор риска ХОБЛ и ИБС, свыше 200 – злостный курильщик. Оценены следующие показатели: возраст появления первых симптомов ХОБЛ, продолжительность заболевания, кашлевой анамнез. Функциональные показатели: объем форсированного выдоха в первую секунду (ОФВ₁), отношение ОФВ₁ к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Для статистической обработки полученных результатов использовалась программа STATISTICA для

пациентов с ХОБЛ. Основными моментами в отрицательном влиянии табакокурения являются продолжительность экспозиции, то есть стаж курения, и интенсивность воздействия, или количество выкуриваемых сигарет в день. Индекс курящего человека отражает именно эти две составляющие, и является наиболее оптимальным ориентиром при оценке вклада табакокурения при рассмотрении этиологической составляющей течения заболевания в каждом конкретном случае. При анализе связи продолжительности курения и появления первых симптомов заболевания в исследуемой когорте пациентов выявлено, что у пациентов с сочетанным течением ХОБЛ и ИБС наблюдается менее продолжительный стаж курения, по сравнению с больными с изолированной ХОБЛ (таблица 1). При этом индекс курящего человека в обеих группах превышал 200 единиц (245,1 и 264,8 соответственно), указывая на неоспоримый вклад факта курения в генез и ХОБЛ и ИБС. В группе ХОБЛ+ИБС индекс курящего человека достоверно превышал этот показатель по сравнению с пациентами с изолированной ХОБЛ на 9 % (p<0,05). Пациенты с сочетанной патологией хоть и имели меньший стаж курения, в тоже время у них констатировано более интенсивное воздействие на пациента за счет увеличенного количества выкуриваемых сигарет. Обращает внимание возраст наступления первых симптомов заболевания. Пациенты в обеих группах были сопоставимы по возрасту, однако клинические проявления бронхиальной обструкции у больных с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС наступили на 4,61 года раньше, нежели у пациентов с

ХОБЛ без сопутствующей патологии. Таким образом, менее продолжительная по времени, но большая по интенсивности экспозиция неблагоприятных этиологических факторов, в частности курения, являются триггером более раннего развития основных элементов воспалительного процесса у пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС.

Следующим интересующим вопросом явилось изучение влияния продолжительности курения на структуру исследуемых групп пациентов. Время экспозиции табачного дыма, как известно, влияет на морфологические проявления повреждения легочной ткани у пациентов с ХОБЛ. Чем большая продолжительность курения, тем более распространённые изменения в респираторной системе, глубина и вовлечённость легочной ткани в воспалительный процесс. В эпидемиологических исследованиях показано, что при стаже курения до 10 лет, как правило, преобладают в основном изменения по одному из возможных типов – или бронхитическому, или эмфизематозному [12]. С увеличением стажа курения более 10-15 лет наблюдаются уже смешанные, как бронхитические, так и эмфизематозные изменения, что приводит к утяжелению клинической картины и ухудшению прогноза жизни пациента [4]. Результаты анализа распределения больных по стажу курения в исследуемой когорте представлены в таблице 2.

наблюдается прямая зависимость – при увеличении стажа курения растёт и степень тяжести пациента. В ряде исследований установлено, что ХОБЛ приводит к инвалидности в среднем через 10 лет после установления диагноза и более чем в половине случаев (58 %) – это лица моложе 50 лет [13]. С увеличением степени тяжести уменьшается и продолжительность жизни, так у пациентов с тяжёлыми обструктивными изменениями, при ОФВ₁ менее 30 % от должных величин, и частыми обострениями риск летальных исходов увеличивается на 30 % [1,2].

При этом как в общем, так и отдельно по различной продолжительности курения, статистически значимо ИКЧ превалировал у пациентов с сочетанным течением ХОБЛ и ИБС. У пациентов с ХОБЛ и ИБС наблюдается более интенсивное этиологическое воздействие, обеспечивая, по всей видимости, более раннюю манифестацию клинических проявлений.

Основные клинко-функциональные показатели, обуславливающие проявления бронхиальной обструкции – ОФВ₁ и степень одышки, оцененная в баллах, выглядели следующим образом: у пациентов с ХОБЛ ОФВ₁ составил 51,46 (46,55;56,37) %, у больных с ХОБЛ и ИБС – 40,96 (35,9;46,02) %. Констатируется достоверность статистических различий (p<0,05). Индекс одышки по mMRC в группе с изолированной ХОБЛ составил 3,34 (2,71;3,98) балла, у пациентов с

Таблица 2

Структура больных по стажу курения

	n	%	Стаж курения						ИКЧ (средний)
			До 10 лет	%	10-15 лет	%	Более 15 лет	%	
ХОБЛ	249	49,8	49	20	87	35	113	45	244,3 [196,7;291,9]
ИКЧ			201,2 [196,7;205,7]		248,6 [244,9;252,3]		285,5 [279,1;291,9]		
ХОБЛ+ИБС	250	50,2	43	17	92	37	115	46	262,6 [206,6;318,6]
ИКЧ			212,8 [206,6;219,0]		269,9 [262,0;277,4]		311,8 [305,0;318,6]		
Всего	499	100	92	18	179	36,1	228	45,9	257,6 [196,7;318,6]
			p1-2<0,05		p1-2<0,05		p1-2<0,05		

Как видно из представленного материала, подавляющее количество пациентов имело стаж курения более 10 лет. В общем по группам стаж курения в 45,9 % превышал 15 лет, в 36,1 % случаев стаж составил от 10 до 15 лет, и в 18 % пациенты курили менее 10 лет. При сопоставлении продолжительности курения и тяжести клинических проявлений, выявлено, что

ХОБЛ и ИБС – 3,59 (3,19;4,00), без статистически значимых различий.

У пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС наблюдается более выраженная бронхиальная обструкция, обуславливающая тяжесть заболевания у данной группы больных. Кроме того, как было указано выше, более низкие показатели ОФВ₁ являются

и прогностически неблагоприятным фактором [8,9]. Учитывая этот факт, проведен анализ влияния ИКЧ на тяжесть клинических проявлений ХОБЛ, в соответствие с классификацией GOLD 2011, который представлен в таблицах 3 и 4.

Таблица 3
Влияние ИКЧ на тяжесть клинических проявлений у пациентов с ХОБЛ и ИБС

Группа ХОБЛ по GOLD	n	ИКЧ, средний	Коэффициент корреляции, r
GOLD 2	57	211,8 [206,6;217,1]	0,192
GOLD 3	91	248,8 [242,4;255,1]	0,684
GOLD 4	102	312,5 [306,4;318,6]	0,811

Таблица 4
Влияние ИКЧ на тяжесть клинических проявлений у пациентов с изолированной ХОБЛ

Группа ХОБЛ по GOLD	n	ИКЧ, средний	Коэффициент корреляции, r
GOLD 2	63	201,9 [196,7;207,1]	0,212
GOLD 3	90	256,7 [250,6;262,8]	0,821
GOLD 4	96	286,7 [281,5;291,9]	0,714

Как вытекает из полученных результатов, в структуре курящих больных с ХОБЛ преобладают пациенты с тяжелой степенью тяжести. Кроме того, выявлена корреляционная зависимость между степенью тяжести и ИКЧ у больных с тяжелой ($r=0,82$, $p<0,05$) и крайне тяжелой степенью тяжести ХОБЛ ($r=0,71$, $p<0,05$).

Подобная же закономерность констатирована и у пациентов с сочетанным течением ХОБЛ и ИБС, только со статистически значимым преобладанием ИКЧ у пациентов с GOLD 2 и GOLD 4.

Заключение

1. Степень тяжести пациентов с сочетанным течением ХОБЛ и ИБС зависит от стажа курения и интенсивности, особенно у пациентов с GOLD 3 и GOLD 4 по классификации ХОБЛ 2011 года.

2. У пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС основные клинические проявления заболевания регистрируются раньше, чем у больных с изолированной ХОБЛ и ассоциируются с меньшим стажем курения.

3. У больных с ХОБЛ и ИБС функциональные показатели респираторной системы достоверно ниже таковых, чем у пациентов с изолированной ХОБЛ.

Литература

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. [Internet] Available from: <http://goldcopd.org/>.

2. Айсанов ЗР, Авдеев СН, Архипов ВВ, Белевский АС, Лещенко ИВ, Овчаренко СИ, Шмелев ЕИ, Чучалин АГ. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких: алгоритм принятия клинических решений. *Пульмонология*. 2017;27(1):13-20. DOI:10.18093/0869-0189-2017-27-1-13-20.

3. Авдеев СН. Фенотипы хронической обструктивной болезни легких: особенности терапии. *Болезни органов дыхания. Консилиум (прил.)*. 2010;1:23-8.

4. Pistolesi M, Bigazzi F, Cestelli L, Paoletti M, Camiciottoli G. ХОБЛ: комплексное заболевание: Фенотипы хронической обструктивной болезни легких. [Интернет]. Доступно: <https://medi.ru/info/4869> (обращение 28.07.2017).

5. Куценко МА, Чучалин АГ. Парадигма коморбидности: синтропия ХОБЛ и ИБС. *РМЖ*. 2014;5:389.

6. Боев СС, Доценко НЯ, Шехунова ИА, Дедова ВО. Сочетание хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца. *Вопросы рациональной терапии*. [Интернет]. Доступно: <http://therapia.ua/therapia/2015-/2-95>. (обращение 28.07.2017).

7. Коррейя ЛЛ, Лебедев ТЮ, Ефремова ОА. Проблема полиморбидности при сочетании хронической обструктивной болезни легких и некоторых сердечно-сосудистых заболеваний. *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. 2013;4(147):12-17.

8. Sin DD, Wu L, Man SF. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality. *Chest*. 2005;127:1952-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.127.6.1952>.

9. Sin DD, Man SF. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2005;2(1):8-11. DOI:<http://dx.doi.org/10.1513/pats.200404-032ms>.

10. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество; 2012. 80 с.

11. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2008;7(6):37.

12. Айсанов ЗР, Кокосов АН, Овчаренко СИ, Хмелькова НГ, Цой АН, Чучалин АГ, Шмелев ЕИ. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. *РМЖ*. 2001;1:9.

13. Овчаренко СИ Противовоспалительная терапия хронического бронхита. *РМЖ*. 2001;5:201.

References

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. [Internet] Available from: <http://goldcopd.org/>.

2. Aisanov ZR, Avdeev SN, Arkhipov VV, Belevsky AS, Leschenko IV, Ovcharenko SI, Shmelev EI, Chuchalin AG National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease: an algorithm for making clinical decisions. *Pulmonology*. 2017;27(1):13-20. DOI:10.18093/0869-0189-2017-27-1-13-20 (In Russian)

3. Avdeev SN. Phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease: features of therapy. *Diseases of the respiratory system. Consilium (adj.)*. 2010;1:23-8. (In Russian)

4. Pistolesi M, Bigazzi F, Cestelli L, Paoletti M, Camiciottoli G. COPD: Complex disease: Phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. Available at <https://medi.ru/info/4869> (reference 28.07.2017)

5. Kutsenko MA, Chuchalin AG The paradigm of comorbidity: the syndrome of COPD and IHD. *RMJ*. 2014;5:389. (In Russian)

6. Boev SS, Dotsenko N.Ya., Shehunova IA, Dedova V.O. Combination of chronic obstructive pulmonary disease and coronary heart disease. *Issues of rational therapy*. [Internet]. Available at <http://therapia.ua/therapia/2015-/2-95>. (reference July 28, 2017). (In Russian)

7. Correia LL, Lebedev TYu, Efremova OA. The problem of polymorbidity in a combination of chronic obstructive pulmonary disease and certain cardiovascular

diseases. *Scientific Bulletin of Belgorod State University*. 2013;4(147):12-17. (In Russian)

8. Sin DD, Wu L, Man SF. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality. *Chest*. 2005;127:1952-9. DOI:<http://dx.doi.org/10.1378/chest.127.6.1952>

9. Sin DD, Man SF. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2005;2(1):8-11. DOI:<http://dx.doi.org/10.1513/pats.200404-032ms>.

10. Global strategy for diagnosis, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2011 revision). M: Russian Respiratory Society, 2012. 80 p. (In Russian)

11. National guidelines for the diagnosis and treatment of stable angina pectoris. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2008;7(6): 37. (In Russian)

12. Aisanov ZR, Kokosov AN, Ovcharenko SI, Khmelkova NG, Tsoi AN, Chuchalin AG, Shmelev EI Chronic obstructive pulmonary disease. The federal program. *RM1*. 2001;1:9 (In Russian)

13. Ovcharenko S.I. Anti-inflammatory therapy of chronic bronchitis. *RM2*. 2001;5:201. (In Russian)

Сведения об авторах

Антонов Владимир Николаевич, Южно-Уральский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского 64; тел.: +7 (351) 2327371; e-mail: ant-vn@yandex.ru

Information about the authors

Antonov Vladimir N., South Ural State Medical University; address: Russian Federation, 454092, Chelyabinsk, ul. Vorovsky 64; Phone: +7 (351) 2327371; e-mail: ant-vn@yandex.ru

Поступила 04.09.2017 г.

Принята к печати 13.09.2017 г.

© ВИЗЕЛЬ А. А., ВАФИНА А. Р., ВИЗЕЛЬ И. Ю., САЛАХОВА И. Н., ДЬЯКОВА Е. В., КУДРЯВЦЕВА Э. З.

УДК 616.248-085.2/.3

DOI: 10.20333/2500136-2017-5-40-47.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСТУПИВШИХ В СТАЦИОНАРЫ ГОРОДА КАЗАНИ

А. А. Визель¹, А. Р. Вафина¹, И. Ю. Визель¹, И. Н. Салахова¹, Е. В. Дьякова², Э. З. Кудрявцева³

¹Казанский государственный медицинский университет, Казань 420012, Российская Федерация

²Республиканская клиническая больница, Казань 420064, Российская Федерация

³16-я городская клиническая больница, Казань 420039, Российская Федерация

Цель исследования. Изучение клинических проявлений, особенностей лечения, предпочтений больных бронхиальной астмой (БА) и соответствия оказания помощи этим больным клиническим рекомендациям.

Материал и методы. Проведён опрос, клиническое, лабораторное и функциональное обследование 100 больных БА, поступивших в стационары города Казани до июля 2017 года. База данных создана и обработана программой SPSS-18.

Результаты. В соответствии с GINA 2017 у 96 % больных БА была неконтролируемой и у 4 % — частично контролируемой; по результатам применения вопросника ACQ у 94% больных была плохо контролируемая БА. Пациенты назвали худшим временем суток вечер и ночь, а также сообщили, что утренние симптомы негативно влияли на дневную активность. Наиболее эффективными и удобными устройствами больные назвали дозирующие порошковые ингаляторы. Наиболее эффективной комбинацией пациенты назвали будесонид с формотеролом. Лечение, проводимое на амбулаторном этапе и в стационаре, соответствовало отечественным и зарубежным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению БА. Однако только 43 % больных имели адекватное терапевтическое сотрудничество, а 20 % — не были достаточно обучены применению