

Казмерчук О. В., Абрамов Ю. И.

ФЕНОТИП ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ФИКСИРОВАННОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Демко И. В.,
канд. мед. наук, доц. Крапошина А. Ю.*

*Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО
Красноярский государственный медицинский университет
имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск*

Актуальность. В настоящее время понятие тяжести течения бронхиальной астмы (БА) неразрывно связано с понятием контроля. Стоит помнить, что больных с тяжелым течением патологии всего лишь около 10% от всех пациентов, но именно они нуждаются в фенотипировании болезни, так как зачастую не отвечают на терапию высших ступеней, имеют частые обострения и не контролируют течение патологии. Формирование бронхиальной обструкции коррелирует с тяжестью течения и отсутствием контроля БА. Воспаление даже небольшой интенсивности является причиной гистологических изменений бронхиальной стенки, которое в дальнейшем приводит к ремоделированию дыхательных путей

Цель: изучение особенностей клинических и функциональных показателей при БА тяжелого течения с фиксированной обструкцией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 118 человек с диагнозом БА тяжелого течения, среди них женщин - 93(79%), мужчин - 25 (21%). Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев, среди них женщины - 20 (%), мужчины - 10 (%). В зависимости от наличия или отсутствия фиксированной постбронходилатационной обструкции, определяемой по отношению ОФВ1/ФЖЕЛ ниже 0,7, пациенты были распределены на 3 группы. Группы пациентов были сопоставимы по дебюту и давности заболевания.

Результаты и их обсуждение. Все больные были мотивированы, привержены и демонстрировали правильную технику ингаляции. В группе пациентов с ФОДП отмечается назначение большего объема терапии с вовлечением нескольких групп лекарственных препаратов. Причинами обострения во всех группах чаще всего выступали контакт с аллергенами и перенесенные вирусные инфекции. Обращает на себя внимание отсутствие контроля над заболеванием у всех больных, включенных в исследование. Пациенты 1-ой и 2-ой групп отмечали каждодневные приступы удушья. Однако более часто нуждались в КДБА больные БА с ФОДП. При расчете отношения шансов рассматривали влияние различных факторов на развитие фиксированной обструкции при тяжелой БА. Был определен следующий фактор риска: прием КДБА более 2 ингаляций в день повышает риск развития почти в 7 раз.

Выводы. Фенотип бронхиальной астмы с ФОДП характеризуется более выраженными клиническими проявлениями, которые определяются частотой ежедневных приступов удушья, а так же количеством обострений, госпитализаций в течение года, частотой использования КДБА и необходимости большего объема терапии с привлечением контролирующих препаратов. Основные причины формирования обострения бронхиальной астмы с ФОДП: вирусная инфекция, контакт с аллергеном и стресс. Наиболее значимым фактором риска, влияющими на формирование фиксированной обструкции при ТБА является прием КДБА более 2 ингаляций в день (ОШ= 6,9).