

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

© Махова О.Ю., Прибылова Н.Н., Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А., Прибылов В.С., Барбашина Т.А., Авдеева Н.В.

¹Курский государственный медицинский университет (КГМУ)
Россия, 305041, Курская область, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

Цель – оценить клинико-эпидемиологическую характеристику больных бронхиальной астмой у коморбидных пациентов на основе анализа данных регистра пациентов бронхиальной астмой Курской области.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное рандомизированное исследование 3698 пациентов с бронхиальной астмой, включенных в регистр больных бронхиальной астмой в Курской области, из которых сопутствующая (коморбидная) патология была выявлена у 3158 больных (85,4%), а изолированная бронхиальная астма установлена у 540 пациентов (14,6%).

Результаты. По результатам теста по контролю над астмой контролируемое течение бронхиальной астмы зарегистрировано лишь у одной трети больных (36%), частичный контроль у 49%, а у 15% пациентов, несмотря на проводимую этиопатогенетическую терапию, БА имеет неконтролируемое течение. Сопутствующая (коморбидная) патология выявлена у 85,4% человек, тогда как группа пациентов с бронхиальной астмой без сопутствующей патологии – 13,6% пациентов Регистра. Длительность заболевания бронхиальной астмой с сопутствующей патологией – 14,5±0,8 года, а у пациентов без коморбидной патологии – 5,8±0,4 года. Ишемическая болезнь сердца зарегистрирована у 41,2% больных бронхиальной астмой, инфаркт миокарда в анамнезе у 4,5%, нарушения сердечного ритма у 14,6%, гипертоническая болезнь у 72,8%, хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 33% пациентов Регистра. У коморбидных пациентов чаще были обострения, внеплановые обращения к врачам, вызовы бригад скорой медицинской помощи, особенно при сочетании бронхиальной астмы с артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца.

Заключение. На основании анализа клинико-эпидемиологических характеристик больных бронхиальной астмой, внесенных в регистр пациентов бронхиальной астмой Курской области, определен наиболее распространенный фенотип коморбидного пациента, страдающего бронхиальной астмой, оценена эффективность профилактических и диагностических мероприятий, а также эффективность проводимого лечения, что необходимо использовать организаторам здравоохранения, врачам-терапевтам участковым и врачам-терапевтам в стационарах, врачам общей практики и пульмонологам для разработки способов профилактики и алгоритмов своевременной диагностики, а также рационального планирования объемов противоастматической помощи населению.

Ключевые слова: бронхиальная астма; коморбидный пациент; артериальная гипертензия; хроническая обструктивная болезнь легких; атопическая астма.

Махова Олеся Юрьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней института непрерывного образования, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0003-1940-9204. E-mail: olesya4483@rambler.ru (автор, ответственный за переписку)

Прибылова Надежда Николаевна – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры внутренних болезней института непрерывного образования, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0001-6788-518X. E-mail: pribylova_nadezda@mail.ru

Гаврилюк Евгения Викторовна – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней института непрерывного образования, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0001-5904-2828. E-mail: ganneta@list.ru

Прибылов Сергей Александрович – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры внутренних болезней института непрерывного образования, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0002-2913-493X. E-mail: pribylov_serg@mail.ru

Прибылов Владислав Сергеевич – аспирант кафедры фармакологии, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0002-4545-9339. E-mail: pribylov.vlad@mail.ru

Барбашина Татьяна Анатольевна – канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней Института непрерывного образования, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0001-7656-2921. E-mail: blekas33@yandex.ru

Авдеева Наталья Викторовна – д-р мед. наук, профессор кафедры внутренних болезней института непрерывного образования, КГМУ, г. Курск. ORCID iD: 0000-0002-2913-493X. E-mail: 7400468@mail.ru

Не менее 7 млн пациентов в Российской Федерации страдают бронхиальной астмой (БА), а показатель смертности от астмы регистрируется на уровне более 10 случаев на 100 тыс. населения [1, 2]. По результатам многоцентрового наблюдательного исследования «НИКА», у 42% пациентов астма остается неконтролируемой и только 23% достигли полного контроля заболевания, у 35% пациентов частично контролируются

мая [3]. Клиническая и патогенетическая гетерогенность (фенотипы) астмы в сочетании с сопутствующей (коморбидной) патологией является одной из причин недостижения контроля над БА, т.к. это самые «трудные» для терапии пациенты [1, 4]. В этом плане для практического здравоохранения актуальным является анализ регистров по БА с характеристикой фенотипов БА в сочетании с сопутствующей патологией,

с рассмотрением спектра применяемых лекарственных средств, согласно актуальным клиническим рекомендациям по БА [5, 6].

Цель исследования – оценить клинико-эпидемиологическую характеристику больных бронхиальной астмой у коморбидных пациентов на основе анализа данных регистра пациентов бронхиальной астмы Курской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено ретроспективное рандомизированное исследование пациентов с БА, включенных в регистр больных БА в Курской области (далее Регистр), созданный в 2017 году сотрудниками кафедры внутренних болезней ИНО ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России и сотрудниками пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница», в который входят в настоящее время 3698 больных БА с различными фенотипами и сочетаниями с другими соматическими нозологиями у коморбидных пациентов.

Для оценки степени контроля над БА мы использовали опросник АСТ-тест (Asthma Control Test) [7]. Статистическая обработка собранных данных производилась с использованием пакета программ StatTech 4.8.0 (ООО «Статтех», Россия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность БА в Курской области по результатам Регистра составила на 1000 взрослого населения 3,55 случая в 2017 г., а в 2023 г. – 3,73 случая, что свидетельствует о росте заболеваемости БА на территории Курской области. Распространенность БА имеет свои возрастные и гендерные особенности: в группе 18-34 лет – 0,77 на 1000 населения, в группе среднего возраста (35-59 лет) – 3,8 случая, а в возрасте 60-69 года – 7,9 случая, в 70 лет и старше – 4,5 случаев.

Гендерной особенностью БА является значительное преобладание женщин (66%) со средней продолжительностью заболевания $12,6 \pm 6,8$ года. 10,6% общей группы больных с БА приходились на возраст от 20 до 29 лет.

Среди включенных в Регистр у 33% больных установлена группа инвалидности (средний возраст которых составляет $60,8 \pm 2,3$ года), из которых 22% – это лица старше 60 лет. Большинство пациентов с БА в Регистре имели 2 группу инвалидности (54,5%), у 35,5% пациентов зафиксирована 3 группа, а у 10% больных – 1 группа инвалидности. Количество обращений

за неотложной медицинской помощью в год на 1 человека у инвалидов 1 группы $6,8 \pm 0,8$ обращений, у 2 группы – $5,5 \pm 0,3$ обращений, а 3 группы – $3,1 \pm 0,2$ обращений.

По степени тяжести БА легкая была зафиксирована у 7% пациентов, умеренная у 13%, средней тяжести у 42%, тогда как тяжелая форма зарегистрирована у 38% пациентов. Только 11% больных ежедневно проводили пикфлюметрию и контролировали свое состояние: плановые визиты 1 раз в месяц. Неплановые визиты к врачу были у 68,3% пациентов с БА, с количеством обострений на одного больного $4,1 \pm 0,02$, а к услугам скорой помощи прибегали более 50% больных БА.

Летальность пациентов с БА в Курской области составила от 22 до 32 человек в год. В 84% случаев причиной являлась легочно-сердечная недостаточность, в 7,1% – онкологические заболевания, в 6,5% – травма, в 2,4% – тяжелое обострение БА.

По результатам АСТ-теста контролируемое течение БА зарегистрировано лишь у одной трети больных (36%), частичный контроль у 49%, а у 15% пациентов, несмотря на проводимую этиопатогенетическую терапию, БА имеет неконтролируемое течение.

Сопутствующая (коморбидная) патология выявлена у 85,4% человек, тогда как группа пациентов с БА без сопутствующей патологии – 13,6% пациентов Регистра. Если средний возраст пациентов с БА без сопутствующей патологии составил $37,8 \pm 0,5$ года, то у пациентов БА с сопутствующими заболеваниями – $58,2 \pm 0,8$ года. Длительность заболевания БА с сопутствующей патологией – $14,5 \pm 0,8$ года, а у пациентов без коморбидной патологии данный показатель составил $5,8 \pm 0,4$ года. Таким образом, у пожилых пациентов чаще наблюдается как коморбидность, так и само распространение БА, что согласуется с современными данными отечественной и мировой литературы [8-10].

Сочетание БА и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) диагностировано у 33,8%, БА и артериальной гипертензии (АГ) у 72,5%, БА и ожирение у 37%, а у 23% выявлена множественная коморбидная патология БА в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и АГ. У 59% женщин и 41% мужчин зарегистрировано сочетание БА с несколькими заболеваниями (чаще всего с ХОБЛ, АГ, ожирением).

У коморбидных пациентов чаще были обострения, внеплановые обращения к врачам, вызовы бригад скорой медицинской помощи, особенно при сочетании БА с АГ, ИБС. ИБС зарегистрирована у 41,2% больных БА, инфаркт

миокарда в анамнезе у 4,5%, нарушения сердечного ритма у 14,6%, гипертоническая болезнь у 72,8%, ХСН диагностирована у 33% пациентов Регистра.

Основными осложнениями БА были: у 63% пациентов – эмфизема, у 12% – хроническое легочное сердце, а при сочетании с ХОБЛ в 3 раза чаще – 37%, стероидозависимость зарегистрирована у 21% пациентов и только у 4% осложнений не обнаружено.

При анализе результатов кардиальной патологии до диагностики БА 52% больных получали β-адреноблокаторы, которые вызывали гиперреактивность бронхов и усиление бронхиальной обструкции, а 44% – ингибиторы ангiotензинпревращающего фермента (иАПФ), которые связывали с появлением кашля и увеличением бронхоспазма [11, 12].

У пациентов в Регистре преобладала экзогенная БА – у 76,4%, у 21,6% – эндогенный вариант, и только у 3% – аспириновая астма. При выявлении сопутствующей патологии возрастает число фенотипов эндогенной и аспириновой астмы – до 66,9% и 14,1% соответственно. При сочетанной патологии увеличивается в 2,5-3 раза тяжелое и средне-тяжелое течение астмы. Среди лиц с сопутствующей патологией возрастает число больных с группой инвалидности до 44,8%, тогда как среди пациентов с изолированной БА этот показатель на уровне 12,8%.

При сочетании БА с патологией сердечно-сосудистой системы зарегистрировано тяжелое течение БА у 44% пациентов, средней степени тяжести у 28% и астма легкого течения всего у 28% пациентов. В группе больных БА в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы инвалидов 64%: 1 группа у 3,5% больных, 2 группа у 54,5% пациентов, 3 группа в 42% случаев. Наибольшее число вызовов скорой помощи было отмечено среди этой группы больных БА, на 1 пациента в год до $5,2 \pm 0,2$ вызова сишемической болезнью сердца (ИБС), 42% – стенокардия напряжения, 5,4% – инфаркт миокарда (ИМ), 11,8% – нарушения ритма сердца, 72,8% – АГ, 35% – хроническая сердечная недостаточность (ХСН). I степени АГ у больных БА констатирована у 15,5%, II степени – у 64,5%, III степени – у 20%.

По данным Регистра, у 56% пациентов впервые выявленная АГ возникала до дебюта БА, у 22% одновременно регистрировалась симптоматическая АГ и БА. У 62% больных анамнез отягощен по АГ у родственников, наследственность по БА отягощена только у 28,5% больных. Ожирением страдали 73% пациентов с БА и АГ, 27% с изолированной БА.

У 43% больных с БА в сочетании с АГ выявлена легочная гипертензия. У 70% пациентов

с микст-патологией наблюдается выраженная эндотелиальная дисфункция с недостаточной ЭЗВД, увеличение в 2,2 раза концентрации эндотелина-1 в плазме крови [5]. При изучении амбулаторных карт пациентов с БА установлено, что только 64% больных БА получали базисную противовоспалительную терапию, 36% – симптоматическое лечение.

БА является серьезной проблемой здравоохранения. Неадекватное лечение астмы приводит к развитию необратимых изменений в легких и даже к смерти [13, 14, 15]. Поэтому задачей врача является определение объема терапии с последующей ее коррекцией с целью достижения и поддержания контроля над заболеванием.

Важной позитивной особенностью рационального лечения БА в сочетании с АГ является раннее назначение комбинированных гипотензивных препаратов с фиксированными дозировками: при I-II стадии АГ амлодипин/периндоприл, при III стадии АГ амлодипин/индалапамид/периноприл. У пациентов БА с АГ и ожирением преимущественно используется амлодипин/индалапамид ретард. Применение амлодипина в фиксированной комбинации оказывает позитивное влияние на функцию эндотелия и является безопасным у больных с БА с сопутствующей АГ [5].

Трудным остается лечение overlap-фенотипа БА и ХОБЛ. Вероятность контроля выше при назначении низких доз ингаляционных глюкокортикоидов (ГКС) плюс по потребности короткодействующие бронходилататоры и длительно действующие антагонисты холинергических рецепторов – ипратропиум бромид или фенотерол/ипратропия бромид, тиотропия бромид [1]. Длительно действующая кислородная терапия способна снизить летальность при этой коморбидной патологии и уменьшить прогрессирование легочной гипертензии. При тяжелой БА и ХОБЛ рекомендуется меполизумаб, бенрализумаб (фазенра) с постепенным снижением ингаляционных ГКС [10].

По данным Регистра, используются новые иммунобиологические препараты для лечения больных тяжелой БА и ХОБЛ с учетом фенотипа и экзотипа заболевания [16]. Правильная и своевременная диагностика и лечение коморбидной патологии при БА позволяет уменьшить число вызовов бригад скорой медицинской помощи, снизить частоту госпитализаций, количество дней временной нетрудоспособности и число случаев инвалидности, а также летальных исходов.

Считается, что 30-50% расходов на лечение БА связано с затратами на госпитализацию, обращение за неотложной помощью, социальные выплаты. Обеспечение лекарственными сред-

ствами одна из основных статей расходов на лечение БА. Успех в достижении контроля над персистирующей БА связан, в первую очередь, с возможностью проведения регулярной, постоянной, длительной поддерживающей терапией с применением ингаляционных ГКС (беклометазона, будесонида, флутиказона) и фиксированных комбинаций ингаляционных ГКС и длительно действующих β_2 -агонистов (будесонид/формотерол и флутиказон/сальметирол). Ежедневное и многократное применение препаратов неотложной помощи «по потребности» (фенотерол, сальбутамол) свидетельствует об отсутствии контроля над заболеванием и необходимости коррекции базисной терапии. Применение системных ГКС допустимо только курсами при обострении заболевания с последующей отменой при условии продолжения регулярного лечения ингаляционными ГКС. В противном случае необоснованное длительное лечение системными ГКС приводит к развитию серьезных осложнений, что является недопустимым при современном уровне развития антиастматической терапии.

Назначение фиксированной комбинации формотерола и будесонида может использоваться как для регулярной поддерживающей терапии, так и «по потребности», способствуя эффективному предотвращению тяжелых обострений и улучшая контроль над БА.

Применение комбинаций будесонид/формотерол в качестве единого ингалятора (Стратегия SMART) для контроля над БА позволяет достичь улучшения качества жизни пациентов при рациональном фармакоэкономическом подходе к использованию ресурсов здравоохранения. Кроме клинических преимуществ, в исследованиях было показано, что SMART терапия сопровождается снижением кортикоステроидной нагрузки на пациента [8].

Исследование COSMOS показало фармакоэкономические преимущества стратегии SMART, на 20% затраты выше при применении флутиказона/сальметирола+использование β_2 -агониста короткого действия по сравнению со стратегией SMART [12].

К трехкратному снижению общей стоимости заболевания (прямые и непрямые расходы) может привести использование фиксированной комбинации будесонида/формотерола для базисной и симптоматической терапии [1].

Анализ опыта внедрения региональных программ в регионах России показывает высокую медицинскую эффективность (снижение экстренных госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи в 2,5-3 раза, уменьшение времени пребывания в стационаре с обострением астмы), социальную (снижение инвалидиза-

ции и сроков временной нетрудоспособности) и экономическую эффективность (снабжение пациентов необходимыми препаратами базисной терапии по льготному отпуску, планирование потребности в антиастматических средствах) [1].

На основании анализа клинико-эпидемиологических характеристик больных бронхиальной астмой, внесенных в регистр пациентов бронхиальной астмы Курской области, определен наиболее распространенный фенотип коморбидного пациента, страдающего бронхиальной астмой, оценена эффективность профилактических и диагностических мероприятий, а также эффективность проводимого лечения, что необходимо использовать организаторам здравоохранения, врачам-терапевтам участковым и врачам-терапевтам в стационарах, врачам общей практики и пульмонологам для разработки способов профилактики и алгоритмов своевременной диагностики, а также рационального планирования объемов противоастматической помощи населению.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Прибылова Н.Н. – разработка концепции и дизайна; Махова О.С. – написание текста, редактирование статьи; Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А. – анализ и интерпретация данных; Прибылов В.С., Барбашина Т.А., Авдеева Н.В. – обоснование рукописи или проверка критически важного интеллектуального содержания.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Васильева О.С., Геппе Н.А., Игнатова Г.Л., Княжеская Н.П. и др. Бронхиальная астма: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Пульмонология*. 2022;32(3):393-447. [Chuchalin A.G., Avdeev S.N., Aisanov Z.R., Belevskiy A.S., Vasil'eva O.S., Geppe N.A., Ignatova G.L., Knyazheskaya N.P., et al. Federal guidelines on diagnosis and treatment of bronchial asthma. *Pulmonology*. 2022;32(3):393-447 (in Russ.)]. DOI: 10.18093/0869-0189-2022-32-3-393-447. EDN: HZEHSI.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Most Recent Asthma. URL: http://www.cdc.gov/asthma/most_recent_data.htm.
3. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА. *Пульмонология*. 2011;(6):87-93 [Arkhipov V.V., Grigoryeva E.V., Gavriishina E.V. Control of bronchial asthma in Russia: results of NI-

- KA multicenter observational study. *Pulmonology*. 2011;(6):87-93 (in Russ.). EDN: RCMQNO.
4. Емельянов А.В., Лешенкова Е.В., Сергеева Г.Р. Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте: особенности диагностики и лечения. *Фарматека*. 2020;27(5):85-94 [Emelyanov A.V., Leshenkova E.V., Sergeeva G.R. Bronchial asthma in the elderly and senile age: features of diagnosis and treatment. *Pharmateca* 2020;27(5):85-94 (in Russ.)]. DOI 10.18565/pharmateca.2020.5.85-94
 5. Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Махова О.Ю., Барбашина Т.А., Красовская А.О. Антигипертензивная терапия у больных с сочетанием гипертонической болезни и бронхиальной астмы. Артериальная гипертензия. 2016;22(3):274-281. [Pribylov S.A., Pribylova N.N., Makhova O.Y., Barbashina T.A., Krasovskaya A.O. Antihypertensive therapy in patients with a combination of hypertension and bronchial asthma. Arterial hypertension. 2016;22(3):274-281 (in Russ.)]. EDN: WXTEID.
 6. Vogelmeier C., D'Urzo A., Pauwels R., Merino J.M., Jaspal M., Boutet S., Naya I., Price D. Budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy: an effective asthma treatment option? *Eur Respir J*. 2005;26(5):819-28. DOI: 10.1183/09031936.05.00028305
 7. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M., Schatz M., Li J.T., Marcus P., Murray J.J., Pendergraft T.B. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113(1):59-65. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.09.008
 8. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2025 Update). URL: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA-Strategy-Report_2025-WEB-WMS.pdf
 9. Носкова Е.В., Симонова Ж.Г. Особенности клинического течения острого инфаркта миокарда у больной с бронхиальной астмой. *Вятский медицинский вестник*. 2023;3(79):101-104. [Noskova E.V., Simonova Zh.G. Acute myocardial infarction. features of the clinical course in a patient with bronchial asthma. *Vyatka Medical Bulletin*. 2023;3(79):101-104 (in Russ.)]. DOI: 10.24412/2220-7880-2023-3-101-104. EDN: VBWLLO.
 10. Сергеева Г.Р., Емельянов А.В. Стабильность фенотипов тяжелой бронхиальной астмы. *Медицинский совет*. 2024;18(20):60-68. [Sergeeva G.R., Emelyanov A.V. Stability of severe asthma phenotypes. *Meditinskii Sovet*. 2024;18(20):60-68 (in Russ.)]. DOI: 10.21518/ms2024-453. EDN: CYTDDW.
 11. Макаревич А.Э. Клинические аспекты тяжелой бронхиальной астмы. *Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал*. 2023;3(86):7-22. [Makarevich A.E. The clinical aspects of severe bronchial asthma. *Medical business: a scientific and practical therapeutic journal*. 2023;3(86):7-22 (in Russ.)]. EDN: TARUTX.
 12. Majellano E.C., Clark V.L., Winter N.A., Gibson P.G., McDonald V.M. Approaches to the assessment of severe asthma: barriers and strategies. *J Asthma Allergy*. 2019;12:235-251. DOI: 10.2147/JAA.S178927
 13. Papi A., Blasi F., Canonica G.W., Morandi L., Richeldi L., Rossi A. Treatment strategies for asthma: reshaping the concept of asthma management. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2020;16:75. DOI: 10.1186/s13223-020-00472-8.
 14. Alshabani A., Zafari Z., Albanyan O., Dairi M., Fitzgerald J.M. Asthma and COPD Overlap Syndrome (ACOS): A Systematic Review and Meta Analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0136065. DOI 10.1371/journal.pone.0136065.
 15. Cosio B.G., Soriano J.B., López-Campos J.L., Calle-Rubio M., Soler-Cataluna J.J., de-Torres J.P., Marín J.M., Martínez-Gonzalez C., et al. Defining the Asthma-COPD Overlap Syndrome in a COPD Cohort. *Chest*. 2016;149(1):45-52. DOI 10.1378/chest.15-1055.
 16. Bagnasco D., Ferrando M., Varricchi G., Passalacqua G., Canonica G.W. A Critical Evaluation of Anti-IL-13 and Anti-IL-4 Strategies in Severe Asthma. *Int Arch Allergy Immunol*. 2016;170(2):122-131. DOI: 10.1159/000447692.

Поступила в редакцию 11.04.2024
Подписана в печать 25.10.2025

Для цитирования: Махова О.Ю., Прибылова Н.Н., Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А., Прибылов В.С., Барбашина Т.А., Авдеева Н.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных бронхиальной астмой у коморбидных пациентов по данным регистра пациентов бронхиальной астмы Курской области. *Человек и его здоровье*. 2025;28(3):32-37. DOI: 10.21626/vestnik/2025-3/04. EDN: MYFEHY.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN COMORBID PATIENTS ACCORDING TO THE REGISTRY OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN KURSK REGION

© Mahova O.Y., Pribylova N.N., Gavriluk E.V., Pribylov S.A., Pribylov V.S., Barbashina T.A., Avdeeva N.V.

Kursk State Medical University (KSMU)

3, K. Marx Str., Kursk, Kursk region, 305041, Russian Federation

Objective – to evaluate the clinical and epidemiological characteristics of patients with bronchial asthma in comorbid patients based on the analysis of data from the registry of patients with bronchial asthma in the Kursk region.

Materials and methods. A retrospective randomized study of 3698 patients with bronchial asthma included in the registry of patients with bronchial asthma in the Kursk region was conducted, of which concomitant (comorbid) pathology was detected in 3158 patients (85.4%), and isolated bronchial asthma was detected in 540 patients (14.6%).

Results. According to the results of the asthma control test, the controlled course of bronchial asthma was registered in only one third of patients (36%), partial control in 49%, and in 15% of patients, despite the etiopathogenetic therapy, asthma has an uncontrolled course. Concomitant (comorbid) pathology was detected in 85.4% of people, while the group of patients with bronchial asthma without concomitant pathology accounted for 13.6% of patients in the Registry. The duration of bronchial asthma with concomitant pathology is 14.5 ± 0.8 years, and in patients without comorbid pathology – 5.8 ± 0.4 years. Coronary heart disease was registered in 41.2% of patients with bronchial asthma, a history of myocardial infarction in 4.5%, cardiac arrhythmias in 14.6%, hypertension in 72.8%, chronic heart failure was diagnosed in 33% of patients on the Registry. Comorbid patients were more likely to have exacerbations, unscheduled visits to doctors, and calls for emergency medical teams, especially when bronchial asthma was combined with hypertension and/or coronary heart disease.

Conclusion. Based on the analysis of the clinical and epidemiological characteristics of patients with bronchial asthma included in the registry of patients with bronchial asthma in the Kursk region, the most common phenotype of a comorbid patient suffering from bronchial asthma was determined, the effectiveness of preventive and diagnostic measures was assessed, as well as the effectiveness of treatment, which should be used by health care organizers, district physicians and internists in hospitals, general practitioners and pulmonologists to develop prevention methods and algorithms for timely diagnosis, as well as rational planning of the volume of anti-asthmatic care to the population.

Keywords: bronchial asthma; comorbid patient; arterial hypertension; chronic obstructive pulmonary disease; atopic asthma.

Makhova Olesia Y. – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases of the Institute of Continuing Education, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0003-1940-9204. E-mail: olesya4483@rambler.ru (corresponding author)

Pribylova Nadejda N. – Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Internal Diseases of the Institute of Continuing Education, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0001-6788-518X. E-mail: pribylova_nadezda@mail.ru

Gavriluk Evgenia V. – Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Internal Diseases of the Institute of Continuing Education, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0001-5904-2828. E-mail: ganneta@list.ru

Pribylov Sergei A. – Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Internal Diseases of the Institute of Continuing Education, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0002-2913-493X. E-mail: pribylov_serg@mail.ru

Pribylov Vladislav S. – Post-graduate student of the Department of Pharmacology, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0002-4545-9339. E-mail: pribylov.vlad@mail.ru

Barbashina Tatiana A. – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases of the Institute of Continuing Education, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0001-7656-2921. E-mail: blekas33@yandex.ru

Avdeeva Natalia V. – Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases of the Institute of Continuing Education, KSMU, Kursk, Russian Federation. ORCID iD: 0000-0002-2913-493X. E-mail: 7400468@mail.ru

CONFLICT OF INTEREST

The author declares the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCE OF FINANCING

The authors state that there is no funding for the study.

AUTHORS CONTRIBUTION

Pribylova N.N. – concept and design development; Mahova O.Y. – writing text, editing article; Gavriluk E.V., Pribylov S.A. – analysis and interpretation of data; Pribylov V.S., Barbashina T.A., Avdeeva N.V. – justification of the manuscript or review of critical intellectual content.

Received 11.04.2024

Accepted 25.10.2025

For citation: Mahova O.Y., Pribylova N.N., Gavriluk E.V., Pribylov S.A., Pribylov V.S., Barbashina T.A., Avdeeva N.V. Clinical and epidemiological characteristics of patients with bronchial asthma in comorbid patients according to the registry of patients with bronchial asthma in Kursk region. *Humans and their health*. 2025;28(3):32–37. DOI: 10.21626/hestnik/2025-3/04. EDN: MYFEHY.