

УДК 616.24

Тожибоева Л.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ И МЕДИКО-
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ**

Аннотация: Статья посвящена оценке распространенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в Ферганской долине. Освещены причины, влияющие на распространенность заболевания. Описаны факторы, которые могут исказить результаты популяционных исследований на любом этапе.

Ключевые слова: долина, ХОБЛ, распространенность, курение, спирометрия, общая врачебная практика.

Tozhiboeva L. R.

Andijan State Medical Institute

**EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE IN THE VALLEY AND MEDICAL AND ENVIRONMENTAL
SCIENTIFIC BASES OF PRIMARY PREVENTION**

Abstract: The article is devoted to the assessment of the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (ChOPD) in the Ferghana Valley. The reasons affecting the prevalence of the disease are highlighted. The factors that can distort the results of population studies at any stage are described.

Keywords: valley, ChOPD, prevalence, smoking, spirometry, general medical practice.

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой важнейшую медицинскую и социальную проблему как в развитых, так и в развивающихся странах и относится к классу

признанных социопатий [2,4]. Современное определение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) - это заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, способными дополнительно отягощать течение болезни у отдельных пациентов. Ее легочная составляющая характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов [1,6].

Почти повсеместно отмечается рост показателей заболеваемости населения хроническими заболеваниями легких. Заболеваемость имеет важное социально-гигиеническое значение. Высокая распространенность ХОБЛ в мире, длительное прогрессирующее малообратимое течение заболевания ежегодно приводят к развитию инвалидности и преждевременной смерти миллионов людей [7]. Распространенность ХОБЛ в общей популяции в разных регионах России составляет 3,1-1,77% [3] и значительно возрастает среди лиц, имеющих факторы риска ХОБЛ. В России в ближайшие годы прогнозируется дальнейший рост числа больных ХОБЛ. Главными факторами риска этого заболевания в 80-90% случаев является табакокурение, а также работа, связанная с наличием вредных условий производства. По наличию факторов риска, таким как курение, загазованность воздуха, обусловленная ростом количества автомобилей, урбанизация населения, Дальний Восток, не уступает большинству других регионов страны, к тому же имеет и дополнительные, потенциально опасные в отношении развития ХОБЛ и ХБ природные факторы: низкие температуры воздуха зимой и регулярные лесные пожары летом, масштабы которых достигали в некоторые годы катастрофических размеров, сопровождаясь длительным распространенным задымлением воздушной среды [1,4].

Еще более значительной распространенностью, и важным медико-социальным значением обладает этиопатогенетический и клинический «двойник» ХОБЛ - хронический бронхит. Хронический бронхит, являясь наиболее распространенным заболеванием [2], занимает в структуре хронических заболеваний легких основную долю. Вместе с тем, разброс эпидемиологических показателей включает большой диапазон, который по оценкам различных исследователей составляет от 17,2 до 94,8 %, при этом структура хронических болезней органов дыхания не соответствует распределению нозологических форм, рассчитанных при сплошном эпидемиологическом обследовании [6]. Хронический бронхит диагностируется у 14% мужчин и 7% женщин [3].

Смертность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин, что составляет около 4% в общей структуре [5], а ведущей причиной этого хронического неинфекционного заболевания является табакокурение [6]. Тревожным фактом является продолжающаяся тенденция к росту смертности от ХОБЛ [2,5]. В последние годы отмечено, что ХОБЛ сопровождается психологическими и психиатрическими проблемами, так в 44,4% были отмечены панические расстройства и в 40% - депрессии [7].

Подсчитано, что современные затраты в системе здравоохранения и социального обеспечения при компенсации ущерба, нанесенного ХБ и ХОБЛ здоровью населения* в 30-40 раз превышают затраты по их предупреждению [3,7]. По данным пульмонологов из Вероны лечение больных ХБ и ХОБЛ в Италии обходится в 7 млрд. евро ежегодно, при средних затратах на одного пациента в 2450 евро [6].

Цель исследования. На основе комплексного клинико-эпидемиологического и медико-социального изучения закономерностей формирования и течения хронического бронхита и хронической обструктивной болезни легких, в изменяющихся условиях внешней среды

разработать научно обоснованную систему профилактики этих заболеваний для улучшения респираторного здоровья населения.

Материалы и методы исследования. Получена достоверная клинико-эпидемиологическая информация о реальной распространенности ХБ и ХОБЛ в условиях долины. Полученные данные позволяют органам управления здравоохранением в изменяющихся природно-климатических условиях долины более обоснованно планировать организацию медико-социальной помощи больным ХБ и ХОБЛ, в том числе кадровое, материальное обеспечение, объем и номенклатуру лекарственных средств.

Результаты исследования. Установленное реальное патогенное значение задымления воздуха для больных ХОБЛ, и выявленные сопутствующие заболевания, определяющие качество жизни этих пациентов, позволяют повысить эффективность оказания им лечебно-профилактической помощи в учреждениях практического здравоохранения, а также способствуют созданию необходимого резерва медикаментов и оборудования.

Основные причины и факторы риска хронического бронхита и ХОБЛ представляют собой комплекс взаимосвязанных условий, главной детерминантой которого является недооцененность важности проблемы. Вследствие изменения климата, в летне-осенний период, на территории долины, физико-географических регионов Андижана и Намангана и, прежде всего, Ферганской долины, регулярно возникают лесные пожары. Задымленность воздуха, является существенным патогенным фактором массового воздействия, с повышенной степенью опасности для больных хроническим бронхитом и, в большей мере, ХОБЛ, и имеет дозозависимый эффект. В период задымленности, в изучаемом периоде, у взрослых пациентов, в целом, выявлялось более тяжелое течение ХОБЛ.

Курение является важнейшим фактором риска ХБ и ХОБЛ. Приобщение к табакокурению высокое, независимо от социального

статуса и имеет место у 60-80% мужчин и 20-50% женщин. Начало употребления табака у большинства респондентов относится к 14-16 годам и несколько раньше начинается у юношей. Высокая интенсивность табакокурения, отмечается во всех возрастных группах у мужчин, начиная с 14-15 лет и у женщин среднего и пожилого возраста. Наибольшая распространенность и интенсивность табакокурения присуща мужчинам рабочим промышленных предприятий, пациентам терапевтических стационаров и врачам.

Полученные факты свидетельствуют об отсутствии тенденции отказа от курения по мере старения среди врачей мужчин; длительность табакокурения до отказа от него была не меньшей, чем у военнослужащих и даже у рабочих промышленных предприятий.

По усредненным официальным данным общая заболеваемость ХБ и ХОБЛ на территории долины и особенно Андигана и Наманган в несколько раз ниже, чем в среднем по Ферганы. Особенно резко это различие проявляется в долине и ЕАО, где заболеваемость в 4-5 раз ниже общероссийской и в Андиганском и Наманганском Области среди взрослого населения составляет всего 0,6-0,7‰. По данным наших специальных исследований распространенность субъективной симптоматики ХБ и ХОБЛ у жителей г.Андигана в 30 раз выше (у 18,1% взрослого населения). Распространенность ХОБЛ по результатам проведенного нами целенаправленного клинического и спирографического скрининга среди мужчин городских жителей с учетом структуры демографических показателей и после соответствующей стандартизации составляет 4,4%, ХОБЛ выявляется на ранних стадиях у курящих мужчин преимущественно в возрастной группе 40 - 50 лет. 1 стадия ХОБЛ выявлена в 40,4%, 2 стадия - в 46,2%, 3 стадия - в 13,4% всех случаев. В распространенности и степени тяжести ХОБЛ очень высокое значение имеет возрастной фактор.

Снижающаяся, по официальным данным статистики, заболеваемость ХБ и ХОБЛ является следствием низкого организационного и клинического уровня ранней диагностики хронического бронхита и ХОБЛ: недостаточного кадрового обеспечения (предпринимаемые меры по увеличению числа участковых врачей терапевтов не привели к ожидаемому результату, в 2010 году число участковых врачей вернулось к первоначальному значению 2006 года); низкой квалификации и подготовки врачей терапевтов первичного звена по вопросам диагностики ХБ и ХОБЛ (выявленные «качественные» изменения подготовки, а именно, своевременное повышение квалификации большинством терапевтов в последние несколько лет, свидетельствуют скорее о преобладании формализма в организации и проведении сертификационных циклов, чем о реальном повышении квалификации); количественно и качественно спирографическая диагностика хронических обструктивных заболеваний бронхолегочной системы организована и реализуется неудовлетворительно (дефекты выполнения маневра ФЖЕЛ при спирографических исследованиях в медицинских учреждениях г. Хабаровска имеют место в 92,2% случаев, а среднее количество дефектов на одно исследование-3,9); совокупный результат от дополнительной диспансеризации, внедрения центров здоровья, а также поставок в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» оборудования для выявления больных ХБ и ХОБЛ практически отсутствует.

У мужчин пожилого возраста наличие ХОБЛ 2-3 стадии и уровень бронхиальной обструкции является малозначащими факторами при оценке ими КЖ по вопроснику ББ-3б. Более того, КЖ у этих пациентов, в целом связано с имеющимися у них хроническими заболеваниями внутренних органов не более чем на 30-33 %. Среди них больше всего влияют на КЖ болезни органов мочевого выделения и кровообращения.

Для решения задачи улучшения ранней диагностики ХБ и ХОБЛ предложены новые диагностические тесты. Установлено, что количество экспирируемых ЭНВ может использоваться в качестве биомаркера ХОБЛ. Предлагаемый диагностический тест (количество экспирируемых за 10 минут ЭНВ меньше значения 0,55 мм) обладает приемлемыми для практического использования параметрами чувствительности и специфичности. Другой диагностический тест, оценивающий абсолютное количество нейтрофилов в образцах БТС, обладает хорошей чувствительностью и специфичностью как биомаркер хронического кашля у курящих молодых людей. Абсолютное содержание в образцах БТС нейтрофилов и коэффициент отношения нейтрофилы/ макрофаги обладают приемлемой для клинической практики чувствительностью и специфичностью как биомаркеры ранних доклинических проявлений эндобронхита при табакокурении.

Вывод. Организационная модель оптимизации профилактики ХБ и ХОБЛ на долине включает в себя 2 группы аспектов профилактических мероприятий, повышающих качество медицинской помощи: организационно-методические и медико-социальные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Буданова Л.Ф. Некоторые аспекты патогенеза, клинической манифестации и диагностики хронического бронхита у рабочих промышленных предприятий / Л.Ф.Буданова, И.М.Суворов, И Н.Пастухова // Медицина труда и промышленная экология.-2001.- № 10.- С.34-56.

2. Вельская О.Б. Динамика факторов и современные критерии оценки качества жизни населения по параметру здоровья: автореферат диссертации кандидата медицинских наук / О.Б. Вельская. Москва. - 1994. - 23 с.

3.Лаврова Д.И. Теоретические основы медико-социальной экспертизы при патологии внутренних органов в свете современной концепции инвалидности : диссертация доктора медицинских наук / Д.И. Лаврова. - Москва, 2000. 427 с.

4.Сукманская Е.О., Осипова Д.М. Распространенность и эффективность лечения ХОБЛ на промышленном предприятии Текст. / Е.О. Сукманская, Д.М. Осипова //Атмосфера. Пульмонология и аллергология.-2003. №1. -С.30-32.

5.Цветкова О.А., Воронкова О.О. Состояние системы провоспалительных цитокинов у больных хронической обструктивной болезнью легких Текст. / О.А. Цветкова, О.О. Воронкова // Пульмонология. 2005.-№3.-С.96-100.

6.Croxton T.L., Clinical research in chronic obstructive disease Text./ T.L.Croxton, G.G.Weinmann,R.M. Senior et. al.//Am. J. Respir. Crit. Care Med.-2003.-N 167.-P.1142-1149

7.Yan K., Salome C.M., Woolcock A.J. Prevalence and nature of bronchial hyperresponsiveness in subjects with chronic obstructive pulmonary disease. Am. Rev. Respir. Dis. 1985.-v.132.-P.25-29.