



В.А. Добрых, В.П. Колосов, О.П. Гнатыук, Е.В. Медведева,  
Л.Д. Власова, П.В. Мотаева, Н.Е. Но

## ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЪЕКТИВНЫХ СИМПТОМОВ, АССОЦИИРУЕМЫХ С ХОБЛ, У ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ПРИАМУРЬЯ

ГОУ ВПО "Дальневосточный государственный медицинский университет"; НУЗ "Отделенческая поликлиника ст. Хабаровск-II ОАО РЖД", г. Хабаровск; ГУ "Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания", г. Благовещенск

Российский Дальний Восток можно рассматривать как регион с повышенным риском возникновения заболеваний респираторной системы. Помимо холодного климата существенным патогенным фактором является периодически возникающая задымленность воздуха вследствие распространенных лесных пожаров [2]. Более низкий, чем во многих других регионах России, социальный и материальный уровень жизни населения способствует распространению потенциально опасных, в отношении заболеваний органов дыхания (прежде всего, хронической обструктивной болезни легких — ХОБЛ), вредных привычек: табакокурения, злоупотребления алкоголем. С учетом общепризнанной медико-социальной значимости ХОБЛ [6] эти предпосылки определяют существенный научно-практический интерес сравнительного изучения распространенности хронического бронхита и ХОБЛ среди различных групп населения Дальневосточного региона. Одним из основных подходов к подобного рода эпидемиологическим исследованиям является анализ распространенности и выраженности не собственно нозологии, а основных симптомов заболевания, в нашем случае — патогномичных для хронического бронхита и ХОБЛ [5, 6].

### Материалы и методы

В 2002-2006 гг. нами было проведено анонимное анкетирование респондентов различных социальных и возрастных групп городских жителей с помощью специального опросника, представляющего собой несколько расширенный и модифицированный вариант Вопросника Британского медицинского совета (MRC) [1].

Оценка распространенности и выраженности субъективных симптомов, ассоциируемых с хроническим бронхитом и ХОБЛ, была проведена у 1425 мужчин и 1353 женщин — жителей Приамурья, относящихся к различным социальным группам (старшеклассники, студенты, военнослужащие, средние медицинские работники, врачи, рабочие промышленных предприятий, пациенты терапевтических отделений, военные пенсионеры) в возрастном диапазоне 14-79 лет, не страдающих официально зарегистрированными хроническими заболеваниями бронхолегочной системы. Статистическую обработку результатов проводили, используя пакет статистических программ Statistica 5,5.

### Резюме

Проанализирована частота субъективных симптомов, характерных для ХОБЛ, у 2778 жителей Дальнего Востока России. Частота кашля составила 21,5%. У мужчин кашель встречался в 27,3%, у женщин — в 15,6%. Частота выделения мокроты составила 18,1%. У мужчин она была в 26,5%, у женщин — в 9,6%. Частота одышки для всех обследованных составила 49,4%. У мужчин она встречалась в 50,5%, у женщин — в 48,0%. Сравнительный анализ показал, что у жителей Дальнего Востока субъективные симптомы ХОБЛ встречаются чаще, чем в ряде других регионов страны.

V.A. Dobrykh, V.P. Kolosov, O.P. Gnatyuk,  
E.V. Medvedeva, L.D. Vlasova, P.V. Motaeva, N.E. No

### THE CHARACTERISTICS OF SUBJECTIVE SYMPTOMS OF COPD IN THE URBAN POPULATION OF THE FAR EAST OF RUSSIA

Far Eastern state Medical University, Khabarovsk;  
Far Eastern Research Center of respiration physiology  
and pathology. Blagoveschensk

### Summary

Frequency of subjective symptoms, characteristic of COPD, in 2778 inhabitants of the Far East of Russia has been analysed. Frequency of cough was 21,5%. In men cough occurred in 27,3%, in women — in 15,6%. Frequency of sputum production comprised 18,1%. In men it was 26,5%, in women — 9,6%. Frequency of dyspnea for all examined patients was 49,4%. In men it occurred in 50,5%, in women — in 48,0%. The comparative analysis has shown that in inhabitants of the Russian Far East subjective symptoms of COPD develop more often, than in other regions of the country.

### Результаты и обсуждение

Частота и выраженность изучаемых симптомов в общей популяции с учетом тендерных особенностей представлена в табл. 1. Как следует из таблицы, распространенность кашля, мокротовыделения и особенно одышки в изучаемой популяции были весьма выраженными. Кашель и выделение мокроты разной степени выраженности достоверно чаще отмечались у мужчин, тогда как частота одышки не имела тендер-

Таблица 1

**Частота и выраженность субъективных симптомов, ассоциируемых с ХОБЛ, среди всего контингента обследованных, %**

Субъективные симптомы	Мужчины (n=1425)	Женщины (n=1353)	Всего (n=2778)
Кашель: - в общем	27,3	15,6*	21,5
- слабый	16,7	10,4*	13,6
- умеренный	6,5	4,0	5,3
- выраженный	4,0	1,2*	2,7
Мокротовыделение: - в общем	26,5	96***	18,1
- слабовыраженное	22,0	8,7*	15,4
- умеренное	4,5	0,9*	2,8
Одышка: - в общем	50,5**	48,0 **	49,4
- слабая	37,4	36,5	37,0
- умеренная	13,1	11,5	12,4

*Примечания.* \* – достоверные различия частоты одинаковых показателей у женщин и у мужчин; \*\* – достоверные различия частоты кашля с другими симптомами отдельно для каждого пола ( $p < 0,05$ ).

ных различий. Одышка встречалась достоверно чаще других симптомов и у мужчин, и у женщин. У женщин мокротовыделение отмечалось достоверно реже, чем кашель, в то время как у мужчин эти симптомы встречались с одинаковой частотой. По всей вероятности, разные тендерные показатели соотношения кашля и выделения мокроты связаны с большей распространенностью и выраженностью воздействия токсичных поллютантов (прежде всего, табачного дыма) на мужчин. Очень высокая распространенность одышки в наших исследованиях подтверждает известные представления о многообразии факторов развития диспноэ и частоте этого симптома [7, 8].

Оценка выраженности корреляционных связей определявшихся симптомов между собой у мужчин показала, что все они положительно направлены и статистически достоверны, причем наиболее высокая положительная связь имеется между кашлем и мокротовы-

делением ( $r=0,72$ ), между одышкой и мокротовыделением она выражена слабее ( $r=0,49$ ) и еще слабее – между одышкой и кашлем ( $r=0,32$ ). У женщин были отмечены несколько иные соотношения. Хотя корреляционные связи превышали границы статистической значимости, их абсолютные значения были невелики. В отличие от мужчин, связь между кашлем и мокротовыделением у женщин была небольшой ( $r=0,32$ ), между одышкой и мокротовыделением она была еще меньшей ( $r=0,29$ ), и несколько большая связь отмечена между кашлем и одышкой ( $r=0,41$ ). Таким образом, у мужчин кашель в основном ассоциировался с выделением мокроты, а у женщин – с одышкой.

Сравнительная частота распространенности изучаемых симптомов среди различных социальных групп населения представлена в табл. 2. Результаты анализа, приведенные в таблице, показывают, что во всех сравниваемых группах, кроме группы школьников, отмечались гендерные различия в частоте кашля и выделения мокроты, связанные, по всей вероятности, с различиями параметров табакокурения. В то же время частота одышки ни в одной из групп не была связана с полом обследуемых. Внутри каждого тендерного типа отмечены существенные различия частоты изучавшихся симптомов. У мужчин частота кашля была весьма вариабельной, достигая максимума в группе пациентов терапевтических стационаров и медицинских работников. В то же время распространенность мокротовыделения была максимальной у пациентов терапевтических стационаров и у рабочих. Одышка в группе пациентов терапевтических стационаров была значительно чаще, чем в других группах, и достоверно меньше распространена среди школьников. В остальных сравниваемых группах частота ее не различалась.

Среди женщин в группах медицинских работников, рабочих и пациенток терапевтических стационаров частота кашля была одинаковой и превышала соответствующий параметр у школьников и у студентов. Частота мокротовыделения различалась меньше и была ниже, чем в других группах, только у школьниц. Наибольшая частота одышки отмечена у пациенток терапевтических стационаров, наименьшая – у школьниц.

Таблица 2

**Частота субъективных симптомов, ассоциируемых с ХОБЛ, среди отдельных социальных групп обследованных, %**

Группы обследованных	Мужчины			Женщины		
	Кашель	Выделение мокроты	Одышка	Кашель	Выделение мокроты	Одышка
Учащиеся средней школы (n=195)	2,9**	4,5**	24,6**	4,9**	0,8**	32,9**
Военнослужащие (n=342)	25,2**	21,3	48,6	-	-	-
Студенты (n=240)	17,2***	15,4***	50,0	7,7**	6,0	45,2
Рабочие промышленных предприятий (n=723)	27,9***	33,1***	45,1	18,3	17,6	40,7
Пациенты терапевтических стационаров (n=271)	53,6***	46,5***	71,7**	21,2	14,1	76,3**
Медицинские работники (n=462)	40,8*	24,5*	44,9	19,1	10,0	45,2
Военные пенсионеры (n=268)	23,2**	24,4	46,5	-	-	-

*Примечания.* \* – статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) каждого показателя в сравнении с аналогичным показателем у обследованных другого пола отдельно для каждой социальной группы; \*\* – достоверные различия аналогичных показателей у обследованных одного пола в каждой из социальных групп в сравнении с группой медицинских работников.

Таким образом, характеристики кашля и мокротовыделения в обеих тендерных группах в целом соответствовали разной длительности и интенсивности табакокурения, установленных нами в проводившихся ранее исследованиях для каждой из сравниваемых социальных групп. В то же время частота одышки в большей мере, вероятно, определялась сопутствующими заболеваниями и возрастом пациентов, что доказывают ее высокие значения в группе пациентов терапевтических стационаров.

Учитывая отчетливую связь социальной принадлежности обследуемых и частоты определяемой у них субъективной симптоматики, ассоциируемой с ХОБЛ, мы сочли целесообразным исследовать роль возрастного фактора среди респондентов одной или близких социальных сред.

Среди объединенной группы старшеклассников, учащихся медицинского колледжа, медицинского университета, средних медицинских работников и врачей и у мужчин, и у женщин имелась достаточно отчетливая возрастная тенденция роста частоты кашля и мокротовыделения, достоверно более высокая в группе мужчин. Одышка как в группе мужчин, так и среди женщин не имела четкой возрастной тенденции роста, что указывает на полиэтиологичность этого симптома. Можно предполагать, что в юном возрасте ее наличие связано с проявлением вегетососудистой дистонии, а в пожилом преобладают вызывающие ее факторы кардиальной и респираторной патологии. Возрастные характеристики распространенности изучаемых симптомов проанализированы нами и в другой социально однородной группе — рабочих промышленных предприятий г. Хабаровска.

Проведенный анализ показал, что частота кашля различалась по тендерному признаку только в двух возрастных группах, а частота мокротовыделения почти во всех возрастных группах. Одышка, в целом, у мужчин встречалась чаще, хотя в отдельных возрастных группах соотношение было обратным. Увеличение частоты кашля у мужчин отмечено только в группе 51-60 лет, а более частое мокротовыделение уже в двух группах. Частота одышки у мужчин имела четкую динамику нарастания с возрастом. У женщин частота кашля имела, в целом, положительную динамику с возрастом, а частота мокротовыделения, повышаясь в группе 31-40 лет, в дальнейшем снижалась и стабилизировалась. Частота одышки, в целом, нарастала с возрастом, хотя максимальные ее значения отмечены не только в группе старше 60 лет, но и в группе 31-40 лет.

Еще одна попытка проанализировать роль возрастного фактора была предпринята для социально однородной группы мужчин военнослужащих командного звена и военных пенсионеров. При анализе было установлено, что четкая возрастная динамика частоты кашля и мокротовыделения существовала только в сравнении с возрастной группой 21-30 лет. В дальнейшем закономерная возрастная динамика этих показателей практически отсутствовала. Аналогичным образом частота одышки в сравниваемых возрастных группах практически не различалась.

Таким образом, в общей популяции респондентов распространенность кашля, мокротовыделения и особенно одышки была высокой, достигая для отдельных

групп 50-60%. Социальные и возрастные факторы внесли свой вклад в количественные характеристики изучаемых показателей, хотя сохранялось стабильное соотношение между частотой кашля и мокротовыделения, мало различающимися между собой, с одной стороны, и с одышкой — с другой, отмечающейся в 1,5-3 раза чаще. По всей вероятности, причины одышки более многообразны, чем других изучавшихся симптомов. Сравнительный анализ полученных нами результатов показал несколько более высокую распространенность симптомов, ассоциируемых с ХОБЛ, у жителей Приамурья в сравнении с рядом других регионов. Так, в Иркутской области распространенность кашля (24,8%) и мокротовыделения (19,8%) практически не отличалась от наших данных, в то время как частота одышки (28,8%) была значительно ниже, чем у наших респондентов ( $p < 0,05$ ) [4]. У жителей Карелии хронический кашель встречался у 18,5% мужчин и 13,6% женщин [3], что заметно ниже, чем у нашего контингента обследованных. Исследования, проводившиеся в США среди белых мужчин, показали, что хронический кашель был выявлен у 24% курильщиков, 4,7% экс-курильщиков и 4,0% никогда не куривших обследованных (в среднем в 10,9%). Среди белых женщин хронический кашель был обнаружен у 20,6% курящих, 6,5% экс-курящих и 5,0% никогда не куривших пациенток (в среднем 10,7%) [1], что значительно ниже, чем в наших исследованиях.

Таким образом, несмотря на ограниченность существующих для сравнения данных, можно считать, что среди обследованных жителей Приамурья распространенность симптомов, ассоциируемых с хроническим бронхитом и ХОБЛ, в целом превышает аналогичные показатели, определявшиеся в других регионах России. Если эта тенденция подтвердится при дальнейших исследованиях, она должна привлечь к себе внимание органов исполнительной власти и организаторов здравоохранения.

#### Л и т е р а т у р а

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Пер. с англ. М., 2003.
2. Добрых В.А., Гнатюк О.П., Шевцов Б.П. и др. // Дальневосточный мед. журнал. 2002. №3. С. 16-19
3. Карапетян Т.Д., Зильбер Э.К. // XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сб. тр. СПб., 2006. С. 249.
4. Краснова Ю.Н., Дзизинский Е.В., Гримайлова Е.В. // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2006. №1. С. 54-56.
5. Медик В.А. // Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения М.: Медицина, 2003. 506 с.
6. Стандарты по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких М.: Атмосфера, 2005. 95 с.
7. Чикина С.Ю. // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2006. №2. С. 24-29.
8. Чучалин А.Г. // Русский мед. журнал. 2004. Т.12. №21. С. 1173-1182.
9. Centers for Disease Control and Prevention, 1998. Vital and Health Statistics: Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1995. №96. P.1527.