

ty of psychological frustration at patients

Key words: adaptation, narcotism, psychological status, psychotherapy, anxiety.

УДК 616.24-036.12 (470.324)

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА ВОРОНЕЖА И ОБЛАСТИ

В. Т. БУРЛАЧУК, Ю. В. ЕСИПЕНКО, О.М. КОРОЛЬКОВА*

Проанализированы данные официальной статистики с 2003 по 2009 г.г. по заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), а также данные прицельной диагностики ХОБЛ на территории г. Воронежа и области. Официальные данные заболеваемости ХОБЛ составили 1,8%, прицельной диагностики – 7,6%. Показатели качества жизни были достоверно ниже у больных ХОБЛ III ст, по сравнению с ХОБЛ II ст. и здоровыми лицами. Наихудшие показатели спирометрии и гемодинамики зарегистрированы у пациентов ХОБЛ 4ст. Процент правильного выставления диагноза на предварительном этапе составил 35%.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, прицельная диагностика, Воронеж, Воронежская область.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в настоящее время является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено не только широкой распространенностью заболевания, но и высоким риском серьезных осложнений, которые приводят к инвалидизации и смертности, в том числе среди трудоспособного населения [1]. В Российской Федерации ХОБЛ страдают около 16 млн. человек [2]. По данным официальной статистики, на территории г. Воронежа и области распространенность ХОБЛ значительно ниже, что приводит к выявлению ХОБЛ на поздних стадиях, высокому проценту выхода на инвалидность и увеличению смертности, т. к. по данным эпидемиологических исследований лишь небольшая часть больных ХОБЛ получает адекватное лечение [3].

Цель исследования – выявление реальной картины распространённости ХОБЛ на территории г. Воронежа и Воронежской области для создания оптимальных программ диагностики и оптимизации лечения.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные официальной статистики заболеваемости ХОБЛ с 2003 по 2009 г.г. по г. Воронежу и Воронежской области. Параллельно обследовано 4276 жителей г. Воронежа и сельских жителей. Из них 1110 жителей областного центра и 3166 жителей сел. Обследование состояло из нескольких этапов, включающих анкетирование, клинко-спирографическое, рентгенологическое обследование. На I этапе использовалась «Анкета Европейского Сообщества угля и стали для выявления заболевания органов дыхания (1987 г.)», содержащей анкетные данные пациентов, опросник симптомов, сведения о применении медикаментозного лечения, табакокурения, профессии больного, а также клинко-функциональное обследование амбулаторного этапа (рост, вес, физические данные, спирометрия). На 2 этапе при выявлении диагноза ХОБЛ проводилась пульсиспирометрия, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, оценка качества жизни с использованием опросника SF-36. На 3 этапе данные амбулаторного этапа сопоставлялись с данными стационара, а также анализировались базисная терапия с учетом полученных данных обследования.

На стационарном этапе проанализированы 460 историй болезней больных ХОБЛ различной степени тяжести, пролеченных на базе пульмонологического отделения Воронежской областной клинической больницы № 1 с 2003 по 2009 г.г. Диагноз ХОБЛ устанавливался на основании анамнеза, клинической картины заболевания, данных комплексного клинко-инструментального обследования в соответствии с «Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Update from 2009». Всем больным была проведена рентгенография грудной клетки, измерение сатурации кислорода, по показаниям – компьютерная томография грудной клетки. Гемодинамика исследовалась с помощью современных неинвазивных методик *доплерэхокардиографии* (ДЭХОКГ), компьютерной ангиопульмонографии (в случае исключения тромбоэмболии в системе легочной артерии).

Определение функции внешнего дыхания проведено на бодиплетизмографическом комплексе фирмы «Erich Eger» с регистрацией петли поток – объем с определением показателей: *жизненная емкость легких* (ЖЕЛ), *объем форсированного выдоха за 1 секунду* (ОФВ1), индекс Тиффно, *пиковая объемная скорость выдоха* (ПОС), *мгновенная объемная скорость выдоха* при выдохе 25%, 50%, 75% ФЖЕЛ., *средняя объемная скорость* в интервале от 25% до 75% ФЖЕЛ (СОС 25-75), *общая емкость легких* (ОЕЛ), *остаточный объем легких* (ООЛ), *индексы сопротивления дыхательных путей* (ИСДП). Компьютерная томография легких проведена на приборе: Somatom Emotion фирмы «Siemens». При анализе историй болезней также учитывалось: место проживания, наличие постоянной базисной терапии, наличие диспансерного учета, наличие группы инвалидности.

Статистическая обработка цифровых данных проводилась с помощью IBM PC Celeron 2100 с применением пакета программ STATGRAPHICS 5.1 for Windows. Использовались параметрические или непараметрические критерии в зависимости от типа распределения в рядах. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. С целью сравнительной оценки комплексных показателей гемодинамики, а также корреляционной связи с клиническими и биохимическими показателями использована оригинальная математическая обработка результатов с использованием алгоритма «Объединение».

Результаты и их обсуждение. При анализе данных официальной статистики с 2003 по 2009 г.г. получены данные: Воронежская область имеет население 2280400 чел. и состоит из г. Воронежа (873 тыс.) и 32 районов области.

Данные официальной статистики представлены в табл. 1.

Данные официальной статистики

Таблица 1

№ п/п	Наименование	2007 г.			2008 г.			2009 г.		
		Хр. Бр. эмфизема	Др. ХОБЛ	ХОБЛ	Хр. Бр. эмфизема	Др. ХОБЛ	ХОБЛ	Хр. Бр. эмфизема	Др. ХОБЛ	ХОБЛ
1	Итого по районам	17887	6086	23973	17583	6093	23676	17416	6403	23819
2	г. Воронеж	14053	2783	16836	13836	2541	16377	14151	3128	17279
3	Всего по области	31940	8869	40809	31419	8643	40053	31567	9531	41098

Заболеваемость ХОБЛ Воронежской области держится примерно на одном уровне и составляет 1,8% с колебаниями от 0,14% (Панинский район) до 2,9% (Новоусманский район), что значительно ниже средних цифр по РФ. Параллельно обследовано 4276 жителей г. Воронежа и сельских жителей. Из них 1110 жителей областного центра и 3166 жителей сел. Количество выявленных больных ХОБЛ составило 7,6% (из них 59,8% – мужчины; 40,2% – женщины). Среди жителей г. Воронежа количество больных составило 6,6%, среди жителей сельской местности – 7,8%. Распространенность курения была примерно одинаковой среди жителей г. Воронежа и сельской местности и составила 71%. Однако, интенсивность курения была более высокой в сельской местности (город – 20,1±4 пачек/лет; сельская местность – 25,8±3,5 пачек лет). Среди больных ХОБЛ в г. Воронеже преобладали пациенты с высшим образованием, в сельской местности – механизаторы, водители. Большинство больных в сельской местности проживали в частных домах с печным отоплением. Среди выявленных больных ХОБЛ I степени составила – (город – 32%; село – 33%); II степени – (41% и 35% соответственно); III степени – (23% и 28%); IV степени – (4% и 4%).

При анализе *качества жизни* (КЖ) у здоровых и больных ХОБЛ II и III стадии с применением опросника SF36 получены следующие результаты: (рис.).

Как видно из рис., наиболее низкие показатели КЖ имели больные ХОБЛ III ст. они были достоверно ниже показателей КЖ больных ХОБЛ II ст. ($p < 0,05$) и здоровых лиц ($p < 0,001$). В большей степени были снижены показатели следующих шкал: физическое функционирование – PF; общее состояние здоровья – GH; жизненная активность – VT; психическое здоровье – MH.

При анализе стационарного этапа обследования, выделены следующие группы пациентов: 1 группа (ХОБЛ II ст.) – $n=180$; 2 группа – ХОБЛ III ст. – $n=200$; 3 группа – ХОБЛ IV ст. – $n=80$. Полученные результаты исследования гемодинамики и некоторых показателей ФВД представлены в табл. 2.

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко Кафедра госпитальной терапии с курсом ревматологии и профпатологии ИПМО, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, тел. 8 (4732) 57-96-98

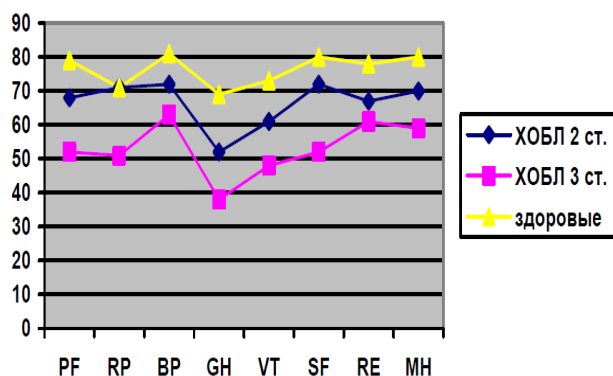


Рис. 1. КЖ здоровых пациентов, больных ХОБЛ II и III степени.

Таблица 2

Показатели ФВД, сердечной гемодинамики в выделенных группах (M±m).

Показатель/группа	1 (n=180)	2 (n=200)	3 (n=80)
SaO ₂ , %	96,2 ± 2,4	92,2 ± 1,4*	89,2 ± 1,2*
ОФВ ₁ (л)	2,34 ± 0,12*	1,88 ± 0,37*	1,58 ± 0,47*
ЖЕЛ, л	3,53 ± 0,17	3,56 ± 0,19	3,08 ± 0,22*
СОС 25-75, л/с	2,74 ± 0,21*	2,34 ± 0,19*	1,09 ± 0,23*
ОЕЛ, л	7,53 ± 0,15	7,96 ± 0,22	8,08 ± 0,32*
ООЛ, л	3,21 ± 0,2	3,93 ± 0,2*	4,08 ± 0,3*
ЛАД ср., мм рт. ст.	24,8 ± 1,9*	38,1 ± 1,2*	44,3 ± 3,4*
ОЛСС (дин.сек.см ⁻⁵)	410 ± 54,4*	515,4 ± 38,2*	604 ± 6,9*
ТПСПЖ, мм	4,1 ± 0,2	5,3 ± 0,2*	5,8 ± 0,3*
ФВПЖ(ИПЖ), усл.ед	1,40 ± 0,01	1,29 ± 0,01*	1,15 ± 0,01*
ПЖд, мм	27,8 ± 1,6	32,9 ± 0,8	38,3 ± 2,2*
ФВЛЖ, %	77,8 ± 4,9*	76,8 ± 3,8	60,8 ± 4,9

Пимечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с данными контрольной группы

Из таблицы видно, что наихудшие показатели функции внешнего дыхания (ФВД) получены в группах 2 и 3. Нарушения ФВД соответствовали обструктивному типу со снижением ОФВ₁, СОС 25-75, увеличением ОЕЛ за счет ООЛ. SaO₂ значимо снижалась, начиная со второй группы. Значимое увеличение ЛАД ср. и ОЛСС отмечено, начиная со 2 группы (ХОБЛ тяжелой степени). Фракция выброса правого желудочка ФВПЖ достоверно была снижена в группе 3.

Анализируя диагностику на амбулаторном этапе, выяснено, что только в 35% случаев у больных стоял предварительный диагноз ХОБЛ. В остальных случаях выставлялся диагноз «Хронический бронхит». При анализе базисной терапии на предварительном этапе, было показано, что только 20% пациентов получали адекватное базисное лечение с применением бронхолитиков длительного действия, ингаляционных кортикостероидов.

Заключение. Таким образом, реальная распространенность ХОБЛ на территории г. Воронежа и области гораздо выше официальных данных. На предварительном этапе в подавляющем большинстве случаев больным не выставлялся диагноз «ХОБЛ» что требует проведения большой клинической и организационно-методической работы по улучшению своевременной диагностики и лечения ХОБЛ на территории г. Воронежа и Воронежской области.

Литература

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: global strategy for the diagnosis, management, and prevention of proliferation of human airway smooth muscle cells grown in chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2009.
2. Чучалин, А.Г. и др. // Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких. / Под ред. А. Г. Чучалина. М., 2009. – С. 8–22.
3. Sobradillo, V et al. // Chest. – 2000. – V. 188. – P 981.

PREVALENCE AND REVELATION ANALYSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE CITY OF VORONEZH AND THE VORONEZH REGION

V.T. BURLACHUK, YU.V. YESIPENKO, O. M. KOROLKOVA

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko

The dates of official statistic since 2003 till 2009 dealing with the morbidity of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), as well as the ones of target diagnostics of COPD on the territory of Voronezh and the Voronezh region were analyzed. The official dates of COPD incidents were 1,8%, the target diagnostic – 7,6%. The indices of life quality were authentically lower at patients with COPD of III degree in comparison with II degree COPD patients and those being healthy. The worst indices of spirometry and hemodynamics were at patients with COPD IV. The percentage of correct diagnosis on the preliminary stage was 35%.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, target diagnostics, Voronezh, Voronezh region.

УДК 616:612.017.1

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕС-ИНФЕКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ТОМСКА

Н.А. ЧЕРЕВКО*

Представлены результаты, подтверждающие высокую инфицированность вирусом простого герпеса жителей г. Томска. Увеличился процент детей, инфицированных герпесвирусами с первых месяцев жизни. Клинические рецидивы герпетической инфекции приводят к нарушению контролируемого течения аллергического заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма). Необходимо признать роль герпес вирусов в изменении популяционного иммунитета населения и резервных возможностей иммунной системы в новом веке.

Ключевые слова: герпетическая инфекция, аллергическая сенсibilизация.

Вирус простого герпеса (ВПГ) является одним из наиболее распространенных патогенных микроорганизмов, поражающих людей. Инфицированность населения ВПГ превышает 90%, а часто возникающие рецидивы инфекции встречаются у 6% людей [3,13]. При этом после первичного инфицирования в детском возрасте *герпес вирусы* (ГВ) могут пожизненно персистировать в организме человека, реактивируясь по истечении многих лет.

ГВ способны поражать практически все органы и системы организма человека, вызывая латентную, острую и хроническую формы инфекции [2]. Пациенты, с иммунной недостаточностью, имеют наиболее частые обострения *герпетической инфекции* (ГИ) [4]. В ряду факторов, играющих основную роль в противовирусной защите, стоят цитотоксические лимфоциты, естественные киллеры, макрофаги, специфические антитела, система интерферона и интерлейкинов. Имеются доказательства в пользу того, что при хронической рецидивирующей вирусной инфекции формируется пожизненная иммуносупрессия [6], в частности, за счет внутриклеточной гиперпродукции вирусного ИЛ-10 и TGF-β. Эти иммуносупрессорные механизмы с одной стороны защищают ГВ от апоптоза со стороны иммунной системы человека, с другой стороны модулируют активность других процессов, в том числе аллергических [12]. Возможен один из вариантов развития аллергической сенсibilизации у пациентов с рецидивирующим течением герпетической инфекции: хроническое течение поддерживается Th2 типом иммунного ответа, сопровождаемая эозинофильным воспалением и гиперпродукцией IgE, с развивающейся в динамике отменой толерантности к бытовым, пылевым аллергенам [1,5,13].

Согласно данным эпидемиологических исследований, в последние десятилетия наблюдается значительный рост частоты аллергических заболеваний в развитых странах [13]. Известно, что в основе аллергических заболеваний лежит генетическая предрасположенность к аномально повышенному иммунному ответу по Th2 типу на широкий спектр распространенных факторов окружающей среды – аллергенов. Наиболее известны в качестве аллергенов домашняя пыль, шерсть домашних животных, пищевые продукты, пыльца трав и деревьев, условно-патогенные

* ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России 634050, г. Томск, Московский тракт, 2