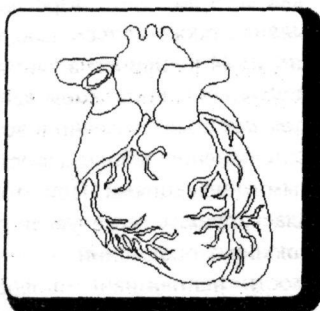




А.В. Стругинский, А.Н. Назаров, А.М. Пальшина,
А.И. Сивцева, А.Н. Хорунов, М.М. Егорова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ПРИ ХОБЛ

Медицинский институт Якутского государственного
университета; Республиканская больница №1, г. Якутск

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) по показателям заболеваемости и смертности занимает одно из первых мест в мире. Причем эти показатели в разных странах продолжают увеличиваться. По некоторым данным, заболеваемость ХОБЛ в последние десятилетия достигает от 10 до 40% в разных регионах мира. Такая высокая заболеваемость прежде всего объясняется большой распространенностью курения, широким использованием раздражающих веществ на производстве, загрязнением окружающей среды и значительным нарушением экологии. Наиболее значимой формой этой патологии, наносящей обществу колоссальный экономический ущерб, является хронический обструктивный бронхит (ХОБ). Число больных ХОБ прогрессивно увеличивается во всем мире [3-6].

Целью настоящего исследования явилось уточнение статистических данных по распространенности, заболеваемости ХОБЛ и его осложнения — хронического легочного сердца в одном врачебном участке г. Якутска.

Материалы и методы

Настоящая работа представляет собой клинико-эпидемиологическое исследование. На основании стандартного эпидемиологического обследования мужчин и женщин в возрасте от 15 лет и старше в зависимости от наличия или отсутствия у них респираторного синдрома и курения были составлены стратификационные выборки для углубленного изучения развития хронического легочного сердца у больных ХОБЛ. Критерии ХОБЛ и курения устанавливались на основании вопросника ВОЗ: хронический бронхит (ХБ) при наличии кашля с мокротой, почти каждый день, на протяжении 3 мес. в год, нерегулярный кашель с мокротой — при наличии кашля с мокротой по утрам и/или в течение дня или ночи в холодное время года, респираторные симптомы при наличии регулярного или нерегулярного кашля с мокротой, респираторные нарушения на основании наличия респираторного синдрома и/или нарушений ФВД, оцениваемые по критериям Р.Ф. Клемента. Новое соглашение ERS/ ATS предлагает классификацию тяжести ХОБЛ по степени бронхиальной обструкции: легкая ХОБЛ — $ОФВ_1 \geq 80\%$, среднетяжелая ХОБЛ — $ОФВ_1 \geq 50-80\%$, тяжелая ХОБЛ — $ОФВ_1 \geq 30-50\%$, очень тяжелая ХОБЛ — $ОФВ_1 < 30\%$ [1].

В стратификационные группы вошли: больные хроническим необструктивным бронхитом, хроническим обструктивным бронхитом, бронхиальной астмой, хроническим легочным сердцем.

Резюме

Проанализированы данные болезней органов дыхания (БОД) Республики Саха (Якутия) за 2000-2004 гг. Болезни органов дыхания по показателям заболеваемости РС (Я) в эти годы стоят на 1 месте. Изучены показатели заболеваемости органов дыхания 1530 чел. поликлиники №1 г. Якутска за 2004 г. Из них больные БОД были разделены на 4 стратификационные выборки. По нашим данным, истинная распространенность ХОБ высока и составляет 59,7% по сравнению с остальными группами, хроническое легочное сердце встречается в более старшем возрасте, который составляет 69,25 лет.

A.V. Strutinskiy, A.N. Nazarov, A.M. Palshina,
A.I. Sivtseva, A.N. Khorunov, M.M. Yegorova

EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF CHRONIC COR PULMONALE DEVELOPING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Scientific Practical Center «Physiology» (State Institution);
Medical Institute of the Yakutsk State University;
Republican Hospital №1, Yakutsk

Summary

Data on respiratory diseases in Republic Sakha (Yakutia) were analyzed from 2000 to 2004. Respiratory diseases had been the leading cause of morbidity in the republic throughout the study period. We analyzed the respiratory diseases morbidity rate of 1530 individuals visiting Clinic 1 of Yakutsk during 2004. All the patients with respiratory diseases were stratified to 4 groups. We found that a reliable prevalence of chronic obstructive diseases was high and made up 59,7% compared to other groups of diseases, and that chronic cor pulmonale occurred more often in the elderly population (age 69,25 years).

Результаты и обсуждение

По данным Госкомстата, заболеваемость болезнями органов дыхания неуклонно растет и занимает первое место среди общей заболеваемости населения РФ, в том числе и в Якутии. Так, при численности населения в 2000 г. — 962,5; 2001 г. — 957,5; 2002 г. — 951,5; 2003 г. — 948,6; 2004 г. — 949 тыс. чел. заболеваемость органами дыхания в 2000 г. составила 340,3; в 2001 г. — 330,6; в 2002 г. — 327,1; в 2003 г. — 336,4; в 2004 г. — 310,2 тыс. случаев. На 1000 населения соответственно составила 354,5; 346,4; 344,3; 354,6 и 326,6. При этом общая заболеваемость по

Таблица 1

**Численность и заболеваемость
населения РС (Я) за 2000-2004 гг.**

Показатели	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Численность населения, тыс.	962,5	957,5	951,5	948,6	949
Все болезни, тыс. случаев	742,6	748,8	804,2	803,7	805,1
На 1000 населения	773,5	784,5	846,4	847,1	847,7
БОД, тыс. случаев	340,3	330,6	327,1	336,4	310,2

Таблица 2

**Показатели смертности населения
РС (Я) за 2000-2004 гг.**

Показатели	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Всего умерших от всех причин	9325	9718	9700	9660	9692
Болезни органов кровообращения	3664	4100	4022	3931	4036
Новообразования	1273	1204	1237	1250	1217
Болезни органов пищеварения	440	412	453	425	450
Болезни органов дыхания	416	336	330	371	333

годам составила: 2000 г. — 742,6; 2001 г. — 784,5; 2002 г. — 846,4; 2003 г. — 847,1; 2004 г. — 847,7 тыс. случаев [2] (табл. 1).

Как видно из табл. 2, смертность от патологии органов дыхания за эти годы составила: в 2000 г. — 416; в 2001 г. — 336; в 2002 г. — 330; в 2003 г. — 371; в 2004 г. — 333 чел. Данная патология находится на 4 месте после заболеваний сердечно-сосудистой системы, новообразований, болезней органов пищеварения.

Всего нами было обследовано 1530 чел. г. Якутска. По результатам анкетирования, осмотра выделены следующие группы: без болезней органов дыхания (без БОД), больные хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ), больные хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), больные бронхиальной астмой (БА) и больные хроническим легочным сердцем (ХЛС) (табл. 3). Среди них мужчин было 606, женщин — 924 чел. По возрасту пациенты распределены на 3 группы: лица до 40 лет, 40-60 лет и старше 60 лет.

Как видно из табл. 3, абсолютное число пациентов, страдающих ХОБ, составило 200 чел., что оказалось выше по сравнению с больными ХНБ. Средний возраст составил 51,4 лет. Абсолютное число больных ХЛС составило 16 чел., выяснилось, что страдают люди более старшего возраста — 69,25 лет.

Как видно из табл. 4, страдают ХОБ люди рабочей профессии, составляя 21,8%, что в три раза больше, чем у служащих (7,05%).

Научные исследования, проводимые в последние годы, позволили установить, что при индексе курящего человека, превышающем 120 (количество сигарет, выкуриваемых в течение дня, умноженное на число месяцев в году, в течение которых человек курит), как правило, появляются

Таблица 3

**Общее количество обследованных больных,
распределение по полу и возрасту**

Группы	Группы обследованных							Средний возраст
	абс.	%	мужчины	женщины	<40 лет	40-60 лет	>60 лет	
Без БОД	1195	78,10	463	732	674	408	113	64,25
ХНБ	92	6,01	31	61	55	30	7	38,52
ХОБ	200	13,07	96	104	0	97	103	51,43
БА	27	1,76	9	18	0	15	12	59,65
ХЛС	16	1,05	7	9	0	3	13	69,25
Всего	1530		606	924	729	553	248	

Таблица 4

Распределение обследованных больных по профессиям

Показатели	Рабочие		Служащие	
	абс.	%	абс.	%
Без БОД	163	69,66	630	83,78
ХНБ	16	6,84	62	8,24
ХОБ	51	21,79	53	7,05
БА	4	1,71	4	0,53
ХЛС	0	0,00	3	0,40
Всего	234		752	

Таблица 5

Распределение групп по стажу, индексу курения

Показатели	Курение		Стаж курения		Индекс курения (сигарет в год)		
	курит	не курит	<20 лет	>20 лет	<120	>120	>240
Без БОД	221	974	99	122	65	84	72
ХНБ	42	50	23	19	17	17	8
ХОБ	102	98	24	78	26	26	50
БА	18	9	5	13	2	9	7
ХЛС	10	6	1	9	-	4	6

симптомы ХОБЛ. Желательно, чтобы врач вносил в историю болезни индекс курящего человека, по которому можно судить о курении как о факторе риска возникновения болезни у каждого больного. К «злостным курильщикам» относятся лица, имеющие индекс 240 (человек выкуривает в день 20 сигарет и курит круглый год) [6]. В нашем исследовании ХОБ развился у людей, которые в основном курили свыше 20 лет — 78 чел., по индексу курения свыше 240 — 50 чел., ХЛС развилось у 10 «злостных курильщиков» и у 6 некурящих. Это говорит о том, что есть и другие факторы, влияющие на развитие ХЛС.

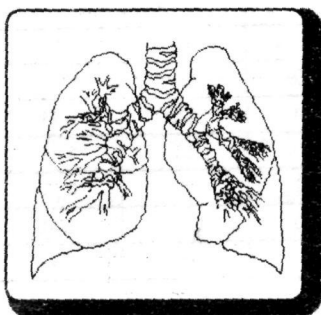
Л и т е р а т у р а

1. Алейников В.Ф., Кокосов А.Н. Эпидемиология и течение хронических неспецифических заболеваний легких в контрастных климатических зонах СССР. М., 1982. С. 168.
2. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н., Овчаренко С.И. и др. // Рус. мед. журн. 2001. №9(1). С. 9-34.

3. Путов Н.В. О некоторых важных вопросах современной пульмонологии. Основные пути совершенствования специализированной пульмонологической помощи населению. Л.: ВНИИП. 1990. С. 5-7.

4. Статистический ежегодник Республики Саха (Якутия). С. 47-72.

5. Woodhead M., Blasi F., Huchon G. et al. // Eur. Respir. J. 2005. Vol. 26, P.1138-1180.



УДК 616.248 : 678.048

Ю.С. Ландышев, В.А. Доровских, Ю.А. Смолина

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКСНУЮ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ЭМОКСИПИНА

*Амурская государственная медицинская академия;
Амурская областная клиническая больница, г. Благовещенск*

Бронхиальная астма (БА) — одно из наиболее распространенных заболеваний современного общества: среди взрослого населения болезнь регистрируется более чем в 5% случаев. В последние годы отмечен значительный прогресс в диагностике и лечении БА, но несмотря на достигнутые успехи, уровень контроля над течением заболевания нельзя считать удовлетворительным [3].

Бронхиальная астма является хроническим персистирующим заболеванием, обусловленным аллергическим воспалением дыхательных путей. В результате воспаления развивается гиперреактивность слизистой оболочки бронхов и формируется обструкция [4].

Хронические неспецифические заболевания легких, в том числе БА, в той или иной степени связаны с развитием окислительно-восстановительного дисбаланса, что может являться важной причиной хронизации патологического процесса в легких. Окислительный стресс вызывает усиление воспаления у больных БА, интенсификацию перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови и снижение антиокислительной активности. Усиление процессов ПОЛ является индуктором активации и синтеза целого ряда медиаторов воспаления [1, 2]. В связи с этим изучается возможность включения антиоксидантов в комплексную терапию БА. Наиболее перспективными, на наш взгляд, являются производные 3-оксиперидина, в частности эмоксипин, отечественный синтетический препарат. Эмоксипин — высокоэффек-

тивный синтетический водорастворимый антиоксидант, обладающий антирадикальной и антиокислительной активностью. Участие в разнообразных молекулярных реакциях и влияние на ряд ферментных систем организма обуславливают широкий спектр фармакологической активности эмоксипина [2].

Цель исследования состояла в изучении клинко-функциональных и биохимических изменений у больных БА при включении в комплексную противоастматическую терапию антиоксиданта эмоксипина.

Материалы и методы

На базе Амурской областной клинической больницы г. Благовещенска обследовано 25 больных с тяжелой формой БА (у 20 из них зарегистрирована смешанная форма БА (атоническая и инфекционно-аллергическая) тяжелого течения, у 5 — неаллергическая форма), получавших антиоксидант эмоксипин в составе комплексной противоастматической терапии. Эмоксипин назначали по следующей схеме: 1 мл 1% водного раствора в виде внутримышечных инъекций один раз в сутки в течение 10 дней в комбинации с базисной терапией: глюкокортикоиды, бронходилататоры, муколитики, отхаркивающие препараты.

В качестве сравнения была выделена группа больных БА в количестве 10 чел., которая получала обычную комплексную противоастматическую терапию. По длитель-