

УДК 616.233-022

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОН И ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Э.К. МИНКАИЛОВ*

В программе GOLD [6–7], основанной на докладе рабочей группы Национального института сердца легких и крови и Всемирной организации здравоохранения, дано определение: ХОБЛ характеризуется ограничением воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение воздушного потока имеет прогрессирующий характер и вызвано патологической реакцией легких на воздействие различных вредоносных частиц и газов.

Хроническая обструктивная болезнь (ХОБЛ) повсеместно является одной из ведущих причин заболеваемости и летальности. Летальность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин смерти в общей популяции, составляя ~4% в структуре общей летальности [4–6]. Основной причиной обращения больных ХОБЛ за медицинской помощью является развитие обострений заболевания, которые часто требуют не только назначения дополнительной терапии, но и госпитализации больных [2, 4, 9]. Несогласованность в вопросах определения понятия, принципов диагностики и лечения обусловили создание европейских и национальных стандартов по этой проблеме в США, 1995; Европейском респираторном обществе, 1995; России, 1995 и др. странах. При этом во всех документах подчеркивалось, что в силу несогласованности дефиниций ныне еще нет достоверных сведений о распространенности этой патологии [3–4]. Имеются сведения по повсеместной распространенности ХОБЛ и ее социальной значимости [1–2, 4–8]. В Республике Дагестан (РД) исследования по оценке распространенности ХОБЛ в соответствии с современной классификацией не велись.

Цель работы – изучение распространенности ХОБЛ в РД в различных климатических и производственных условиях

Материал и методика обследования. Анализировались данные годовых статистических отчетов министерства здравоохранения РД с выведением интенсивного показателя по климатическим зонам в городской и сельской местности за 5 лет. В одной из горбольниц г. Махачкалы дана оценка структуре госпитализированных больных за 10 лет. Среди работников анкетный опрос проводился на трех промышленных предприятиях г. Махачкалы (машиностроительный завод, завод электронных приборов и пивоваренный завод). Обследовано 1359 чел. Мужчин – 787, женщин – 572 чел.; определялись пикфлоуметрический и пневмотахометрический показатели, проводилась крупнокадровая флюорография. Диагноз ХОБЛ ставился при наличии кашля, выделении мокроты или одышки, не объяснимых др. причинами при констатации фактора курения в анамнезе и/или наличия вредных производственных факторов. Диагноз подтверждался сниженными показателями ФВД, скоростными показателями и отсутствием достоверного прироста ОФВ₁ (≤12%) после бронходилатационной ингаляционной пробы.

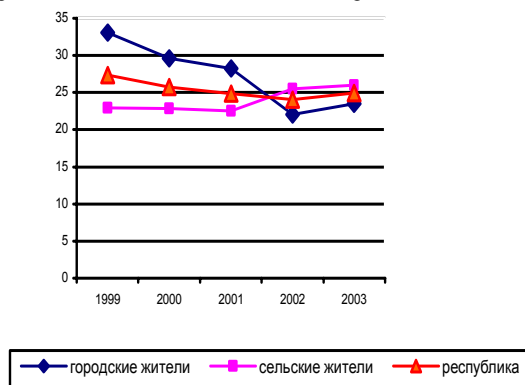


Рис. 1. Динамика заболеваемости ХОБЛ среди городских и сельских жителей за 5 лет (на 1000 чел. населения)

Результаты. На рис. 1. показана динамика заболеваемости среди сельских, городских жителей и в целом по республике за 5 лет (1999–2003 гг.). По данным обращаемости в республике число больных ХОБЛ за 5 лет не изменилось, хотя показатель на 1000 населения снизился с 27,39 в 1999 г. до 24,94 в 2003 г.

Наблюдается увеличение, как числа больных, так и показателя на 1000 населения среди жителей сельской местности, тогда как среди городских жителей отмечалось снижение заболеваемости. В 1999 г. в сельской местности зарегистрировано 16692 больных ХОБЛ, а в 2003 г. эта цифра выросла до 21635 чел.. Показатель заболеваемости вырос с 22,9 до 25,96 на 1000 населения. Среди городских общее число больных ХОБЛ за 5 лет снизилось с 18960 до 14077 чел., а показатель заболеваемости – с 33,08 до 23,51. Это объясняется улучшением диагностики БА, ибо во многих ЛПУ ранее большая часть больных астмой шла под диагнозом ХБ. По климатическим зонам выявлены особенности заболеваемости ХОБЛ (табл. 1).

Таблица 1

Динамика заболеваемости ХОБЛ в зависимости от климатических зон Дагестана за 5 лет (на 1000 население)

Годы	Горы	Предгорье	Равнина
1999	6229/24,9	3649/24,6	6527/19,4
2000	6579/25,4	4163/25,5	7017/20,6
2001	6306/23,1	4149/24,2	7668/21,6
2002	8237/28,4	4246/26,9	8782/23,8
2003	7503/27,9	4247/26,3	9916/26,6

Примечание: первая цифра – общее число больных, вторая – заболеваемость на 1000 население.

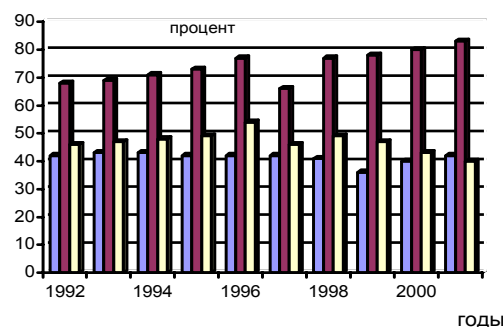


Рис. 2. Процентное соотношение больных БОД, госпитализированных за 10 лет

Анализ данных динамики заболеваемости ХОБЛ по климатическим зонам показал, что показатель имеет тенденцию к ежегодному росту по всем климатическим зонам сельской местности. Рост числа больных ХОБЛ наблюдается в равнинной зоне (общее число выросло за 5 лет с 6527 до 9916; показатель – с 19,4 до 26,6), в горной климатической местности (число больных выросло с 6229 до 7503 чел., показатель – с 24,9 до 27,9).

При оценке структуры заболеваемости одной из больниц г. Махачкалы за последние 10 лет (1992–2002 гг.), нами установлено, что более 40% госпитализированных в терапевтические отделения составили больные с заболеваниями органов дыхания, тогда как больных с сердечно-сосудистой патологией не превышало 24%. Процент госпитализированных больных с болезнями органов дыхания (БОД) в течение 10 лет был постоянным с колебаниями в пределах 39,5–43,2%, что видно из рис. 2.

Вместе с тем зарегистрирован заметный рост процента больных с хроническими болезнями органов дыхания (ХБОД) среди всех госпитализированных с заболеваниями органов дыхания (от 68,3% в 1992 г. до 83,0% в 2001 г), причем за счет увеличения числа больных БА. Как видно из рис. 2, число больных с ХОБЛ имеет даже тенденцию к некоторому снижению, что мы склонны объяснять улучшением качества диагностики и современными подходами в трактовке нозологии болезней органов дыхания. Распространенность ХОБЛ по данным экспедиционных эпидемиологических исследований отражена в табл. 2.

* Дагестанская государственная медицинская академия, ДНЦ РАМН

ХОБЛ – частое заболевание среди работников 3-х промышленных предприятий и колеблется в пределах 13,1–16,7%. Наибольшее число больных ХОБЛ было на заводе им. М. Гаджиева, где те или иные симптомы поражения бронхов определялись в 16,7±1,2% случаев, но разница между работниками различных предприятий не оказалась статистически значимой ($p < 0,05$). Последнее обстоятельство связано с частым курением мужчин машиностроительного завода (64,8%), причем с большим стажем курения. При анализе распространенности по полу ХОБЛ выявляется в два раза чаще у мужчин (19,2±1,4%), чем среди женщин (10,8±1,4%), и данные отличались ($p < 0,01$). Существенно чаще ХОБЛ страдает мужской контингент на заводе М.Гаджиева (20,0±1,6%), чем женский (9,9±1,8%; $p < 0,01$). По тяжести течения процесса больные были распределены в порядке табл. 3.

Таблица 2

Распространенность ХОБЛ по данным экспедиционного эпидемиологического обследования в зависимости от пола и характера производственной деятельности

Группы исследованных	Мужчины	Женщины	Всего
Работники машиностроительного завода	600/120 (20±1,6%)	283/28 (9,8±1,8%)*	883/148 (16,7±1,2%)
Работники завода электрооборудования	113/21 (18,6±3,8%)	201/20 (9,9±2,1%)*	314/41 (13,1±1,9%)
Работники пивзавода	74/10 (13,5±3,9%)	88/14 (15,0±3,8%)	162/24 (14,3±2,8%)
Итого	787/151 (19,2±1,4%)	572/62 (10,8±1,4%)*	1359/213 (15,6±1,0%)

Примечание: в числителе – число обследованных лиц, в знаменателе – число выявленных больных, в скобках % больных.

*данные достоверны между мужчинами и женщинами

Таблица 3

Распределение больных ХОБЛ по тяжести течения среди работников 3 промышленных предприятий, в %

Стадия	0	1	II	III	IV	Всего
Машиностроительный завод	39,2	28,4	18,9	13,5	-	
Завод электронного оборудования	34,1	31,7	24,4	9,8	-	
Пивзавод	45,8	33,3	12,5	8,3	-	
Итого	39,0	29,6	19,2	12,2	-	100

Большинство больных ХОБЛ оказались практически в компенсированной стадии (68,6%) или на стадии факторов риска, но с периодически возникающим кашлем или выделением мокроты (38,5%), при отсутствии одышки и снижения показателей ФВД. Классические развернутые клинические и инструментальные проявления ХОБЛ были выявлены у 67 из 213 больных (31,4%). Сверхтяжелая IV стадия болезни на указанных предприятиях нами не выявлена ни в одном случае по одной лишь простой причине, что наши исследования были проведены прямо в рабочих цехах. Основной контингент больных были курильщиками и трудились на производствах с высокой запыленностью производственного участка с превышением ПДК более в 5–25 раз.

Таблица 4

Распределение больных ХОБЛ по степени тяжести в зависимости от пола (% к числу обследованных)

Пол	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия III	Стадия IV	Всего
Мужчины	34,4%	30,5%	21,2%	13,9%	-	0,9%
Женщины	50,0%	27,4%	14,5%	8,1%	-	9,1%
Итого	39%	29,6%	19,2%	12,2%	-	00%

Среди женского пола 50% больных имели только факторы риска и эпизодические респираторные симптомы, тогда как мужчин в 0 ст. ХОБЛ зарегистрировано 34,4% и разница оказалась статистически значимой ($z = 2,608; p = 0,009$). У лиц мужского пола несколько чаще наблюдались II–III стадии болезни (35,1%

против 22,6% у женщин), хотя разница не оказалась статистически значимой ($z = 1,156; p = 0,118$).

Основным фактором, приводящим к развитию ХОБЛ, среди наших больных было курение табака. Ниже в таблице 5 представлены данные о частоте курения среди различных групп, работающих на промышленных предприятиях.

Таблица 5

Распространенность курения среди работников трех промышленных объектов г. Махачкалы (в % к числу обследованных)

Группы обследованных	Мужчины	Женщины	Всего
Работники машиностроительного завода	61,8	0	44,0
Работники завода электрооборудования	70,2	5,4	28,3
Работники пивзавода	64,8	0	29,6
Итого	65,6	1,8	33,9

Мужчины имели вредную привычку в 65,6% случаев, женщины – всего в 1,8% случаев. Наибольшее количество курильщиков выявлено на заводе электронного оборудования (70,2%). Среди женской части работающих на этих производствах факт курения засвидетельствовали только 5,4% работниц завода электрооборудования. Если в популяции число больных ХОБЛ резко превышали пациенты с ранними формами болезни, то при анализе клинических данных лиц, госпитализированных в стационар ХОБЛ среди мужчин в 3,5 раза чаще наблюдалась, чем у женщин. Из 90 госпитализированных за 1,5 года, мужчин было 70 человек (77,7%), женщин – 20 (22,3%). Основная масса больных имели средней тяжести и тяжелое течение болезни (64 из 90 больных).

ХОБЛ – достаточно частое заболевание среди работников промышленных предприятий г. Махачкалы. Мужчины значительно чаще страдают ХОБЛ, чем женщины, что, в первую очередь, связано с курением. Значение в развитии болезни имеет запыленность атмосферы рабочих мест. За врачебной помощью эти больные обращаются только во II–IV стадиях заболевания.

Литература

1. Авдеев С.Н. // Пульмонология. – 2002. – № 2. – С. 100–109.
2. Гуревич Е.Б. и др. // Сб. резюме. 12 Национал. конгресс пульмонологов России. – М. – 2002. – С.397.
3. Кокосов А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких. – СПб. – 2002. – 286 с.
4. Хроническая обструктивная болезнь легких: Практич. руководство для врачей. – М., 2004. – 85 с.
5. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. А.Г.Чучалина. – М.: ЗАО БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 1998. – 509 с.
6. Global Strategy for the diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease NHLBI/WHO Workshop Report, 2001(National Institutes of Health Publ. N 2701, April 2001). Bethesda, 2001.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD): a collaborative project of the National Health and Blood Institute, NIWH Organization(WHO). //Am.J. Resp Cril Care Med. – 2001. – Vol.163. – P. 1256–1276.
8. Van Herwaarden C. et al. //Ned. Tijdschr. Geneesk. Apr. – 1996. – Vol.140 (14) – P. 761–765.
9. Hosenpud J.D. et al. // J. Heart Lung Transplant. – 1998. – Vol. 17. – P. 656–668.

EXTENSION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE DEPENDING ON CLIMATIC ZONES AND INDUSTRIAL FACTORS

E.K. MINKAILOV

Summary

The chronic obstructive pulmonary disease is a frequent disease in workers (in most cases – men) of industrial enterprises in the town Makhachkala

Key words: chronic obstructive pulmonary