

- в 2001—2005 гг. (материалы доклада на VIII съезде дерматовенерологов России) / А.А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2002. — № 1. — С.4—8.
6. Кубанова, А.А. Клинические рекомендации по дерматовенерологии 2007 года / А.А. Кубанова; под ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс, 2007. — 300 с.
  7. Мартынов, А.А. Повышение качества дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в рамках реализации государственных программ / А.А. Мартынов, А.А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — № 5. — С.19—23.
  8. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: руководство для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун [и др.]; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисинной. — М.: Литтерра, 2005. — 882 с.
  9. Щепин, О.П. Источники и оценки методов изучения общественного здоровья / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 6. — С.3—7.
  10. Boonstra, E. Syndromic management of sexually transmitted diseases in Botswana's primary health care: quality of care aspects / E. Boonstra, M. Lindbaek, E. Klouman [et al.] // Trop. Med. Int. Health. — 2003. — Vol. 8(7). — P.604—614.

© Л.В. Василенко, Е.К. Бельтюков, 2011

УДК 616.24-007.271-036.12(470.51)/54-21)

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ СРЕДНЕГО УРАЛА

**ЛАРИСА ВАЛЕРЬЕВНА ВАСИЛЕНКО**, зав. дневным стационаром МУЗ «Березовская ЦГБ», Березовский, Свердловская область (e-mail: Vasilenko\_88@inbox.ru)

**ЕВГЕНИЙ КРОНИДОВИЧ БЕЛТЮКОВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», Екатеринбург (e-mail: asthma@mail.ru)

**Реферат.** Цель — исследовать распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди взрослого населения г. Березовского Свердловской области. У 450 жителей города исследовались респираторные симптомы, факторы риска, функция дыхания. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с рекомендациями GOLD, 2007 г. Распространенность ХОБЛ в г. Березовском составляет 8,2% (женщины — 5,1%, мужчины — 11,6%), что в 13,4 раза больше, чем по данным обращаемости, и свидетельствует о гиподиагностике ХОБЛ. Среди выявленных больных ХОБЛ преобладают лица старше 50 лет и со 2-й стадией заболевания. У мужчин ХОБЛ встречается в 2,3 раза чаще, чем у женщин. Факторы риска ХОБЛ: курение, производственные вредности, мужской пол.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, эпидемиология, гиподиагностика.

## EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN INDUSTRIAL TOWN OF MIDDLE URAL

L.V. VASILENKO, E.K. BELTYUKOV

**Abstract.** Background — to study the prevalence of COPD among the adult population in Beriozovskiy. In 450 town's residents respiratory symptoms, risk factors, breath function were investigated. COPD was diagnosed according to GOLD 2007. The prevalence of COPD in Beriozovskiy is 8,2%. It was 5,1% among the women, and 11,6% among the men. It is 13,4 times more than the official morbidity data and gives evidence of hypodiagnosics of the illness. The people older than 50 y.o. and the people with the 2-nd stage of COPD prevail among COPD patients. The men's prevalence of COPD is 2,3 times higher than the women's one. Risk factors of COPD: smoking, industrial harm, a male.

**Key words:** COPD, epidemiology, hypodiagnosics.

**Введение.** В настоящее время около 600 млн человек в мире страдают ХОБЛ. Это второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире. Смертность от этого серьезного заболевания постоянно растет, и по прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 г. ХОБЛ будет занимать 5-е место (в 1992 г. — 12-е) среди всех причин смертности. Ожидается, что рост распространенности курения в мире продолжится, в результате чего к 2030 г. смертность от ХОБЛ удвоится [1]. Основной причиной развития ХОБЛ является табакокурение. В России курит 70% мужчин и 30% женщин [1].

ХОБЛ в России занимает 1-е место (55%) в структуре болезней органов дыхания, существенно опережая бронхиальную астму (19%) и пневмонию (14%) [1]. По официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в стране зарегистрировано 2,4 млн больных ХОБЛ (2003 г.). Учитывая низкий уровень диагностики и последние данные эпидемиоло-

гических исследований, число больных ХОБЛ в России может превышать 11 млн человек [1].

В 2006 г. были опубликованы результаты эпидемиологического исследования в Иркутской области. Распространенность ХОБЛ среди взрослого населения в сельском районе составила 6,6% (среди мужчин — 14,6%, среди женщин — 1,8%), в городе — 3,1% (4,7% и 1,6% соответственно) [2]. В популяционной структуре ХОБЛ преобладают 1-я и 2-я стадии заболевания, составляющие 72,1%. Среди этих больных диагноз ХОБЛ в большинстве случаев был поставлен впервые в эпидемиологическом исследовании, что указывает на высокий уровень гиподиагностики [2].

Официальных данных об истинной распространенности ХОБЛ в России нет, так как в статистическую отчетность попадают пациенты, обратившиеся за медицинской помощью, преимущественно с тяжелой стадией заболевания и состоящие на диспансерном учете. Это связано с тем, что заболевание, как правило,

не распознается на ранних стадиях, когда симптомы отсутствуют или не расцениваются пациентами и врачами как проявление возможной ХОБЛ [3].

**Цель исследования** — исследовать распространенность ХОБЛ среди взрослого населения г. Березовского Свердловской области.

**Материал и методы.** Для исследования распространенности ХОБЛ в г. Березовском Свердловской области со взрослым населением 54 878 человек в 2009 г. была сформирована случайная выборка населения в количестве 550 человек. Прошли обследование 450 человек. Таким образом, отклик составил 81,8%. Женщин было 235 (52,2%), мужчин — 215 (47,8%) в возрасте от 18 до 80 лет.

У всех 450 человек исследовались ОФВ<sub>1</sub>, ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ после ингаляции 400 мкг сальбутамола. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с рекомендациями GOLD, 2007 г. [3]. Для исследования распространенности респираторных симптомов и табакокурения использовался вопросник по предполагаемому диагнозу ХОБЛ (Chronic Airways Diseases, A Guide for Primary Care Physicians, 2005) [4].

Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы Microsoft Excel. Определялись объемы выборки, средние значения, дисперсии, стандартные отклонения. Достоверность различий сравниваемых показателей определяли по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ (индекс Тиффно) менее 0,7 был зарегистрирован у 37 человек (12 женщин, средний возраст — 62,5 года; 25 мужчин, средний возраст — 58,6 года). 29 (78%) человек, в том числе 12 женщин, были старше 50 лет. Таким образом, рас-

пространенность ХОБЛ составляет 8,2%; среди мужчин — 11,6%, среди женщин — 5,1%. У мужчин ХОБЛ встречается в 2,3 раза чаще, чем у женщин ( $p < 0,05$ ). Распространенность ХОБЛ среди мужчин в возрасте 40—49 лет составляет 8,6%, в 50—59 лет — 14,7%, в 60—69 лет — 11,1%, в 70 лет и старше — 25%. Распространенность ХОБЛ среди женщин в возрасте 40—49 лет составляет 2,9%, в 50—59 лет — 5,4%, в 60—69 лет — 6,1%, в 70—79 лет — 10,7%. Достоверных различий в распространенности ХОБЛ среди мужчин и женщин в соответствующих возрастных группах не получено ( $p > 0,05$ ) (табл. 1).

Распространенность ХОБЛ 1-й стадии составляет 1,1% (5 чел.: мужчин — 3, женщин — 2); ХОБЛ 2-й стадии — 5,1% (23 чел.: мужчин — 14, женщин — 9); ХОБЛ 3-й стадии — 2% (9 чел.: мужчин — 8, женщин — 1); ХОБЛ 4-й стадии — 0 (табл. 2).

ХОБЛ впервые выявлена у 30 (96,7%) чел. (мужчин — 20, женщин — 10), из них 1-й стадии ХОБЛ — у 5 (1,1%) чел.; 2-й стадии — у 19 (4,2%) чел.; 3-й стадии — у 6 (1,3%) чел., 4-я стадия — 0 чел. (табл. 3).

Лица с ранее установленным диагнозом ХОБЛ выявлено 7 чел. (мужчин — 5, женщин — 2), что составляет 1,6%, все со среднетяжелым и тяжелым течением ХОБЛ.

По данным обращаемости зарегистрировано 336 больных ХОБЛ, что составляет 0,61% населения г. Березовского. Это в 13,4 раза меньше, чем по данным распространенности, и обусловлено в основном гиподиагностикой ХОБЛ.

Результаты анкетирования, направленного на выявление табакокурения, показали, что среди лиц старше 18 лет 30% были активными курильщиками; 10,4% — бывшими курильщиками; 51,4% не были связаны с курением; 8,2% отмечали пассивное курение (табл. 4).

Таблица 1

Распространенность ХОБЛ в общей выборке и среди мужчин и женщин в различных возрастных группах

Возраст, лет	Мужчины			p	Женщины			Общая выборка		
	n	ХОБЛ			n	ХОБЛ		n	ХОБЛ	
		Абс.	%			Абс.	%		Абс.	%
20—29	13	0	0	—	15	0	0	28	0	0
30—39	21	0	0	—	18	0	0	39	0	0
40—49	35	3	8,6	>0,05	34	1	2,9	69	4	5,8
50—59	68	10	14,7	>0,05	74	4	5,4	142	14	9,9
60—69	54	6	11,1	>0,05	66	4	6,1	120	10	8,3
70—79	24	6	25,0	>0,05	28	3	10,7	52	9	17,3
Всего	215	25	11,6	<0,05	235	12	5,1	450	37	8,2

Таблица 2

Распространенность ХОБЛ по стадиям среди мужчин и женщин

Стадия	Мужчины, n=215		Женщины, n=235		Всего, n=450	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я	3	1,4	2	0,9	5	1,1
2-я	14	6,5	9	3,8	23	5,1
3-я	8	3,7	1	0,4	9	2,0
Всего	25	11,6	12	5,1	37	8,2

Таблица 3

Впервые выявленная ХОБЛ по стадиям среди мужчин и женщин

Стадия	Мужчины, n=215		Женщины, n=235		Всего, n=450	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-я	3	1,4	2	0,9	5	1,1
2-я	12	5,6	7	3,0	19	4,2
3-я	5	2,3	1	0,4	6	1,3
Всего	20	9,3	10	4,3	30	6,6

Курящих и некурящих с ХОБЛ в возрастной группе 40—49 лет было одинаковое количество; в возрастной группе 50 лет и старше курящих с ХОБЛ достоверно больше, чем некурящих с ХОБЛ (табл. 5).

Средний показатель пачка/лет у курящих без ХОБЛ достоверно меньше, чем показатель пачка/лет у курящих с ХОБЛ (табл. 6).

У мужчин достоверно чаще встречались респираторные симптомы, чем у женщин (табл. 7).

Среди мужчин и женщин, связанных с курением, нет достоверных различий в распространенности кашля, одышки, мокроты. Распространенность кашля и мокроты у некурящих мужчин достоверно выше, чем у некурящих женщин. В распространенности одышки среди некурящих мужчин и женщин нет достоверных различий (табл. 8).

Распространенность респираторных симптомов у мужчин и женщин, страдающих ХОБЛ, выше, чем у мужчин и женщин без ХОБЛ. При сравнении наличия кашля, одышки, мокроты достоверной разницы между

мужчинами и женщинами, страдающими ХОБЛ, не получено ( $p>0,5$ ) (табл. 9).

У половины выявленных с ХОБЛ лиц имеется сочетание двух факторов риска: курения и вредных производственных факторов. У лиц с ХОБЛ, связанных с курением, в возрастной группе 50—59 лет вредных производственных факторов выявлено достоверно больше ( $p<0,01$ ), чем у лиц, связанных с курением без ХОБЛ (табл. 10).

Распространенность вредных производственных факторов у некурящих лиц с ХОБЛ составляет 61,5%, что достоверно выше ( $p<0,05$ ), чем у некурящих лиц без ХОБЛ (табл. 11).

**Заключение.** Таким образом, в г. Березовском Свердловской области выявлена высокая распространенность ХОБЛ (8,2%) и значительный уровень гиподиагностики. Наибольшую распространенность имеет ХОБЛ 2-й стадии. Курят активно, пассивно или курили раньше 48,6% респондентов исследуемой выборки. Респираторные симптомы (кашель, мокрота и одышка) ча-

Таблица 4

**Распространенность табакокурения среди мужчин и женщин**

Пол	Активные курильщики, <i>n</i>		Не связаны с курением, <i>n</i>		Экс-курильщики, <i>n</i>		Пассивное курение, <i>n</i>		<i>n</i>	Всего, %
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Мужской	114	25,3	39	8,7	42	9,3	20	4,4	215	47,8
Женский	21	4,7	192	42,7	5	1,1	17	3,8	235	52,2
Всего	135	30	231	51,4	47	10,4	37	8,2	450	100

Таблица 5

**Распространенность ХОБЛ у курящих и некурящих в зависимости от возраста**

Возраст, лет	<i>n</i>	Курящие с ХОБЛ		<i>p</i>	Некурящие с ХОБЛ	
		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
20—39	67	0	0	—	0	0
40—49	69	2	2,9		2	2,9
50—59	142	7	4,9	<0,05	4	2,8
60—69	120	8	6,7	<0,05	4	3,3
70—79	52	7	13,5	<0,05	3	5,7
Всего	450	24	5,3	<0,001	13	2,9

Таблица 6

**Средний показатель пачка/лет у курящих без ХОБЛ и у курящих с ХОБЛ по возрастным группам**

Возраст, лет	Показатель пачка/лет у курящих без ХОБЛ	<i>p</i>	Показатель пачка/лет у курящих с ХОБЛ
40—49	19,7±1,2	<0,05	21,5±0,5
50—59	27,9±1,4	<0,005	38,2±3,4
60—69	28,3±1,5	<0,05	40,8±5,7
70—79	29,5±3,1	<0,05	39,8±3,6
Всего	22,3±0,8	<0,001	37,8±2,3

Таблица 7

**Распространенность респираторных симптомов в зависимости от пола**

Симптом	Мужчины, <i>n</i> =215		<i>p</i>	Женщины, <i>n</i> =235	
	Абс.	%		Абс.	%
Кашель	104	48,4	<0,001	25	10,6
Одышка	107	49,8	<0,01	86	36,6
Мокрота	54	29,8	<0,001	15	6,4

Таблица 8

**Распространенность респираторных симптомов у мужчин и женщин, связанных и не связанных с курением**

Симптом	Мужчины, не связанные с курением, <i>n</i> =59		<i>p</i>	Женщины, не связанные с курением, <i>n</i> =209		Мужчины, связанные с курением, <i>n</i> =156		<i>p</i>	Женщины, связанные с курением, <i>n</i> =26	
	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Кашель	25	42,4	<0,01	10	4,8	72	46,2	<0,5	15	57,7
Одышка	21	35,6	>0,5	73	34,9	86	55,1	>0,5	13	50,0
Мокрота	17	28,8	<0,001	7	3,3	47	30,1	>0,5	8	30,8

Распространенность респираторных симптомов у лиц с ХОБЛ и без ХОБЛ (у мужчин и женщин)

Симптом	Мужчины с ХОБЛ, n=25		p	Мужчины без ХОБЛ, n=190		Женщины с ХОБЛ, n=12		p	Женщины без ХОБЛ, n=223	
	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Кашель	20	80	<0,001	84	44,2	9	75,0	<0,001	58	26,0
Одышка	20	80	<0,001	87	45,8	11	91,7	<0,01	142	63,7
Мокрота	17	68	<0,001	47	24,7	7	58,3	<0,05	35	15,7

Таблица 10

Распространенность вредных производственных факторов у лиц, связанных с курением

Возраст, лет	Лица с ХОБЛ, связанные с курением, абс. число	Вредные производственные факторы у лиц с ХОБЛ, связанных с курением		p	Лица без ХОБЛ, связанные с курением, абс. число	Вредные производственные факторы у лиц без ХОБЛ, связанных с курением	
		Абс.	%			Абс.	%
20—39	0	0	0	—	0	0	0
40—49	2	1	50,0	>0,5	24	3	12,5
50—59	7	6	85,7	<0,01	47	11	23,4
60—69	8	1	12,5	>0,05	42	18	42,9
70—79	7	4	57,1	>0,5	12	4	33,3
Всего	24	12	50	>0,5	158	36	22,8

Таблица 11

Распространенность вредных производственных факторов у некурящих лиц с ХОБЛ и без ХОБЛ

Возраст, лет	Некурящие с ХОБЛ, абс. число	Вредные производственные факторы у некурящих с ХОБЛ		p	Некурящие без ХОБЛ, абс. число	Вредные производственные факторы у некурящих без ХОБЛ	
		Абс.	%			Абс.	%
20—39	0	0	0	—	34	4	11,8
40—49	2	2	100,	<0,001	33	6	18,2
50—59	4	3	75,0	<0,1	68	4	5,9
60—69	4	2	50,0	>0,5	55	9	16,4
70—79	3	2	66,7	—	28	0	0
Всего	13	8	61,5	<0,05	218	23	10,6

ще встречаются в мужской популяции. Наличие вредных производственных факторов чаще наблюдается у лиц с ХОБЛ независимо от того, курят они или нет. Курение, мужской пол, производственные вредности, возраст старше 50 лет являются факторами риска ХОБЛ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика ХОБЛ // Официальный сайт «Российское респираторное общество». — 2004. — URL: [http://www.society.pulmonology.ru/\(http://www.hobl.info/\)](http://www.society.pulmonology.ru/(http://www.hobl.info/))
2. Краснова, Ю.Н. Распространенность хронической обструктивной болезни легких в Иркутской области / Ю.Н. Краснова, Е.В. Гримайлова, А.А. Дзизинский, Б.А. Черняк // Пульмонология. — 2006. — № 1. — С.98—102.
3. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ. / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2007.
4. Sifakas, N.M. Definition and differential diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease / N.M. Sifakas // Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. ERS Monograph 38. — L.; Hanover; Cambridge, 2008.

© Н.А. Кошелева, А.П. Ребров, 2011

УДК 616.12-008.46-036.12-08

## ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ И АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**НАТАЛЬЯ АНАТОЛЬЕВНА КОШЕЛЕВА**, ассистент кафедры госпитальной терапии  
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»  
[8(845)2-51-49-60, e-mail: [kosheleva2009@yandex.ru](mailto:kosheleva2009@yandex.ru)]

**АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ РЕБРОВ**, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии  
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»

**Реферат.** Терапевтическое обучение и амбулаторное наблюдение больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) способствуют повышению приверженности пациентов к лечению и улучшению прогноза. Цель — определить роль обучения и амбулаторного наблюдения в оптимизации терапии у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. 80 пациентов с ХСН I–IV функционального класса (ФК), развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, были разделены на две группы активного ( $n=40$ ) и стандартного