

ВЕРШИНА АЙСБЕРГА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХОБЛ (Обзор литературы)

ЕКАТЕРИНА ЮРЬЕВНА ПРОНИНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ», e-mail: pronina5@rambler.ru

Реферат. ХОБЛ является глобальной проблемой мирового здравоохранения. По данным разных ученых, эта болезнь поражает от 4—6% до 10—25% взрослого населения и отличается устойчивым ростом распространенности как в развитых, так и развивающихся странах. Это одно из десяти заболеваний, экономические расходы на которое весьма велики. ХОБЛ является единственным заболеванием, смертность от которого по сей день продолжает увеличиваться. Прогрессирование темпа смертности особенно заметно у женщин в возрасте старше 55 лет, у мужчин старше 75 лет. По прогнозам, к 2020 г. в мире будет ежегодно регистрироваться более 6 млн смертей от ХОБЛ, и прогнозируется перемещение заболевания с 6-го на 5-е или даже 3-е место среди всех причин смерти.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), заболеваемость, распространенность, смертность.

TOP OF THE ICEBERG — EPIDEMIOLOGY OF COPD (Literature overview)

E. YU. PRONINA

Abstract. COPD is a global problem of global health. According to various scientists, this disease affects from 4—6% to 10—25% of the adult population and characterized by increase in the prevalence in both developed and developing countries. COPD is one of the 10 diseases; the economic costs are very high. COPD is the only disease with increasing mortality. Progression rate of mortality is especially noticeable in women aged over 55, men — over 75 years. According to forecasts, by 2020 there will be an annual register of more than 6 million deaths from COPD and projected movement of disease from 6th to 5th or even third place among all causes of death.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD) incidence, prevalence, mortality.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — широко распространенное заболевание, являющееся одной из основных причин болезненности и смертности населения, и, кроме того, причиной ранней инвалидизации и значительных медицинских расходов.

Традиционно ХОБЛ объединяла понятия «хронический бронхит» и «эмфизема легких». Но долгое время раскрытию сущности заболевания и, как следствие, определению истинных размеров проблемы мешала терминологическая неоднородность и неопределенность понятия «ХОБЛ». Существовавший более ста лет (первое упоминание в 1810 г.) термин «хроническая пневмония» до середины XX в. уверенно занимал лидирующую позицию в качестве обобщающего практически всю хроническую неспецифическую легочную патологию. Эпидемиологические исследования, которые были проведены зарубежными и отечественными исследователями, не позволяли получать объективные данные ввиду трудностей определения патологии. Привлечение внимания мировой медицинской науки к этой проблеме привело к появлению понятия «хронические обструктивные болезни легких» и созданию классификации (Американское торакальное общество, 1962 г.), основанной, в первую очередь, на принципах функциональной диагностики. Сложностей от этого не стало меньше. На протяжении десятилетий как за рубежом, так и в нашей стране в этот термин вкладывался разный смысл в зависимости от того, в каком числе

(единственном или множественном) его применяли. Если понятие «ХОБЛ» использовалось в единственном числе, то оно обозначало далеко зашедшую стадию нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ₁ < 1,5 л, т.е. менее 50% д.в.). Толкование же ХОБЛ во множественном числе включало в себя целый ряд совершенно разнородных как по патогенезу, так и по клиническим проявлениям заболеваний, объединенных лишь присутствием частично обратимой и прогрессирующей обструкции дыхательных путей. В «группу ХОБЛ», по классификации Американского торакального общества (ATS) входили: хронический бронхит, эмфизема легких, тяжелые формы бронхиальной астмы, облитерирующий бронхолит (болезнь мелких бронхов), бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз [30]. Такой обобщенный подход затруднял эпидемиологические исследования, разработку диагностических критериев и терапевтических подходов, так как в каждом конкретном случае они были разными [9]. Синонимом «ХОБЛ» во множественном числе были и так называемые «ХНЗЛ» — хронические неспецифические заболевания легких, включавшие в себя хронический бронхит (в том числе обструктивный и «астматический»), эмфизему легких, пневмосклероз (в том числе посттуберкулезный), бронхиальную астму (как правило, тяжелого течения), реже — бронхоэктатическую болезнь и облитерирующий бронхолит [13, 14].

К середине 80-х гг. XX в. в большинстве западных стран ввиду эпидемиологической бесполезности опре-

деления хронического бронхита были предприняты попытки поиска термина, более четкого в определении сущности заболевания. Это позволило бы проводить адекватные эпидемиологические исследования и соответственно получать максимально приближенные к действительности данные, которые позволили бы проводить профилактику, диагностику и лечение заболевания на качественно новом, эффективном уровне. В то время появилось много всевозможных определений: «болезнь мелких дыхательных путей», «генерализованная обструкция болезней легких», «обструктивный бронхолит», «облитерирующий бронхолит», «ХОБЛ» (COPD) [13]. Последний термин нашел широкое применение в мире и благодаря работе экспертов GOLD, по-видимому, окончательное определение ХОБЛ (COPD) предстало этиопатогенетическим, т.е. достаточно четко очертило границы этиологии и собственно патогенеза заболевания. Из определения исчезли первичная эмфизема легких, причиной которой является дефицит альфа-1-антипротеаз, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, муковисцидоз, облитерирующий бронхолит. Благодаря такому подходу определение ХОБЛ приобрело нозологическую строгость, что, несомненно, должно положительно повлиять на проведение новых эпидемиологических исследований, а также на качество диагностики и ведения больных с этой патологией, хотя в течение ряда лет «новая» формулировка ХОБЛ вызывала немало вопросов у практических врачей [29].

При оценке данных отечественных эпидемиологических исследований наиболее часто приходится встречать термины «хронический бронхит» и «хронический обструктивный бронхит», «ХНЗЛ», а не ХОБЛ, что весьма затрудняет анализ полученных данных, тем более, нередко в понятие «хронический бронхит» исследователи вкладывают совершенно различный смысл, исходя из собственного понимания значения этого термина. Еще более сложной и практически невыполнимой задачей представляется сравнение данных отечественных ученых с зарубежными, так как в разных странах предусмотрена «своя» система учета больных с хронической респираторной патологией. К сожалению, существующая терминологическая неопределенность понятия ХОБЛ практически полностью исключает возможность адекватного ретроспективного анализа эпидемиологии ХОБЛ. Рассуждая о распространенности, смертности при ХОБЛ, все чаще приходится говорить о «хроническом бронхите» или «хроническом обструктивном бронхите», сущность и эпидемиологическая характеристика которых, несмотря на сложность интерпретации, наиболее полно отражают положение с ХОБЛ в нашей стране за последние десятилетия.

Распространенность и заболеваемость ХОБЛ

ХОБЛ является глобальной проблемой мирового здравоохранения. По данным разных ученых, эта болезнь поражает от 4—6% до 10—25% взрослого населения и отличается устойчивым ростом распространенности как в развитых, так и развивающихся странах [35].

Данные по распространенности ХОБЛ обычно получают путем анализа части популяции, имеющей респираторные симптомы и/или ограничение скорости воздушного потока, у которой врачом установлен диагноз ХОБЛ, хронического бронхита или эмфиземы. Популяционные исследования, необходимые для получения точных данных о распространенности ХОБЛ,

являются дорогостоящими, поэтому не могут быть проведены во многих странах. Данные об истинном количестве больных ХОБЛ в мире крайне противоречивы: разные эксперты предлагают данные, отличающиеся друг от друга на несколько порядков: от 44 млн до 600 млн [40].

Распространенность ХОБЛ в странах с развитой рыночной экономикой в 1990 г. была 6,98/3,79 на 1000 мужчин/женщин, в бывших социалистических странах Европы — 7,35/3,45 на 1 000 мужчин/женщин; а например, в странах Латинской Америки распространенность ХОБЛ в 1990 г. была 3,36/2,83; в регионе «Средний Восток и Северная Африка» — 2,69/2,83 на 1000 мужчин/женщин соответственно [3]. Прослеживается неуклонный рост распространенности ХОБЛ в мире; кроме того, меняющаяся ситуация по табакокурению среди мужчин и женщин, а также возросшая роль влияния бытовых поллютантов приводят к значительному опережению темпов роста распространенности ХОБЛ среди женщин по сравнению с мужчинами [25, 36].

Рядом исследований показано, что в настоящее время в США около 10—16 млн людей больны ХОБЛ, причем только 2,4—7,0 млн случаев ХОБЛ правильно и своевременно диагностируют [18, 23, 29].

На специальном симпозиуме по проблеме «Хронические неспецифические заболевания легких», прошедшем в Москве под эгидой ВОЗ в 1962 г., определены значительные колебания распространенности ХНЗЛ в странах Европы. Значения распространенности находились в диапазоне от 1,48% (Франция) до 17% (Англия) [14]. Надо отметить, что врачи Соединенного Королевства всегда уделяли особое внимание легочным болезням, в том числе — хроническому бронхиту («английская болезнь»); Англия, Уэльс и Шотландия всегда отличались высоким уровнем заболеваемости и распространенности этой патологии среди населения. Причиной этому явилось как активное развитие промышленности и связанное с этим загрязнение атмосферы, так и историческая приверженность населения к курению [30, 50].

В настоящее время распространенность клинически выявляемой ХОБЛ в странах Европы составляет 4—10% взрослого населения [40, 46]. В Шотландии, где отмечен наивысший уровень табакокурения в Соединенном Королевстве, распространенность ХОБЛ в 2004 г. составила 1,8% населения [50].

Целенаправленное исследование распространенности ХОБЛ в крупных польских городах (Варшава, Забже) показало, что распространенность заболевания составила 10,7% от исследуемой популяции (общая выборка — 57% всего населения) [46].

При проведении популяционного исследования эпидемиологии ХОБЛ в Дании были получены следующие результаты: показатель распространенности за период 2000—2005 гг. увеличился с 5,1 до 11 на 1 000 населения среди ХОБЛ легкого течения, с 11 до 14 на 1 000 среди ХОБЛ среднетяжелого течения, с 3,0 до 3,9 на 1 000 среди ХОБЛ тяжелого течения и с 0,5 до 1,3 на 1 000 среди ХОБЛ крайне тяжелого течения [32].

Сведения о распространенности ХОБЛ в развивающихся странах (страны Азии, Африки, Латинской Америки, островные страны Тихоокеанского региона) практически отсутствуют, в первую очередь, в связи с тем, что проведение крупных эпидемиологических исследований в этих странах весьма затруднительно ввиду их высокой стоимости и сложности выполнения.

Результаты же существующих исследований показывают низкие значения, которые отражают в большей степени уровень активности здравоохранения той или иной страны в отношении заболевания, а не истинное положение дел.

При обследовании жителей индийских городов Дели, Бангалор, Канпур и Чандigarх получены следующие данные: ХОБЛ была диагностирована у 4,1% среди 35 295 обследованных, причем соотношение между мужчинами и женщинами было 1,56 к 1,0; а между курящими и некурящими — 2,65 к 1,0 [33].

В Корее была обследована выборка из 9 243 лиц старше 18 лет. Распространенность ХОБЛ среди людей старше 45 лет составила 17,2% (25,8% — мужчины, 9,6% — женщины). При оценке всей выборки признаки обструкции дыхательных путей обнаружены у 7,8% (10,9% — мужчины, 4,9% — женщины) [44].

Распространенность ХОБЛ при целенаправленном проведении диагностики по критериям GOLD в Конак-Измир (Турция) в 2004 г. была 10,2% (13,3% — мужчины, 7,3% — женщины) [45].

До настоящего времени Россия не участвовала ни в одном крупном международном эпидемиологическом исследовании по изучению распространенности ХОБЛ. Это связано, в первую очередь, с существенным отличием официальных данных медицинской статистики России от общепринятых международных стандартов и отсутствием серьезных эпидемиологических исследований внутри страны. Данные распространенности ХОБЛ в России и за рубежом чрезвычайно противоречивы и представляют весьма пеструю картину [2, 28, 29].

За период 1985—1996 г. динамика распространенности ХОБЛ в России была следующей: 1985 г. — 1074,7 на 100 тыс. населения; 1989 г. — 1705,0; 1993 г. — 1891,4; 1996 г. — 1849,2 на 100 тыс. населения [28].

В начале 1990-х гг. распространенность хронического бронхита среди взрослого населения страны составляла около 16%, в том числе 13% в городе и 20% в сельской местности, а общее число больных достигало 3,5 млн [19]. По более поздним данным, в 2002 г. в России насчитывалось 1 610,8 больных ХОБЛ на 100 тыс. населения [28]. Еще в 1998 г. примерное количество людей с признаками хронического обструктивного бронхита составляло 8 млн [28, 29], а в 2003 г. — 11 млн. Эти данные расходятся с официальной медицинской статистикой, согласно которой в России насчитывается только 0,5 млн таких больных [18]. Подобное несоответствие отражает качество и своевременность оказания медицинской помощи больным ХОБЛ, а именно — диагностика заболевания в поздних стадиях не может быть принята за истинные значения распространенности.

Показатели распространенности ХОБЛ в регионах России очень неоднородны. Это связано как с различиями в климатической и экологической обстановке, разной распространенностью табакокурения, так и разными уровнями развития пульмонологической помощи в регионах, а также отсутствием современных стандартизированных методов эпидемиологического исследования.

В Алтайском крае в 1990-х гг. показатель распространенности ХОБЛ был 45 на 1 000 населения, а по данным официальной статистики, к 2002 г. он достиг 62,49 на 1 000. Надо отметить, что Алтайский край

отличается хорошо развитой системой оказания пульмонологической помощи населению [17, 21]. Можно предположить, что эти эпидемиологические данные недалеки от истины. В Приволжском федеральном округе показатели распространенности ХОБЛ в 2002 г. были немного выше средних по России — 1754,8 на 100 тыс. Высокие значения распространенности в начале 2000-х гг. были и в Западно-Сибирском регионе: 23,07 на 1 000 населения (2002 г.). Северо-Западный федеральный округ, Уральский и Дальневосточный федеральные округа отличаются, напротив, низкими показателями распространенности [22, 28] — 12,98; 12,73 и 11,12 на 1 000 населения (2002 г.). Эти данные близки к показателям официальной статистики: 19,18 на 1 000 в 2000 г. со снижением до 15,94 на 1 000 в 2002 г. [28].

В Республике Саха (Якутия) хронический бронхит в структуре всей респираторной патологии составляет 9—13% [24], распространенность его увеличилась за период 1995—1998 гг. и составила 2002,5 на 100 тыс. населения в 1998 г. (по данным МЗ РФ — 1 760,3 на 100 тыс.) [24, 28].

Выделяются низкой распространенностью ХОБЛ в 2002 г. Псковская область (10,31), Костромская область (10,95), Приморский край (9,97). В 1998 г. самая низкая распространенность была в Ингушетии — 4,87 на 1 000 населения (к 2002 г. произошло удвоение показателя — 11,81) [28].

По результатам исследования Ю.Н. Красновой и соавт. (2005 г.), ХОБЛ является распространенным заболеванием среди мужчин в возрасте 50 лет и старше, проживающих в сельских районах Иркутской области. Максимальные значения распространенности были зарегистрированы в возрастной группе старше 70 лет — 20,6% [20]. Отмечена высокая распространенность ХОБЛ в Таймырском автономном округе — 14,8% в 1991 г., а в 2004 г. распространенность заболевания среди взрослого населения Таймыра и Эвенкии составила 21,9%, причем среди сельских жителей хронический бронхит занимал ведущую роль в структуре всей хронической легочной патологии [11]. В промышленных районах Европейской части России данные о распространенности ХОБЛ таковы: распространенность хронического бронхита в Нижнем Новгороде в 2002 г. составила 9,5 на 1 000 населения [1], а в г. Кирове в 1993 г. — 17,1% [10].

ХОБЛ широко распространена как в индустриальных городах, так и в сельских районах. Данные ряда исследований подтверждают преобладание хронического бронхита в структуре респираторной патологии у сельских жителей [4, 8]. Распространенность ХОБЛ в России значительно выше среди лиц старше 40 лет, причем темп роста показателя ускоряется с возрастом. В 90-х г. в России контингенты взрослых больных ХОБЛ состояли преимущественно из лиц старше 50 лет: 66% в городах и 78% в сельской местности; подобную картину можно наблюдать и в настоящее время. ХОБЛ занимает существенное место в структуре болезней пожилого и старческого возраста [12, 13].

Первой ласточкой «серьезного» изучения эпидемиологической ситуации с ХОБЛ в России стал проект GARD (2010—2011 г., проводимый по инициативе Всемирной организации здравоохранения и под руководством Российского НИИ пульмонологии (г. Москва). Проект планируется осуществить в 12 центрах крупных городов страны.

Заболеваемость ХОБЛ

Заболеваемость ХОБЛ в настоящее время недостаточно изучена. Известно, что болезнь поражает наиболее трудоспособную часть населения, формируясь, как правило, в возрасте 29—39 лет. Заболеваемость ХОБЛ, так же как и распространенность и смертность, может заметно различаться как в разных странах, так и в разных регионах одной страны и может быть напрямую связана с распространенностью табакокурения на территории [18]. За последние 15—20 лет отмечен значительный рост заболеваемости хроническим бронхитом в различных странах: в среднем ежегодно на каждые 30—45 случаев ХОБЛ выявляются 5—7 новых [18].

В общей структуре болезней органов дыхания в России в 1996 г. ХОБЛ занимали 13-е место, заболеваемость тогда составляла 1 849,2 на 100 тыс. Прослеживается неуклонный рост заболеваемости ХОБЛ (строка «хронический бронхит, эмфизема») начиная с 1985 г.: 92,5; 132,7; 139,4; 136,1 случаев заболевания на 100 тыс. населения в 1985, 1989, 1993 и 1996 гг. соответственно. По разным данным, в последние годы ХОБЛ (хронический бронхит) в структуре заболеваемости респираторными болезнями составляет до 29,0% [28, 29, 30].

Изучение эпидемиологии бронхита в суровых климатических условиях (Западная и Восточная Сибирь) показало, что заболеваемость ХОБЛ в различных регионах существенно различается: от 1,39 до 16,4 на 1000 населения [15, 26].

На Европейской территории России, на Урале и в Алтайском крае в последние годы прослеживается рост заболеваемости ХОБЛ [3, 17, 21, 22].

Смертность от ХОБЛ

Из всех эпидемиологических показателей, относящихся к ХОБЛ, смертность является наиболее информативным и, возможно, наиболее надежным параметром. ВОЗ ежегодно публикует статистику по причинам смерти по всем курируемым регионам, а дополнительная информация представлена в Департаменте доказательств для политики здравоохранения. Однако путаница в терминологии, связанная с ХОБЛ, вносит определенные трудности.

В 70—80-х гг. хронические обструктивные болезни легких (вся группа) занимали в общей структуре смертности 4—5-е место и были наиболее быстро растущей причиной смерти в развитых странах [16]. В 1990 г. ХОБЛ занимала 12-е место среди причин смерти в мире [25]. В 2000 г. в мире от ХОБЛ умерло примерно 2,7 млн человек, половина — в Западном Тихоокеанском регионе, большинство из них — в Китае [37, 42]. Согласно докладу ВОЗ, посвященному состоянию здоровья (2000 г.), 5 заболеваний легких (инфекции дыхательных путей, ХОБЛ, туберкулез, бронхиальная астма, рак легкого) в 17,4% случаев являются причиной смертельных исходов. ХОБЛ здесь находится на 2-м месте после инфекций дыхательных путей — 4,8% [28]. В 2002 г. ХОБЛ стала причиной смерти 2 млн 740 тыс. человек [25]. Среди всех случаев преждевременной смерти, причиной которой стало курение (4,83 млн), смерть от ХОБЛ унесла 0,97 млн человек и находилась на втором месте после сердечно-сосудистых заболеваний, опережая смертность от рака легких [41]. Сейчас ХОБЛ находится на 6-м месте среди ведущих причин смерти в мире, на 4-м месте — в США и на 5-м — в развитых странах Европы [31].

ХОБЛ является единственным заболеванием, смертность от которого продолжает увеличиваться [23]. Смертность от ХОБЛ во всем мире за период с 1960 по 1996 г. возросла в 3,3 раза среди мужчин и в 15 раз среди женщин [25]; прогрессирование темпа смертности особенно заметно у женщин в возрасте старше 55 лет, а у мужчин старше 75 лет [40], что отражает кумулятивный эффект курения и большую восприимчивость к его негативному воздействию женского организма на фоне возрастания распространенности табакокурения среди женской части населения мира. По прогнозам, к 2020 г. в мире будет ежегодно регистрироваться более 6 млн смертей от ХОБЛ, и прогнозируется перемещение заболевания с 6-го на 5-е или даже 3-е место среди всех причин смерти [25, 40].

В США в 1979—1993 гг. смертность от ХОБЛ составляла примерно 8% от всех смертей [40]. В 1990-е гг. в США ХОБЛ ежегодно уносили из жизни 60 тыс. человек [23], а в 2000 г. в стране от ХОБЛ умерли 59 936 женщин и 59 118 мужчин [36].

Смертность от ХОБЛ в разных европейских странах существенно различается, и в последние годы показатель находится в диапазоне от 2,3 (Греция) до 41,4 (Венгрия) на 100 тыс. населения. К странам с высокой смертностью от ХОБЛ среди мужчин (более 80 на 100 тыс.) относятся Украина, Казахстан, Румыния; среди женщин (более 30 на 100 тыс.) — Румыния, Ирландия, Казахстан, Дания. Наименьшие показатели смертности от ХОБЛ среди мужчин (менее 20 на 100 тыс.) были зарегистрированы в Греции, Швеции, Исландии, Норвегии; среди женщин (менее 10 на 100 тыс.) — Греция, Финляндия, Швейцария, Швеция [40].

В Великобритании хронический бронхит является третьей по частоте причиной смерти среди взрослых мужчин, уступая лишь смертности от инфаркта миокарда и рака легких [34].

В Чехии в 2002 г. смертность от ХОБЛ среди мужского населения была 21,1 на 100 тыс., в Словакии — 18,0 на 100 тыс. [49]. Смертность в указанных странах имела тенденцию к росту и наибольших значений показатели достигали среди мужчин пожилого возраста.

В России уже сегодня ХОБЛ занимает 4—5-е место среди всех причин смерти после сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, травм [25]. По данным Ю.В. Лешуковича (1994), больные хроническим обструктивным бронхитом в нашей стране умирают значительно раньше своих сверстников, не страдающих этим заболеванием [12]. А разница в продолжительности жизни у больных ХОБЛ в России и в ряде стран Западной Европы (Швеция, Норвегия, Франция) составляет 10—15 лет [28]. ХОБЛ является основной (первоначальной) причиной смерти у 60% умерших больных с этим диагнозом [12].

К сожалению, не представляется возможным привести точные статистические данные по смертности от ХОБЛ в России, так как сложившаяся в регионах практика учета случаев смертности от ХОБЛ не отражает реальной ситуации. Различные показатели смертности могут свидетельствовать только о качестве диагностики, оказания медицинской помощи, образе жизни населения регионов [7, 25, 28]. По результатам работ ряда ученых, уровень смертности от ХОБЛ в нашей стране в 1989 г. был 31,9 на 100 тыс. населения,

а к 2000 г. снизился до 18,6 на 100 тыс. [27]. В 1995 г. по данным официальной статистики, показатель смертности от ХОБЛ среди мужчин составил 141,7 на 100 тыс. населения [18].

Данные по смертности от ХОБЛ в нашей стране представляют весьма пеструю картину, составить определенное суждение по которой весьма затруднительно — разница в показателях составляет порой несколько порядков. К регионам России с высокой смертностью от хронических заболеваний дыхательных путей (2001 г.) относятся Алтайский край (67,9 на 100 тыс. населения), Республика Марий Эл (87,5 на 100 тыс.), Курская область (86,6 на 100 тыс.). Низкие показатели характеризуют Северо-Западный федеральный округ (19,5 на 100 тыс.) и Дальневосточный федеральный округ (13,1 на 100 тыс.). Представленные данные по смертности лишней раз убеждают в необходимости улучшить методическую работу по ХОБЛ [28].

Экономический и социальный ущерб от ХОБЛ

В настоящее время в мире существует очень мало сведений об экономическом и социальном бремени ХОБЛ. Однако это не должно снижать внимания к проблеме. ХОБЛ является одним из десяти заболеваний, экономические расходы на которые весьма велики [6, 37].

В 1970 г. ущерб от «эмфиземы» в США составил 1,5 млрд долларов [47], а в 1993 г. годовой экономический ущерб от ХОБЛ был оценен в 23,9 млрд долларов и находился на 2-м месте в структуре ущерба, связанного с заболеваниями легких, уступая только расходам, связанным с раком легких. Прямые медицинские расходы на оказание медицинской помощи составили 14,7 млрд долларов, а не прямые расходы, связанные со смертностью и болезненностью, составили 9,2 млрд долларов. Затраты на госпитальный этап лечения больных ХОБЛ превышают таковые на амбулаторное лечение в 5,5 раза [43].

По данным Национального института сердца, легких и крови, в 2001 г. общие расходы на ХОБЛ составили уже 34,4 млрд долларов, а в последнее время на заболевание ежегодно тратится 32 млрд долларов США [3, 35].

В Великобритании в 1996 г. прямые расходы на ХОБЛ составили примерно 846 млн фунтов стерлингов (около 1,393 млрд долларов США), что равно примерно 1154 фунтов стерлингов (около 1900\$ США) на человека в год. Потеря трудоспособных дней из-за ХОБЛ в результате снижения производительности труда, инвалидизации и преждевременной смертности составила 24 млн дней. Непрямые расходы (затраты на уход и пенсионные пособия) составили 600 млн фунтов стерлингов, а для работодателей — 1,5 млрд фунтов стерлингов вследствие пропусков работы и снижения производительности труда [3, 40].

Исследование, проведенное в Швеции и оценивавшее экономический ущерб от астмы и ХОБЛ, показало, что за исследуемый период (1980—1991 гг.) произошло снижение стоимости стационарного лечения больных с астмой и повышение — больных с ХОБЛ [48]. В 1991 г. прямые расходы, связанные с оказанием медицинской помощи при ХОБЛ, в Швеции составили 1,085 млрд крон; не прямые расходы составили 1,699 млрд крон. Основную часть расходов составили траты на лекарства (40%) и госпитализацию (37%) [3, 40].

Немногочисленные сведения о прямых медицинских расходах при ХОБЛ свидетельствуют о том, что

более 80% материальных средств приходится на стационарную помощь больным, и менее 20% — на амбулаторную. Установлено также, что 73% расходов при ХОБЛ приходится на 10% больных с тяжелыми течением заболевания [18].

В Японии общие расходы на каждую госпитализацию больного ХОБЛ составили 5 771 доллар США. Факторами, коррелирующими с большими расходами на лечение, были тяжелое и крайне тяжелое течение заболевания [38].

В России основные материальные затраты (81,8%) при лечении ХОБЛ связаны со стационарным этапом: количество расходов на госпитализацию превышает аналогичные амбулаторные почти в 30 раз [5].

Таким образом, все наши знания об эпидемиологии ХОБЛ — всего лишь «верхушка айсберга», так как, несмотря на огромное количество существующих исследований, зарубежная и отечественная литература содержит очень мало данных, позволяющих объективно оценить распространенность, заболеваемость, смертность и экономический ущерб от ХОБЛ как в мире, так и в нашей стране. Это вызвано сложностью определения патологии в течение целого ряда десятилетий, проблемами выполнения и высокой стоимостью популяционных исследований. Тем не менее все эти трудности не должны снижать внимания к существующей проблеме, а, напротив, подвигать исследователей на поиски истины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ структуры бронхолегочной патологии по данным пульмонологического отделения МЛПУ №10 за 1996—2001 гг. / Н.В. Меньков, Е.В. Макарова, А.Л. Мальцева [и др.] // Пульмонология. — 2002. — № LVIII.23. — С.401. — Прил. XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме.
2. *Бабанов, С.А.* Эпидемиология хронического бронхита / С.А. Бабанов // Южно-Российский медицинский журнал. — 2001. — № 3/4. — С.83—86.
3. *Баранова, Г.Н.* Распространенность хронических заболеваний легких в Челябинской области / Г.Н. Баранова, Г.Л. Игнатова // Пульмонология. — 2003. — № LVIII.3. — С.377. — Прил. XIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме.
4. *Васильева, О.С.* Заболевания органов дыхания от органической пыли в сельскохозяйственном производстве / О.С. Васильева, Б.Т. Величковский, В.Ф. Спирин // Пульмонология. — 1996. — № 4. — С.7—10.
5. Вопросы фармакоэкономики при лечении хронического обструктивного бронхита / И.В. Лещенко, В.Р. Лившиц, А.Г. Романовских [и др.] // Терапевт. архив. — 2002. — № 4 (3). — С.38—40.
6. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (GOLD 2006) / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Изд-во «Атмосфера», 2007.
7. *Голева, О.П.* Анализ показателей смертности населения от хронических неспецифических заболеваний легких в городе и сельской местности / О.П. Голева, М.Е. Рождественский, Н.В. Юргель // Вестник новых медицинских технологий. — 2001. — Т. VIII, № 3. — С.86—88.
8. *Забурьянова, В.Ю.* Инвалидность сельского населения вследствие хронических неспецифических заболеваний легких и медико-социальные аспекты ее вторичной профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Ю. Забурьянова. — Л., 1990. — 21 с.
9. *Илькович, М.М.* ХОБЛ: нозологическая форма или группа заболеваний? / М.М. Илькович, В.А. Игнатьев // Атмосфера (пульмонология и аллергология). — 2002. — № 1 (4). — С.27—28.

10. Ковалевская, А.П. Распространенность хронического бронхита и бронхиальной астмы у населения г. Кирова / А.П. Ковалевская, В.В. Муратов // Вятский медицинский вестник. — 2000. — № 2 (7). — С.36—41.
11. Колпакова, А.Ф. Эпидемиология хронических заболеваний легких на Севере / А.Ф. Колпакова, С.В. Смирнова // Пульмонология. — 2002. — № LVIII.16. — С.399. — Прил. XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме.
12. Лешукович, Ю.В. Типовая эпидемиологическая характеристика основных форм ХНЗЛ у взрослых / Ю.В. Лешукович // Пульмонология. — 1994. — № 3. — С.57—62.
13. Лешукович, Ю.В. Эпидемиология неспецифических заболеваний легких: дис. ... д-ра мед. наук / В.Ю. Лешукович. — СПб., 1996. — 463 с.
14. Молчанов, Н.С. Распространенность хронической пневмонии / Н.С. Молчанов, Б.З. Дянович // Хроническая пневмония / под ред. Н.С. Молчанова, Е.В. Гембицкого. — М., 1977. — С.14—35.
15. Неспецифические заболевания органов дыхания в Новосибирске в 2001 году / А.С. Логвиненко, Л.Д. Сидорова, Н.И. Логвиненко [и др.] // Пульмонология. — 2002. — № LVIII.18. — С.400. — Прил. XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме.
16. Палеев, Н.Р. Хронический бронхит / Н.Р. Палеев, В.А. Ильченко // Болезни органов дыхания / под ред. Н.Р. Палеева. — М., 2000. — С.375—422.
17. Потери здоровья населения Алтайского края от болезней органов дыхания / Я.Н. Шойхет, В.Б. Колядо, С.И. Трибунский, Т.И. Мартыненко // Пульмонология. — 2002. — № 3. — С.27—35.
18. Протокол ведения больных. Хроническая обструктивная болезнь легких. Отраслевой стандарт. — М., 2003.
19. Путов, Н.В. Хронический бронхит: спорные и нерешенные вопросы / Н.В. Путов // Пульмонология. — 1991. — № 1. — С.9—15.
20. Распространенность хронической обструктивной болезни легких среди взрослого сельского населения Иркутской области / Ю.Н. Краснова, Е.В. Гримайлова, Е.А. Петухова [и др.] // Пульмонология. — 2005. — № 956. — С.257. — Прил. XV Национальный конгресс по болезням органов дыхания, I Учредительный конгресс Евразийского респираторного общества: сб. тез.
21. Региональная модель организации пульмонологической помощи населению на примере Алтайского края / Я.Н. Шойхет, Т.И. Мартыненко, Е.А. Скалзуб [и др.] // Пульмонология. — 2002. — № 3. — С.12—17.
22. Соловьев, К.И. Распространенность, особенности формирования хронической бронхолегочной патологии в условиях Северо-Запада РФ: дис. ... канд. мед. наук / К.И. Соловьев. — Великий Новгород, 2002. — 168 с.
23. Феннелли, К.П. Хронический бронхит / К.П. Феннелли, М.С. Стулбарг // Пульмонология. — 1994. — № 2. — С.6—13.
24. Хорунов, А.Н. Распространенность хронического бронхита среди сельских жителей республики Саха (Якутия): дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Хорунов. — Якутск, 2001. — 121 с.
25. Хроническая обструктивная болезнь легких: практическое руководство для врачей (Федеральная программа). — М., 2004.
26. Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) у сельских жителей Республики Саха (Якутия) / С.Г. Дордина, А.А. Кожевников, Э.Э. Конникова [и др.] // Пульмонология. — 2002. — № LII.23. — С.344. — Прил. XII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме.
27. Черняев, А.Л. Патологическая анатомия хронического обструктивного бронхита и бронхиальной астмы: сходства и различия / А.Л. Черняев, М.В. Самсонова // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 3. — С.108—114.
28. Чучалин, А.Г. Белая книга / А.Г. Чучалин // Пульмонология. — 2003. — № 12.
29. Чучалин, А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития / А.Г. Чучалин // Пульмонология. — 1998. — № 4. — С.6—22.
30. Чучалин, А.Г. Хронические обструктивные болезни легких / А.Г. Чучалин. — М.; СПб., 1998. — С.11—26.
31. Шмелев, Е.И. ХОБЛ: ключевые проблемы / Е.И. Шмелев // Атмосфера (пульмонология и аллергология). — 2002. — № 2 (9). — С.5—9.
32. A dynamic population model of disease progression in COPD / M. Hoogendoorn, M.P. Rutten-van Molken, R.T. Hoogenveen [et al.] // Eur. Respir. J. — 2005. — Vol. 26, № 2. — P.223—233.
33. A multicentric study on epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease and its relationship with tobacco smoking and environmental tobacco smoke exposure / S.K. Jundal, A.N. Aggarwal, K. Chaudhry [et al.] // Indian J. Chest Dis. Allied Sc. — 2006. — Vol. 48, № 1. — P.23—29.
34. Ball, P. Epidemiology and treatment of chronic bronchitis and its exacerbations / P. Ball // Chest. — 1995. — Vol. 108, suppl. 2. — P.43—52.
35. Buist, S.A. The economic burden of COPD. Proceedings of the satellite symposium N1 «The Impact of COPD» / S.A. Buist // Int. 9th ERS annual congress. — 1999. — P.8—11.
36. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance — United States, 1971—2000 / D.M. Mannino, D.M. Homa, L.J. Akinbami [et al.] // Respiratory Care. — 2002. — Vol. 47. — P.1184—1199.
37. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections / A.D. Lopez, K. Shibuya, C. Rao [et al.] // Eur. Respir. J. — 2006. — Vol. 27. — P.397—412.
38. Cost analysis for inpatient therapy in elderly patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease / T. Motegi, K. Yamada, A. Murata [et al.] // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24, suppl. 48. — P.4038.
39. Costs of COPD and asthma in Sweden / S.A. Jansson, A. Ericsson, A. Lindberg [et al.] // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24, suppl. 48. — P.4304.
40. European Lung White Book. Chronic Obstructive Pulmonary Disease // European Lung Foundation. — 2003. — P.34—43.
41. Ezzati, M. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000 / M. Ezzati, A.D. Lopez // Lancet. — 2003. — Vol. 362. — P.847—852.
42. Management of obstructive pulmonary disease in Asia and Africa / M. Chan-Yeung, N. Ait-Khaled, N. White [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2004. — Vol. 8, № 2. — P.157—158.
43. Niederman, M.S. The role of quinolones in the treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis / M.S. Niederman // Infect. Med. — 1999. — Vol. 16. — P.5—7.
44. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Korea: a population-based spirometry survey / D.S. Kim, Y.S. Kim, J.H. Chang [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2005. — Vol. 172, № 7. — P.842—847.
45. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in population aged 40—69 in Konak-Izmir-Turkey / A. Guzelant, U. Gundogdu, Ar. Cem [et al.] // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24, suppl. 48. — P.2247.
46. Prevalence of COPD is similar in females and males / R. Plywaczewski, M. Bednarek, L. Jonczak [et al.] // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24, suppl. 48. — P.2246.
47. Strassels, S.A. Economic consequences of chronic obstructive pulmonary disease / S.A. Strassels // Curr. Opin. Pulm. Med. — 1999. — Vol. 5, № 2. — P.100—104.
48. The economic impact of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Sweden in 1980 and 1991 / L. Jacobson, P. Hertzman, C.G. Lofdahl [et al.] // Respir. Med. — 2000. — Vol. 94, № 3. — P.247—255.
49. Trends in COPD mortality in the Czech Republic and Slovakia, 1979—2002 / V. Vondra, M. Maly, E. Svandova, E. Rozborilova // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24, suppl. 48. — P.2256.
50. Williams, D.T. The face of COPD in Scotland now and in the future is increasingly female and poor / D.T. Williams // Eur. Respir. J. — 2004. — Vol. 24, suppl. 48. — P.2250.