

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В ВЫСОКОГОРЬЕ

Т.М. Сооронбаев – канд. мед. наук, зав. отделением пульмонологии и аллергологии НЦКТ имени академика М. Миррахимова

Simultaneous selective clinical and epidemiological research are spent at 2264 natives of high-altitude (2400-3800 m) and 1498 inhabitants of low-altitude (760 m). COPD met more often among the inhabitants of high-altitude (7,6 %), rather than of foothills - 5,8 % ($p < 0,05$), is especial at the men is more senior than 40 years. Relatively young highlanders, including the women made a considerable part.

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одной из главных проблем современной медицины, что связано с большой распространённостью этого заболевания, частым снижением трудоспособности и существенным влиянием на смертность населения [1, 2, 3].

ХОБЛ особенно актуальна для высокогорных регионов Кыргызстана. Нужно иметь в виду, что более половины территории республики расположено выше 2400 м¹, где проживает значительная часть населения.

Известно, что экстремальные горные условия способствуют формированию, а в определённых случаях и утяжелению лёгочных болезней. В ряде исследований была показана высокая частота встречаемости, более тяжёлое и прогрессирующее течение ХОБЛ у горцев Тянь-Шаня [4, 5, 6].

Такая же тенденция описана у жителей высокогорья Анд и Гималаев [7, 8]. Более того, смертность от ХОБЛ в высокогорье в 2–2,5 раза превышает таковую в предгорных регионах [4, 6].

В связи с длительно существовавшей терминологической неопределённостью и пере-

смотром представлений о ХОБЛ [9] вопросы ее эпидемиологии требуют дополнительного изучения.

Целью нашего исследования явилось изучение фактической распространённости хронической обструктивной болезни лёгких у жителей высокогорья Тянь-Шаня.

Материал и методы исследования. Нами проведено одномоментное скрининговое исследование случайной репрезентативной выборки из 2246 постоянных жителей высокогорья Тянь-Шаня (2400–3800 м) в возрасте от 18 до 75 лет. Из них 998 составили мужчины (44,4%) и 1266 – женщины (55,6%). В качестве группы сравнения обследовали 1498 сопоставимых по возрасту и полу жителей предгорья (Чуйская долина, 760 м).

Комплексное обследование включало: стандартизованный респираторный вопросник, клинический осмотр, антропометрию и скрининговую спирометрию. В респираторный вопросник включены следующие обязательные вопросы, рекомендованные Глобальной инициативой против ХОБЛ [3]:

- Кашляете ли Вы несколько раз в сутки большинство дней?
- Откашливаете ли Вы мокроту большинство дней?

¹ м* – здесь и далее в метрах над уровнем моря.

- Появляется ли у Вас одышка быстрее по сравнению с людьми Вашего возраста?
- Вам старше 40 лет?
- Курите ли Вы в настоящее время или курили раньше?

Спирометрию и легочные функциональные тесты проводили на портативном аппарате “Spiro-Pro” (Германия) в положении стоя после 15-минутного отдыха в специально приспособленном помещении. Инструкции по выполнению дыхательных маневров давались на русском, а при необходимости и на кыргызском языках. Производилось 3–6 последовательных испытаний, чтобы получить, по крайней мере, два воспроизводимых результата.

Анализировались следующие показатели функции внешнего дыхания (ФВД): ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ. Расчет значений производился автоматически в заложенном в приборе компьютере, учитывающем рост, возраст, пол и климатические характеристики (необходимые результаты оценивались в системе ВТРС).

ХОБЛ устанавливали при наличии следующих критериев [3]: хронический кашель с мокротой и одышка; наличие факторов риска в анамнезе (действие табачного дыма, поллютантов внутри и вне помещения); ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70% от должной величины.

Обследованные горцы с ОФВ1/ФЖЕЛ \leq 70% и/или ОФВ1 \leq 80% от должной величины проходили бронходилатационный тест с 400 мкг сальбутамола. Обязательным условием диагностики служило отсутствие других возможных причин, способных вызывать кашель и одышку.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием стандартных статистических программ. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрических критериев X^2 и Z , а также параметрического t -критерия Стьюдента с поправкой Бонферони. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Полученные нами данные при выборочном обследовании населения с использованием специфического респираторного вопросника показали, что респираторные симптомы (кашель и про-

дукция мокроты) весьма распространены у проживающих как в горных, так и низкогорных условиях. В то же время проявления кашля и отделение мокроты достоверно реже ($p < 0,05$) отмечали уроженцы высокогорья (20,6% и 16,4%), нежели жители предгорий – 24,6% и 27,8% соответственно. Следует отметить преобладание лиц с регулярным (хроническим) кашлем и мокротой и у того, и у другого контингента обследованных, что важно для выявления групп повышенного риска наличия ХОБЛ. Обращает на себя внимание также несколько большая частота встречаемости одышки среди горцев.

Наличие ХОБЛ подтверждалось и результатами проводимой нами спирометрии и бронходилатационного теста. Анализ показал, что распространенность ХОБЛ составила 7,6% (172 случая) среди уроженцев высокогорья и 5,8% (88% случаев) среди жителей низкогорья ($p < 0,05$). Причем у 86% больных диагноз установлен впервые, хотя обследуемые долгие годы отмечали у себя респираторные симптомы.

Среди коренных горцев, страдающих ХОБЛ, отчетливо преобладали мужчины – 11,8%, тогда как среди женщин было всего 4,2% больных ($p < 0,05$).

Распределение больных по возрасту показало неуклонное увеличение распространенности ХОБЛ в старших возрастных группах горцев как у мужчин, так и у женщин (см. таблицу). В то же время установлена немалая доля больных ХОБЛ среди относительно молодого возрастного контингента (30–39 лет), особенно это касается женщин (18,5% против 16,1% у мужчин).

Согласно накопленным нами сведениям, ХОБЛ следует отнести к распространенным заболеваниям, особенно среди мужчин старше 40 лет, что подтверждается данными литературы. Среди жителей высокогорья это заболевание встречается чаще, чем среди обитателей низкогорья. Весьма тревожным представляется увеличение распространенности заболевания среди молодых горцев, включая и женщин. Складывающаяся ситуация связана с влиянием экстремальных горных факторов, социально-экономическим статусом, особенностями культуры и уклада жизни аборигенов высокогорья, их образовательным уровнем.

Распределение горцев с ХОБЛ
по полу и возрасту

Возраст обследуемых, лет	Общее число обследуемых	Мужчин		Женщин	
		n	%	n	%
30–39	29	19	16,1	10	18,5
40–49	26	20	16,9	6	11,1
50–59	47	39	33,0	8	14,8
60–69	39	25	21,1	14	25,9
Старше 70	30	22	18,6	8	14,8
Всего	172	118	68,6	54	31,4

Следует подчеркнуть, что первые 10–15 лет ХОБЛ протекает бессимптомно, т.е. начало заболевания может приходиться на старший детский и юношеский возраст [10], однако из-за отсутствия ранней диагностики остается невыявленной.

Таким образом, ранняя диагностика остается серьезной и нерешенной проблемой. Исправить это положение можно, повысив знания по легочной патологии представителей первичного звена и создав условия для объективизации диагностики.

Литература

1. Миррахимов М.М., Убайдуллаев А.М., Бримкулов Н.Н. Пульмонология в республиках Центральной Азии: состояние и будущие перспективы // Центральнoазиатский мед. журн. – 1997. – № 3 (1). – С. 79–85.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких: Клинические рекомендации / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2003. – С. 11–12.
3. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Workshop summary / R.A. Pauvels, A.S. Buist, P.M. Calverley C.R. Jenkins, S.S. Hurd // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001. – V. 163. – P. 1256–1276.
4. World Health Statistics Annual 1995 // World Health Organization. – Geneva, 1996.
5. Ward M.P., Milledge J.S. and West J. High altitude Medicine and Physiology / Oxford University Press. Inc. – New-York, 2000. – P. 434.
6. Миррахимов М.М., Бримкулов Н.Н., Мейманалиев Т.С. Принципы организации борьбы с бронхолегочными заболеваниями в Киргизской ССР // Здравоохранение Киргизии. – 1985. – №5. – С. 3–6.
7. Джолдубаев Ы. Клинико-эпидемиологическая характеристика особенностей течения и исходов хронического бронхита в условиях высокогорья: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Фрунзе, 1991. – С. 30.
8. Кудайбердиев З.М. Клинико-функциональные особенности легочного сердца, развившегося в условиях высокогорья в результате хронического бронхита // Тер. арх. – 1986. – № 3. – С. 56–59.
9. Campuzano L., Garres G., Moldonado A. Motivos de consulta medica mas frecuentes. In: Nutrition y Desarrollo en Andes Ecuatorianos / ed. M. Vareo-Teran and J. Vareo-Teran. – Ecuador. Artes Graficos, 1974. – P. 336–338.
10. Anderson H., Esmail A., Hollowell J. et al. Epidemiologically based needs assessment: lower respiratory disease. – London, 1994. – P. 78.