

9. Шабалин В.Н., Серова Л.Д. Клиническая иммуногематология.— Л.: Медицина, 1988.
10. Mackenzie J.S., Femmel P.J. The effect of ABO blood groups on the incidence of epidemic influenza and on the response to live attenuated and detergent split influenza virus vaccines // J. Hyg. (Camb.).— 1978.— Vol.80, № 1.— P.21—30.
11. McCombs C.C., Michalski J.P., deShazo R. et al. Immune abnormalities associated with HLA-B: Lymphocyte subsets and functional correlates // Clin. Immunol. Immunopathol.— 1986.— Vol.39, № 1.— P.112—120.
12. Kawakami Y., Shida A., Yamamoto H., Yoshikawa T. Pattern of genetic influence on pulmonary function // Chest.— 1985.— Vol.87, № 4.— P.507—511.

Поступила 27.08.93.

© ЛЕШУКОВИЧ Ю.В., 1994

УДК 616.24-036.12-036.21

Ю.В.Лешукович

## ТИПОВАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ФОРМ ХНЗЛ У ВЗРОСЛЫХ

THE TYPICAL EPYDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF GENERAL ENTITIES OF CNPD IN ADULTS

Y.V.Leshukovich

### Summary

The clinical and epydemiological content of diagnostic terms classifying chronic nonspecific pulmonary diseases keeps on acute discussions. In some countries, diagnoses like "chronic obstructive bronchitis" and "chronic asthmatic bronchitis" are given up.

During 5 years, skilled pulmonologists observed 10 346 patients with bronchial asthma and with three basic entities of chronic bronchitis respecting to International Disease Classification of the IX and X edition. Study conditions were identical for patients with different diagnoses, that allows to consider the disease character as the cause of epydeniologic differences. Epydemiologic characteristics of chronic nonobstructive bronchitis (simple, mucus-mattery), chronic obstructive bronchitis, and bronchial asthma are different cardinally and they existance as independent nosologic forms is right. The diagnosis "chronic obstructive bronchitis" gathers the unhomogenous group of patients which allow to consider on epydemiologic signs the part of themselves as bronchial asthma ones; the other part of the patients may be related to onset forms of chronic obstructive bronchitis (COB), and most of them differs both from asthma and other forms of chronic bronchitis. The validity of the division of chronic asthmatic bronchitis as a nosologic form demands the additional study of the long time dynamics of clinical signs and the prognosis.

### Резюме

Клиническое и эпидемиологическое содержание диагностических терминов, классифицирующих хронические неспецифические заболевания легких, продолжает вызывать острые дискуссии. В ряде стран перестали применять диагнозы "хронический обструктивный бронхит" и "хронический астматический бронхит".

В течение 5 лет опытные пульмонологи наблюдали 10 346 больных бронхиальной астмой и тремя основными формами хронического бронхита, соответствующими Международной Классификации Болезней IX и X пересмотров. Условия наблюдения для больных с разными диагнозами были идентичными, что позволяет считать причиной эпидемиологических различий между ними характер самих заболеваний. Эпидемиологические характеристики хронического необструктивного бронхита (простого, слизисто-гнойного), хронического обструктивного бронхита и бронхиальной астмы кардинально различны и их существование в качестве самостоятельных нозологических форм оправдано. Диагноз "хронический астматический бронхит" объединяет неоднородную группу больных, часть которых по эпидемиологическим признакам можно отнести к бронхиальной астме, другую часть — к начальным формам хронического обструктивного бронхита, и наибольшая часть отличается как от астмы, так и от других форм хронического бронхита. Обоснованность выделения хронического астматического бронхита в нозологическую форму требует дополнительного изучения долгосрочной динамики клинических проявлений и прогноза.

Диагностика хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) и их отличия друг от друга основываются на совокупности симптомов и проявлений болезни, присущих большинству больных и представ-

ляющих собой усредненный типовой клинический портрет каждого заболевания. По многим соображениям было бы целесообразно иметь аналогичную характеристику основных форм ХНЗЛ, составленную по эпидемиологическим признакам, чего до сих пор не было сделано. Эпидемиологические показатели в большинстве случаев рассчитываются на население (обследованных) и поэтому лишь косвенно характеризуют саму болезнь и ее типовые черты. Например, показатели распространенности бронхиальной астмы (БА) среди взрослых составляют 3,2 на 1000 женщин и 1,8 на 1000 мужчин. Но в населении не одинаковое число мужчин и женщин и показатели распространенности не дают поэтому представления о реальном соотношении мужчин и женщин среди больных БА. Для получения репрезентативных показателей, характеризующих типовые особенности каждой формы ХНЗЛ в отдельности, необходимы специальные исследования, основанные на продолжительном наблюдении всех больных этим заболеванием, имеющих среди репрезентативного по численности населения, или, по крайней мере, преобладающего большинства таких больных, правильно формирующего модальные и средневзвешенные значения показателей. На экспериментальных базах института, обслуживавших более 600 тыс. взрослого населения, было зарегистрировано на начало 1982 г. 10 346 больных различными формами ХНЗЛ. Диагнозы заболеваний были подтверждены соответствующими обследованиями и последующим пятилетним наблюдением и лечением, осуществлявшимися опытными пульмонологами. Среди указанного числа больных диагноз БА имели 1213 человек, астматический бронхит (АБ) — 814, хронический обструктивный бронхит (ХОБ) — 2776 и хронический необструктивный бронхит (ХНБ) — 5543 человека. Следует отметить, что эти числа больных не отражают ни распространенности ХНЗЛ, ни соотношения клинических форм и распространенности, т.к. являются не полными, а специально отобранными для решения определенной задачи. Из общего числа больных исключены те, кто был выявлен после 1982 г. и не имел пятилетнего срока наблюдения, больные, недостаточно обследованные для подтверждения диагноза, а также больные, страдавшие иными формами ХНЗЛ, кроме перечисленных выше. По ряду причин больные с диагнозом АБ анализировались не по всем поликлиникам, участвовавшим в эксперименте.

Все данные о каждом больном в течение 5 лет наблюдения регистрировались в индивидуальных картах—накопителях информации, которая затем была обработана на ЭВМ по специальной программе, включавшей адекватные методы статистического анализа. Результаты пятилетнего наблюдения были дополнены анамнестическими сведениями, касающимися давности установления первичного диагноза ХНЗЛ, давности и динамики инвалидности, статуса курения и ряда других.

По методике сравнительного сопоставления проанализированы в динамике за 5 лет несколько десятков эпидемиологических параметров, из которых большинство являются серийными, т.е. состоят из 5—10 и более градаций. Для типовой эпидемиологической харак-

Т а б л и ц а 1

Соотношение мужчин и женщин (%) среди больных

| Формы ХНЗЛ                                | Число мужчин и женщин на 100 больных соответствующим заболеванием |    |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----|
|                                           | М                                                                 | Ж  |
| Астматический бронхит (АБ)                | 28                                                                | 72 |
| Бронхиальная астма (БА)                   | 31                                                                | 69 |
| Хронический обструктивный бронхит (ХОБ)   | 58                                                                | 42 |
| Хронический необструктивный бронхит (ХНБ) | 55                                                                | 45 |

теристики основных форм ХНЗЛ отобраны 10 показателей, отражающих начало болезни, ее течение и исходы и бесспорные биологические признаки — пол и возраст больных. Известно, что БА и ХОБ имеют формирования по половому признаку. Для сопоставления зависимости разных форм ХНЗЛ от основных биологических признаков сравнивались соотношения мужчин и женщин среди всех учтенных больных и возрастные особенности формирования болезни. Период возникновения клинически значимых проявлений болезни более или менее приближенно, но в целом достаточно типично, характеризуется возрастом, в котором устанавливается первичный диагноз ХНЗЛ. Доклинические стадии формирования болезни не учитывались. Течение болезни оценивалось по его продолжительности от момента выявления, по частоте обострений и их повторяемости в течение 5 лет наблюдения, по продолжительности каждого обострения и по частоте случаев тяжелого течения, приводящего к инвалидности. Исходы заболеваний оценивались по возрасту, в котором больные ХНЗЛ умирали от всех причин, и показателю сокращения средней продолжительности жизни вследствие болезни. Ввиду того, что курению придается особо важное значение в формировании ХНЗЛ, проанализирован статус курения и его продолжительность у курящих. Показатели в таблицах приведены с округлением десятых долей и без детальных промежуточных градаций, т.к. для типовой сравнительной характеристики важны и достаточны укрупненные величины.

Т а б л и ц а 2

Распределение больных по возрасту в момент установления диагноза (%)

| Формы ХНЗЛ | Число больных соответствующего возраста на 100 впервые выявленных больных |            |            |           |            |            |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
|            | М                                                                         |            |            | Ж         |            |            |
|            | До 30 лет                                                                 | 50 лет и > | 60 лет и > | До 30 лет | 50 лет и > | 60 лет и > |
| АБ         | 35                                                                        | 23         | 10         | 15        | 31         | 11         |
| БА         | 13                                                                        | 53         | 26         | 8         | 62         | 25         |
| ХОБ        | 3                                                                         | 76         | 40         | 4         | 66         | 33         |
| ХНБ        | 11                                                                        | 65         | 40         | 7         | 57         | 25         |

По данным табл.1 видно, что контингенты больных с основными формами ХНЗЛ состоят из неравных пропорций мужчин и женщин: среди больных ХОБ и ХНБ преобладают мужчины, а среди больных АБ и БА — женщины. Поскольку половая структура контингентов сложилась в результате многолетнего взаимодействия устойчивых эпидемиологических процессов, отражающих заболеваемость и летальность, различия в соотношениях мужчин и женщин среди больных разными формами ХНЗЛ являются их типичным признаком. Важен при этом сам факт различий, а не их величина. И мужчины, и женщины болеют всеми формами ХНЗЛ, но принадлежность к полу обуславливает разную биологическую предрасположенность к заболеванию одной и той же болезнью.

Другим важным биологическим признаком, в значительной мере определяющим типовые эпидемиологические особенности основных форм ХНЗЛ, является возраст. В табл.2 представлены возрастные диапазоны, в которых устанавливаются первичные диагнозы подавляющему большинству больных ХНЗЛ. Раньше всего по возрасту клинические проявления болезни, достаточно выраженные и характерные для установления диагноза хронического заболевания, возникают у больных АБ. Из общего числа больных АБ у большинства мужчин и женщин выраженные проявления болезни, заставляющие обращаться за медицинской помощью, возникают в возрасте до 50 лет, в том числе у 35% мужчин и 15% женщин в возрасте до 30 лет. После 60 лет новые случаи АБ диагностируются редко — в 10—11% случаев. Бронхиальная астма у взрослых формируется в иные возрастные сроки: и у мужчин, и у женщин наибольшее число диагнозов установлено в возрасте 50—59 лет. У каждого четвертого больного заболевание было диагностировано после 60 лет. Существуют разные мнения о роли детской БА в формировании этой болезни у взрослых. Педиатры отмечают ее благоприятное течение в старшем детском возрасте и прекращение приступов у многих больных в подростковом возрасте. До сих пор не установлено, является ли такая динамика клинических проявлений результатом выздоровления или продолжительной ремиссией. Тем не менее часто высказывается мнение, что значительная часть БА взрослых формируется в детском возрасте (по данным некоторых публикаций, до 40%). Анализ всего состава современных контингентов взрослых больных БА показал, что лишь небольшая часть из них (13% мужчин и 8% женщин) лечились по поводу БА в молодые годы (до 30 лет) или с детства. Это обстоятельство поднимает ряд вопросов. Во-первых, правдоподобно ли предположение, что многие взрослые больные, хотя и болели в детстве БА, не помнят об этом, несмотря на возврат заболевания? Независимо от ответа на первый вопрос, возникают следующие. Если БА действительно хроническое заболевание, полное излечение от которого наблюдается пока редко, то как это можно совместить с тем фактом, что ее распространенность в детском возрасте в несколько раз выше, чем во всех остальных возрастных группах? Если действительно

существует биологическая (половая) детерминированность формирования БА, обуславливающая в составе взрослых больных две трети женщин, то как объяснить, что в детском возрасте соотношение полов среди больных противоположное и две трети детей с этим диагнозом мальчики? Если “детская” (экзогенная) и “поздно начавшаяся” (эндогенная) астма так кардинально отличаются друг от друга по биологической обусловленности, то какой астмой болеют те, у кого заболевание начинается в раннем детстве и продолжается всю жизнь? Эти же вопросы правомерны и в отношении АБ, считающегося в педиатрической классификации ХНЗЛ ранней формой БА, но в возрастных группах старше 12 лет редко дающего развернутую и типичную клиническую картину астмы. Более того, в половине случаев дети с диагнозом АБ, став подростками и молодыми взрослыми, вообще перестают жаловаться на бронхоспастические симптомы, даже при текущих острых респираторных заболеваниях. Изменение диагноза “астматический бронхит” на диагноз “бронхиальная астма” наблюдается действительно часто в возрасте до 7 лет, что, по нашему мнению, является результатом не столько утяжеления течения болезни или трансформации одного заболевания в другое, сколько отсутствия четких возрастных критериев диагностики БА. Сопоставление этих эпидемиологических наблюдений приводит к однозначному выводу, что во взрослом возрасте АБ и БА болеют преимущественно не те люди, которые имели эти диагнозы в детском возрасте. Если бы это было не так, то среди взрослых больных неизбежно было бы больше мужчин, чем женщин, и показатели распространенности АБ и БА, хотя бы в самых старших возрастных группах, были бы обязательно выше тех, что регистрируются в детском возрасте, вследствие естественного накопления численности больных (низкая летальность при этих формах ХНЗЛ общеизвестна).

ХБ, особенно обструктивный, у большинства больных формируется в клинически значимое заболевание, отражающееся на трудоспособности, после 50 лет. Выявление ХБ в возрасте до 30 лет можно считать исключением. От 30 до 50 лет среди женщин, более чутко относящихся к здоровью, выявляется заметно большая доля больных, чем среди мужчин: 30% от общего числа больных ХОБ и 36% от числа больных ХНБ против 21% и 24% соответственно. Значительная часть ХБ и у мужчин, и у женщин диагнос-

Таблица 3

Распределение больных по давности заболевания от момента установления диагноза (в %)

| Формы ХНЗЛ | Число больных с соответствующей давностью заболевания от момента выявления на 100 больных |                |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|            | До 3 лет                                                                                  | 10 и более лет |
| АБ         | 48                                                                                        | 18             |
| БА         | 26                                                                                        | 38             |
| ХОБ        | 32                                                                                        | 32             |
| ХНБ        | 29                                                                                        | 40             |

## Характеристика обострений и ремиссий у больных основными формами ХНЗЛ

| Формы ХНЗЛ | На 100 больных соответствующей формой ХНЗЛ |                                         |                                                |                        | Средняя продолжительность обострений в днях |
|------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
|            | Среднегодовое число обострений             | Число больных с ежегодными обострениями | Число больных, не имевших обострений в течение |                        |                                             |
|            |                                            |                                         | 2-х лет подряд                                 | 3-х и более лет подряд |                                             |
| АБ         | 100                                        | 90                                      | 2                                              | 0                      | 22                                          |
| БА         | 140                                        | 79                                      | 7                                              | 5                      | 24                                          |
| ХОБ        | 119                                        | 75                                      | 6                                              | 0                      | 20                                          |
| ХНБ        | 82                                         | 63                                      | 4                                              | 24                     | 14                                          |

тируется после достижения пенсионного возраста. Одной из причин позднего выявления ХБ было существовавшее ранее пенсионное законодательство, в соответствии с которым в предпенсионном возрасте многие старались по возможности реже обращаться за медицинской помощью и не пользоваться листком временной нетрудоспособности. При прочих равных условиях позже всего по возрасту формируется ХОБ. Благодаря этому, доля лиц со стажем болезни до трех лет от момента выявления при ХОБ больше, чем при БА и ХНБ, а с продолжительным стажем, наоборот, меньше (табл.3). В целом контингенты больных БА, ХОБ и ХНБ по этому признаку довольно однородны. Диагноз хронического АБ у взрослых стал применяться в широкой практике около 10 лет тому назад, поэтому лишь небольшая часть больных (18%) имеет более продолжительный стаж болезни. Кроме того, у некоторых больных АБ диагноз был изменен в течение первых 3—5 лет наблюдения на диагнозы БА или ХОБ, что, однако, не сформировало статистической закономерности, т.к. случалось сравнительно редко.

Наиболее существенные в эпидемиологическом смысле различия между основными формами ХНЗЛ выявились в характеристиках течения и исходов заболеваний. Пятилетнее наблюдение, осуществлявшееся в равных для всех больных условиях, позволяет не только увидеть и измерить эти различия, но и быть уверенным в том, что они обусловлены именно разным характером сравниваемых заболеваний. Как видно из данных табл.4, у больных БА обострения регистрируются чаще, требуют в среднем наиболее продолжительных сроков лечения, но у каждого пятого больного (21%) они случаются не ежегодно, а у части больных (12%) удается добиться ремиссии на 2—3 года и более. При АБ и ХОБ продолжительных ремиссий (3 года и более) не бывает, но при АБ мала вероятность и более коротких ремиссий продолжительностью 1—2 года, а при ХОБ 25% больных имеют обострения не каждый год, несмотря на значительно большую среднегодовую частоту обострений. Из числа больных ХНБ только у 63% обострения регистрируются ежегодно и у каждого четвертого отмечаются продолжительные ремиссии. Средняя продолжительность периода обострения на 40—70% короче, чем при остальных формах ХНЗЛ, но заметно длиннее (на 4—6 дней), чем при остром бронхите и ОРЗ. ХНБ и АБ не приводят к стойкому нарушению трудоспособности и осложнениям, сокра-

щаящим продолжительность жизни. После успешного лечения возникшего обострения больные чувствуют себя практически здоровыми и ведут привычный образ жизни без каких-либо специальных ограничений. В этом смысле болезнь в обоих случаях мало отличается по клиническим проявлениям и последствиям от острых респираторных заболеваний. Хронический характер заболевания по эпидемиологическим признакам подтверждается благодаря высокой среднегодовой частоте эпизодов болезни, регулярности их повторений на протяжении ряда лет и большей средней продолжительности каждого обострения. БА и ХОБ являются инвалидизирующими заболеваниями (табл.5). Разумеется, не все больные этими формами ХНЗЛ становятся инвалидами, но процесс формирования инвалидности происходит постоянно и пока неизбежно, являясь для этих форм ХНЗЛ типичным признаком. Эпидемиологическая характеристика инвалидности при БА и ХОБ совершенно различна. Сложившийся на протяжении многих лет и весьма стабильный годовой темп инвалидизации больных БА (0,9%) в 1,5 раза ниже, чем при ХОБ (1,4%). Но БА формируется значительно раньше по возрасту, чем ХОБ, в том числе и случаи тяжелого течения, при которых устанавливается инвалидность. Более молодой возраст обуславливает сравнительно низкий уровень летальности больных БА от всех причин и высокую среднюю продолжительность жизни после установления инвалидности. В результате происходит постепенное накопление общей численности инвалидов по БА, немного превышающее их убыль вследствие смерти. В настоящее время доля инвалидов среди взрослых больных БА достигает 19,5%. При ХОБ у 40% больных мужчин и 33% женщин после 60 лет еще только устанавливается первичный диагноз болезни и

Таблица 5

## Инвалидность при ХНЗЛ

| Формы ХНЗЛ | На 100 больных соответствующей формой |                 | Средняя продолжительность жизни после установления инвалидности |
|------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------|
|            | впервые признаны инвалидами           | всего инвалидов |                                                                 |
| БА         | 0,9                                   | 19,5            | 21,7                                                            |
| ХОБ        | 1,4                                   | 7,8             | 5,6                                                             |

Таблица 6

## Возраст умерших от всех причин при ХНЗЛ

| Формы ХНЗЛ | Средний возраст умерших (лет) |      | Сокращение средней продолжительности жизни (лет) |      |
|------------|-------------------------------|------|--------------------------------------------------|------|
|            | М                             | Ж    | М                                                | Ж    |
| АБ         | 67,1                          | 73,9 | —                                                | —    |
| БА         | 58,8                          | 60,1 | 6,6                                              | 13,5 |
| ХОБ        | 62,8                          | 65,8 | 2,6                                              | 8,0  |
| ХНБ        | 74,4                          | 77,0 | —                                                | —    |

они практически никогда не становятся официально признанными инвалидами, независимо от тяжести течения заболевания. Для больных с поздним по возрасту установлением инвалидности характерен сравнительно высокий уровень летальности от всех причин. Благодаря сочетанию этих двух факторов, при ХОБ низка средняя продолжительность жизни после установления инвалидности (5,6 года) и доля инвалидов среди больных (7,8%), несмотря на высокий ежегодный темп инвалидизации. Следует отметить, что в возрастных группах старше 60 лет число больных с тяжелыми проявлениями и осложнениями ХОБ, соответствующими состоянию инвалидности (распространенная эмфизема, легочное сердце, хроническая легочно-сердечная недостаточность), значительно превышает число официально признанных инвалидами. Нетрудно предвидеть, что по мере увеличения средней продолжительности жизни населения, а вместе с этим и продолжительности жизни больных ХОБ, будет расти доля тяжелых больных в составе наблюдаемых контингентов. В годы проведения данных исследований средняя ожидаемая продолжительность жизни составляла для мужчин 65,4 года и для женщин 73,8 года. Средняя фактическая продолжительность жизни больных ХНЗЛ может быть рассчитана по возрасту, в котором они умирают от всех причин. Как видно из табл.6, больные АБ умирают значительно раньше, чем больные ХНБ, но в обоих случаях средний возраст умерших, т.е. средняя фактическая продолжительность жизни, превышает ожидаемую. Из этого следует, что заболевание АБ и ХНБ, несмотря на многолетнее (хроническое) течение, не создает дополнительных причин смерти, отличающихся от причин, свойственных всему населению. Большинство больных ХОБ и особенно БА тоже умирают от общих для всего населения причин, но значительно раньше, чем те, кто не страдает этими заболеваниями. ХОБ формируется как тяжелое заболевание в более старшем возрасте, чем БА. Благодаря этому больные ХОБ умирают позже по возрасту; чем больные БА, и сокращение средней продолжительности жизни у них менее значительно. Поскольку основной для населения причиной смерти являются различные проявления атеросклероза, то очевидно, что в сочетании с БА и ХОБ они приводят к более ранней смерти, чем без этих заболеваний. Основное значение при этом имеют характер болезни и биологические признаки (половая обусловленность

и возраст формирования болезни), а не внешние (профессия, курение и т.д.). Например, некурящие женщины, больные БА, умирают от всех причин в среднем почти на 3 года раньше, чем сплошь курящие мужчины, больные ХОБ, и на 17 лет раньше, чем некурящие женщины, больные ХНБ.

Как видно из данных табл.7, курение вообще не может играть сколько-нибудь важной роли в патогенезе и эпидемиологии ХНЗЛ у женщин, так как подавляющее большинство их при всех формах ХНЗЛ никогда не курили. Что касается мужчин, то было проведено сравнение статуса курения у больных ХНЗЛ и остальных мужчин. Среди взрослых мужчин без ХНЗЛ оказалось 33% никогда не куривших, 9% бросивших курить и 23% упорных курильщиков со стажем курения 20 и более лет. Остальные 35% распределились по многим вариантам продолжительности и интенсивности курения. Среди больных ХНЗЛ эти соотношения отличались как от указанных выше, так и при разных формах ХНЗЛ. Наиболее существенными представляются следующие отличия. Среди больных АБ и особенно БА доля никогда не куривших значительно выше, чем среди остальных мужчин без этих заболеваний. Это можно объяснить только тем, что еще до формирования и выявления БА и АБ присутствовали какие-то факторы, препятствующие началу курения. Одним из таких факторов может быть высокая реактивность бронхов на внешние раздражения. При ХБ, особенно необструктивном, наоборот, доля никогда не куривших меньше, а длительно курящих — больше, чем среди населения. Это — несомненное доказательство участия курения в формировании ХБ у мужчин, количественно наиболее выраженное при ХНБ. При БА и ХОБ доля бросивших курить составляет соответственно 23 и 21% против 9% среди остальных мужчин, что подчеркивает плохую совместимость этих заболеваний с курением, особенно при тяжелом течении. При ХНБ бросивших курить ровно столько (8,6%), сколько и среди мужчин без ХНЗЛ. Обращает на себя внимание, что, в отличие от БА, среди больных АБ доля длительно курящих такая же, как среди всех мужчин.

Приведенные данные, оцененные в совокупности, позволили сделать следующее заключение. БА, ХОБ и ХНБ различаются по большинству эпидемиологических признаков и, следовательно, являются заболеваниями с оригинальной эпидемиологией. Их сущес-

Таблица 7

## Распределение больных ХНЗЛ по статусу курения

| Формы ХНЗЛ | На 100 больных соответствующим заболеванием |                |                      |                   |                      |
|------------|---------------------------------------------|----------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|            | Мужчины                                     |                |                      | Женщины           |                      |
|            | Никогда не курили                           | Бросили курить | Курят 20 и более лет | Никогда не курили | Курят 20 и более лет |
| АБ         | 42                                          | 11             | 23                   | 91                | 3                    |
| БА         | 54                                          | 23             | 6                    | 97                | 0,4                  |
| ХОБ        | 31                                          | 21             | 27                   | 93                | 2                    |
| ХНБ        | 23                                          | 9              | 39                   | 79                | 7                    |

твование в качестве самостоятельных нозологических форм вполне оправдано. АБ у взрослых по эпидемиологическим признакам неоднороден. Часть больных с этим диагнозом по некоторым параметрам близка больным БА. Не исключено, что эта часть больных изначально страдает БА, диагностируемой как АБ. Другая (большая) часть больных с этим диагнозом близка больным ХНБ, протекающим на фоне гиперчувствительности бронхов к холоду, табачному дыму и другим внешним раздражителям. Международная классификация болезней IX пересмотра, признавая сам этот диагноз, позволяет относить его как к "астме

неуточненной", так и к "обтурационному хроническому бронхиту". Подобная неопределенность, разумеется, не случайна. Наши данные указывают на то, что по некоторым важным эпидемиологическим признакам больные АБ существенно отличаются как от больных другими формами хронического бронхита, так и от больных БА. Необходимы специально спланированные исследования для более детального изучения начального периода формирования АБ и его долгосрочного прогноза.

Поступила 09.04.94.

© МАКАРОВ В.М., 1994

УДК [616.248+616.233-002]-036.222

*В.М.Макаров*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЯКУТИИ

Кафедра внутренних болезней мединститута Якутского государственного университета, г.Якутск

### THE PREVALENCE OF CHRONIC BRONCHITIS AND BRONCHIAL ASTHMA IN CLIMATE GEOGRAPHICAL CONDITIONS OF YAKUTIA

*V.M.Makarov*

#### S u m m a r y

In the article the data of epidemiological screening among 1448 citizens of Arctic, Subarctic and Central Yakutia are presented. Investigation of the prevalence of bronchial asthma and chronic bronchitis among various ethnological groups was the purpose of the study. The complete data of the population morbidity and the comparative analysis concerning the various groups of the examined contingent are presented.

#### Р е з ю м е

В статье приводятся данные эпидемиологического скрининга 1448 человек, проживающих в Заполярной, Приполярной и Центральной Якутии. Целью исследования было изучение распространенности бронхиальной астмы и хронического бронхита среди различных этнических групп. Приводятся исчерпывающие данные по заболеваемости населения и сравнительный анализ в зависимости от группы обследуемого контингента.

В настоящее время все более актуальной становится проблема изучения истинной распространенности хронического бронхита (ХБ), бронхиальной астмы (БА) на базе научно обоснованных эпидемиологических исследований, так как данные медицинской отчетности не отражают объективной картины распространенности легочной патологии [1—4]. В этой связи необходимо уделять особое внимание изучению фактической распространенности ХБ, БА в реально сопоставимых условиях влияния суровых, экстремальных климатических факторов в зимнее время, когда отмечается "пик" заболеваемости на Крайнем Севере, где еще сохраняются относительно чистые экологические усло-

вия в большей части сельскохозяйственных районов Республики Саха (Якутия).

В настоящее время проблема здоровья населения, длительно проживающего в Якутии, далека от ее решения. При этом серьезную значимость приобретает необходимость оценки и определения возможностей индивидуальной пульмонологической помощи больным, страдающим хроническими обструктивными болезнями органов дыхания.

Клинико-эпидемиологические исследования населения проводились с заполнением протокола на каждого обследуемого, разработанного на основании ранее составленного опросника лабораторией эпидемиологии