

МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Раджабова Г.Б., Джаббарова М.Б., Саломова Н.К.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

В статье показаны современные статистические показатели по такому распространенному заболеванию как хроническая обструктивная болезнь легких, подробно разобраны внутренние и внешние факторы риска, меры профилактики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, эпидемиология ХОБЛ, факторы риска ХОБЛ.

О'PKA SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIKLARINI OLDINI OLISH USULLARI

Radjabova G.B., Djabborova M.B., Salomova N.K.,

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezyume

Maqolada surunkali obstruktiv o'pka kasalligi kabi keng tarqalgan kasallik uchun mavjud statistik ko'rsatkichlar ko'rsatilgan bo'lib, bu kasallikning oldini olish, profilaktik chora-tadbirlar va davolashda yordam beradigan ichki va tashqi xavf omillarini batafsil tahlil qiladi.

Kalit so'zlar: surunkali obstruktiv o'pka kasalligi surunkali obstruktiv o'pka kasalligi epidemiologiyasi, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi uchun xavf omillari.

MEASURES TO PREVENT THE RISK FACTORS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Radjabova G.B., Djabbarova M.B., Salomova N.K.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

The article shows the current statistical indicators for such a common disease as chronic obstructive pulmonary disease, analyzes in detail the internal and external risk factors, the fight against which will help in the prevention and treatment of this disease.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease, risk factors for chronic obstructive pulmonary disease.

Актуальность

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. По данным ряда исследований распространенность ХОБЛ среди взрослого населения составляет 5-9% (1,2). ХОБЛ является частой причиной обращений к врачу, госпитализаций в стационар и отделения интенсивной терапии. Это единственная болезнь, смертность от которой продолжает увеличиваться. Летальность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин смерти в общей популяции, что составляет около 4% в структуре общей летальности [1].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает одно из ведущих мест среди причин заболеваемости и смертности взрослого населения, приводящая к значительному экономическому и социальному ущербу (17,19).

Как отмечают эксперты GOLD - Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (2008 г.), ХОБЛ является одной из важнейших проблем здравоохранения. Данные эпидемиологических исследований,

проведённых в течение последнего десятилетия, свидетельствуют о высокой распространённости этой патологии. В России в структуре распространённости болезней органов дыхания ХОБЛ занимает лидирующее положение, составляя свыше 55% патологии респираторной системы (10).

При этом продолжительность жизни больных в России ниже на 10-15 лет по сравнению с жителями стран Западной Европы. Прогнозы специалистов в отношении данной патологии остаются неблагоприятными: так, по мнению экспертов ВОЗ, к 2020 году ХОБЛ будет занимать пятое место среди общей заболеваемости в мире и третье среди причин смертности (1,15).

Важно отметить, что особенностью ХОБЛ является неуклонно прогрессирующая обструкция дыхательных путей, которая под воздействием современных методов лечения является лишь частично обратимой (2,10).

Курение - главенствующая причина ХОБЛ (The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services, 2006). У курильщиков табака риск развития заболевания равен 80-90%. Возраст

начала курения, его продолжительность, количество и качество выкуренного, социальный статус курильщика могут служить прогностическими признаками ХОБЛ - предвестниками смерти (2,10,15). Проведено большое количество эпидемиологических исследований, которые свидетельствуют - через 15-20 лет курения наступают легочные изменения как бронхолитического, так и эмфизематозного характера. Определение курения сигарет в качестве наиболее распространенного фактора риска развития ХОБЛ привело к превращению программ отказа от курения в ключевой элемент профилактики ХОБЛ, а также в важный метод лечения пациентов, уже страдающих этим заболеванием (15,17,21). Но курение не единственным фактором риска ХОБЛ, и данные эпидемиологических исследований неоднократно показали, что у некурящих лиц также возможно развитие хронического ограничения скорости воздушного потока.

Курение ведет к 10-кратному увеличению содержания нейтрофилов в дистальных отделах респираторной системы (2,5). Процессы повреждения и репарации, происходящие при ХОБЛ вследствие вдыхания поллютантов, составляя суть хронически текущего воспаления, регулируются громадным количеством экзогенных и эндогенных противовоспалительных медиаторов и проявляются на всех уровнях респираторной системы: уровень защитной слизи, уровень эпителиальных клеток и интерстициальная ткань.

Борьба с курением табака - едва ли не самая сложная задача в общей схеме ведения больных ХОБЛ, и обучающие программы играют важную роль в побуждении к отказу от курения. Однако ХОБЛ имеет определенные отличия, влияющие на организацию обучающего процесса. Это, прежде всего, особенности течения заболевания: неуклонно прогрессирующая обструкция, низкая клиническая эффективность лечебных инициатив, наличие системных эффектов, таких как системное воспаление и дисфункция скелетной мускулатуры, которые ухудшают прогноз заболевания.

Роль пола как фактора риска ХОБЛ остается неясной. Последние данные, касающиеся развитых стран, говорят о том, что распространенность болезни почти одинакова и мужчин, и у женщин, что возможно связано с изменением характеристик курения табака (20).

Весьма существенна роль экологии жилища в развитии ХОБЛ: высокая влажность воздуха в сочетании с повышенным содержанием двуокси азота, образующейся при горении природного газа, топке каминов, курении, использовании различного твердого топлива без адекватной вентиляции приводит к образованию озона и других "раздражающих" соединений, и, следовательно, к развитию ХОБЛ (10,20).

К профессиям с повышенным риском развития ХОБЛ помимо шахтеров, контактирующих с кадмий- и кремнийсодержащей пылью, относятся строители (контакт с цементом), рабочие металлургической промышленности (горячая обработка металлов), железнодорожники, рабочие, занятые переработкой зерна, хлопка, производством бумаги (5,7,8,21,22). При этом курение усиливает неблагоприятное действие профессиональных факторов. Загрязнение воздуха внутри и вне жилищ является доказанным фактором риска ХОБЛ. При этом неизвестно, какой из поллютантов окружающей среды является наиболее опасным.

Показано, что риск развития ХОБЛ находится в обратной зависимости от социально-экономического статуса (15). Однако, по-прежнему остается невыясненным, связано ли это со скученностью людей, недостаточным питанием, контактом с поллютантами или загрязнением воздуха внутри жилища.

Инфекции (вирусные и бактериальные) могут вносить свой вклад в патогенез и прогрессирование ХОБЛ; бактериальная колонизация, связанная с воспалением в дыхательных путях, также может играть значимую роль в развитии обострений (2,10,12). Перенесенная в детстве тяжелая респираторная инфекция может приводить к снижению функции легких и более частым респираторным симптомам во взрослом возрасте (11,13).

Основываясь на современных знаниях, рабочее определение можно сформулировать следующим образом: ХОБЛ - заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, способными дополнительно отягощать течение болезни у некоторых пациентов. Ее легочный компонент характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop report updated 2010).

В приведенном определении ХОБЛ появились новые положения:

- заболевание можно предупредить и лечить;
- заболевание имеет системные проявления.

К основным системным проявлениям ХОБЛ относятся: снижение питательного статуса, дисфункция скелетных мышц (ДСМ), остеопороз, анемия, депрессия и сердечно-сосудистые эффекты (1,3). Механизмы, лежащие в основе данных системных проявлений, достаточно многообразны и пока изучены недостаточно. Важное место среди них занимают гипоксемия, курение, малоподвижный образ жизни и системное воспаление (4,9,18).

ХОБЛ имеет различное течение заболевания, и у разных людей оно неодинаково. Однако общим является прогрессирование ХОБЛ, особенно если продолжается воздействие на пациента патогенных агентов (1,4,5). Прекращение влияния этих агентов, даже если имеется значительное ограничение скорости воздушного потока, может привести к некоторому улучшению функции легких и, безусловно, замедлит или даже остановит прогрессирование болезни. Однако развившуюся ХОБЛ и связанные с ней сопутствующие заболевания нельзя полностью устранить, и, следовательно, они требуют постоянной терапии. Лечение ХОБЛ может уменьшить выраженность симптомов, улучшить качество жизни, уменьшить частоту обострений и, возможно, снизить смертность (14).

Но ХОБЛ характеризуется не только хроническим ограничением скорости воздушного потока, патологическими изменениями в легких, внелегочными проявлениями, но и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ у некоторых пациентов.

По мнению экспертов, GOLD (2008), ХОБЛ следует считать заболеванием легких, но для более точного определения ее степени тяжести и правильного выбора терапии следует также учитывать сопутствующие заболевания, к которым относятся артериальная гипертензия, остеопороз, депрессия, ишемическая болезнь сердца и др. (1,2). Прогноз наиболее неблагоприятен при сочетании ХОБЛ с группой сердечно-сосудистых заболеваний. Больные, страдающие тяжелыми формами ХОБЛ, относятся к группе высокого риска внезапной смерти (4,9,18).

Таким образом, при лечении ХОБЛ следует также уделять большое внимание сопутствующим заболеваниям и их влиянию на качество жизни пациента. У каждого пациента с хроническим ограничением скорости воздушного потока необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику и точную оценку степени тяжести сопутствующих заболеваний (Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких, 2008).

Важным шагом на пути развития стратегии профилактики и лечения любой болезни является идентификация факторов риска. При ХОБЛ играют роль как внутренние, так и внешние факторы, и возникновение болезни обычно зависит от взаимодействия между ними. К внутренним факторам относятся генетические патологии. Основными внешними факторами являются курение табака, профессиональная пыль и химикаты, а также поллютанты, как атмосферные, так и внутри жилищ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеев С.Н. Системные эффекты у больных ХОБЛ // Врач. 2006. №12. С. 3-8.
2. Васильева О.С., Гусаков А.А., Гушина Е.Е., Кравченко Н.Ю. Хроническая обструктивная болезнь легких. Пульмонология, - 2013; -№3, -С.49 - 55.
3. Кароли Н.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология: клинико-функциональные взаимоотношения и прогнозирование течения: /Автореф. дис... докт. мед. наук. Саратов, 2007,- 45с.
4. Козлова Л.И. Хронические обструктивные заболевания легких и ИБС: некоторые аспекты функциональной диагностики // Пульмонология, -2001. -№2. -С. 9-12.
5. Колосов В.П., Перельман Ю.М., Кожаева В.Б., Колосов А.В. Клинико-микробиологические особенности течения хронической обструктивной болезни легких у фермеров. Благовещенск, 2005. -164 с.
6. Марченко В.Н. Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких. //Профессиональные заболевания органов дыхания. Национальное руководство. Серия "Национальные руководства". Под ред. Н.Ф. Измерова, А.Г. Чучалина. М.: ГЕОТАР, 2015, - С. 293 - 338
7. Разумов А.С., Масенко Я.Л. Распространенность хронической обструктивной болезни легких у работников химического производства. //Медицина труда и пром. Экология, -2005;
8. Терещенко Ю. А., Канн И.Н. Распространенность ХОБЛ среди работников
9. Хамаева А.А., Белялов Ф.И. Клинико-функциональные особенности у больных с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких // Вопросы клинической и экспериментальной медицины. Иркутск, 2008. С. 50-52.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: ООО "КолорИт Студио",2004. -64с.
11. Br?ske I., Thiering E., Heinrich J., Huster K., Nowak D.. Biopersistent granular dust and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2013;8(11):80977.
12. Buch P., J.Friberg, H. Scharling, P. Lange, E. Prescott: Reduced lung function and risk of atrial fibrillation in the Copenhagen City Heart Study // Eur. Resp. J. 2003. Jun; Vol. 21(6). P. 1012-1016.
13. C.M., Young C., Wight J., Blanc P.D., Fishwick D. Chronic obstructive pulmonary disease among residents of an historically industrialised area. Thorax 2012; 67(10):901-7.
14. Cherrie J.W., Brosseau L.M., Hay A., Donaldson K. Low-toxicity dusts: current exposure guidelines are not sufficiently protective. Ann Occup Hyg 2013; 57(6):685-91.
15. Darby A.C., Waterhouse J.C., Stevens V., Billings C.G., Billings C.G., Burton Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Revised 2017 // www.goldcopd.com. (<http://www.goldcopd.com>)
16. Graber J.M., Stayner L.T., Cohen R.A., Conroy L.M., Attfield M.D. Respiratory disease mortality among US coal miners; results after 37 years of follow-up. Occup Environ Med 2014; 71(1):30-9.
17. Hoppin J.A. Pesticides and respiratory health: where do we go from here? Occup Environ Med 2014;71(2):80.
18. Huiart L. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD // Chest. 2005. Vol. 128. P. 2640-2646.
19. M?hner M., Kersten N., Gellissen J.. Chronic obstructive pulmonary disease and longitudinal changes in pulmonary function due to occupational exposure to respirable quartz. Occup Environ Med 2013; 70(1):9-14.
20. Oh C.M., Oh I.H., Lee J.K., Park Y.H., Choe B.K., Yoon T.Y., Choi J.M. Blood cadmium levels are associated with a decline in lung function in males. Environ Res. 2014; 132:119-25.
21. Sin D.D., Man S.F. Chronic obstructive pulmonary disease as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality // Proc. Am. Thorac. Soc. 2005. Vol. 2. P. 8-11.
22. S?yseth V., Johnsen H.L., Kongerud J. Respiratory hazards of metal smelting.Curr Opin Pulm Med 2013;19(2):158-62.

Поступила 09.11.2020