

Пронина Е.Ю.¹, Решетникова И.Д.¹, Фассахов Р.С.¹, Богоутдинова О.Е.²

Динамика эпидемиологических показателей ХОБЛ в республике Татарстан (1996-2014гг.)

1 – ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора, г.Казань; 2 – Министерство здравоохранения республики Татарстан, г.Казань

Pronina E. Yu., Reshetnikova I.D., Fassakhov R.S., Bogoutdinova O.E.

Dynamics of COPD epidemiological data in Tatarstan republic (1996 – 2014)

Резюме

С целью оценить эпидемиологическую ситуацию с ХОБЛ в Республике Татарстан был проведен анализ данных официальной медицинской статистики и материалов собственной разработочной карты за период 1996-2014гг. За исследуемый период заболеваемость ХОБЛ отличал прогрессивный рост; динамика распространенности ХОБЛ была иной: после увеличения значений показателя до 2010г. включительно, с 2011г. прослеживалось его постепенное снижение. Смертность от ХОБЛ в Татарстане в структуре общей смертности от заболеваний органов дыхания была сопоставима со смертностью от пневмонии; динамику ее отличало прогрессивное снижение в 2001-2005гг. с последующем стабилизацией. Таким образом, существующая эпидемиологическая ситуация с ХОБЛ в Татарстане неоднородна, требует дальнейшего изучения и улучшения диагностики и ведения пациентов с этим заболеванием.

Ключевые слова: ХОБЛ, заболеваемость, распространенность, смертность

Summary

The aim was to investigate epidemiology of COPD in Tatarstan Republic (Russia) for the period 1996-2014. During the study period, the incidence of COPD was increased progressively, but dynamic of COPD prevalence was different: it was slowly decreased after 2011. Mortality from COPD was high and it was comparable with mortality from pneumonia. Epidemiological situation of COPD in Tatarstan Republic was unstable and required more researches and improve diagnostic and management.

Key words: COPD, incidence, prevalence, mortality

Введение

В настоящее время ХОБЛ является глобальной проблемой мирового здравоохранения. Встречаясь от 4-6% до 10-25% взрослого населения, заболевание отличает устойчивый рост распространенности [1, 2].

ХОБЛ является единственным заболеванием, смертность от которого продолжает увеличиваться [4, 5, 6]. 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 [7]. По прогнозам, к 2020г. 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 [2, 7].

По расчетам, в Европейском союзе общие прямые затраты на болезни органов дыхания составляют примерно 6% всего бюджета здравоохранения, при этом затраты на лечение ХОБЛ достигают 56% от этих затрат (38,6 млрд евро) [3], в США 29,5 млрд долларов [3, 10]. В России основные материальные затраты (81,8%) связаны с лечением больных ХОБЛ в стационарах: расходы на госпитализацию превышают аналогичные амбулаторные почти в 30 раз [11].

Заболеваемость ХОБЛ в настоящее время недостаточно изучена, и, подобно распространенности и смертности, может заметно различаться как в разных странах, так и в разных регионах одной страны, и напрямую связана с распространенностью табакокурения на территории [12, 13].

Данные об истинном количестве больных ХОБЛ в мире крайне противоречивы: разные эксперты приводят показатели, отличающиеся на несколько порядков: от 44 млн. до 600 млн. [2, 3, 14, 15].

Распространенность ХОБЛ в странах с развитой рыночной экономикой в 1990г. составляла 6,98/3,79 на 1000 мужчин/женщин, в бывших социалистических странах Европы – 7,35/3,45 на 1000 мужчин/женщин; а, например, в странах Латинской Америки распространенность ХОБЛ в 1990г. была 3,36/2,83; в регионе «Средний Восток и Северная Африка» - 2,69/2,83 на 1000 мужчин/женщин соответственно [9].

Россия до последнего времени не участвовала в крупных международных эпидемиологических исследованиях по изучению распространенности ХОБЛ. Данные

распространенности ХОБЛ в РФ и за рубежом чрезвычайно противоречивы и представляют весьма пеструю картину [3, 14, 16, 17]. Показатели распространенности ХОБЛ в регионах РФ очень неоднородны, что вероятно связано с различиями в климатической и экологической обстановке, распространенностью табакокурения, развитием пульмонологической службы.

По данным российских исследователей, 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. [18]. В 1998г. примерное количество людей с признаками хронического обструктивного бронхита составляло 8 млн. [8, 17], а в 2003 году - 11 млн. Эти данные расходятся с официальной медицинской статистикой, согласно которой, в России насчитывается только 0,5 млн. таких больных [13]. Подобное несоответствие может являться отражением качества и своевременности оказания медицинской помощи больным ХОБЛ, а именно - диагностике заболевания на поздних стадиях и не может быть принято за истинные значения распространенности.

К примеру, в Приволжском ФО показатели распространенности ХОБЛ в 2002 году были немного выше средних по РФ - 1754,8 на 100 тыс. Высокие значения распространенности в начале 2000-х гг. были и в Западно-Сибирском регионе: 23,07 на 1000 населения (2002г.). Северо-Западный ФО, Уральский и Дальневосточный ФО отличаются, напротив, низкими показателями распространенности [8, 19] - 12,98; 12,73 и 11,12 на 1000 населения (2002г.).

Из всех эпидемиологических показателей, относящихся к ХОБЛ, смертность является наиболее информативным и, возможно, наиболее надежным параметром, поскольку ВОЗ ежегодно публикует статистику по причинам смерти по всем регионам. Однако путаница в терминологии, связанная с ХОБЛ, вносит определенные трудности.

В России с настоящее время ХОБЛ занимает 4 - 5 место среди всех причин смерти после сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, травм [7]. Разница в продолжительности жизни у больных ХОБЛ в России и в ряде стран Западной Европы (Швеция, Норвегия, Франция) составляет 10 - 15 лет [8]. ХОБЛ является основной (первоначальной) причиной смерти у 60% умерших больных с этим диагнозом [20].

Таким образом, несмотря на огромное количество существующих исследований эпидемиологии ХОБЛ, 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 как трудностью определения патологии в течение целого ряда десятилетий, так и сложностью выполнения и высокой стоимостью популяционных исследований.

Целью нашей работы явилось изучение эпидемиологической ситуации с ХОБЛ в Республике Татарстан за период 1996 - 2014гг.

Материал и методы

Нами был проведен анализ данных официальной медицинской статистики, полученных при работе с документацией Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава РТ (РМИАЦ) и данных, полученных при анализе наших разработочных карт, используемых при проведении ежегодных отчетов о работе республиканских ЛПУ (2005-2011 гг.). Оценку основных эпидемиологических показателей проводили по строкам «бронхит хронический и неуточненный» и «хронические обструктивные болезни легких» (с 1999г. - «другие обструктивные болезни легких») форме статистической отчетности №12; таблице «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти за ... год», форме №004 - «Население», а также по материалам, полученным нами на основании использования собственной разработочной карты.

Результаты и обсуждение

При изучении заболеваемости ХОБЛ в республике за исследуемый период были получены следующие данные: 190 случаев заболевания на 100 тыс. взрослого населения в 1996 году, с последующим неуклонным ростом показателя после 2004 года: в 2005г. - 345 случаев; в 2010г. - 510 случаев; в 2014г. - 555 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Изменения показателя заболеваемости ХОБЛ иллюстрирует рисунок 1.

Динамика распространенности ХОБЛ в Республике Татарстан была иной: в 1996г. показатель распространенности среди взрослого населения республики составил 1820 случаев на 100 тыс. населения, в 2005г. - 2289 на 100 тыс., в 2010г. - 2450 на 100 тыс., а в 2014г. - 1585 на 100 тысяч.

Начало прогрессивного роста показателей отражает непосредственное влияние на эпидемиологическую ситуацию республиканских «Протоколов диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких» (в соответствии с Приказом МЗ РТ №513, 1999г.), а продолжение и интенсификация темпа - появление и внедрение в практику материалов «Глобальной стратегии» GOLD, Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению ХОБЛ, республиканских протоколов ведения больных ХОБЛ, Стандартов ERS/ATS. Причины последующего снижения значений распространенности ХОБЛ на фоне увеличения заболеваемости предстоит еще изучить.

Максимальные значения распространенности ХОБЛ были зарегистрированы в крупных районах республики, ЛПУ которых имеют возможность проводить выявление, диагностику и лечение респираторной патологии. Ряд сельских районов республики характеризует наличие неадекватных «подъемов» и «падений» показателя распространенности; кроме того, значения показателя в большинстве подобных регионов весьма низки. Такие цифры, к сожалению, трудно признать объективно отражающими эпидемиологическую ситуацию, в первую очередь, ввиду

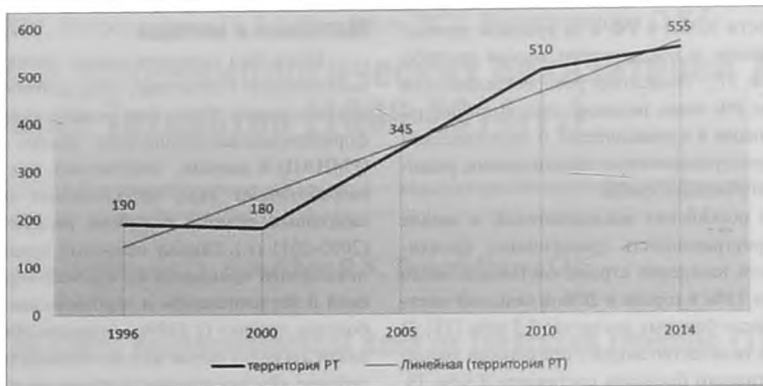


Рисунок 1. Заболеваемость ХОБЛ в Республике Татарстан на 100 тыс. взрослого населения (1996-2014гг.)

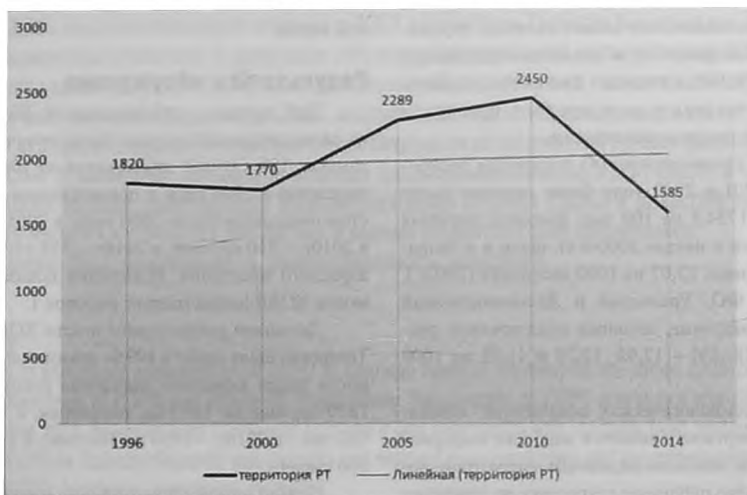


Рисунок 2. Распространенность ХОБЛ в Республике Татарстан на 100 тыс. взрослого населения (1996-2014гг.)

того, что они почти на порядок ниже средних значений по республике, а также потому, что большинство указанных районов расположены вне доступности квалифицированной пульмонологической помощи, а районные ЛПУ не располагают необходимым оборудованием для проведения диагностики обструктивной респираторной патологии.

Динамика распространенности ХОБЛ в Республике Татарстан представлена на рисунке 2.

Смертность от ХОБЛ в республике в структуре общей смертности от заболеваний органов дыхания за изученный нами период была сопоставима со смертностью от пневмонии. В 1996 году значения показателя для ХОБЛ составили 26,4 на 100 тыс. населения, максимума показатель достиг к 2000г. – 42,9 случаев на 100 тыс.; с 2001г. происходит постепенное медленное снижение показателя, и с 2006г. значения находятся в пределах 26 – 28 случаев на 100 тыс. взрослого населения (2005г. – 30,2; 2006г. – 28,1; 2010г. – 26,3; 2014г. – 26,3). Рисунки

3 и 4 отображают изменения показателя смертности от ХОБЛ за исследуемый период и сравнительную динамику показателя среди других респираторных заболеваний.

Заключение

Полученные нами данные свидетельствуют о наметившейся тенденции к постепенному снижению распространенности ХОБЛ в регионе. Смертность от ХОБЛ за изученный период с 2000 года снижалась, что является, очевидно, свидетельством предпринятых усилий по повышению знаний врачей, внедрению современных подходов к диагностике и лечению ХОБЛ. Вместе с тем, стабилизация показателя с 2006 года требует детального анализа смертности (возраст, пол, степень тяжести заболевания, город/село, наличие/отсутствие коморбидных заболеваний и т.д.), по результатам которого может быть разработана программа по дальнейшему улучшению ведения больных с ХОБЛ в РТ. ■

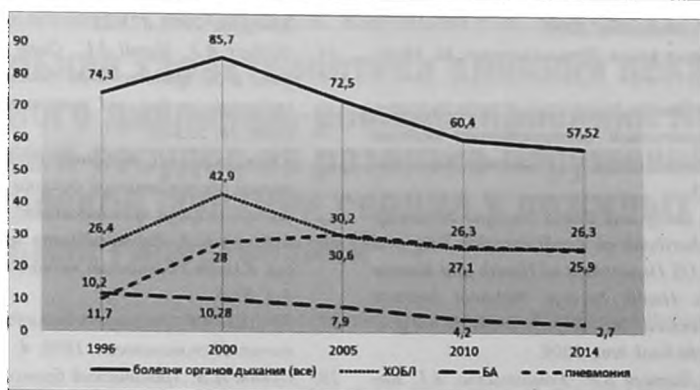


Рисунок 1. Заболеваемость ХОБЛ в Республике Татарстан на 100 тыс. взрослого населения (1996-2014гг.)

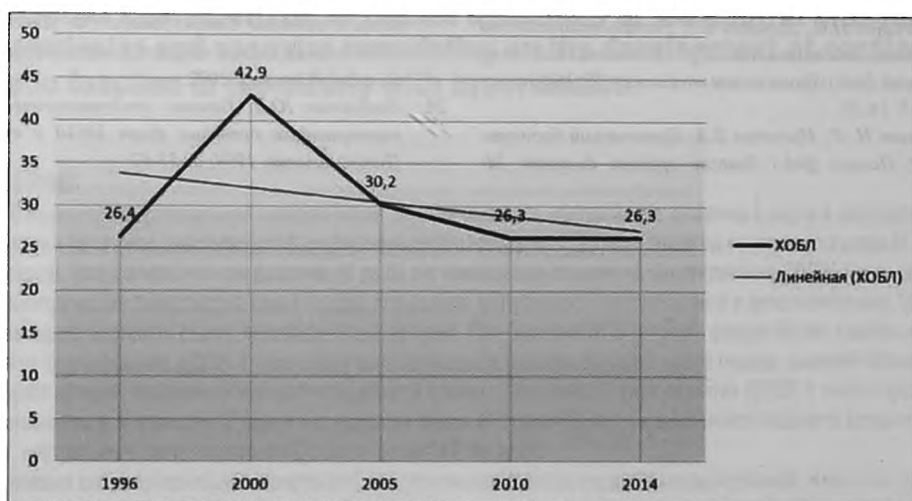


Рисунок 2. Распространенность ХОБЛ в Республике Татарстан на 100 тыс. взрослого населения (1996-2014гг.)

Пронина Е.Ю. – к.м.н., пульмонолог ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора, г. Казань; Решетникова И.Д. – к.м.н., доцент, заместитель директора по научной и лечебной работе ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора, г. Казань; Фасехов Р.С. – д.м.н., профессор, директор ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора, г. Казань; Богоутдинова О.Е. –

к.м.н., ведущий советник отдела разработки и реализации специальных программ и проектов Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань; Автор, ответственный за переписку - Пронина Екатерина Юрьевна, 420015, г. Казань, ул. Большая Красная, д.67, тел. +7 (843) 2366721, e-mail pronina5@rambler.ru;

Литература:

- Ball. P. Epidemiology and treatment of chronic bronchitis and its exacerbations. Chest. 1995; 108 (2): 43-52.
- European Lung White Book. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. European Lung Foundation; 2003.
- Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Белевский А.С. (ред.). М.: Российское респираторное общество; 2014.
- Авдеев С.Н. Возможность уменьшения числа обострений у больных ХОБЛ при длительном приеме N-ацетилцистеина. Пульмонология. 2007; 2: 89-97.
- Окороков А.Н. Диагностика болезней органов дыхания. М: Медицинская литература; 2000.
- Феннелли К.П., Стулбарг М.С. Хронический бронхит. Пульмонология. 1994; 2: 6-13.
- Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей (Федеральная

- программа). М: Медицина: 2004.
8. Чучалин А.Г. Белая книга. Пульмонология. М: Медицина; 2003.
 9. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. А.Г. Чучалин (ред.) М.: Издательство «Атмосфера»; 2003.
 10. National Heart, Lung and Blood Institute. Morbidity and mortality chartbook on cardiovascular, lung and blood diseases. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health. Accessed at: <http://www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/cht-book.htm>; 2009.
 11. Леценко И.В., Лившиц В.Р., Рамановских А.Г. Вопросы фармакоэкономики при лечении хронического обструктивного бронхита. *Терапевтический архив*. 2002; 4 (3): 38-40.
 12. Молчанов Н.С., Данович Б.З. Распространенность хронической пневмонии. Н.С. Молчанов, Е.В. Гембицкий (ред.) *Хроническая пневмония*. М: Медицина; 1977. 14-35.
 13. Палеев Н. Р., Ильченко В.А. Хронический бронхит. Н.Р. Палеев (ред.) *Болезни органов дыхания*. М: Медицина; 2000. 375-22.
 14. Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A., Badamgarav E., Buist A.S., Mannino D.M. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 523-32.
 15. Княжеская Н.П. Комбинированная терапия хронической обструктивной болезни легких. *Атмосфера (аллергология и пульмонология)*. 2004; 2: 37-9.
 16. Бабанов С.А. Эпидемиология хронического бронхита. *Южно-Российский медицинский журнал*. 2001; 3-4: 83-6.
 17. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития. *Пульмонология*. 1998; 4: 6-22.
 18. Путов Н.В. Хронический бронхит: спорные и нерешенные вопросы. *Пульмонология*. 1991; 1: 9-15.
 19. Соловьев К.И. Распространенность, особенности формирования хронической бронхолегочной патологии в условиях Северо-Запада РФ. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Великий Новгород, 2002.
 20. Лешукович Ю.В. Типовая эпидемиологическая характеристика основных форм ХНЗЛ у взрослых. *Пульмонология*. 1994; 3: 57-62.