

А.А. Иванова, Н.В. Саввина, А.Ф. Потапов, Л.Ф. Тимофеев

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) В РАЗНЫХ ГРУППАХ РАЙОНОВ

УДК 614(571.56)

На основе ретроспективного анализа представлена динамика показателей основных причин смертности населения, проживающего в разных районах Республики Саха (Якутия), за период 1991-2010 гг. Выявлены периоды вариаций коэффициентов смертности, тенденции изменений основных классов причин смерти в сельской, промышленной и арктической группах районов республики. Обозначена важность учета особенностей убыли населения.

Ключевые слова. Смертность населения, причины смертности, территориальные особенности.

Basing on the retrospective analysis, the article presents the dynamics of the main causes of mortality of the population inhabiting different regions of the Sakha Republic (Yakutia) in the period 1991-2010. It reveals the periods of the mortality rate variations, as well as the trend changes in the main classes of mortality causes in the rural, industrial and Arctic groups of the republic's regions. It also emphasizes the importance of keeping record of the population loss peculiarities.

Keywords: population mortality, causes of mortality, regional peculiarities.

Введение. В России с ее разнообразными природно-климатическими, экономическими, социальными, экологическими условиями, демографическим составом имеются выраженные территориальные особенности уровней смертности населения, которые позволяют оценить состояние санитарного благополучия населения, специфику патологии отдельных групп населения [3, 4, 7]. Это обстоятельство придает особую актуальность региональным исследованиям показателей здоровья населения и прежде всего смертности. В Республике Саха (Якутия), занимающей огромную территорию (3,1 млн. км²) и характеризующейся значительной дифференциацией социально-экономического уровня в отдельных районах, наблюдаются и внутрирегиональные различия показателей смертности населения.

Цель исследования: изучить в динамике тенденции изменения уровня и структуры смертности населения различных групп районов Республики Саха (Якутия).

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ уровня смертности в арктической, сельской и промышленной группах районов Республики Саха (Якутия) за период 1991-2010 гг. Использованы статистические данные по смертности Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия) за эти годы, акты государственной регистра-

ции смерти Управления ЗАГС при Правительстве Республики Саха (Якутия) за 2007-2010 гг. [1, 2].

Из предложенных в специальной литературе методик районирования территории Республики Саха (Якутия) применена методика медико-экономического районирования [6]. Метод основан на использовании 32 параметров, характеризующих социально-экономические, медико-демографические особенности территорий с учетом основных показателей здоровья населения и здравоохранения. Таким образом, 35 административно-территориальных единиц республики были разделены на 3 группы: арктическую, включающую 12 районов/улусов, сельскую (13) и промышленную (10 улусов/районов и городов).

Для изучения основных причин смерти населения использована международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X-го пересмотра (1987 г.).

Результаты и обсуждение. По занимаемой территории и плотности проживания населения указанные

группы районов имеют значительные различия (табл. 1).

Доля проживающего населения в каждой группе районов в общей численности населения республики также существенно различается. Наиболее многочисленной является группа промышленных районов, где на начало 2010 г. проживало 62,0% всего населения (589 359 чел.); в группе сельских районов (13 районов/улусов) – 30,8% (291 977 чел.), в арктической группе (12 районов/улусов) – 7,2% (68 011).

Изучение убыли численности населения республики с 1121,3 тыс. чел. в 1991 г. до 958,7 в 2010 г. (на 162,6 тыс. или на 14,5%) в разрезе групп районов выявило разные темпы уменьшения количества проживающих (табл.2). Численность населения промышленной группы районов, уменьшившись к 2005 г. на 92,1 тыс., затем имела тенденцию к росту и за изучаемый период человеческие потери составили более 75,2 тыс. чел. (11,2%). В сельской группе районов до середины 1990-х гг. сохранялась тенденция к приросту населения, но в последующем с 1995 до 2010 г. численность населения уменьшилась на 15,0 тыс.

Таблица 1

Территория и плотность населения в различных группах районов Республики Саха (Якутия)

Группа районов	Территория, тыс. км ²	Плотность населения, чел. на 1 км ²
Арктическая	1541,0	0,05
Сельская	541,4	0,97
Промышленная	1001,1	8,49

Таблица 2

Изменение численности населения в различных группах районов Республики Саха (Якутия) за 1991-2010 гг., тыс. чел.

Группа районов	1991	1995	2000	2005	2010	Убыль, абс. число (%)
Промышленная	670,0	628,4	590,2	577,9	594,8	75,2 (11,2)
Сельская	310,9	314,1	308,9	299,7	295,9	15,0 (4,8)
Арктическая	140,4	106,0	89,5	73,0	68,0	72,4 (51,6)
Республика Саха (Якутия)	1121,3	1048,5	988,6	950,7	958,7	162,6 (14,5)

СВФУ им. М.К. Аммосова: **ИВАНОВА Альбина Аммосовна** – к.м.н., доцент Медицинского института, iaa_60@mail.ru, **САВВИНА Надежда Валерьевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ФПОВ, **ПОТАПОВ Александр Филиппович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ, **ТИМОФЕЕВ Леонид Федорович** – д.м.н., зам. директора НИИ здоровья, проф. ФПОВ МИ СВФУ.

Таблица 3

Динамика показателей общей смертности в различных группах районов Республики Саха (Якутия) в 1991-2010 гг.

Группа районов	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Сельская	7,8	8,9	8,8	9,6	9,5	9,4	9,7	9,4	10,0	9,6	10,3	9,8	10,1	10,3	10,3	9,2	10,1	10,4	10,2	10,1
Промышленная	6,4	7,6	8,8	9,9	9,8	9,4	8,4	8,5	9,3	9,3	9,6	9,8	9,6	9,9	9,8	9,7	9,1	9,6	9,3	9,4
Арктическая	6,1	6,6	7,8	8,9	8,9	8,5	8,7	8,1	8,7	10,0	10,5	10,8	10,6	11,9	12,4	11,9	12,1	12,5	12,8	13,1
РС (Я)	6,9	7,9	8,8	9,9	9,8	9,3	9,0	8,9	9,5	9,7	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	9,7	9,7	10,1	9,8	9,8

чел. (4,8%). Наиболее интенсивный темп убыли населения в течение всего периода отмечен в арктической группе районов, где численность населения за 20 лет сократилась вдвое (с 140,4 до 68,0 тыс.).

Следует отметить, что в 90-х гг. XX в. в республике были зарегистрированы рекордные показатели миграционного оттока граждан. В 1990 г. впервые за ряд лет миграционный рост сменился миграционной убылью в 6,7 тыс. чел. Уже в следующем, 1991 г., миграционная убыль выросла в 4,6 раза и достигла 30,8 тыс. чел. Максимального значения миграционное снижение достигло в 1994 г. – 33,5 тыс. чел. Значительные объемы миграционного оттока связаны с общим социально-экономическим кризисом, переходом к рыночным отношениям, значительным удорожанием жизни на Севере, свертыванием и закрытием целого ряда предприятий, ликвидацией поселков и рядом других факторов. В результате социальных и экономических преобразований 90-х гг. были утрачены основные преимущества проживания в районах Крайнего Севера – высокая оплата труда, хорошее снабжение продовольствием и промышленными товарами, которые привлекали жителей других регионов страны и позволяли мириться с суровыми природно-климатическими условиями [1]. К 2010 г. миграционная убыль населения сократилась почти вдвое (в 1,9 раза), составив 17,7 тыс. чел.

Сравнительный анализ показателей общей смертности населения в динамике за 1991-2010 гг. выявил следующие моменты (табл. 3):

1. Сельская группа районов отличалась наиболее высокими показателями смертности (7,8-8,9 на 1000 нас.) по сравнению со среднереспубликанскими показателями (6,9-7,9) в 1991-1992 гг. и в 1997-1999 гг. (9,7-10,0 против 9,0-9,5). В дальнейшем, вплоть до 2010 г., коэффициент общей смертности населения держался на достаточно высоком уровне, уступая только арктическим районам, и составлял с некоторыми вариациями от 9,2 до 10,4. По сравнению с 1991 г. этот показатель

в данной группе районов увеличился к концу 2010 г. на 29,5% (с 7,8 до 10,1 на 1000 населения).

2. Промышленная группа была «лидером» в 1994-1996 гг. (от 9,4 до 9,9 на 1000), в течение всего остального времени коэффициент общей смертности в этих районах был ниже средних региональных показателей, а начиная с 2000 г. был и остается наименьшим среди всех районов республики.

3. В арктической группе с 1991 по 1999 г. (кроме 1997 г.) зарегистрированы самые низкие коэффициенты смертности (с 6,1 до 8,7 на 1000), несмотря на тенденцию к росту. Однако 2010 г. стал переломным, давшим старт ежегодному росту смертности, в результате чего в течение последних одиннадцати лет (2000-2010 гг.) арктические районы отличаются наиболее высоким коэффициентом смертности с размахом показателей от 10,0 до 13,1 на 1000 населения, причем линия тренда имеет четкую тенденцию к дальнейшему росту (рис. 1).

Если «сверхсмертность» мужского населения воспринимается сегодня как явление закономерное, то арктические районы отличаются высокой смертностью и женского населения (рис. 2, 3). Не будет преувеличением сказать, что именно эти районы в основном определяют неблагоприятную статистику по смертности в регионе. Арктические районы характеризуются на современном этапе и самыми худшими показателями смертности трудоспособного населения, где на их долю приходится более половины всех умерших, а уровень смертности в данной категории населения является самым высоким в республике (табл. 4).

В 1991 г. основными 6 классами причин смерти по республике являлись: 1) болезни системы кровообращения (БСК), 2) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов (внешние причины), 3) новообразования, 4) болезни органов дыхания (БОД), 5) болезни органов пищеварения (БОП), 6) симпто-



Рис. 1. Коэффициенты общей смертности населения в арктической группе районов и в РС (Я) (1991-2010 гг.)

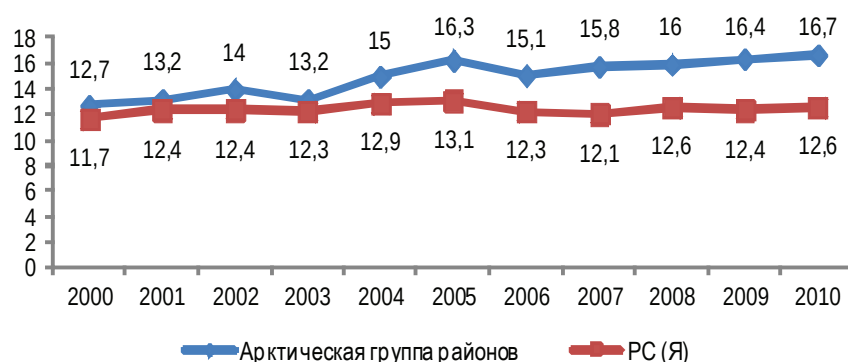


Рис. 2. Динамика коэффициента смертности мужского населения арктических районов Республики Саха (Якутия) в 2000-2010 гг. (на 1000 нас.)



Рис.3. Динамика коэффициента смертности женского населения арктических районов Республики Саха (Якутия) в 2000-2010 гг. (на 1000 нас.)

Таблица 4

Удельный вес трудоспособного населения в общей численности умерших и коэффициент смертности на 1000 нас. в различных группах районов РС(Я)

Группы районов	1991		1995		2000		2010	
	Уд. вес	На 1000 нас.	Уд. вес	На 1000 нас.	Уд. вес	На 1000 нас.	Уд. вес	На 1000 нас.
Сельская	38,3	5,5	41,2	7,3	40,2	6,9	45,0	7,5
Промышленная	48,2	4,9	54,0	8,3	48,7	6,8	46,7	6,6
Арктическая	50,0	4,9	57,7	8,3	54,5	8,9	54,6	11,8

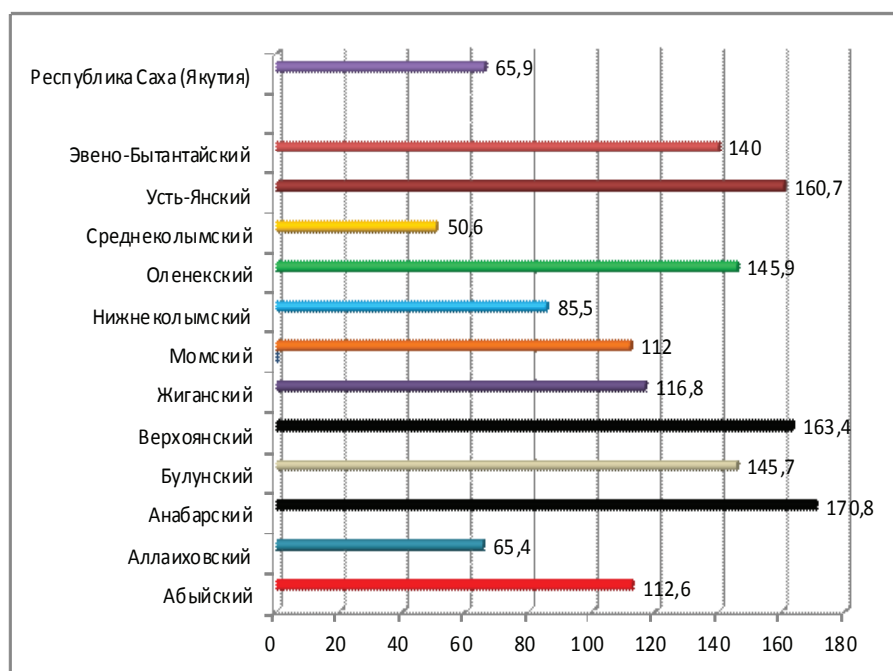


Рис.4. Смертность населения от отдельных причин смерти, связанных с употреблением алкоголя в арктической группе районов РС(Я) (на 100 тыс. населения)

мы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (неясные симптомы). Аналогичная ситуация наблюдалась в промышленной и сельской группах районов, кроме арктической, где 1-е место принадлежало внешним причинам (табл. 5).

Наиболее высокая смертность от первых пяти классов причин, по сравнению со средними показателями по республике, отмечена в сельской группе районов. В этой же группе отмечалась неблагоприятная ситуация по классам инфекционных и паразитарных болезней (20,6%, по РС (Я) – 14,2), болезней нервной системы (10,6 и 7,3), врожденных аномалий (19,3 и 10,5), болезней мочеполовой системы (16,4 и 9,9 соответственно).

В арктических районах коэффициент смертности от внешних причин в 1,2 раза превышал среднереспубликанский показатель (211,5 против 173,7), показатели смертности от новообразований, БСК и БОП были сравнительно низкие. В промышленных районах по всем классам причин смерти отмечались умеренные показатели, кроме психических расстройств и болезней эндокринной системы (4,3 и 8,1 на 1000 нас., в РС (Я) – 3,6 и 6,5. Здесь же отмечен наиболее низкий коэффициент смертности от неясных симптомов (13,1 против 19,7 в РС (Я)).

По данным 2010 г., по РС (Я) ранжирование первых 3 мест осталось неизменным, но на 4-е место вышли БОП, на 5-е – так называемые неясные симптомы, отеснив на 6-е место БОД (табл. 5). Следует отметить, что болезни органов дыхания среди основных причин смерти отошли с 4-го места по всем группам районов. Все чаще причиной смерти граждан являются неясные симптомы, которые в промышленных районах занимают 4-е место, а в арктических – 3-е, опережая смертность от новообразований (например,

Таблица 5

Смертность населения Республики Саха (Якутия) от различных причин в 1991, 2010 гг. (на 100 тыс. нас.)

Группы районов	1991						2010					
	Класс II	Класс IX	Класс X	Класс XI	Класс XVIII	Класс XIX-XX	Класс II	Класс IX	Класс X	Класс XI	Класс XVIII	Класс XIX-XX
Промышленная	108,3	228,3	32,4	26,9	13,1	167,7	126,4	463,6	36,1	36,1	40,0	172,1
Сельская	145,7	261,2	47,0	37,0	32,8	157,9	120,2	476,1	36,6	50,3	37,7	213,0
Арктическая	96,2	156,7	40,0	20,7	19,2	211,5	89,7	542,6	22,1	86,8	120,6	348,5
РС (Я)	119,7	232,8	38,1	29,4	19,7	173,7	120,7	469,5	34,9	55,7	44,7	195,4

Примечание. Класс II – новообразования, IX- болезни системы кровообращения, X – болезни органов дыхания, XI- болезни органов пищеварения, XVIII- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках, XIX-XX- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействий внешних факторов, внешние причины смерти.

в Верхоянском районе этот показатель равен 233,4‰, в Эвено-Бытантайском – 174,9, Аллаиховском – 163,4, Среднеколымском – 151,9) (табл. 3).

Кроме того, в сельской группе районов сохраняется тревожная ситуация по смертности от болезней нервной (37,0‰) и мочеполовой (8,2) систем, от состояний, возникающих в перинатальном периоде (8,6), и от врожденных аномалий (4,5), внешних причин (213,0), коэффициенты которых заметно превышают средние показатели по региону.

В арктических районах критическая ситуация по смертности от всех классов болезней (кроме новообразований, болезней органов дыхания и осложненной беременности, родов и послеродового периода), а коэффициент смертности от психических расстройств и расстройств поведения более чем в 6 раз превышает средний показатель по РС (Я) (17,6 против 2,8‰).

В промышленной группе районов коэффициенты смертности вполне сопоставимы со среднереспубликанскими по всем классам, за исключением небольшого превышения по отдельным причинам (новообразования, болезни эндокринной системы и органов дыхания и пищеварения).

Заключение. Таким образом, уровень смертности имеет существенные различия в разных медико-экономических группах районов проживания населения республики. При сопоставлении численности населения по вышеуказанным группам с коэффициентом общей смертности выявлена обратная пропорциональная связь: наиболее высокий показатель смертности по данным 2010 г. отмечен в самой малочисленной арктической группе районов – 13,1‰, а наиболее густонаселенные промышленные районы отличаются сравнительно низким коэффициентом смертности – 9,4. Следует отметить, что указанные группы районов значительно отличаются по параметрам экономического районирования. Относительно благополучные промышленные районы характеризуются более высоким уровнем социально-экономического развития, развитой транспортной инфраструктурой, удовлетворительной материально-технической базой лечебно-профилактических учреждений. Отличаются они и достаточным ресурсным обеспечением здравоохранения, как кадровым потенциалом, так и современной техникой и оборудованием, и, что является немаловажным, наличием врачебных кадров по всем специальностям. Существенным

моментом является расположение на территории этих районов крупных акционерных компаний, промышленных предприятий, имеющих возможность вносить значимый вклад в развитие местного здравоохранения.

Особенности функционирования системы здравоохранения в арктических районах в огромной степени диктуются исключительно сложными природно-климатическими условиями проживания людей. Но серьезные препятствия для эффективной деятельности лечебных учреждений создают не только огромная территория, отдаленность и труднодоступность населенных пунктов, несоответствие, а зачастую, и отсутствие транспортной инфраструктуры. Острой остается проблема укомплектованности медицинскими кадрами, прежде всего врачебными. Вопросы оснащения лечебно-диагностическим оборудованием в определенной степени решались в рамках Национального проекта «Здоровье» и модернизации здравоохранения, но сохранился дефицит квалифицированных врачей-специалистов для использования современной аппаратуры в полном объеме. Безусловно, перечисленные проблемы приумножаются общим невысоким уровнем социально-экономического развития районов арктической группы. Лидирующие внешние причины смертности населения на этих территориях по своей природе выходят за пределы ответственности здравоохранения и являются полем деятельности социальных служб, правоохранительных органов (убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем и т.д.).

В этой связи логично упомянуть и высокий уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, который в 2010 г. превысил среднереспубликанский показатель (65,9 на 100 тыс. нас.) в 10 арктических районах в 1,7-2,6 раза (рис. 4). Резерв снижения смертности населения определяется высокой долей трудоспособного населения, составляющей более половины умерших, так как проблема смертности в данной категории – это прежде всего вопрос предотвратимости. Превышение коэффициентов смертности от болезней эндокринной, нервной, мочеполовой систем, состояний, возникающих в перинатальном периоде, и от врожденных аномалий, также трехкратное «превосходство» коэффициента смертности от неясных причин (120,6‰ против 44,7) подчеркивают остроту проблемы диагностики и полноценного лечения.

В сельской группе районов в течение изучаемого периода по сравнению с 1990-ми гг. отмечены заметные позитивные сдвиги. По большинству классов причин смертности показатели соизмеримы со среднереспубликанскими. В связи с открытием Регионального сосудистого центра и ряда первичных сосудистых отделений ожидается снижение смертности от инфаркта миокарда и инсультов. Кроме того, в последние годы значительно активно проведено оснащение сельских ЛПУ медицинским оборудованием, есть сдвиги и в плане укомплектованности кадрами.

Потенциал снижения смертности населения есть во всех группах районов республики. По данным ВОЗ, современный уровень медицинской помощи позволяет практически исключить вероятность летальных исходов при большинстве инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания и пищеварения, особенно у лиц трудоспособного возраста [5]. D. Rustein и соавт. считают правомерным использование уровня предотвратимой смертности для оценки качества медицинской помощи [8]. По мнению других зарубежных исследователей, доля смертности от этих трех классов причин является важным ориентиром при оценке вклада здравоохранения в динамику и региональные особенности продолжительности жизни населения.

Литература

1. Возрастно-половой состав населения Республики Саха (Якутия): Информ.-аналитич. записка № 58. – Якутск: Изд. отдел Саха (Якутия)стата, 2008. – 51 с.
2. Age-sex composition of the Sakha Republic (Yakutia) population: analytical newsletter № 58. – Yakutsk: Publishing Dept. of Sakha (Yakutia) Statistics Office, 2008. – 51 p.
3. Возрастно-половой состав населения по улусам Республики Саха (Якутия): Стат. сборники за 1991-2010 гг. / Госкомстат Республики Саха (Якутия). – Якутск, 1991-2010 гг.
4. Age-sex composition of the Sakha Republic (Yakutia) population by regions: Statistical Reports for 1991-2010/ Sakha Republic (Yakutia) State Statistics Committee. – Yakutsk, 1991-2010.
5. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М., 2010. – С.120-139.
6. Zdrovie naseleniya regiona i priority zdravookhraneniya (Population Health and Priorities of Healthcare in the Region) / edited by Schepin O.P., Medik V.A. – Moscow, 2010. – pp.120-139.
7. Иванова А.Е. Влияние новых мер демографической политики на смертность населения / А.Е. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 4.
8. Ivanova A.E. Vliyanie novykh mer demographicheskoi politiki na smernost naseleniya (Effect of New Demographic Policy on Population Mortality) / A.E. Ivanova // Social Aspects of Public Health. – 2009. – № 4.

5. Роговина А.Г. Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С.10-14.

Rogovina A.G. Dinamika prezhdevremennoi i predotvratimoi smertnosti v Rossiyskoi Federatsii (Dynamics of Premature and Preventable Mortality in the Russian Federation) / Issues of Social Hygiene, Healthcare and History of Medicine. – 2006. – № 6. – pp.10-14.

6. Тимофеев Л.Ф. Здравоохранение территорий с низкой плотностью населения: на при-

мере Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев, В.Г. Кривошапкин. – Новосибирск: Наука, 2006. – 211 с.

Timofeev L.F. Zdravookhranenie territoriy s nizkoi plotnostiyu naseleniya: na primere Respubliki Sakha (Yakutia) (Healthcare in Areas with Low Population Density: the Sakha Republic (Yakutia) case): L.F. Timofeev, V.G. Krivoshapkin. – Novosibirsk: NAUKA, 2006. – 211 p.

7. Шабунова А.А. Региональные особенности смертности населения / А.А. Шабунова, Е.А. Чекмарева, Н.А. Рыбакова, М.В. Морев // Экономические и социальные перемены:

факты, тенденции, прогноз. – 2008. – № 1. – С. 105-116.

Shabunova A.A. Региональные особенности смертности населения / А.А. Шабунова, Е.А. Чекмарева, Н.А. Рыбакова, М.В. Морев // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз (Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast). – 2008. – № 1. – pp. 105-116.

8. Measuring the quality of medical care. A clinical method / D.D. Rutstein, W. Berenberg, T.C. Chalmers [et.al] // N. Engl. J. Med. – 1976. – Vol. 294. – P. 582-588.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

А.И. Сивцева, Т.С. Неустроева, М.А. Иванова, Е.Р. Петрова

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И ЕГО МЕСТО В СТРУКТУРЕ ХОБЛ

УДК 616.24, 616.23/25

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется слабо обратимым ограничением воздушного потока, обусловленного ремоделированием дыхательных путей, микро- и макровоспалением дыхательных путей. Традиционно ХОБЛ объединяет хронический бронхит и эмфизему легких. Разрушение стенки альвеол является отличительной чертой эмфиземы легких, что может быть связано с дисбалансом «протеазы – антипротеиназы», а также с такими механизмами, как оксидативный стресс, воспаление дыхательных путей и системное воспаление [27].

По классификации А. Н. Кокосова [21], хронический бронхит (ХБ) принято делить на две основные формы: ХБ без нарушения бронхиальной проходимости – необструктивный (ХНБ) и хронический бронхит с нарушением бронхиальной проходимости – обструктивный (ХОБ). В структуре ХОБЛ преобладает необструктивный бронхит (58-62%), затем идет обструктивный бронхит (18-28%), который в возрастных группах старше 50 лет составляет 40-50% [3, 22].

Хронический необструктивный бронхит представляет собой диффузное поражение слизистой бронхиального дерева, возникающее при длительном раздражении воздухоносных путей летучими поллютантами бытового

и производственного характера и при повреждении вирусно-бактериальной инфекцией с развитием воспалительного процесса (эндоbronхита). Это проявляется постоянным или периодически возникающим кашлем, обычно с выделением мокроты, не связанным с другими бронхолегочными процессами, или поражением других органов и систем. При необструктивном бронхите поражаются главным образом крупные (проксимальные) бронхи [29].

Хронический обструктивный бронхит обуславливает большой экономический ущерб за счет частой временной, ранней стойкой утраты трудоспособности и высокой смертности больных. Отсутствие общепринятого представления о сущности этого заболевания затрудняет современную постановку диагноза, а следовательно, и проведение эффективного лечения [18].

Для того, чтобы своевременно распознавать данное неуклонно прогрессирующее заболевание, проводят адекватную терапию и обучают этому практических врачей. Наряду с этим разрабатываются национальные и международные программные документы, получившие название консенсусов. Такой Консенсус по ХОБЛ был разработан и предложен президентом Общества пульмонологов России академиком РАМН А. Г. Чучалиным, принят 5-м Национальным конгрессом по заболеваниям органов дыхания в 1995 г. Согласно этому консенсусу, «хронический обструктивный бронхит – заболевание, характеризующееся диффузным неаллергическим воспалением бронхов, ведущее к прогрессирующему нарушению легочной вентиляции и газообмена по обструктивному типу

и проявляющееся кашлем, одышкой и выделением мокроты, не связанными с поражением других органов и систем». При постановке диагноза ХОБЛ важно учесть каждое составляющее этого определения [10].

Как известно, ХОБЛ характеризуется прогрессирующей обструкцией дыхательных путей и усиленной бронхоконстрикцией в ответ на неспецифические раздражители. Обструкция при ХОБЛ складывается из необратимого и обратимого компонентов. Необратимый компонент, как будет рассмотрено ниже, определяется деструкцией эластичной коллагеновой основы легких, фиброзом, изменением формы и облитерацией бронхиол. Обратимый компонент формируется вследствие воспаления слизистой оболочки бронхов, спазма гладкой мускулатуры и гиперсекреции слизи. Учитывая существование обратимого компонента в формировании ХОБЛ, очень важно составление и выполнение лечебной программы с использованием бронхолитических лекарственных средств. Дисфункция гладких мышц способствует развитию заболеваний органов дыхания, таких как хроническая обструктивная болезнь легких и легочная гипертензия. Эти заболевания могут сопровождаться гипертрофией гладкой мускулатуры сосудистых стенок дыхательных путей [28] и их пролиферацией и гиперреактивностью, а также связанными с ними формированием фиброза и реконструкции внеклеточной матрицы [20].

Преимущественно ХОБЛ развивается у пациентов старше 40 лет, с возрастом частота ХОБЛ увеличивается. Эпидемиологические исследования,

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова: СИВЦЕВА Анна Иннокентьевна – Д.М.Н., руковод. группы, sannai@inbox.ru, НЕУСТРОЕВА Татьяна Семеновна – К.М.Н., С.Н.С., sannai@inbox.ru, ИВАНОВА Марианна Адольфовна – М.Н.С., mariv.81@mail.ru, ПЕТРОВА Евгения Робертовна – М.Н.С., mariv.81@mail.ru.