

УДК 61

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ****Шарипова Н.С.***Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, e-mail: gavhar72@inbox.ru*

По инициативе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), начиная с 1998-го года, каждый первый вторник мая является международным днем астмы. По данным ВОЗ в мире страдают от астмы около трехсот миллионов человек [2, 4, 10, 11, 12, 19].

Ключевые слова: бронхиальная астма, заболеваемость, смертность**MEDICO-SOCIAL ASPECT OR THE DISEASE OF BRONCHIAL ASTHMA****Sharipova N.S.***Bukhara state medical Institute, Bukhara, e-mail: gavhar72@inbox.ru*

On the initiative of the world Health Organization (who), from 1998 onwards, every first Tuesday of may is the international day of asthma. According to who in the world suffer from asthma about three hundred million people [2, 4, 10, 11, 12, 19].

Keywords: bronchial asthma, morbidity, mortality

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей [1, 3, 5, 7, 21, 23].

Астма представляет глобальную проблему здравоохранения – по данным на 2008 год, в мире около 300 миллионов человек, страдающих этим заболеванием. В 1993 году Национальный институт сердца, легких и крови (NIHLB, США) совместно со Всемирной Организацией Здравоохранения (WHO) создал Рабочую группу, результатом деятельности которой стал Доклад рабочей группы – «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы», в рамках которого был представлен всесторонний план лечения астмы, направленный на снижение количества инвалидов и частоты преждевременных смертей от болезни. Данные «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» регулярно пересматриваются и обновляются. Также была разработана программа «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (Global Initiative for Asthma, GINA) для развития взаимодействия между врачами, лечебными учреждениями и официальными инстанциями с целью распространения информации о подходах к лечению больных астмой, а также для того, чтобы обеспечить внедрение результатов научных исследований в стандарты лечения. Для успешного распространения информации о подходах к лечению астмы была создана Ассамблея GINA, в которую вошли эксперты в области лечения бронхиальной астмы из многих стран. Задачей Ассамблеи стало проведение семинаров

с врачами и ведущими специалистами, а также выступления на международных и национальных симпозиумах. Кроме того, в 2001 году GINA стала инициатором проведения ежегодного Всемирного дня по борьбе с бронхиальной астмой (World Asthma Day). Опираясь на стандартизированные методы оценки распространенности астмы и заболеваний, сопровождающихся свистящими хрипами у детей и взрослых, эксперты утверждают, что распространенность бронхиальной астмы в разных странах мира колеблется от 1 до 18%. В некоторых странах распространенность заболевания увеличивается, а в других увеличивалась в недавнем прошлом, но на данный момент стабилизировалась [5, 9, 11, 16, 17, 22, 32].

По оценкам ВОЗ, ежегодно астма обуславливает потерю 15 миллионов так называемых DALY (Disability Adjusted Life Year – дословно «год жизни, измененный или потерянный в связи с нетрудоспособностью»), что составляет 1% от общего всемирного ущерба от болезней. По данным специалистов, в мире от астмы умирают 250 тысяч человек в год [4, 11, 14, 15, 18, 22].

Причины развития бронхиальной астмы являются сложными и взаимозависимыми. Например, генетическая предрасположенность к астме определяется как взаимодействием генов между собой, так и их взаимодействием с внешними факторами, к которым относят аллергены, вирусные инфекции, профессиональные сенсибилизаторы, курение табака (как активное, так и пассивное), загрязнение воздуха

внутри и снаружи помещений, питание). Существует взаимосвязь между развитием астмы и социально-экономическим статусом человека (в частности, астма больше распространена в развитых странах, чем в развивающихся; среди малообеспеченных слоев населения в развитых странах, чем среди обеспеченных; среди обеспеченных слоев населения в развивающихся странах, чем среди необеспеченных), которая, вероятно, отражает различия в образе жизни, например, в уровне контакта с аллергенами, а также в доступности медицинской помощи и т.п.

По данным отчета GINA «Ущерб от бронхиальной астмы в мире» (Global Burden of Asthma, 2004), страны с наибольшей распространенностью бронхиальной астмы – это Великобритания (частота бронхиальной астмы в популяции – от 18,4% до 15,3% в зависимости от региона), Новая Зеландия – 15,1%, Австралия – 14,7%, Ирландия – 14,6%, Канада – 14,1%, Перу – 13%, Тринидад и Тобаго – 12,6%, Коста-Рика – 11,9%, Бразилия – 11,4%, США – 10,9%, Фиджи – 10,5%, Парагвай – 9,7%, Уругвай – 9,5%, Израиль – 9%, Барбадос – 8,9%, Панама – 8,8%, Кувейт – 8,5%, Украина – 8,3%, Эквадор – 8,2%, ЮАР – 8,1%, Чехия – 8%, Финляндия – 8%, Мальта – 8%, Республика Берег Слоновой Кости – 7,8%, Колумбия – 7,4%, Турция – 7,4%, Кения – 7%, Германия – 6,9%, Франция – 6,8%, Норвегия – 6,8%, Япония – 6,7%, Швеция – 6,5%, Таиланд – 6,5%, Филиппины – 6,2%, ОАЭ – 6,2%, Бельгия – 6%, Австрия – 5,8%, Испания – 5,7%, Саудовская Аравия – 5,6%, Аргентина – 5,5%, Иран – 5,5%, Эстония – 5,4%, Нигерия – 5,4%, Чили – 5,1%. Распространенность астмы в России – 2,2% [30,31,32,33].

Цель исследования. Выявление медико-социальных аспектов бронхиальной астмы (на примере Ташкентской области).

Материалы и методы исследования

Методом наблюдения были изучены данные о распространенности, о состояниях инвалидности и смертности вследствие заболеваемости бронхиальной астмой. С целью изучения образа жизни, качества жизни, и причин вызывающих бронхиальную астму были обследованы 250 больных с бронхиальной астмой.

В исследование не были включены больные с бронхиальной астмой в стадии обострения, больные в острой стадии заболевания, а также больные которые находились в стационаре по поводу заболеваемости бронхиальной астмой в течении последних 4 недель.

Результаты исследования и их обсуждение

Отмечается рост заболеваемости бронхиальной астмой в районах и городах Ташкентской области из года в год. Например, заболеваемость в 2012 году (на 10 000 населения 11,03) по сравнению с 2005 (0,06) годом увеличилась в 1,3 раза. При анализе заболеваемости в городах и районах Ташкентской области их разделили на 3 группы:

I-группа – местность, где наиболее распространена бронхиальная астма. К ней относятся Янгийуль, Оккургон, Чиноз, Паркент, Зангиота и Бустонлик районы (на 10 000 населения 13,0 и выше).

II-группа – местность где бронхиальная астма распространена в среднем, к ней относятся Бекобод, Бука, Кибрай, Куйичирчик, Уртачирчик районы (на 10 000 населения 8,01-12,9).

III-группа – местность, где наименьше распространена бронхиальная астма: Олмалик, Ангрэн, г. Бекобод, Чирчик, Юкори-чирчик, Охангарон, Пискент районы.

Анализ полового различия заболеваемости бронхиальной астмой показал наибольшую заболеваемость среди женщин чем у мужчин (54,2:45,8), а также она больше встречается у лиц трудоспособного возраста (таблица).

Распространенность бронхиальной астмы по возрасту (на 10 000 населения)

Годы	До 18 лет	18–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60 лет и старше	Всего
2005	1,19 ± 0,12	4,95 ± 0,33	12,03 ± 0,62	18,54 ± 0,82	23,04 ± 0,99	18,30 ± 0,91	9,06 ± 0,84
2006	1,44 ± 0,13	4,74 ± 0,32	11,45 ± 0,60	18,73 ± 0,81	23,51 ± 0,98	16,75 ± 0,84	9,15 ± 0,82
2007	1,51 ± 0,14	5,29 ± 0,33	12,30 ± 0,62	20,50 ± 0,84	25,34 ± 1,01	17,76 ± 0,86	
2008	1,67 ± 0,14	0,02 ± 0,34	12,00 ± 0,01	20,48 ± 0,83	24,91 ± 0,98	19,70 ± 0,93	10,33 ± 0,86
2009	1,68 ± 0,14	5,94 ± 0,35	12,66 ± 0,61	20,66 ± 0,81	24,28 ± 0,95	19,89 ± 0,92	10,41 ± 0,86
2010	1,80 ± 0,15	6,46 ± 0,36	13,25 ± 0,60	20,48 ± 0,80	24,75 ± 0,95	20,63 ± 0,92	10,74 ± 0,87
2011	1,88 ± 0,15	7,69 ± 0,39	14,85 ± 0,65	22,76 ± 0,86	26,29 ± 0,98	21,23 ± 0,91	11,63 ± 0,82
2012	2,05 ± 0,16	7,68 ± 0,38	15,16 ± 0,65	22,05 ± 0,83	26,16 ± 0,97	21,68 ± 0,92	11,93 ± 0,92
В среднем	1,65 ± 0,14	6,10 ± 0,35	13,04 ± 0,62	20,52 ± 0,82	24,78 ± 0,98	19,49 ± 0,90	10,40 ± 0,85

Показатели инвалидности от бронхиальной астмы – $1,42 \pm 0,3$ (на 10 000 населения). Инвалидность составляет: в районах Зангиота – $(2,89 \pm 0,4)$, Кибрай $(2,71 \pm 0,4)$, Оккургон $(2,72 \pm 0,5)$, Чирчик $(2,63 \pm 0,4)$, Чиноз $(1,74 \pm 0,4)$, Куйичирчик $(1,84 \pm 0,4)$, а также в г.Бекобод $(1,66 \pm 0,4)$. Инвалидность от бронхиальной астмы с детства составляет 2,1% от всей инвалидности, в 16-39 лет – 14,7%, 40-60 лет – 83,2%.

Распределение инвалидности по группам: II-группа 80,8% (в том числе, мужчины 22,0%, женщины 78,0%), III-группа 19,2% (мужчины 43,6%, женщины 56,4%). Среди всех работающих социальных групп инвалиды II-группы составили – 87,8% (мужчины – 45,6%, женщины – 54,4%).

Смертность от бронхиальной астмы в разрезе области составляет 0,98 (на 1000 000 населения). Эта равна 0,8% всех заболевших бронхиальной астмой. Показатели смертности от бронхиальной астмы оказалась выше в районах: Куйичирчик $(5,12 \pm 2,3)$, Кибрай $(2,65 \pm 1,2)$, Уртачирчик $(2,23 \pm 1,1)$, Юкоричирчик $(1,64 \pm 1,2)$.

При анализе образа жизни больных бронхиальной астмой: 61% больных составляет женщины, по возрасту составляет: до 20 лет – 2,4%, 20-24 лет – 5,2%, 25-29 лет – 3,2%, 30-39 лет – 17,6%, 40-49 лет – 30,0%, 50 и выше – 41,6%. Были выяснены, что родственники у 35,6% больных болели бронхиальной астмой (в том числе, 18% – отцы, 9,20% – матери, 5,2% – бабушки и 3,2% – дедушки). В анамнезе 29,6% больных бронхиальной астмой переболели острой респираторной инфекцией от 1 до 4 раз и более, в 54,0% случаев – 2-3 раза, в 16,4% – 1 раз в год. При анализе социального статуса больных бронхиальной астмой – 24,5% больных составили рабочие, 17,6% – служащие, 11,6% – сельские работники, 24,5% – домохозяйки, 15,0% – пенсионерлар, 2,3% – студенты, 4,6% – инвалиды, 1,9% – представители других специальностей. У 19% работающих – нормальный рабочий день, у 42,8% – нормированный рабочий день, у 31,3% рабочий день связан с профессиональными вредностями, у 6,9% – рабочий день без профессиональных вредностей. Среди работающих 29,2% составляет сотрудники производственных предприятий, работники сельских хозяйств – 32,0%, работники автотранспорта – 5,4%. Общий стаж у 75,5% работающих составил 9 и более лет.

При возникновении бронхиальной астмы роль домашней и бытовой пыли составляет 38,0%, домашние животные, покрытые шерстью – 12,8%, растительные пыли и споры грибов – 8,8%, ОРВИ – 40,4.

При оценке по пятибалльной системе степени удовлетворенности больных качеством жизни выявлены у 14,4% степень удовлетворенности – 5 баллов, у 39,6% – 4 балла, у 39,2% – 3 балла, у 4,4% – 2 балла, у 2,4% – 1 балл.

При анализе вредных факторов у 6,4% больных отмечены вредные привычки в виде курения, у 30,8% принимают только алкогольные продукты.

Состояние среды в семье тоже оказало свое влияние на здоровье больных бронхиальной астмой. В семье у 80% заболевших бывали разногласия, у 24,8% больных – психологическое состояние в семье было очень плохое.

При оценке состояния здоровья: 13,2% отмечают плохое самочувствие, 13,2% – очень плохое самочувствие, у 61,6% отмечают среднее состояние самочувствия. У 84,6% обследованных ограничены физические упражнения (бег, подъем тяжести, подъем по лестнице и т.д.). 89,2% больные страдают от боли, 90,8% больные не занимаются нормальной деятельностью.

Эмоциональное состояние больных также оказало отрицательное воздействие на качество жизни. У 88,4% больных отмечены чувство страдания, апатия, нервозность.

При изучении медицинской грамотности больных выявлены у 12,8% больные интересуются и читают медицинские новости, 51,2% читают общемедицинские брошюры и медицинские журналы, 36,0% в общем не интересуются медицинской литературой. Большинство больных (48,8%) получают информацию о состоянии здоровья от телепередач, (2,8%) – от общемедицинских источников, (13,6%) – от лекции на работе, (27,2%) – от бесед медицинских работников, (7,6%) – от знакомых и родственников.

При анализе отношения больных бронхиальной астмой к медицинскому осмотру выяснено, что всего 66% в течении последних 2-3 лет прошли полное медицинское обследование. При выяснении мнения больных к медицинскому обслуживанию 60,0% больные удовлетворены медицинской службой, 14% лечатся самостоятельно, остальное почти не обращаются в медицинские учреждения.

Выводы

1. Заболеваемость бронхиальной астмой в Ташкентской области растет. Показатель заболеваемости составляет $10,4 \pm 0,80$ на 10 000 населения. В районах Янгийул, Оккургон, Чиноз, Паркент, Зангиота, Бустонлик показатель заболеваемости намного выше чем в других районах области. Заболеваемость бронхиальной астмой выше у женщин чем у мужчин $(54,2:45,8)$.

2. Инвалидность от бронхиальной астмы приходится на самую активную часть населения. Между рабочим стажем и степенью инвалидности существует прямая средняя корреляционная зависимость. Инвалидность среди женщин выше чем среди мужчин (33:67).

3. У большинства больных бронхиальной астмой (35,6%) существует наследственная предрасположенность. У больных неправильно организован режим работы, длительные вредные привычки стали толчком развития бронхиальной. Психологическая среда семьи стала причиной возникновения заболевания, в том числе 24,8% респондентов отмечают плохой психологический климат в семье. А также у большинства больных отношение к своему здоровью, и к медицинским процедурам не серьезное.

Список литературы

1. Архив рубрики «История болезни астма» (рус.). Архивировано из первоисточника 18 августа 2011. Проверено 1 ноября 2010.
2. Барановская Т.В. Лечение обострений бронхиальной астмы. – М., 2009. – 354 с.
3. Барановская Т.В. Лечение обострений бронхиальной астмы. Архивировано из первоисточника 18 августа 2011. Проверено 27 ноября 2008.
4. Бронхиальная астма – проблемы и достижения. По материалам 15-го ежегодного конгресса европейского респираторного общества // «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология». Издательский дом «Здоров'я України». – 2008. – № 1.
5. Бронхиальная астма – проблемы и достижения. По материалам 15-го ежегодного конгресса европейского респираторного общества // «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология». Издательский дом «Здоров'я України». – 2007. – № 1.
6. Бронхиальная астма в таблицах и схемах: С.Н. Авдеев – Москва, Атмосфера, 2009. – 48 с.
7. Бронхиальная астма. Все, что нужно знать: Джон Эрз – Санкт-Петербург, АСТ, Астрель, 2008. – 80 с.
8. Бронхиальная астма. Лечение народными средствами: А. Максимова – Москва, Феникс, 2008. – 192 с.
9. Бронхиальная астма. Современные подходы к диагностике и лечению: М.В. Вершинина, И.В. Друк, И.А. Ратынская, А.А. Охрименко – Москва, Феникс, 2007. – 128 с.
10. Бронхиальная астма. Современный взгляд на лечение и профилактику: В.Н. Стручкова – Москва, ИГ «Весь», 2008. – 160 с.
11. Бронхиальная астма. Формула успеха: врач плюс больной: Г.В. Болотовский. – Санкт-Петербург, Невский проспект, 2007. – 160 с.
12. Бронхиальная астма: – Санкт-Петербург, АСТ, Сова, 2008. – 128 с.
13. Бронхиальная астма: Г.В. Болотовский – Москва, Омега, 2007. – 176 с.
14. Бронхиальная астма: П.А. Фадеев – Москва, Оникс, Мир и Образование, 2010. – 160 с.
15. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы // под ред. Чучалина. – М: «Атмосфера», 2007. – 104 с.
16. Исаев Ю., Мойсюк Л. Бронхиальная астма. Конвенциональные и неконвенциональные методы лечения. – М: «КУДИЦ-ПРЕСС», 2008. – 168 с.
17. Княжеская Н.П. Аспириновая бронхиальная астма и антагонисты лейкотриенов // РМЖ. – 2008. – Т. 8. – № 12.
18. Княжеская Н.П., Потапова М.О. Глюкокортико-стероидная терапия бронхиальной астмы // Consilium-Medicum. – 2008. – Т. 3. – № 4.
19. Назаров А.А., Ирсадиева Ф.Х., соавт. Бронхиальная астма // Руководство по профилактике и лечению. Ташкент. – 2006. – С. 136.
20. Овчаренко С.И. Бронхиальная астма: диагностика и лечение. – РМЖ, 2009. – Т. 10. – № 17.
21. Олейников В.Э., Бондаренко Л.А., Герасимова А.С. Бронхиальная астма. Учебно-методические рекомендации. – Пенза: Изд-во ПГУ, 2008. – 59 с.
22. Терещенко С.Ю., Смирнов Н.А., Бычковская С.В., Буйнова С.Н., Голосова Т.Г., Петрова И.В. Эффективность различных режимов поддерживающей противовоспалительной терапии при легком/среднетяжелом течении бронхиальной астмы. Результаты проспективного многоцентрового рандомизированного исследования кадет // Аллергология. – 2008. – № 7.
23. Углева Е.М., Петрова М.А., Разумовская Т.С. Возможности математического прогнозирования риска возникновения бронхиальной астмы. – 2008. – № 2. – С. 63–68.
24. Углева Елена Михайловна. Возможности раннего прогнозирования риска развития бронхиальной астмы. Диссертация на соискание звания кандидата медицинских наук. 14.00.43. – ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет», 2007. – 172 с.
25. Федосеев Г.Б. Классификация бронхиальной астмы. Вклад академика А.Д. Адо и профессора П.К. Булатова в формирование представления о бронхиальной астме. Архивировано из первоисточника 18 августа 2011. Проверено 4 декабря 2008.
26. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И. Бронхиальная астма. – М.: Издательство: Нордмедиздат, 2009. – 308 с.
27. Федосеев Г.Б. Концептуальная схема бронхиальной астмы с аллергическим патогенезом заболевания / Проблемы этиологии, патогенеза, клиники и лечения бронхиальной астмы / Под. ред. Г.Б. Федосеева. – Л., 2007. – С. 9–13.
28. Феценко Ю.И. Основные принципы современного лечения бронхиальной астмы.
29. Цой А.Н., Архипов В.В. Бронхиальная астма. Комбинированная терапия бронхиальной астмы: перспективы гибкого дозирования препарата. // Consilium-Medicum. – 2007. – Т. 4. – № 7.
30. Черняк Б.А., Воржева И.И. Агонисты beta2-адренергических рецепторов в терапии бронхиальной астмы: вопросы эффективности и безопасности // Consilium-Medicum. – 2009. – Т. 8. – № 10.
31. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. – 2009.
32. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма // Рус. мед. журн. – 2008. – № 2. – С. 7–10.
33. Debelie M. Besonderheiten des Asthmas bei Kindern und Jugendlichen//Atemwegs – Lungen Kr.-2007.- Bd.18.-S.980-987.