

лась у 97,1% больных ПБ, у больных ХОБЛ – только в 54,5% наблюдений ($p<0.001$).

Установлена достоверная зависимость численности больных профессиональным бронхитом от доли проб воздуха рабочей зоны с превышением ПДК на пары и газы ($r=0,87$; $p<0.05$) и на пыль и аэрозоли ($r=0,94$; $p<0.01$).

На момент освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы работающими являлись 35,3% больных ПБ и 5,4% больных ХОБЛ ($p<0.001$).

Анализ других факторов, формирующих ограничения жизнедеятельности и социальную недостаточность среди наблюдаемого контингента, выявил следующее.

Больные ХОБЛ достоверно чаще имеют неблагоустроенное жилье ($p<0.001$). Вредные привычки в обеих группах больных встречались примерно с одинаковой частотой. Наличие хронических бронхолегочных заболеваний у родителей и близких родственников, а также перенесенные в детстве хронические заболевания органов дыхания, требующие диспансерного наблюдения, достоверно чаще встречались в группе больных хронической обструктивной болезнью легких ($p<0.001$).

Диспансерное наблюдение при ПБ проводится профпатологом, тогда как при ХОБЛ – пульмонологом ($p<0.01$). Диагноз ПБ достоверно чаще устанавливался профпатологом, ХОБЛ – пульмонологом ($p<0.001$). Необходимость в лечении в пульмонологическом отделении стационара в период обострения заболевания достоверно чаще отмечалась у больных ХОБЛ, в отделении профпатологии – у больных ПБ ($p<0.001$).

При ХОБЛ различной этиологии ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность определяются:

- отсутствием работы ($\mu^2=28,5$; $p<0.001$);
- причинами отсутствия работы (пребывание на инвалидности, пенсионный возраст, временное отсутствие работы) ($\mu^2=7,7$; $p<0.001$);
- местом проживания (г. Омск или районы области) ($\mu^2=11,9$; $p<0.001$);
- благоустроенностью жилья ($\mu^2=6,2$; $p<0.05$);