При относительно благоприятном клиническом прогнозе достоверно выше доля мужчин, страдающих ХОБЛ (p<0.05). Частота развития эмфиземы легких также достоверно выше при ХОБЛ (p<0.001).

При сомнительном клиническом прогнозе достоверно выше доля лиц, страдающих ХОБЛ и нуждающихся в стационарном лечении в период обострения заболевания (p<0.05).

При неблагоприятном клиническом прогнозе достоверности различий ни по одному клиническому признаку не выявлено (p>0.1).

У больных ПБ и ХОБЛ выявлена прямая зависимость степени выраженности ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности от степени выраженности функциональных нарушений. Утяжеление проявлений дыхательной недостаточности при обеих формах заболеваний приводит к увеличению числа больных с более тяжелыми проявлениями ограничений жизнедеятельности (р<0.001) и наличием социальной недостаточности (р<0.001).

При отсутствии проявлений дыхательной недостаточности достоверно выше доля больных ПБ со среднетяжелым течением заболевания (p<0.001), наличием эмфиземы легких (p<0.001) и доля лиц, страдающих ХОБЛ с легким течением заболевания (p<0.001).

При дыхательной недостаточности I степени достоверно выше доля больных ХОБЛ с эмфиземой легких (p<0.001).

При дыхательной недостаточности IIA степени достоверно выше доля больных ПБ со среднетяжелым течением заболевания (p<0.001) и больных ХОБЛ с тяжелым течением заболевания (p<0.01), а также лиц с ограничением способности к трудовой деятельности 1 степени и социальной недостаточностью из числа больных ХОБЛ (p<0.01).

При дыхательной недостаточности IIБ степени достоверно выше доля больных ХОБЛ с тяжелым течением заболевания (p<0.05), хроническим легочным сердцем в стадии компенсации (p<0.05), с ограничениями способности к трудовой деятельности 3 степени и самообслуживанию 1 степени (p<0.001). При этом выше также доля больных профессиональным бронхитом со среднетяжелым течением заболевания (p<0.05), частотой обострений за-