

А.Г.Чучалин

БЕЛАЯ КНИГА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

“Белая книга” является научно-аналитическим обзором, в данном контексте он посвящен болезням органов дыхания в России. Подобного рода обзоры стали популярны в последние годы. Достаточно привести в качестве примера регулярный выпуск “Белой книги” немецкого общества врачей-пульмонологов. Европейским респираторным обществом (2003 г.) в настоящее время подготовлен специальный выпуск, в котором впервые представлены данные по России. Хотя следует подчеркнуть, что первый выпуск “Белой книги” в России был осуществлен в 2000 г. За прошедший трехлетний период после первого выпуска в респираторной медицине произошли большие перемены. Они коснулись практически всех основных разделов этой области медицинских знаний, что и явилось основной причиной, побудившей подготовить новое издание.

Характер научно-аналитического обзора, который представлен в “Белой книге”, имеет целый ряд особенностей. Он рассчитан не только на специалистов в области респираторной медицины, но также на организаторов здравоохранения, общественных деятелей, студентов медицинских вузов. Основная задача обзора состоит в том, чтобы повысить внимание общества к конкретной области здравоохранения, в данном случае к таким важным заболеваниям, как пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, профессиональные болезни, рак легких, экологически обусловленные болезни дыхательной системы и др. Поставленная задача диктует определенные формы изложения материала. Анализируется большая группа заболеваний, которые имеют разные закономерности развития, клинические проявления и применяемые методы лечения; они по-разному влияют на социальное и экономическое бремя в обществе. Сложность задачи состоит еще и в том, чтобы анализ отвечал принципам гармонизации и выводил на приоритетные позиции наиболее важные аспекты той или иной проблемы респираторной медицины. Наконец, второй выпуск “Белой книги” закладывает прогрессивные принципы анализа болезней органов дыхания в России.

Книга состоит принципиально из двух разделов. Первый раздел посвящен основным положениям по-

литики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и содержит основные положения как по группе инфекционных, так и неинфекционных заболеваний дыхательной системы. Основная часть книги содержит данные по России, которые в большинстве случаев сравниваются с международными эпидемиологическими исследованиями. Таким образом, основными информационными источниками, которые легли в основу проведенного анализа, явились доклады ВОЗ, годовые доклады Минздрава РФ, научные публикации Европейского респираторного общества, Американского торакального общества и Российского общества врачей-пульмонологов.

Комиссия экспертов ВОЗ, которую возглавил проф. *Murray*, составила прогноз до 2020 г. по распространенности заболеваний. В докладе ВОЗ приводятся данные о том, что ожидается снижение смертности от таких заболеваний, как инфаркт миокарда, инсульт, туберкулез и др. Однако ожидается дальнейший рост числа больных хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой. В докладе подчеркивается, что социальное бремя, связанное с группой хронических заболеваний дыхательных путей, будет возрастать, в отличие от многих других распространенных заболеваний. Эпидемиологические исследования, которые были проведены по инициативе ВОЗ, свидетельствуют, что уже сегодня хронические обструктивные заболевания дыхательных путей входят в число четырех наиболее распространенных, т.е. наряду с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом составляют лидирующую группу заболеваний.

Многочисленна группа болезней дыхательной системы, некоторые из которых относятся к раритетам, как, например, лимфоангиолеймиоматоз и некоторые другие, или же группа идиопатических заболеваний (фиброзирующий альвеолит и некоторые другие). Согласно докладу ВОЗ, посвященному состоянию здоровья (2000 г.), пять заболеваний легких в 17,4% случаев являются причиной смертельных исходов и в 13,3% определяют высокий уровень потери дней нетрудоспособности и инвалидность (в англоязычной аббревиатуре: *DALY — disability-adjusted life years*). Ниже приводятся данные из доклада ВОЗ (2000 г.):

Болезни	Смертность, %	DALY
Инфекционные заболевания дыхательных путей	7,2	6,7
ХОБЛ	4,8	2,6
Туберкулез	3,0	2,3
Рак легкого/бронхов/трахеи	2,1	0,8
Бронхиальная астма	0,3	0,9

Представленные экспертами ВОЗ данные имеют несомненный интерес, так как позволяют сформировать политику здравоохранения как на глобальном уровне, так и в каждой отдельно взятой стране. Особого внимания заслуживает группа заболеваний, в основе которых лежит инфекционный процесс дыхательных путей или же легочной паренхимы. Необходимо подчеркнуть, что при пневмониях сохраняется высокий уровень летальности. Особенно большую тревогу вызывает высокая смертность при госпитальных пневмониях и пневмониях блоков интенсивной терапии. В 2002–2003 гг. наблюдалась пандемия тяжелого острого респираторного синдрома, при которой уровень летальности достигал приблизительно 10%, что характерно для тяжелых приобретенных пневмоний. Если суммировать группу болезней, при которых инфекционный процесс в дыхательных путях играет ведущую патогенетическую роль, то смертность превысит 15% и инвалидность (DALY) 12% от пневмонии, туберкулеза и хронической обструктивной болезни легких. Эти данные подтверждают лидирующую роль болезней дыхательной системы в формировании высокого социального бремени и высокой смертности. Факторы, которые оказали влияние на распространенность хронических заболеваний легких, включают демографические процессы, уровень доходов на одного человека, табакокурение, промышленные поллютанты, загрязнение окружающей среды, значительный рост популяции сенсibilизированной к аллергенам внешней среды, жилых помещений. К факторам риска развития заболеваний дыхательной системы также следует отнести новорожденных с низкой массой тела, ранние и повторяющиеся инфекционные заболевания детей. В последние годы внимание привлекается к экспрессионной генетике, с позиций которой изучаются процессы взаимоотношения генома человека и факторов окружающей среды.

Эксперты ВОЗ исходят из того, что в современном обществе уделяется недостаточное внимание проблемам, связанным с заболеваниями дыхательных путей. Ниже приводится более детальный анализ причин, которые сдерживают развитие обществ стратегий профилактики легочных заболеваний.

1. Улучшение качества оказания врачебной помощи, включая и бедные слои населения. Общество должно уделять больше внимание образовательным программам населения по заболеваниям

органов дыхания. Большую тревогу вызывает низкий уровень санитарии, который всегда приводит к распространению болезней органов дыхания; плохое развитие инфраструктуры общества.

2. Факторы окружающей среды, к которым следует отнести табакокурение, агрессивные поллютанты, такие как диоксиды серы, азота, частицы черного дыма, озон и другие, а также плохое несбалансированное питание.
3. Можно привести примеры, когда отдельные правительственные структуры не уделяют должного внимания респираторной медицине, в то время как данные медицинской статистики, эпидемиологические исследования свидетельствуют о чрезвычайной актуальности этой проблемы. Так, повсеместно в мире происходит значительный рост числа больных хроническими респираторными заболеваниями, растет инвалидность и смертность при данной патологии.
4. Значительно изменились современные требования к врачу, который занимается проблемами респираторной медицины. В круг профессиональных знаний врача-пульмонолога входят болезни инфекционной природы, аллергические, онкологические, идиопатические заболевания, а также интенсивная пульмонология. Врач должен хорошо владеть методологией профилактики значительной группы легочных заболеваний.
5. Большую роль следует придавать широкому внедрению клинических рекомендаций. Однако следует учитывать, что создать универсальный документ является малоосуществимой задачей, так как государства имеют разный уровень экономического развития, существенно разнятся историей развития медицинской науки в своих странах и некоторые другие факторы, которые препятствуют созданию единых клинических рекомендаций.
6. В мире существует разная система организации оказания медицинской помощи. В отдельных государствах здравоохранение построено на принципах социально-ориентированного (Германия, Испания и др.), в противоположность этим существуют страны, в которых превалирует частный сектор (США и другие страны). Многообразие в системе социального устройства здравоохранения затрудняет выработку единого подхода в рекомендациях ВОЗ.
7. Особую роль играет разработка списка жизненно необходимых лекарственных средств в области респираторной медицины. Необходимо подчеркнуть роль высокоэффективных лекарственных препаратов.
8. Большую роль играет образование пациента в том, чтобы достичь высокого уровня согласия и приверженности с его стороны как в профилактике, так и лечение легочного заболевания.
9. Альтернативная медицина служит предметом дискуссии, однако большой человек доверяет ей в ряде случаев больше, чем официальной.

10. Наконец, следует указать на возрастающую роль эпидемии туберкулеза и ВИЧ-инфицированной популяции.

В последние 10 лет ВОЗ инициировала развитие целого ряда глобальных проектов, некоторые из них оказались весьма эффективными. В качестве удачного глобального проекта приводится программа по борьбе с бронхиальной астмой (*GINA*, 2002 г.). В настоящее время существует 7 проектов ВОЗ в области респираторной медицины.

Большое внимание ВОЗ уделяет организации эффективной борьбы с табакокурением. Позиция ВОЗ исходит из факта пандемии табакокурения, которое относится к одному из наиболее агрессивных факторов риска в развитии большой группы заболеваний у человека, включая и болезни органов дыхания. Злоупотреблению наркотическими средствами и алкогольными напитками предшествует табакокурение. Инициатива ВОЗ объединена проектом «Общество свободное от табака, *Tobacco Free Initiative*».

В конце 90-х годов появился первый проект, в котором рассматривались принципиально новые подходы к возможной профилактике аллергических заболеваний. Это тема является предельно сложной, так как осуществить эффективные профилактические программы пока не удается. С другой стороны, отмечается значительный рост числа больных, страдающих аллергическими заболеваниями. Однако следует подчеркнуть, что поставленная ВОЗ задача является побуждающей к тому, чтобы искать более эффективные подходы к первичной профилактике аллергических заболеваний.

В течение последних 10 лет было выпущено 2 издания проекта *GINA*, которые способствовали развитию национальных программ по лечению больных бронхиальной астмой. Следует указать, что Россия оказалась первой страной в мире по внедрению детской программы по борьбе с бронхиальной астмой. К этим программам близко стоит проект по аллергическому риниту, который часто предшествует развитию более сложных аллергических заболеваний.

Большой резонанс вызвала программа по борьбе с обструктивными заболеваниями органов дыхания (*Global Initiative for Obstructive Lung Disease — GOLD*). Впервые в истории медицинской науки и клинической практике эта форма легочной патологии была поставлена на такой высокий уровень. За короткий промежуток времени выходит третье издание официального документа ВОЗ, посвященного проблеме обструктивных болезней органов дыхания. В практическом преломлении это достаточно сложная проблема, так как она требует дифференциального диагноза с бронхиальной астмой.

ВОЗ уделяет большое внимание программам, направленным на снижение их зависимости от факторов окружающей среды. Одна из глобальных инициатив ВОЗ направлена на снижение загрязнителей в окружающей среде и числа больных с заболеваниями органов дыхания.

Особое место занимает программа ВОЗ, направленная на защиту дыхательной системы взрослого человека (*Adult Lung Health Initiative*), целью которой является развитие профилактических программ, по повышению защитных иммунологических свойств дыхательных путей. Защитив дыхательные пути от повреждения и развития воспалительных реакций со стороны морфологических структур легких, тем самым можно добиваться качественного улучшения показателей здоровья. Многие функциональные системы человеческого организма находятся в прямой зависимости от того, в каком состоянии находится респираторная система человека.

Программы ВОЗ преследует определенную систему в оценке их эффективности. В этом процессе наибольшее значение придается контролю над уровнем заболеваемости и распространенности болезней органов дыхания. Наглядным примером может служить регулярное представление ВОЗ в течение марта–июня 2003 г. кумулятивных данных по распространению тяжелого острого респираторного синдрома (*SARS*), что позволило в предельно короткие сроки наладить эффективно работающую карантинную службу и способствовать локализации инфекционного заболевания, вызванного новым штаммом коронавируса. Эффективность программ оценивается также по снижению числа смертельных исходов, уровню факторов риска, социальному бремени заболевания и качеству жизни больного человека.

Таким образом, впервые в истории медицинской науки поставлена задача разработать стратегию первичной, вторичной и третичной профилактики основных групп болезней органов дыхания. Официальная политика ВОЗ поддержана Европейским респираторным обществом и Американским торакальным обществом как наиболее авторитетными научными международными врачебными обществами врачей-пульмонологов.

Пульмонология в России

Пульмонология как научная, так и практическая специальность появилась в России относительно недавно. Более 35 лет назад открылись первые пульмонологические центры. Большую роль в развитии практической пульмонологии сыграли проф. *Е.С.Брусилловский*, который стоял у истоков краевого центра в Красноярске; проф. *А.И.Борохов*, один из ведущих клиницистов страны, организовавший Центр респираторной медицины в Смоленске. С открытием Всесоюзного института пульмонологии в Ленинграде, чему способствовала активная деятельность акад. АМН СССР *Ф.И.Углова*, врачи-пульмонологи получили равные права уже с признанными в стране такими специальностями, как врачи-кардиологи, онкологи, эндокринологи, гастроэнтерологи и др. Особое место в истории современной отечественной пульмонологии играет Центр респираторной медицины в Екатеринбурге (Свердловск). Он стал развиваться вскоре после второй мировой войны и благодаря

усилиям проф. *И.Л.Шелутко* стал одним из первых диагностических пульмонологических центров бывшего СССР. С созданием этого центра у практического здравоохранения страны появились возможности качественно повысить уровень диагностики рака легкого и некоторых редких заболеваний дыхательных путей. В центре были объединены такие специальности, как торакальный хирург, пульмонолог, аллерголог, реабилитолог, морфолог, специалист по интенсивной терапии в пульмонологии. Это было прогрессивным решением и соответствовало мировым тенденциям развития пульмонологии. К большому сожалению, сегодня приходится констатировать, что этот этап развития пульмонологического специализированной службы затянулся и не приобрел динамического развития.

Новый этап развития современной пульмонологии в России связан с открытием Института патофизиологии дыхания в Благовещенске, который создавался и организовывался при непосредственном участии акад. РАМН *М.Т.Луценко*. Институт играет важную роль в организации пульмонологической службы на Дальнем Востоке. В последние годы активно развивается пульмонологическая служба в Алтайском крае, которую возглавил член-корр. РАМН *Я.Н.Шойхет*.

Развитие отечественной пульмонологии последние 15 лет связано с открытием Научно-исследовательского института пульмонологии (Москва). В этот период произошли демократические преобразования Общества врачей-пульмологов, которых объединяет совместная работа по разработке и внедрению формулярной системы, клинических рекомендаций, федеральных программ по актуальным вопросам современной патологии органов дыхания и, наконец, протоколов и стандартов по наиболее социально значимым заболеваниям. Активность общества достаточно высока, о чем свидетельствует ежегодные конгрессы по пульмонологии и научно-практические конференции, которые проводятся в различных регионах страны. Наконец, необходимо сказать о большой роли журнала «Пульмонология», который предназначен для врачей-пульмологов, педиатров, аллергологов и врачей общей практики. Общество врачей-пульмологов также поддерживает журнал «Атмосфера», предназначенный для врачей первичного звена, в котором печатаются статьи прикладного характера. Журнал «Аллергия и астма» адресно направлен больным, которые страдают бронхиальной астмой или другими аллергическими заболеваниями. В настоящее время в России организовано более 1000 школ для больных бронхиальной астмой, которые сыграли большую роль в улучшение качества жизни больных с этой формой патологии дыхательной системы. Таким образом, с созданием Московского института пульмонологии удалось завершить организацию врачей по специальности «пульмонология», утвердить научную специальность по пульмонологии и сформировать на демократических принципах русскоговорящее Общество врачей пульмологов. Ко-

личество врачей-пульмологов сегодня приближается к 3000 человек, среди которых более 60% врачей имеют степень кандидата или доктора медицинских наук. Многочисленные аналитические исследования по специализации врачей России выявили высокий уровень врачей-пульмологов. Так, отмечается их высокий уровень самообразования, частое использование интернетовских программ и т.д. Большинство врачей-пульмологов являются одновременно не только членами национального общества, но и подтверждают свой мандат члена Европейского респираторного общества (ERS). Этому придается большое значение, так как на практике позволяет врачам осуществлять принцип постоянного повышения своей квалификации (*continued educational programmer*). В структуре ERS российская делегация играет заметную роль и входит в число лидеров европейской пульмонологии. Это большой успех, который пришел в последние 5 лет. За последние 10 лет появилась плеяда нового поколения профессоров России: *Р.С.Фассахов* (Казань), *Л.М.Огородова* (Томск), *Д.Э.Мавраев* (Махачкала), *К.А.Масуев* (Махачкала), *В.А.Смоленов* (Волгоград), *А.В.Емельянов* (Санкт-Петербург), *З.Р.Айсанов* (Москва), *А.И.Синопальников* (Москва), *С.Н.Авдеев* (Москва), *Т.И.Мартыненко* (Барнаул), *А.С.Белевский* (Москва), *И.В.Лещенко* (Екатеринбург), *Б.А.Черняк* (Иркутск), *П.К.Яблонский* (Санкт-Петербург), а также докторов медицинских наук. Большинство из перечисленных профессоров сегодня уже являются главными специалистами в своих регионах по пульмонологии, аллергологии, возглавляют кафедры, институты, крупные научные подразделения. Эти достижения в организации Общества врачей-пульмологов являются залогом дальнейшего развития как научного направления по болезням органов дыхания, так и возможного совершенствования практической пульмонологии. Однако сегодня следует указать на существующую диспропорцию между тем, как подготовлены врачи-пульмонологи и тем, как они реализуют свои знания в практическом здравоохранении.

Вместе с определенными достижениями в подготовке врачей-пульмологов и профессорско-преподавательского состава в России выделяются некоторые регионы, в которых пульмонология развита недостаточно и не решены кадровые вопросы (табл.1).

Отсутствуют врачебные ставки пульмологов в следующих регионах:

- Чукотский автономный округ (АО)
- Еврейская автономная область
- Карякский АО
- Камчатская область
- Агинский Бурятский АО
- Эвенкийский АО
- Таймырский АО
- Чеченская Республика
- Ненецкий АО

Выше представлены официальные данные Минздрава РФ по врачам-пульмонологам в разных регио-

Таблица 1

Врачебные кадры (на 10 000 населения) 2002 г.

Регион	Пульмонологи		Кардиологи	
	численность врачей	обеспеченность	численность врачей	обеспеченность
Российская Федерация	2044	0,14	9997	0,70
Центральный федеральный округ:				
Ивановская область	18	0,15	62	0,60
Рязанская область	15	0,12	103	0,82
Москва	160	0,19	1746	2,04
Северо-Западный федеральный округ:				
Ленинградская область	2	0,01		
Санкт-Петербург	174	0,38	580	1,26
Южный федеральный округ:				
Карачаево-Черкесская Республика	1	0,08	—	—
Приволжский федеральный округ:				
Республика Калмыкия	10	0,33	—	—
Уральский федеральный округ:				
Курганская область	8	0,07	—	—
Сибирский федеральный округ:				
Алтайский край	36	0,14	—	—
Дальневосточный федеральный округ:				
Республика Саха (Якутия)	1	0,01	—	—

Примечание. Прочерк — точных данных нет.

нах страны. Большую тревогу вызывает отсутствие специалистов более чем в 9 субъектах Федерации. Отсутствие врачей-пульмонологов означает и предельно низкий уровень оказания специализированной помощи больным с заболеваниями органов дыхания. В Обществе врачей-пульмонологов не числятся врачи из Камчатской области, Агинского Бурятского АО, Эвенского АО и др. В перечисленных субъектах Федерации отмечается очень высокий уровень заболевания органов дыхания и чаще встречаются тяжелые формы легочных заболеваний. Только в Москве и Санкт-Петербурге работает то число врачей-пульмонологов, которое может обеспечить потребности в оказании помощи больным. Анализ кадров пульмонологов в целом свидетельствует о недостаточном уровне их обеспеченности большинства регионов России.

Необходимо обратить внимание еще на одну диспропорцию в подготовке кадров. Если в последние годы значительно возросло число профессорско-преподавательского состава, то прироста числа практических врачей-пульмонологов не произошло. Это означает, что практическое здравоохранение данное направление не развивает. Свидетельством этого положения могут служить данные Минздрава РФ по обеспеченности населения врачами основных специальностей и числу развернутых специализированных коек (табл.2,3; рис.1,2).

Ниже будет представлен анализ по распространенности и заболеваемости болезнями органов дыха-

ния и станет совсем очевидно, что практическая пульмонология развита недостаточно. Серьезной проблемой для российской пульмонологии является создание респираторных центров, способных на со-

Таблица 2

Количество врачей основных специальностей в 2002 г. (абс. число)

Пульмонологи	2 014
Фтизиатры	9 000
Невропатологи	20 000
Врачи терапевтического профиля	138 900

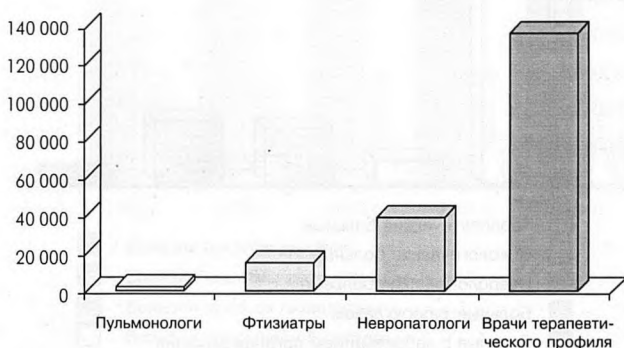


Рис.1. Количество врачей основных специальностей в 2002 г. (абс. число).

Таблица 3

Количество коек по основным специальностям и обеспеченность ими населения в 2002 г. (абс. число)

Терапевтические больные	339 008
Онкологические больные	37 126
Неврологические больные	78 971
Больные туберкулезом	82 402
Больные с заболеванием органов дыхания	17 181

временном диагностическом уровне решать вопросы диагноза и лечения наиболее сложных и тяжелых больных. Ниже приводятся данные по распределению пульмонологических коек (табл.4, рис.3).

Представленные данные указывают, что пульмонологические специализированные койки представлены преимущественно в ЦРБ, больницах скорой помощи и санаторно-курортных отделениях, в то время как в научных учреждениях их всего-навсего 20. Эти данные позволяют сделать вывод, что в России практически отсутствуют высокоспециализированные пульмонологические лечебно-диагностические учреждения. Наши исторически сложившиеся центры по пульмонологии сегодня существенно уступают западноевропейским больницам по оснащенности, лечебным технологиям.

Важным этапом в определении социального бремени для российского общества является анализ данных по распространенности болезней органов дыхания. Данные приводятся в сравнении с показателями по таким группам заболеваний, как болезни системы кровообращения, органов пищеварения, травмы и отравления, учитывается также патология эндокринной системы, включая и сахарный диабет. Ниже приводятся данные официальной медицинской статистики Минздрава РФ (2002 г.); сравнение охватывает период последних трех лет. Рост числа больных с патологией дыхательной системы произошел в начале 90-х годов XX века и удерживается на одном и том же уровне последние 3 года.

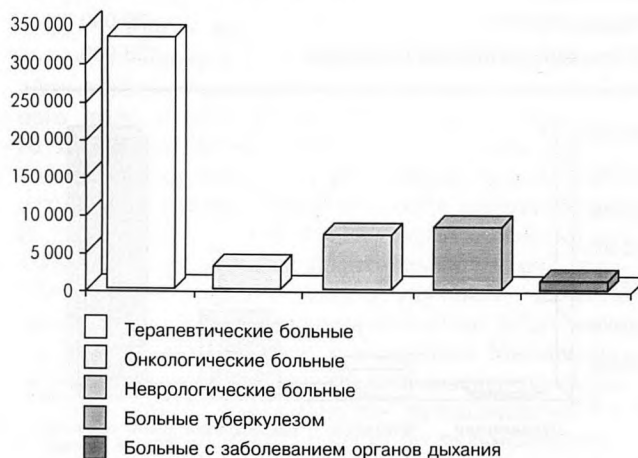


Рис.2. Количество коек по основным специальностям (абс. число).

Таблица 4

Распределение пульмонологических коек по лечебным учреждениям в 2002 г.

ЦРБ	1 846
Больницы скорой помощи	618
Клиники вузов	248
Клиники НИИ	20
Санаторно-курортные учреждения	12 993

Как видно из данных табл.5 и рис.4, распространенность болезней органов дыхания существенно превышает аналогичные показатели по группе болезней системы кровообращения. Так, это превышение составило 2 раза и более; еще заметнее сопоставление с группой болезней органов пищеварения — эта разница превышает 3,5 раза и более чем в 10 раз распространенность болезней эндокринной системы. В отличие от болезней органов дыхания все болезни групп сравнения имеют тенденцию к росту. Возможно, эти данные можно интерпретировать как более ранние изменения со стороны патологии органов дыхания, наступившие в начале 90-х годов, и они сохраняются на стабильном уровне в последние 3 года.

Ниже приводится анализ распространенности заболеваний в зависимости от возрастных групп. В табл.6 и на рис.4 представлены данные по распространенности группы заболеваний среди взрослого населения России. Эти же данные представлены на рис.5.

Данные табл.7 и рис.6, свидетельствуют о лидирующей роли патологии органов дыхания среди других наиболее распространенных групп заболеваний. Наиболее близко по распространенности к болезням органов дыхания стоят болезни системы кровообращения, и суммарно они значительно превосходят болезни других групп. Следует обратить внимание на рост распространенности большинства других групп заболеваний и стабильные показатели в группе заболеваний органов дыхания. Вероятнее всего,



Рис.3. Распределение пульмонологических коек по лечебным учреждениям.

Распространенность по основным классам болезней (на 100 000 населения)

Заболевание	Год				Динамика
	1999	2000	2001	2002	
Болезни органов дыхания	35 308,8	37 028,4	34 778,9	35 374,3	=
Болезни системы кровообращения	13 198,9	37 028,4	347 788,9	35 374,3	↑
Болезни органов пищеварения	10 426,7	10 646,4	10 958,9	11 381,0	↑
Травмы, отравления		8 812,7	8 962,7	9 095,3	↑
Болезни эндокринной системы	3 596,3	340,2	4 077,0	4 407,0	↑
Туберкулез	246,6	263,4	270,2	271,1	↑

что эти показатели не будут иметь продолжительного стабильного характера, в чем можно убедиться при анализе распространенности болезней органов дыхания в подростковом и детском возрасте.

Ниже приводятся данные по распространенности некоторых групп заболеваний у подростков и детям раннего возраста (табл.7,8, рис.6).

Представленные данные свидетельствуют о значительном превалировании распространенности болезней органов дыхания среди подростков и детей. Можно прогнозировать, что в ближайшие 5–10 лет произойдет рост числа больных взрослой популяцией.

Миграционные процессы в обществе накладывают большой отпечаток на распространенность болезней органов дыхания. Эта тема в последние годы широко обсуждается в мире. Некоторые страны, например Германия, в которой произошла миграция более 2 млн человек из стран бывшего СССР и Югославии, особенно остро восприняли изменения в распространенности болезней органов дыхания. В ны-

нешней России распространенность этой группы заболеваний значительно колеблется от региона к региону. В табл.9 приводятся официальные данные Минздрава РФ по распространенности болезней органов дыхания в зависимости от регионов России.

Представленные данные подтверждают факт влияния миграционных процессов на распространение болезней органов дыхания. Так, наиболее высокие показатели приводятся по Ингушетии, что можно объяснить притоком вынужденных переселенцев из Чечни. В сравнении с показателями Дагестана, соседнего региона с Ингушетией, показатели по распространенности заболеваний органов дыхания превышают более чем в 2,5 раза. Следует выделить регионы с низкими показателями распространенности болезней органов дыхания. К таким регионам, в частности, относится Приморский край. Эти данные скорее всего свидетельствуют не об истинном положении дел в регионе, а являются показателем низкой организации помощи больным с заболеваниями органов дыхания. К этому выводу можно прийти, если проанализировать научные публикации по эпидемиологическим исследованиям в этом регионе.



Рис.4. Распространенность по основным классам болезней (на 100 000 населения).



Рис.5. Распространенность по основным классам болезней среди взрослых (18 лет и старше) (на 100 000 населения)

Таблица 6

Распространенность по основным классам болезней среди взрослых 18 лет и старше (на 100 000 населения)

Заболевание	Год					Динамика
	1998	1999	2000	2001	2002	
Болезни органов дыхания	19721,6	21711,7	22821,6	21046,7	21088,0	=
Болезни системы кровообращения	15219,1	16699,6	17432,5	18312,4	19299,3	↑
Болезни органов пищеварения	9525,8	9647,9	9835,8	10070,2	10110,4	↑
Травмы, отравления	8562,9	8396,7	8598,5	8750,3	8846,8	↑
Болезни эндокринной системы	3328,9	3535,2	3747,9	3988,0	4407,0	↑

Распространенность и заболеваемость являются важными показателями, которые лежат в основе развития стратегии здравоохранения как на глобальном, так и региональном уровне. В ежегодных отчетах Минздрава РФ приводятся данные по заболеваемости органов дыхания. Ниже приводится анализ официальных данных Минздрава РФ за последние 4 года. В табл.10 и на рис.7 представлены данные по заболеваемости органов дыхания в сопоставлении с другими группами болезней, имеющих также широкое распространение.

Как видно из представленных данных, заболеваемость болезнями органов дыхания существенно превышает травмы и отравления, болезни системы кровообращения и пищеварения. Анализ последних 4 лет свидетельствует о небольшом росте заболеваемости и в последний год некоторой редукции ее распространенности. Однако в настоящее время трудно говорить об устойчивой тенденции в снижении заболеваемости.

В табл.11 и на рис.8 приводятся данные о распространении заболеваемости среди подростков.

Представленные данные по заболеваемости среди подростков свидетельствуют о значительном преобладании болезней органов дыхания над такими распространенными группами заболеваний, как трав-

мы и отравления, болезни органов пищеварения и кровообращения, и имеют достаточно высокие и стабильные показатели.



Рис.6. Распространенность по основным классам болезней среди детей до 14 лет (на 100 000 населения).

Таблица 7

Распространенность по основным классам болезней среди подростков 15–17 лет (на 100 000 населения)

Заболевание	Год					Динамика
	1998	1999	2000	2001	2002	
Болезни органов дыхания	44 512,0	49 639,2	51 756,1	51 006,0	52 903,2	↑
Болезни органов пищеварения	12 243,3	13 198,4	13 649,6	14 791,9	15 791,8	↑
Травмы, отравления	9 777,0	10 097,9	10 203,0	10 642,9	11 009,0	↑
Болезни эндокринной системы	5 349,3	6 066,4	6 324,0	6 611,2	7 338,1	↑
Болезни системы кровообращения	2 502,2	2 767,6	2 945,2	3 137,9	3 595,7	↑

Распространенность по основным классам болезней среди детей до 14 лет (на 100 000 населения)

Заболевание	Год					Динамика
	1998	1999	2000	2001	2002	
Болезни органов дыхания	82 879,3	85 826,5	94 187,9	92 253,3	96 476,8	↑
Болезни органов пищеварения	12 427,9	12 707,2	13 300,9	13 582,6	15 948,6	↑
Травмы, отравления	8 551,6	8 762,0	9 351,5	9 258,1	9 669,0	↑
Болезни эндокринной системы	2 912,3	3 161,9	3 541,2	3 665,9	4 602,6	↑
Болезни системы кровообращения	1 552,2	1 608,1	1 762,8	1 821,1	2 136,7	↑

Наиболее драматично ситуация складывается в детской популяции. Данные по заболеваемости органов дыхания среди детской популяции в возрасте до 14 лет приводятся в табл.12 на рис.9.

Заболеваемость органов дыхания среди детей является лидирующей. Если сравнить популяцию детскую и подростковую, то видно как нарастает заболеваемость в младшей возрастной группе.

Ниже представлены данные по заболеваемости и они сопоставляются по различным регионам России (табл.13).

Показатели заболеваемости существенно колеблются от одного региона России к другому. Самые высокие показатели зарегистрированы в Ингушетии. Следует отметить, что распространенность и заболеваемость по Ингушетии практически совпали. Эти данные говорят, с одной стороны, о тревожном состоянии дел в оказании помощи больным с заболеваниями органов дыхания в Ингушетии, с другой — о недостаточно эффективном учете больных с заболеваниями органов дыхания. В противоположность Ингушетии в Приморском крае регистрируется самый низкий уровень заболеваемости болезнями органов дыхания. Так, на 100 000 населения в Ингушетии заболеваемость болезнями органов дыхания превысила 52 000, в то время как в Приморском крае едва достигла 10 000, что может свидетельствовать только об одном — недостаточно развитом практическом здравоохранении в оказании помощи больным с заболеваниями органов дыхания.

Таким образом, анализ распространенности и заболеваемости болезней органов дыхания свидетельствуют об их лидирующей роли по сравнению с болезнями системы кровообращения и пищеварения, т.е. именно тех заболеваний, по поводу которых больные чаще всего обращаются к врачам. Однако следует отметить, что оказание помощи больным в российских регионах оказывается на различном уровне. В детской популяции, как и следовало ожидать, болезни органов дыхания распространены гораздо больше, чем это наблюдается среди взрослого населения. Самая высокая распространенность этой группы заболеваний приходится на детей первых лет жизни.

Временная нетрудоспособность — один из важных показателей, определяющих значение заболевания или же группы заболеваний в формировании социального бремени. С этой целью были проанализированы показатели временной нетрудоспособности в России по основным группам заболеваний (табл.14, рис.10).

Можно предполагать, что при таком высоком уровне распространения и заболеваемости болезни органов дыхания будут также и ведущей причиной, определяющей большое число дней нетрудоспособности. Как видно из данных табл.14 и рис.10, по числу дней временной нетрудоспособности болезни органов дыхания существенно опережают такие группы заболеваний, как сердечно-сосудистые и болезни органов пищеварения. Данные показатели могли бы выглядеть еще более драматично, если бы официальная медицинская статистика учитывала пропуски детьми школы по причине заболевания дыхательных путей. В докладах ВОЗ приводятся эти данные, которые основаны на эпидеми-



Рис.7. Заболеваемость по основным классам болезней среди взрослых 18 лет и старше (на 100 000 человек).

Таблица 9

Распространенность болезней органов дыхания по регионам РФ (на 100 000 населения)

Регион	Год				
	1998	1999	2000	2001	2002
Центральный федеральный округ	—	—	24 987,8	—	—
Ярославская область	—	—	30 371,4	—	—
Владимирская область	—	—	28 944,7	—	—
Костромская область	—	—	20 193,4	—	—
Москва	—	—	29 069,5	—	—
Рязанская область	—	—	18 433,2	—	—
Северо-Западный федеральный округ	—	—	21 389,4	—	—
Новгородская область	—	—	26 436,2	—	—
Санкт-Петербург	—	—	22 456,8	—	—
Псковская область	—	—	19 575,5	—	—
Южный федеральный округ	—	—	19 036,1	—	—
Республика Дагестан	—	—	19 933,7	—	—
Республика Ингушетия	—	—	55 881,4	—	—
Приволжский федеральный округ	—	—	24 324,9	—	—
Пензенская область	—	—	25 289,3	—	—
Саратовская область	—	—	20 326,7	—	—
Самарская область	—	—	30 201,1	—	—
Уральский федеральный округ	—	—	23 332,8	—	—
Удмуртская Республика	—	—	26 074,1	—	—
Пермская область	—	—	25 357,4	—	—
Коми-Пермяцкий АО	—	—	17 069,9	—	—
Западно-Сибирский федеральный округ	—	—	24 874,5	—	—
Алтайский край	—	—	33 672,2	—	—
Омская область	—	—	26 422,3	—	—
Новосибирская область	—	—	20 641,9	—	—
Дальневосточный федеральный округ	—	—	17 719,0	—	—
Республика Саха (Якутия)	—	—	21 833,9	—	—
Приморский край	—	—	14 216,4	—	—

Примечание. Прочерк — точных данных нет.

ологических исследованиях, проведенных в отдельных странах (США, Англия, Германия и др.). В России, в рамках проекта *IKAR 2002* г., целью которого было изучить качество жизни больных бронхиальной астмой в разных возрастных группах, также было показано, что в детской популяции одним из высокочувствительных показателей качества жизни является учет дней пропущенных в школе из-за болезни. Возможно,

в последующем в медицинскую статистику следует ввести данный показатель для детской популяции.

Наконец, важным этапом в анализе роли болезней органов дыхания в социальном бремени современной России являются показатели смертности и сравнение этих показателей с другими группами наиболее распространенных заболеваний. Ниже приводятся данные по смертности населения (табл.15, рис.11).

Болезни системы кровообращения являются одной из ведущих причин летальных исходов, последующие места занимают травмы, отравления, и не указанные здесь онкологические заболевания. Таким образом, на долю болезней органов дыхания приходится в данном анализе третье место, а если учитывать группу онкологических заболеваний, то они занимают 4–5-е место. Однако следует учитывать прогнозы ВОЗ, в которых указывается на рост смертельных исходов, причиной которых является патология органов дыхания. Следует также обратить внимание на тот факт, что традиционно при анализе причин смертности в разделе пульмонология дифференцированно анализируется летальность от туберкулеза, рака легкого. Если учитывать общую летальность по болезням органов дыхания, то она займет устойчивую 3-ю позицию. Необходимо сделать комментарий по причинам внезапной смерти, при которых доля болезней органов дыхания составляет также существенную часть. Так, внезапная смерть больного с легочным сердцем, бронхиальной астмой, шоковым легким кодируется в рубрике сердечно-сосудистых заболеваний. Назрела необходимость разработки патолого-анатомического протокола по анализу причин смерти, вызванной патологией органов дыхания. В детской популяции резко возрастает роль болезней органов дыхания как причины смертельного исхода. Ниже представлены официальные



Рис.8. Заболеваемость по основным классам болезней среди подростков 15–17 лет (на 100 000 населения).

Таблица 10

Заболеваемость по основным классам болезней среди взрослых 18 лет и старше (на 100 000 населения)

Заболевание	Год					Динамика
	1998	1999	2000	2001	2002	
Болезни органов дыхания	14 995,0	16 938,2	17 954,3	16 098,2	16 067,3	=
Травмы, отравления	8 411,5	8 266,6	8 461,0	8 627,4	8 725,8	↑
Болезни органов пищеварения	2 474,6	2 569,1	2 390,6	2 487,6	2 451,9	=
Болезни системы кровообращения	1 814,8	1 911,4	2 008,6	2 112,8	2 229,9	↑
Болезни эндокринной системы	544,0	560,7	610,1	667,8	711,4	↑
Туберкулез	76,1	85,4	90,4	88,2	86,1	=

данные Минздрава РФ по смертности детей до 1 года, младенческой и неонатальной смертности (табл.16–18, рис.12–14).

В детской популяции в отличие от взрослых болезни органов дыхания являются лидирующей причиной смертельных исходов. Среди большой и разнообразной инфекционной патологии дыхательных путей на 1-е место выходит пневмония. Анализ представленных данных свидетельствует, что пневмония как причина смерти актуальна особенно у детей до 1 года и в неонатальный период. В последние годы большое внимание уделяется такой проблеме, как внутриутробная пневмония, с которой связывают развитие респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Перенесенные инфекционные заболевания матери в период беременности могут явиться причиной развития аномалий плода, эта другая после пневмонии важная причина высокой летальности новорожденных.

Определенный интерес представляет анализ причин смертности вследствие патологии органов дыхания в различных регионах России. Ниже приводятся данные Минздрава РФ (табл.19).

Анализ представленных данных выявляет достаточно пеструю картину. Если проанализировать показатели по Ингушетии, которые рассматривались выше,

то обращали на себя внимание самые высокие показатели по распространенности и заболеваемости в этом



Рис.9. Заболеваемость по основным классам болезней среди детей до 14 лет (на 100 000 человек).

Таблица 11

Заболеваемость по основным классам болезней среди подростков 15–17 лет (на 100 000 населения)

Заболевание	Год				Динамика
	1998	1999	2000	2001	
Болезни органов дыхания	36 781,8	42 235,5	44 192,0	43 541,9	=
Травмы, отравления	9 587,1	9 892,9	9 992,1	10 460,2	↑
Болезни органов пищеварения	4 281,3	4 478,8	4 477,7	4 931,2	↑
Болезни эндокринной системы	2 013,3	2 268,4	2 230,6	2 311,0	↑
Болезни системы кровообращения	802,4	905,1	973,8	1 033,3	↑

Заболеваемость по основным классам болезней среди детей до 14 лет (на 100 000 населения)

Заболевание	Год				Динамика
	1998	1999	2000	2001	
Болезни органов дыхания	77 916,4	80 799,4	88 878,5	86 465,8	↑
Травмы, отравления	8 463,8	8 683,7	9 258,2	9 183,5	↑
Болезни органов пищеварения	6 082,0	6 399,4	6 618,8	6 737,6	↑
Болезни эндокринной системы	1 323,3	1 405,9	1 519,5	1 513,8	=
Болезни системы кровообращения	578,3	623,0	675,4	676,2	↑

регионе России. Трудно найти объяснение, почему в Ингушетии самые низкие показатели летальности. Возможно, это связано с религиозными обрядами и как следствие низким процентом аутопсий. Однако такой аргумент не может объяснить реальной ситуации в данном регионе. В большой степени это связано с низким уровнем организации практического здравоохранения. Можно привести другой пример по Ямало-Ненецкому АО, в котором также регистрируются низкие показатели летальности. Возможно, это не отражает реальной ситуации в данном регионе, и одной из причин может служить отсутствие врача-пульмонолога. Самая высокая летальность регистрируется в Чувашской Республике, в то время как распространенность и заболеваемость находятся в пределах средних значений по России. Данные меди-

цинской статистики существенно разнятся с данными, которые получают при проведении эпидемиологических исследований. Они позволяют более углубленно понять суть проблемы, логически выстроить взаимоотношение распространенности, заболеваемости и смертности. В этом ряду большое значение приобретают также данные по временной утрате трудоспособности и инвалидности, наступившей в данном случае вследствие болезней органов дыхания.

Важное значение в анализе данных медицинской статистики следует придавать сравнению с аналогичными, которые публикуются ВОЗ или же международными врачебными обществами. Ниже приводятся данные сравнительного анализа смертности в ряде стран Европы (табл.20; рис.15).

Сравнительный анализ показателей смертности выявляет, что в России они наиболее высоки по сравнению со странами Западной Европы, и лишь в некоторых странах бывшего СССР эти показатели превы-



Рис. 10. Временная нетрудоспособность по основным классам болезней в 2002 г. (на 100 работающих).



Рис. 11. Смертность населения по основным классам болезней (число умерших на 100 000 человек).

Таблица 13

Заболеемость болезнями органов дыхания по регионам РФ (на 100 000 населения)

Регион	Год				
	1998	1999	2000	2001	2002
Центральный федеральный округ	—	—	20 461,3	—	—
Ярославская область	—	—	25 435,3	—	—
Владимирская область	—	—	22 579,3	—	—
Костромская область	—	—	16 649,6	—	—
Москва	—	—	23 299,2	—	—
Рязанская область	—	—	13 902,0	—	—
Северо-Западный федеральный округ	—	—	16 804,5	—	—
Новгородская область	—	—	20 622,0	—	—
Санкт-Петербург	—	—	17 002,7	—	—
Псковская область	—	—	16 224,0	—	—
Южный федеральный округ	—	—	14 763,4	—	—
Республика Дагестан	—	—	15 088,8	—	—
Республика Ингушетия	—	—	52 961,4	—	—
Приволжский федеральный округ	—	—	18 934,1	—	—
Пензенская область	—	—	19 464,1	—	—
Саратовская область	—	—	16 605,2	—	—
Самарская область	—	—	21 405,2	—	—
Уральский федеральный округ	—	—	17 914,5	—	—
Удмуртская Республика	—	—	17 765,7	—	—
Пермская область	—	—	18 640,2	—	—
Коми-Пермяцкий АО	—	—	12 412,5	—	—
Западно-Сибирский федеральный округ	—	—	18 723,6	—	—
Алтайский край	—	—	23 470,5	—	—
Омская область	—	—	19 373,0	—	—
Новосибирская область	—	—	15 192,4	—	—
Дальневосточный федеральный округ	—	—	14 156,2	—	—
Республика Саха (Якутия)	—	—	16 468,1	—	—
Приморский край	—	—	10 211,6	—	—

Примечание. Прочерк — точных данных нет.

шают российские. В России инфекционные и гнойно-деструктивные легочные заболевания вносят основной вклад в высокий уровень летальности при заболеваниях дыхательной системы, в то время как в странах Западной Европы летальность преимущественно обусловлена дыхательной недостаточностью у больных хронической обструктивной болезнью легких. К большому сожалению, отсутствуют данные по

Таблица 14

Временная нетрудоспособность по основным классам болезней в 2002 г. (на 100 работающих)

Заболевание	Число случаев временной нетрудоспособности	Число дней временной нетрудоспособности
Болезни органов дыхания	23,8	216,9
В том числе острые респираторные инфекции	15,4	118,5
Болезни системы кровообращения	5,3	91,3
Болезни органов пищеварения	3,9	60,0
Болезни эндокринной системы	0,3	6,9
Туберкулез	0,1	11,9

возрастной характеристики умерших больных. В отдельных научных сообщениях приводятся данные о продолжительности жизни больных с заболеваниями органов дыхания. Продолжительность жизни больных, живущих в России, короче на 10–15 лет по сравнению с жителями таких стран, как Швеция, Норвегия, Франция и других стран Западной Европы.

Таким образом, анализ распространенности, заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности, причиной которых является патология органов дыхания, позволяет сделать определенные выводы о состоянии в первую очередь практической пульмонологии. Существуют определенные закономерности, имеющие общий характер. Так, глобаль-



Рис. 12. Смертность детей до 1 года в 2000 г. (абс. число).

Смертность населения по основным классам болезней (на 100 000 человек)

Заболевание	Год					Динамика
	1998	1999	2000	2001	2002	
Болезни органов дыхания	57,3	65,1	70,7	65,9	69,8	=
Болезни системы кровообращения	750,7	818,2	852,2	869,4	909,2	↑
Болезни органов пищеварения	38,2	42,1	44,8	48,2	52,2	↑
Травмы, отравления	188,0	206,8	220,6	230,1	230,1	↑
Туберкулез	15,4	20,2	20,6	19,9	21,5	↑

ной проблемой является неуклонный рост числа больных с заболеваниями органов дыхания. Эта закономерность распространилась как на развитые в экономическом отношении, так и на развивающиеся страны. К характеристике патологии органов дыхания следует добавить, что рост отмечается как при инфекционных заболеваниях, так и при аллергических, онкологических и идиопатических. Среди инфекционных заболеваний следует указать на тяжелое течение пневмоний, эпидемию туберкулеза, ежегодные эпидемические вспышки вирусных респираторных заболеваний. В мире большое беспокойство вызывает неуклонный рост числа больных, страдающих бронхиальной астмой, раком легкого. Болезни респираторной системы зависят от экономических условий тех стран, в которых происходит этот рост. Так, в экономически развитых странах на первое место выходят болезни, имеющие в основе своего развития аллергические механизмы (бронхиальная астма, аллергический ринит, дерматит и другие клинические формы проявления аллергического заболевания). В странах, в которых экономический потенциал невысок, на первое место выходят туберкулез, гнойно-деструктивные легочные заболевания, чаще всего наступающие вследствие плохого лечения пневмонии. Россия занимает промежуточное по-

ложение. Так, при анализе болезней респираторной системы можно наблюдать тенденции, характерные для высокоразвитых в экономическом отношении стран, и особенности, характерные для слаборазвитых стран. Так, эпидемия туберкулеза последнего десятилетия, конечно, является критерием для слаборазвитых стран. Высокий уровень аллергических заболеваний более характерен для стран Запада. Большое беспокойство вызывает высокая летальность, особенно в группе больных с инфекционными заболеваниями дыхательных путей. Естественно, возникает вопрос: насколько адекватно требованиям времени развита практическая пульмонология в России. С одной стороны, Россия обладает высоким научным потенциалом, о чем свидетельствует появления новой плеяды профессоров во многих регионах страны, с другой стороны, практически отсутствует рост числа врачей-практиков, которые могли бы возглавить пульмонологические отделения, кабинеты. Можно привести только единичные примеры, когда появились специалисты, подготовленные по совре-

Таблица 16
Смертность детей до 1 года в 2000 г. (абс. число)

Заболевание	Число умерших
Врожденные аномалии	4460
Болезни органов дыхания	2073
грипп	58
пневмония	1463
Травмы и отравления	1222
Болезни органов пищеварения	117
Болезни эндокринной системы	112



Рис. 13. Младенческая смертность в 2000 г. (на 100 000 человек).

Таблица 17
Младенческая смертность в 2000 г. (на 100 000 человек)

Заболевание	Число умерших
Болезни органов дыхания	164,8
Грипп	4,6
Пневмония	116,3
Травмы и отравления	97,2
Болезни органов пищеварения	9,3
Болезни эндокринной системы	8,9

менным принципам модели врача-пульмонолога. Практически не получила развития поликлиническая пульмонология. В России сохраняется высокий потенциал санаторно-курортного сектора в пульмонологии. Необходимо подчеркнуть хорошие традиции отечественной школы санаторно-курортного дела. Существуют уникальные для мировой практики санатории для лечения больных с аллергическими заболеваниями. К таким комплексам относятся детские санатории Анапы. В СССР накоплен уникальный опыт по лечению и реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой.

Следующим этапом в анализе болезней органов дыхания является установления роли отдельных нозологических форм легочной патологии. На диаграмме 1 представлена распространенность основных нозологических форм болезней органов дыхания.

В структуре распространенности болезней органов дыхания на 1-е место выходят хронические обструктивные заболевания органов дыхания; на их долю среди других легочных заболеваний приходится свыше 55%, т.е. чуть больше половины. 2-е место по распространенности приходится на бронхиальную астму (19%). Если ориентироваться на формальные признаки, то такое соотношение обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы соответствует



Рис. 14. Неонатальная смертность детей 0–27 дней в 2000 г. (на 100 000 человек).

Таблица 18
Неонатальная смертность детей 0–27 дней в 2000 г. (на 100 000 человек)

Заболевание	Число умерших
Врожденные аномалии	201,6
Болезни органов дыхания	24,9
Пневмония	19,9
Травмы и отравления	18,9
Болезни органов пищеварения	2,0

мировым тенденциям, т.е. на 3–4 больных обструктивной болезнью легких приходится 1 больной бронхиальной астмой. Однако следует указать, что выявляемость больных обеими группами заболеваний значительно отстает от мировой практики. 3-е место в распространенности болезней органов дыхания занимают пневмонии (14%). Необходимо учитывать достаточно низкий уровень ранней диагностики пневмонии.

Другая картина складывается при анализе заболеваемости. На диаграмме 2 представлено соотношение по заболеваемости среди различных нозологических групп болезней органов дыхания. Анализу подвергались такие заболевания, как пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, а также другие болезни органов дыхания, к которым отнесены туберкулез, рак легкого, идиопатические заболевания и другие редкие формы респираторной патологии.

В структуре заболеваемости на 1-е место выходят пневмонии; на их долю приходится более 60%, т.е.

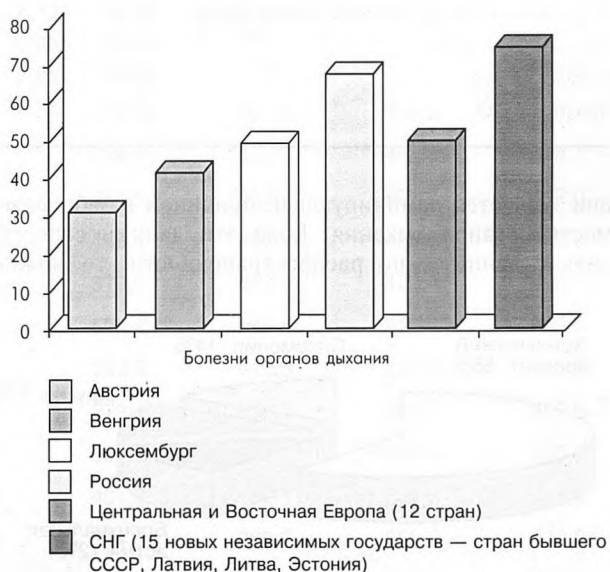


Рис. 15. Стандартизованный коэффициент смертности в 2000 г. (на 100 000 населения).

Таблица 19

Смертность от болезней органов дыхания по регионам РФ (на 100 000 населения)

Регион	2000 г.	2001 г.
Центральный федеральный округ	72,3	71,1
Белгородская область	54,4	53,7
Курская область	123,3	116,1
Тульская область	115,3	104,1
Москва	45,6	51,1
Северо-Западный федеральный округ	62,0	60,1
Ненецкий АО	26,6	31,1
Ленинградская область	79,9	79,8
Мурманская область	35,3	42,6
Псковская область	96,5	95,3
Южный федеральный округ	56,9	51,4
Республика Дагестан	98,8	88,2
Республика Ингушетия	11,4	10,6
Приволжский федеральный округ	76,5	69,1
Республика Марий Эл	121,5	120,6
Республика Татарстан	66,2	59,7
Чувашская Республика	133,9	130,9
Саратовская область	51,0	35,4
Уральский федеральный округ	76,5	67,5
Курганская область	97,8	88,1
Ямало-Ненецкий АО	20,0	23,5
Сибирский федеральный округ	80,6	75,2
Республика Алтай	97,4	89,3
Алтайский край	92,6	90,6
Таймырский АО	36,6	52,2
Усть-Ордынский Бурятский АО	119,4	101,6
Томская область	53,9	51,8
Дальневосточный федеральный округ	55,4	51,9
Хабаровский край	62,6	60,0
Корякский АО	67,7	45,1
Чукотский АО	37,7	48,3

они являются доминирующей причиной в заболеваемости органов дыхания. Если эти данные сопоставить с данными по распространенности, то можно

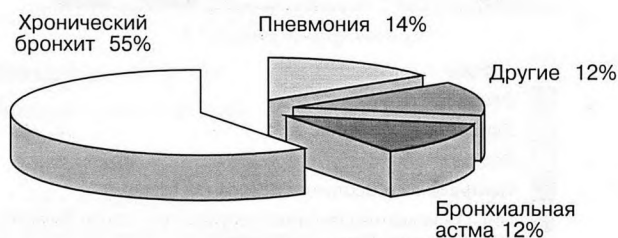


Диаграмма 1. Распространенность основных нозологических форм болезней органов дыхания, 2000 г.

Таблица 20

Стандартизованный коэффициент смертности в 2000 г. (на 100 000 населения)

Страна	Болезни органов дыхания
Австрия	32,9
Венгрия	42,2
Люксембург	49,2
Россия	68,4
Центральная и Восточная Европа (12 стран)	50,3
СНГ (15 новых независимых государств — стран бывшего СССР, Латвия, Литва, Эстония)	75,5

прийти к выводу, что плохое лечение больных пневмонией является одной из причин высокого распространения хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы. Вторую позицию в заболеваемости составляет обострение хронического бронхита. Представленные данные по заболеваемости и распространенности играют важную роль в формировании стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики болезней органов дыхания. Речь идет о вакцинопрофилактике, направленной против гриппа, пневмонии, вызванной *Streptococcus pneumoniae*, и иммуномодулирующей терапии, направленной на повышение защиты организма человека против значительной группы вирусных респираторных заболеваний.

Следующим этапом в анализе болезней органов дыхания является анализ конкретных нозологических форм болезней органов дыхания.

Пневмония

Пневмония является одной из актуальных проблем внутренней медицины. Исторически можно выделить несколько этапов в изучении пневмонии. Данная работа не преследует цели дать детальный анализ каждому из периодов изучения пневмонии. Сегодня можно лишь констатировать, что актуальность ее не прошла, не взирая на достигнутые успехи в химиотерапии пневмоний. Об этом свидетельствуют и дан-

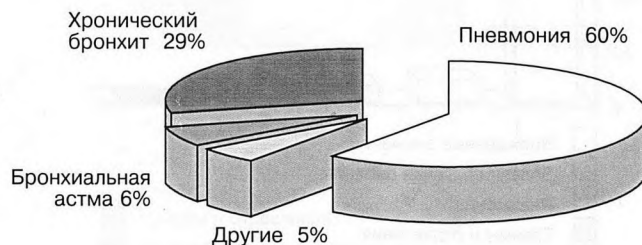


Диаграмма 2. Соотношение по заболеваемости среди различных нозологических групп болезней органов дыхания, 2000 г.

ные медицинской статистики Минздрава РФ. Ниже приводятся данные по распространенности пневмонии в различных регионах России (табл.21).

Анализ распространенности пневмонии по регионам России представляет достаточно пеструю картину. Так, выявляются регионы с высоким уровнем распространенности пневмонии. К таким регионам относятся Ингушетия, Алтайский край, Омская,

Пермская, Новгородская, Рязанская области; их показатели превышают 450 больных на 100 000 населения. Наряду с этими регионами выделяют те, в которых показатели не превышают 300 человек на 100 000 населения. К таким регионам относятся Саратовская область, Москва, Республика Дагестан, Новосибирская область и др. Относительно низкое распространение пневмонии по различным регионам

Таблица 21

Распространенность пневмонии (на 100 000) среди зрелого населения

Регион	Год				
	1998	1999	2000	2001	2002
Центральный федеральный округ	448,7	426,2	419,4	—	—
Ярославская область	476,4	499,2	459,1	—	—
Владимирская область	470,4	486,1	439,2	393,2	415,7
Костромская область	369,9	343,5	337,7	342,0	338,7
Москва	420,8	365,4	348,8	313,4	301,6
Рязанская область	889,8	621,8	584,9	520,4	530,6
Северо-Западный федеральный округ	425,5	454,8	457,7	398,3	401,7
Новгородская область	546,8	510,6	608,7	514,4	558,9
Санкт-Петербург	430,8	473,6	454,2	385,2	398,7
Псковская область	395,1	444,8	455,5	379,8	381,8
Южный федеральный округ	321,7	315,3	339,9	—	—
Республика Дагестан	360,0	358,7	358,4	316,6	317,6
Республика Ингушетия	272,4	323,5	1039,5	603,2	538,1
Приволжский федеральный округ	362,6	349,1	396,5	411,3	385,4
Пензенская область	283,1	386,0	406,6	370,5	352,5
Саратовская область	345,7	321,0	406,3	422,5	283,9
Самарская область	418,5	381,5	427,2	370,5	397,1
Удмуртская Республика	420,6	394,4	486,3	468,3	474,1
Пермская область	434,2	474,9	508,8	501,7	492,0
Уральский федеральный округ	428,6	448,4	497,0	425,6	423,0
Западно-Сибирский федеральный округ	344,0	379,5	447,5	429,4	396,9
Алтайский край	440,0	500,2	646,5	646,6	549,9
Омская область	372,5	383,3	418,5	437,9	411,4
Новосибирская область	246,6	279,3	338,0	352,7	292,6
Дальневосточный федеральный округ	306,9	357,4	388,0	377,4	389,6
Республика Саха (Якутия)	379,3	401,3	480,4	539,5	497,5
Приморский край	296,0	364,3	369,9	355,5	372,5
Российская Федерация	385,7	396,8	420,4	399,4	390,5

России имеет разное объяснение. Так, в Москве проводится большая работа по ранней диагностики пневмонии, внедрены клинические рекомендации, формулярная система, проведено большое количество образовательных семинаров с врачами первичного звена; московские врачи регулярно участвуют в конгрессах. Возможно, этим можно объяснить относительно низкие показатели заболеваемости пневмонией. Вряд ли эти аргументы можно применить для Саратовской и Новосибирской областей, тем более что смертность от пневмонии в этих регионах достаточно высокая. Однако наиболее важным вопросом для российского здравоохранения является установление истинной распространенности пневмонии. В мировой практике проведены эпидемиологические исследования по распространенности пневмонии. Удалось установить, что на 1000 взрослых пневмонией ежегодно болеют более 5–8 человек. Эти данные подтверждены исследованиями на национальном уровне. Так, в США пневмонией ежегодно болеют более 2,5 млн человек, в Великобритании — около 75 000 человек, в Бельгии — около 30 000 человек. Исходя из этих данных, можно предположить, что в России ежегодно пневмонией заболевают более 1,5 млн человек. Однако официальная медицинская статистика учитывает только 400 000 человек, т.е. более 1 млн человек, которые переносят пневмонию, не попадают в официальную медицинскую статистику. В этом можно убедиться по анализу числа больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких. Показатели в России очень высокие. Этот

анализ свидетельствует, что не распознанная своевременно пневмония обязательно приведет к росту числа больных с осложнениями, из которых наиболее грозными являются гнойно-деструктивные легочные процессы (абсцесс легкого, эмпиема плевры, гангрена легких и другие формы осложнений). Ниже представлен анализ смертности от пневмонии в зависимости от регионов России (табл.22).

Показатели смертности, в которых причиной является пневмония, колеблются в регионах России от 15,5 до 52,2 на 100 000 населения. Столь большая разница может быть объяснена только с позиций качества оказания медицинской помощи и уровнем патолого-анатомической службы. Наиболее высокие показатели в Ленинградской области и Хабаровском крае. И.А.Черемисина провела исследование по Санкт-Петербургу, в котором показала, что на аутопсии умерших дома пневмония оказалась причиной смерти более чем в 40%. Вскрытие было произведено 25% всех умерших. Это достаточно высокий показатель произведенных аутопсий. Данные И.А.Черемисиной представлены на рис.16.

Пневмония как причина смерти (рис.17) является лидирующей среди тех больных, которые умерли в стационаре. Высокая летальность отмечается в блоках интенсивной терапии, особенно в тех случаях, когда больным длительные сроки проводилась искусственная вентиляция легких, так называемая вентиляторная пневмония.

В последние годы в отчетах главных пульмонологов субъектов РФ обращается внимание на тот факт, что повсеместно растет число больных с тяжелым течением пневмонии. Особую тревогу вызывает рост резистентных штаммов *Streptococcus pneumoniae* к пенициллинам, цефалоспорином и макролидам. Насколько рост смертельных исходов при пневмониях связан с резистентностью к антибиотикам, предстоит еще установить. Эти исследования в настоящее время проводит группа проф. Л.С.Страчунского (Смоленск).

Другой особенностью течения пневмоний является эпидемический характер. Так, все чаще описываются и регистрируются очаговые вспышки пневмонии в разных регионах России. В последние 2 года такие вспышки наблюдались в Ростовской области среди военнослужащих и школьников в Свердловской области. Это столетие ознаменовалось развитием пандемии тяжелого острого респираторного синдрома, получившего в России название атипичная пневмония. Научный прогноз свидетельствует, что

Таблица 22
Показатели смертности от пневмонии по регионам Российской Федерации (на 100 000 населения)

Регион	2001 г.
Центральный федеральный округ	
Ярославская область	40,3
Северо-Западный федеральный округ	
Ленинградская область	52,2
Южный федеральный округ	15,5
Астраханская область	31,8
Приволжский федеральный округ	21,9
Пермская область	33,3
Уральский федеральный округ	25,9
Свердловская область	32,6
Сибирский федеральный округ	26,8
Республика Тыва	41,2
Дальневосточный федеральный округ	32,6
Хабаровский край	42,1

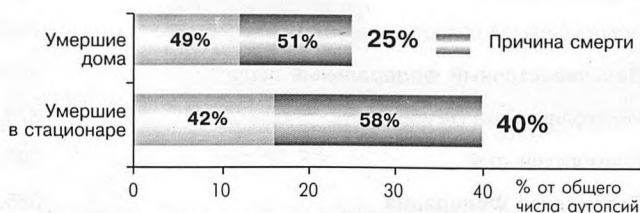


Рис.16. Частота встречаемости пневмонии (И.А.Черемисина, 2000 г.)

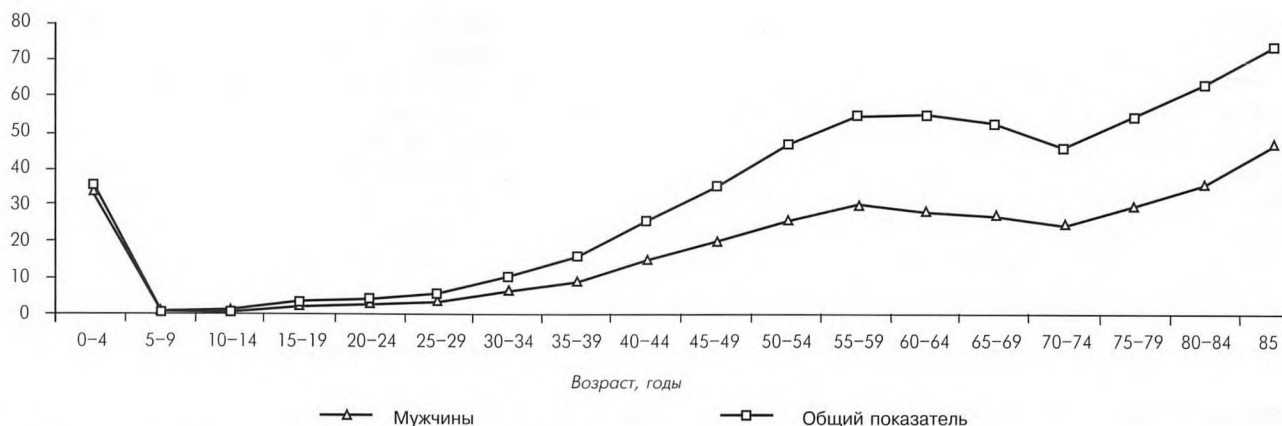


Рис. 17. Смертность населения от пневмонии за 1998 г. на 100 000 населения.

возможно появление новых респираторных вирусных заболеваний. В случае острого респираторного синдрома человек впервые встретился с новым возбудителем, получившим название нового коронавируса. В память умершего вирусолога Карло Урбани новый штамм назван его именем.

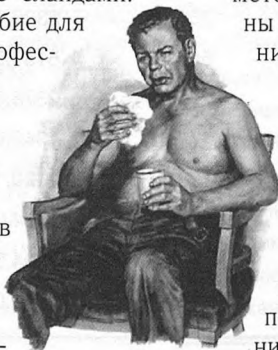
Проблема пневмонии в детской популяции играет еще большую роль, чем у взрослых. Это связано с высоким уровнем заболевания пневмонией детей всех возрастов. Уже обсуждался вопрос о том, что прогноз неблагоприятен, если пневмония развивается у плода. Она часто является непосредственной причиной развития респираторного дистресс-синдрома, которой является одной из лидирующих причин летальных исходов у новорожденных.

Наиболее частыми возбудителями приобретенной пневмонии является *Streptococcus pneumoniae* (40–50%), *Mycoplasma pneumoniae* (20%), *Chlamydia pneumoniae* (20%), *Legionella pneumophila* (3–5%), другие возбудители встречаются реже. В современной клинической практике наиболее часто встречаются больные пневмонией, у которых выявляется ассоциированная вирус бактериальная флора.

Ученные России предприняли попытки улучшить качество диагностики и лечения больных, перенесших пневмонию. В 2002 г. вышла монография по пневмонии и подготовлены клинические рекомендации по этой же теме (2003 г.). Впервые в практике врачей России вышла монография, построенная по интерактивному принципу. На CD-ROM записаны лекции ведущих ученых страны, иллюстрированные слайдами. Можно полагать, что это уникальное пособие для врачей и студентов позволит улучшить профессиональные знания по пневмонии.

Хроническая обструктивная болезнь легких

ВОЗ при участии ведущих специалистов в области респираторной медицины инициировала программу по борьбе с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), в английской аббревиатуре —



GOLD (global obstructive lung disease). Эта программа широко обсуждается на международных конгрессах, в официальных изданиях научных обществ и принимается на национальном уровне. В последние годы в России принята программа по борьбе с ХОБЛ. Научно-практическое общество врачей-пульмонологов России уделяет большое внимание разработке программы и ее внедрению. Она постоянно дополняется и уточняется. Необходимо сказать, что российским врачам в связи с программой ХОБЛ пришлось преодолеть традиции 50-летней давности. В конце 30-х годов прошлого века появилась концепция хронической пневмонии, которая получила развитие в 60-е годы. Многие поколения врачей изучали хроническую пневмонию и ничего не слышали об обструктивной болезни легких. Это положение усугублялось еще и тем, что в практическое здравоохранение не были широко внедрены функциональные методы исследования, которые позволяют сформировать функциональный диагноз при ХОБЛ, выявить ранние стадии и тяжелые проявления болезни. Программа по борьбе с ХОБЛ позволила разрешить исторически возникшую проблему. Общество российских пульмонологов в лице их экспертов выпустило монографию по ХОБЛ, ежегодно выходит формулярная система по этому разделу респираторной медицины. Большим достижением является подготовка серии клинических рекомендаций, в которых рассмотрены вопросы функциональной диагностики, критерии постановки диагноза и оценка степени тяжести больных, современных методов лечения. В Минздраве РФ рассмотрены и приняты стандарты и протоколы по лечению больных ХОБЛ.

В рамках этой программы получил развитие проект по борьбе с табакокурением. Табакокурение относится к одному из наиболее агрессивных факторов риска возникновения ХОБЛ. Эпидемиологические исследования, проведенные по распространению табакокурения в России, выявили неутешительную картину. Так, в мужской популяции российского общества табакокурением охвачено более 70%, в то время как в

женской — около 30%. Однако жители сельских районов страны, речь идет о мужской популяции, злоупотребляют табакокурением более чем в 80%.

Работа по борьбе с ХОБЛ оказала большое влияние на практическое здравоохранение, о чем можно судить по официальной медицинской статистике. Так, врачи чаще стали выявлять больных с ХОБЛ, ставить диагноз этой болезни. Ниже приводятся данные (табл.23) Минздрава РФ по распространению ХОБЛ в различных регионах страны.

Данные табл.23 свидетельствуют о неравномерности распространения хронического бронхита в различных регионах России. Выделяются регионы с высоким уровнем распространения, так, например, Алтайский край: 6249 случаев на 100 000 населения. В противоположность Алтайскому краю можно привести Ингушетию, в которой самый высокий в России уровень распространенности и заболеваемости болезнями органов дыхания, но именно показатели по хроническому бронхиту самые низкие: 487 на

Таблица 23

Распространенность хронического бронхита в 2002 г. (на 100 000 взрослого населения)

Регион	Год				
	1998	1999	2000	2001	2002
Центральный федеральный округ	1835,4	1682,8	1595,0	1543,4	1510,1
Ярославская область	1880,5	1512,7	1360,9	1146,5	1190,8
Владимирская область	2369,8	2192,9	1927,3	1440,5	1399,8
Костромская область	1529,2	1342,1	1220,6	1183,1	1094,6
Москва	2541,2	2332,9	2198,1	2030,5	1902,7
Рязанская область	1589,8	1608,1	1443,8	1528,8	1583,5
Северо-Западный федеральный округ	1559,0	1665,6	1667,1	1285,8	1298,2
Новгородская область	2301,8	1813,0	2129,8	1987,1	1957,1
Санкт-Петербург	1581,5	1896,4	1918,3	1591,2	1594,3
Псковская область	1175,1	1042,3	971,9	948,3	1031,4
Южный федеральный округ	1506,6	1406,5	1507,7	1454,1	1461,9
Республика Дагестан	2525,1	2661,8	2576,1	2468,0	2441,4
Республика Ингушетия	487,2	672,0	1228,9	757,0	1181,1
Приволжский федеральный округ	1654,5	1599,3	1662,8	1778,9	1754,8
Пензенская область	2323,5	2048,3	2209,0	1992,6	1984,2
Саратовская область	1368,3	1514,0	1568,5	1629,3	1727,7
Самарская область	1405,2	1189,4	1352,8	1423,1	1262,1
Удмуртская Республика	2118,7	1743,7	1914,1	1801,4	1705,9
Пермская область	2127,0	1822,2	1737,5	1710,8	1636,7
Уральский федеральный округ	1974,8	1771,5	1747,1	1232,2	1272,9
Западно-Сибирский федеральный округ	2625,9	2388,1	2475,6	2326,8	2306,5
Алтайский край	5537,1	5157,9	5843,7	6201,9	6249,4
Омская область	2752,4	2576,8	2410,4	2237,9	2120,8
Новосибирская область	1778,1	1342,0	1298,2	1242,5	1360,9
Дальневосточный федеральный округ	1297,1	1120,1	1105,9	1097,5	1111,5
Республика Саха (Якутия)	1760,3	2004,0	2239,8	2193,3	2275,8
Приморский край	1454,3	1094,3	1016,3	559,9	996,5
Российская Федерация	1845,3	1698,0	1701,5	1623,1	1610,8

100 000 жителей. Эти показатели в Ингушетии были в 1998 г. и в последние 4 года произошло удвоение числа больных ХОБЛ. Однако данные примеры не являются единичным. Так, по данным Минздрава РФ выделяется Псковская область, Костромская и др. Естественно, возникает вопрос о достоверности представленных данных. Какие из них ближе к истине? Можно предположить, что данные по Алтайскому краю носят более объективный характер; в пульмонологическом центре (руководитель — член-корр. РАМН проф. *Я.Н.Шойхет*) ведется плановая работа по эпидемиологии легочных заболеваний. В целом создается впечатление, что методологические вопросы постановки диагноза ХОБЛ еще требуют разяснительной работы. Эти вопросы имеют большое практическое значение, так как они в прямом смысле влияют на здоровье людей, определяют всю программу профилактики, включая первичную. В связи с обсуждаемой темой невольно возникает также вопрос о том, насколько совершенно в России поставлено выявление больных с ХОБЛ. Если сравнить российские данные по распространению ХОБЛ с данными по США, Великобритании и других высокоразвитых стран, то в нашей медицинской статистике приводятся более низкие цифры. Так, например, в США обструктивной болезнью легких страдает более 10 млн человек, т.е. в несколько раз больше, чем в России. По всей видимости, эта разница может уменьшаться, как только будет улучшено качество диагностики больных с ХОБЛ. Климатические условия России, распространенное табакокурение, социальные факторы, злоупотребление алкоголем — все эти перечисленные факторы способствуют развитию ХОБЛ. Раннее выявление обструкции дыхательных путей находится в прямой зависимости от подготовки врачей и возможности провести исследование функции внешнего дыхания. Опыт российских врачей по скринингу респираторной функции, проведенному в рамках Всемирного дня по борьбе с ХОБЛ, выявил значительное число лиц, имеющих обструктивные нарушения функции дыхания. Так, исследование, проведенное среди врачей, выявило, что более 10% имеют признаки обструкции дыхательных путей. Уникальное исследование проведено *Л.И.Козловой*, которая мониторировала функциональные параметры дыхания у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца на протяжении более чем 10 лет. Эта группа больных лечилась β -блокаторами на протяжении всего этого периода. Большинство больных приобрели нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу.

Достаточно трудно интерпретировать данные по смертности, причиной которой является ХОБЛ. Ниже приводятся официальные данные Минздрава РФ смертности от хронических болезней дыхательных путей (табл.24).

Анализ данных смертности от хронических заболеваний дыхательных путей выявляет достаточно пе-

струю картину. Так, выявляются регионы России с высокой летальностью (Алтайский край, Республика Марий Эл и др.); наряду с этими регионами выделяются такие, как, например, Дальневосточный федеральный округ, с показателями низкой смертности. Эта разница составляет несколько порядков. Представленные данные летальности лишней раз убеждают в необходимости улучшить методическую работу по обструктивной болезни органов дыхания. Современными рекомендациями должны овладеть не только врачи-пульмонологи, но также врачи общей практики, патанатомы, специалисты по медицинской статистике, организаторы здравоохранения и др.

Большую роль должна сыграть федеральная программа по обструктивной болезни легких, протоколы и стандарты — весь этот пакет документов предназначен для того, чтобы решить вопросы качественного повышения диагностики, лечения и профилактики этой значительной группы больных. Важным звеном в достижении позитивного сдвига играет вовлечение педиатров в эту проблему. Многие хронические заболевания органов дыхания начинаются в младенческом и детском возрасте. К сожалению, дети очень рано начинают курить, а педиатры находятся в стороне от борьбы с табакокурением. Наркомании, алкоголизму предшествует табакокурение. Следующим очень важным этапом в борьбе с ХОБЛ следует признать профилактические программы, в которых участие педиатров является крайне необходимым.

Таким образом, если определять перспективы российского здравоохранения в стратегии профилактики и лечения больных ХОБЛ, то необходимо указать на важность внедрения создаваемых документов: феде-

Таблица 24

Показатели смертности от хронических болезней нижних дыхательных путей по регионам Российской Федерации (на 100 000 населения)

Регион	2001 г.
Центральный федеральный округ	35,6
Курская область	86,6
Северо-Западный федеральный округ	19,5
Псковская область	42,9
Южный федеральный округ	28,9
Республика Дагестан	64,1
Приволжский федеральный округ	42,9
Республика Марий Эл	87,5
Уральский федеральный округ	35,8
Курганская область	56,7
Сибирский федеральный округ	42,2
Республика Алтай	67,9
Дальневосточный федеральный округ	13,1
Еврейская АО	16,4

ральное руководство по ХОБЛ, стандарты и протоколы по ХОБЛ, формулярная система по ХОБЛ, клинические рекомендации. Планируется провести экзамен для врачей по системе интернет — тема ХОБЛ. Очень важным аспектом этой проблемы является постоянное привлечение внимания общества, участие России в Международном дне по борьбе с ХОБЛ. Россия должна занять решительную позицию на всех уровнях по борьбе с табакокурением. На сегодняшний день отсутствуют реабилитационные программы по обструктивным заболеваниям органов дыхания.

Бронхиальная астма

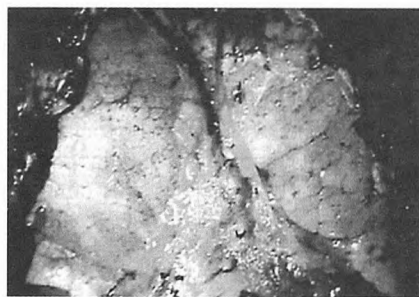
Бронхиальная астма является после обструктивной болезни легких второй по распространенности болезнью системы дыхания у человека. В последние 10 лет ВОЗ предприняла целый ряд инициатив в разработке глобальной стратегии по борьбе с бронхиальной астмой. Необходимо подчеркнуть, что эти программы ВОЗ оказались одними из наиболее эффективных. В настоящее время они используются как позитивная модель в решении вопросов профилактики и лечения других заболеваний, не только системы дыхания. Эта инициатива ВОЗ исходила из того факта, что бронхиальная астма является нарастающей проблемой. За исторически очень короткий отрезок времени эта болезнь вошла в число наиболее часто регистрируемых хронических заболеваний у человека. Эксперты ВОЗ указывают, что артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма и другие обструктивные заболевания легких являются самыми частыми. Так, в Великобритании бронхиальной астмой болеет каждый пятый ребенок и каждый восьмой взрослый человек. Высокая заболеваемость бронхиальной астмой отмечается в Новой Зеландии, Австралии, США и во многих других странах. Эти данные были получены после проведения эпидемиологических исследований. В тех странах, в которых эти исследования не проводились, как правило, считают, что эта проблема для них не является актуальной.

В России традиционно уделялось большое внимание разработке этой проблемы. Долгие годы проводилась дискуссия по поводу классификации заболевания, и было высказано много оригинальных точек зрения. Особенно больших успехов удалось достичь при проведении реабилитационных программ у детей. В СССР работали региональные, республиканские, краевые и союзные детские санатории, которые специализировались по лечению детей больных бронхиальной астмой. В некоторых детских санаториях был получен уникальный опыт по высокоэф-

фективному лечению детей. К таким санаториям, несомненно, следует отнести комплекс в Анапе. Санатории города принимали до 10 000 детей в сезон, и они работали круглогодично.

В 90-е годы в России были осуществлены программы, которые сблизили здравоохранение страны с передовым мировым опытом.

Российское общество врачей-пульмонологов разработало национальную программу по борьбе с бронхиальной астмой (середина 90-х годов). Отдельным изданием вышла детская программа, и Россия являлась одной из первых стран в мире, в которой была принята национальная программа по борьбе с детской бронхиальной астмой. Высокая активность ученых пульмонологов и аллергологов не могла не сказаться на практическом здравоохранении. В данном случае достаточно чувствительным тестом являются показатели медицинской статистики. Если проанализировать данные отчетов Минздрава РФ за последние 10 лет, то можно выделить несколько этапов, указывающих на изменение отчетных данных по бронхиальной астме. Так, после 1995 г., когда появи-



лась национальная программа по борьбе с бронхиальной астмой, в отчетах Минздрава РФ указывалось на рост заболеваемости бронхиальной астмой более чем на 30%, что буквально означало не истинный рост, а улучшение качества диагностики этой болезни. В последующие годы, согласно данным, представленных в отчетах, продолжается уже не скачкообразное, но неуклонное

повышение распространенности бронхиальной астмы. В табл.25 приводятся данные распространенности бронхиальной астмы в разных регионах России.

При анализе данных по распространенности бронхиальной астмы общей чертой является то, что повсеместно наблюдается ее рост. Самые высокие показатели в Москве, Санкт-Петербурге и Алтайском крае. Именно в этих регионах страны находятся центры по пульмонологии и ведется плановая работа по эпидемиологии бронхиальной астмы, поэтому можно предполагать, что оттуда приходит более или менее объективная информация. Однако, если эти данные сопоставить с данными других стран, о которых речь шла выше, то можно утверждать, что российские данные по распространению бронхиальной астмы находятся на предельно низком уровне. В последние годы выполнены ряд исследований по протоколам Европейского общества пульмонологов. Данные получены по Новосибирску и Москве. Популяция, которая была охвачена эпидемиологическим исследованием, включала подростков. Эти эпидемиологические исследования следует отнести к наиболее корректным, когда-либо выполнявшимся в нашей стране. Согласно эпидемиологическим данным, которые были получены на популяции подростковой,

Распространенность бронхиальной астмы (на 100 000 взрослого населения)

Регион	Год				
	1998	1999	2000	2001	2002
Центральный федеральный округ	619,0	676,3	701,7	700,3	735,4
Ярославская область	741,5	807,4	903,2	983,6	1035,6
Владимирская область	638,6	667,0	731,3	847,9	971,5
Костромская область	477,3	511,6	538,7	555,7	587,0
Москва	891,8	946,4	966,7	1023,0	1069,4
Рязанская область	576,7	611,3	666,8	690,6	723,6
Северо-Западный федеральный округ	619,0	712,9	766,9	682,4	703,0
Новгородская область	478,7	541,9	670,4	612,1	691,0
Санкт-Петербург	738,5	891,4	943,7	992,5	1000,1
Псковская область	435,0	391,2	432,7	461,6	550,5
Южный федеральный округ	422,8	419,1	456,5	489,1	494,9
Республика Дагестан	375,2	339,8	411,7	423,3	439,2
Республика Ингушетия	143,5	157,0	121,9	143,8	194,6
Приволжский федеральный округ	445,4	477,1	514,3	603,8	643,4
Пензенская область	410,3	415,4	454,3	467,3	482,2
Саратовская область	373,2	411,0	425,0	432,2	461,6
Самарская область	487,5	544,0	588,3	653,1	749,5
Удмуртская Республика	398,9	425,7	493,6	582,1	635,1
Пермская область	638,4	715,4	814,5	849,2	902,7
Уральский федеральный округ	522,6	556,8	604,5	617,6	662,8
Западно-Сибирский федеральный округ	555,5	623,8	659,5	654,4	699,8
Алтайский край	632,6	1012,3	835,4	922,4	1012,3
Омская область	567,9	635,8	654,4	670,8	678,7
Новосибирская область	596,6	635,7	694,1	748,0	800,0
Дальневосточный федеральный округ	421,2	422,6	456,1	505,8	550,9
Республика Саха (Якутия)	408,5	434,9	441,8	470,7	542,2
Приморский край	508,2	504,7	557,4	651,3	723,9
Российская Федерация	514,6	548,6	584,9	627,2	659,4

бронхиальная астма распространена более чем в 9%. Таким образом, современные методы эпидемиологического исследования выявляют распространение бронхиальной астмы с такой же частотой, как и в странах Западной Европы. Эти исследования могут лежать в основе научных прогнозов по России, т.е. с улучшением диагностики этой болезни будет возрастать число больных, страдающих преимущественно легкой степенью бронхиальной астмы.

Этот процесс позволит уменьшить число больных с тяжелыми проявлениями болезни, инвалидность и

летальность. В табл.26 представлены данные о высокой летальности, основной причиной которой явилась бронхиальная астма.

Анализ данных смертельных исходов от бронхиальной астмы, показывает, что в год в России умирает 751 человек. Самая высокая летальность зарегистрирована в Москве и Московской области. Эти данные требуют разъяснения. Данный регион России характеризуется высокой плотностью населения, специализированными стационарами, в которых концентрируются наиболее тяжелые больные, высоким

уровнем аутопсий умерших в условиях стационара, наконец, наиболее подготовленной службой патологической анатомии. Сегодня приходится констатировать, что, невзирая на успехи в изучении механизмов болезни, сохраняется тенденция к увеличению числа больных с тяжелым течением бронхиальной астмы. Во всем мире отмечается рост числа больных, умерших от этой формы аллергического заболевания.

Стратегическим направлением в борьбе с бронхиальной астмой считается программа ее первичной профилактики. Однако следует сказать, что выполнение этого проекта носит пока только научный характер. Внимание привлекло совместное исследование английских и аргентинских пульмонологов по первичной профилактике бронхиальной астмы. Они применили пептид, полученный из *Mycobacteria vaccae*. Он обладает выраженным иммуномодулирующим свойством, что и позволило предотвратить развитие аллергических реакций у новорожденных. Данное исследование нуждается в проведении наблюдения и получении отсроченных данных, прежде чем его можно будет рекомендовать для широкого клинического применения.

Таким образом, бронхиальная астма является одной из наиболее распространенных болезней в мире и России. Астма оказывает большое влияние на социальное бремя общества. Она носит универсальный характер, затрагивая здоровье человека в любом воз-

расте. Высокий уровень ее распространенности в детском возрасте диктует необходимость разработки целенаправленных программ по борьбе с бронхиальной астмой у детей. В этот период жизни человека реально, с научной точки зрения, осуществить первичную профилактику болезни. Такая задача поставлена генеральным директором ВОЗ. Не менее важным этапом в успешном ведении больных бронхиальной астмой является вторичная и третичная профилактика. В успешной реализации стратегии профилактики болезни необходимо исходить из воспалительной концепции бронхиальной астмы, т.е. она рассматривается вне зависимости от степени тяжести как хроническое воспалительное заболевание слизистой дыхательных путей. Воспалительный процесс поддерживается миграцией в очаг воспаления целого ряда иммунокомпетентных клеток и высвобождением медиаторов воспаления. С воспалительным процессом связывают основные клинические проявления: спазм гладких мышц бронхов (острое удушье), повышенная продукция бронхиального секрета (кашель с трудноотделяемой мокротой) и отек слизистой дыхательных путей (подострое течение болезни и частые приступы одышки). Исходя из современной концепции болезни, необходимо адекватное построение базисной противовоспалительной терапии, которая основана на применении преимущественно ингаляционных глюкокортикостероидов.

В России разработана формулярная система по ведению больных бронхиальной астмой, подготовлены стандарты и протоколы, широкой популярностью пользуются клинические рекомендации. Наступил новый этап в стратегии профилактики бронхиальной астмы.

Таблица 26

**Больничная летальность, 2002 г.
Бронхиальная астма, астматический статус
в различных регионах Российской Федерации**

Регион	Число больных	% выживших
Российская Федерация	751	0,31
Центральный федеральный округ		
Владимирская область	0	0,00
Московская область	45	0,53
Москва	70	0,38
Северо-Западный федеральный округ		
Ненецкий АО	1	4,17
Санкт-Петербург	26	0,41
Южный федеральный округ		
Карачаево-Черкесская Республика	1	0,08
Приволжский федеральный округ		
Коми-Пермяцкий АО	0	0
Уральский федеральный округ		
Челябинская область	5	0,09
Сибирский федеральный округ		
Новосибирская область	32	0,51
Дальневосточный федеральный округ		
Магаданская область	5	2,21

Эмфизема

*Посвящается памяти
доктора Эдуарда Изаксона*

Эмфизема является третьим по частоте хроническим заболеванием дыхательных путей после ХОБЛ и бронхиальной астмы. В последние годы резко изменились подходы к постановке диагноза эмфизема легких. Этому в значительной степени способствовали успехи торакальных хирургов по лечению одышки — основному признаку эмфиземы. В рутинной практике врачи ставят диагноз эмфизема больше из формальных соображений, чем основываясь на конкретных методах исследования. С введением в США протокола по эмфиземе ревизии были подвергнуты различные диагностические критерии эмфиземы. В постановке диагноза большое значение придается генетическим исследованиям, оценке функционального резерва вентиляционной функции легких и результатам рентгеноморфологических исследова-



дований с применением компьютерной томографии высоких разрешений.

В начале 60-х годов прошлого века был расшифрован механизм генетической предрасположенности к эмфиземе. Он связан с нарушением синтеза α_1 -антитрипсина у больных с эмфиземой. Генетический дефект приводит к нарушению в системе протеолиз-антипротеолиз, что и способствует дегенерации эластических волокон легочной ткани. Генетическая теория эмфиземы оказалась достаточно продуктивной и способствовала разработки как диагностических, так и лечебных программ больных с эссенциальной эмфиземой легких. Однако проведенные молекулярно-генетические эпидемиологические исследования установили, что чуть более чем у 1% больных эмфиземой выявляется дефект в синтезе α_1 -антитрипсина, т.е. незначительная группа больных эмфиземой имеет генетический механизм ее развития. Следует подчеркнуть продуктивный характер теории нарушения в системе протеолиз-антипротеолиз как одного из ведущих механизмов развития эмфиземы легких.

В постановке диагноза эмфиземы легких большое значение придается функциональным методам диагностики. С помощью этих методов устанавливается объем мертвого пространства, с увеличением которого рассматривают эмфизематозный механизм ее возникновения. Обычно больные жалуются на одышку, при исследовании функции внешнего дыхания у этой категории больных проводят тест на обратимость обструкции дыхательных путей, наступающей после ингаляционного использования бронхорасширяющих препаратов. Для эмфиземы характерным признаком, кроме увеличенного остаточного легочного объема, является признак необратимости обструкции дыхательных путей, о котором судят после использования бронхорасширяющих препаратов. Функциональные методы имеют значение в оценке степени выраженности эмфиземы, эти же методы используют для мониторингирования течения болезни. Большие изменения произошли при внедрении компьютерной томографии высоких разрешений, которые позволили четко охарактеризовать эмфизему и разработать критерии показаний к хирургической резекции легочной ткани. В России эти операции проведены А.А.Вишневым, В.Ф.Паршиным, П.К.Яблонским. В Западной Европе и в США эти операции стали очень популярными, и в настоящее время конкурируют по частоте с операциями, которые производят в связи с ишемической болезнью сердца.

Российское общество пульмонологов приступает к формированию национального регистра по больным с эмфиземой. В этот проект включаются также исследования по генетической предрасположенности к эмфиземе, внедрению современных клинических рекомендации по ведению больных с этим заболеванием и разработке протоколов для хирургических методов их лечения. Этот проект получил название "Эдуард Изааксон" — русского исследователя эмфиземы. В 1876 г. им была опубликована диссертация

о роли сосудов малого круга кровообращения в патогенезе эмфиземы легких. Эта работа доктора Эдуарда Изааксона стала широко цитироваться западными учеными, которые сравнивали ее с достижениями знаменитого Лазнека.

Муковисцидоз



Муковисцидоз является одним из наиболее распространенных генетических заболеваний. Эпидемиологическими исследованиями установлено, что из 4000 новорожденных муковисцидоз встречается у двух. В основе развития этой болезни лежит дефект гена, находящегося в 7-й паре хромосом и ответственного за работу хлорного канала. Дефект состоит в мутации гена: в позиции дельта-F-508 происходит изменение в последовательности аминокислот. В результате указанного дефекта развиваются панкреатическая недостаточность и бронхоэктазы. У взрослых больных с муковисцидозом на первый план выходит рецидивирующая инфекция дыхательных путей. Наиболее частым возбудителем является *Pseudomonas auregenosis*. В России до начала 90-х годов больные с муковисцидозом практически не доживали до подросткового возраста, тем более до взрослого состояния. В последние 10 лет предприняты попытки внедрить современные международные рекомендации по ведению детей и позже взрослых больных муковисцидозом. Эти программы удалось осуществить при большом энтузиазме целого ряда ученых страны: Н.И.Капанова, Т.Е.Гембицкой, Е.Л.Аmeliной и других подвижников по лечению больных муковисцидозом. Сегодня можно утверждать, что проделана большая и напряженная работа, которая позволила качественно изменить ситуацию по лечению и прогнозу больных с муковисцидозом. Так, удалось более чем на 15 лет продлить жизнь этой группе тяжелых больных. Многие больные муковисцидозом стали студентами, 2 женщины родили детей и сегодня самому старшему по возрасту больному муковисцидозом 34 года. Многие из них являются одаренными людьми и мечтают стать врачами, чтобы найти эффективные способы лечения этого тяжелого недуга. Мировая практика добилась впечатляющих результатов по лечению больных муковисцидозом. В этой группе больных впервые были применены технологии генной терапии. В настоящее

время они приостановлены из-за нежелательных реакций, возникших на вектор аденовируса, который был использован как транспортная система для доставки генного материала. Другим достижением явилась трансплантация обоих легких больным муковисцидозом. Это большой успех, так как легочная ткань этих больных колонизирована синегнойной палочкой, т.е. борьба с инфекционным процессом представляет серьезную клиническую проблему. Однако следует сказать, что наибольших результатов удалось добиться при хорошем уходе за больными и применении эффективных лекарственных средств, включая антибиотики, ферментные препараты и ДНКазу (генно-инженерный препарат), а также кинезотерапию. Актуальной задачей для России является повсеместное внедрение опыта, накопленного в Москве и Санкт-Петербурге. В России существует государственная поддержка детей, больных муковисцидозом; лечение в амбулаторных и стационарных условиях больные получают бесплатно, включая и дорогостоящие лекарственные средства.

Интерстициальные заболевания легких

Интерстициальные заболевания легких являются гетерогенной группой заболеваний. Корректных эпидемиологических исследований не проводилось по объективным причинам, так как их методически трудно организовать. Приблизительно считается, что на 100 000 населения в год интерстициальными заболеваниями болеют от 20 до 40 человек. До недавнего времени эта группа заболеваний относилась к раритетам. В настоящее время с внедрением современных методов имидж-диагностики и доступности морфологических исследований ситуация улучшилась. В диагностических центрах России чаще стали ставить диагнозы интерстициальных заболеваний легких. Однако следует указать на то, что достичь мирового уровня по этой проблеме пока не удалось. Для России эта проблема приобретает особую остроту в связи ликвидаторами последствий взрыва на Чернобыльской атомной электростанции. Прошло уже более 15 лет после аварии и можно ожидать роста числа больных с легочным фиброзом, вызванным депонированием радиоактивной пыли в легочных структурах этих людей. В России существует лечебная программа, целью которой является элиминация элементов пыли из легочных структур ликвидаторов. Как уже указывалось выше, это гетерогенная группа заболеваний, к которой, в частности, относят саркоидоз и другие гранулематозные заболевания нетуберкулезной этиологии. Большая группа лекарственных средств способна вызывать повреждение легких с последующим развитием фиброза легких.

Следует признать, что диагностика интерстициальных заболеваний легких относится к числу наиболее сложных в медицинской практике. Подчеркивается необходимость проведения консилиума с

участием клинициста, морфолога и специалиста по имидж-диагностике. В России предстоит внедрить современные программы по диагностике и лечению больных с интерстициальными заболеваниями легких, среди которых обособленное место занимает идиопатический легочный фиброз, другое его название — фиброзирующий альвеолит.

Общество врачей-пульмонологов планирует издать рекомендации Европейского респираторного общества в виде клинических рекомендаций. На ближайших конгрессах этой форме легочной патологии будет уделено внимание как первостепенной задаче.

Интенсивная пульмонология

В мировой практике бурно развивается интенсивная пульмонология, что обусловлено требованиями клинической практики. Больные, у которых развились астматическое состояние, пневмоторакс, острая дыхательная недостаточность, обострение хронической дыхательной недостаточности, респираторный дистресс-синдром, нуждаются в проведении методов лечения, которые лучше всего организовать в блоках интенсивной пульмонологии. Пульмонологические блоки интенсивной терапии только зарождаются в России, но уже получены хорошие лечебные результаты по применению у больных с дыхательной недостаточностью кислородно-гелиевой смеси и оксида азота. Накопленный в Институте пульмонологии опыт свидетельствует о большой перспективе в лечении больных с дыхательной недостаточностью. Особым разделом пульмонологии и реаниматологии является лечение больных с вентиляционно-ассоциированной пневмонией, смертность при которой превышает 60%. В педиатрической практике появляются свои специфические проблемы, особенно связанные с развитием у детей респираторного дистресс-синдрома новорожденных, а также у детей с бронхолегочной дисплазией. В последние годы бурно развивается неинвазивная вентиляция легких, которую применяют как при дыхательной недостаточности, так в случаях развития застойной сердечной недостаточности.

В России предстоит проделать большую организационную работу с тем, чтобы внедрить в широкую практику современные методы респираторной поддержки. Сегодня к международным стандартам приближаются блоки интенсивной пульмонологии только в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге и Барнауле. Конечно, этого для страны явно недостаточно. Существует другая острая проблема для России — оказание длительной респираторной поддержки больным с клещевым энцефалитом. Данная проблема очень остро стоит для Урала и Сибири, в этих регионах в последние годы летом отмечается вспышка клещевого энцефалита. Предстоит также напряженная работа по разработке и внедрению протоколов по ведению больных в блоках интенсивной пульмонологии.



На органы дыхания приходится большая антропогенная нагрузка. Общая функционально активная площадь легких составляет около 100 м^2 и за сутки через систему дыхания фильтруется от 10 000 до 20 000 л воздуха. Эволюционно дыхание развило мощную систему защиты, которая включает как физические механизмы (кашель, мукоцилиарный клиренс и др.), так и развитые местные реакции иммунитета. Однако агрессивная внешняя среда нарушает эти совершенные механизмы защиты, большая группа болезней системы дыхания является экологически обусловленной. К ним следует отнести такие распространенные заболевания органов дыхания, как бронхиальную астму, обструктивный бронхит, рак легких, интерстициальный фиброз легких и др. Ряд заболеваний носит сложный характер. Это можно проиллюстрировать на примере ликвидаторов последствий взрыва на Чернобыльской атомной электростанции. В первый месяц после аварии в основном доминировали симптомы поражения верхнего отдела дыхательных путей. Людей, находившихся в загрязненной зоне, больше беспокоил сухой непродуктивный кашель, многие ликвидаторы обратились к врачам в связи с симптомами болей в горле. Этот острый период продолжался более 2 мес. В последующем людей мало беспокоили проявления со стороны органов дыхания. Однако спустя 2–3 года ликвидаторы стали часто болеть инфекционными заболеваниями нижнего отдела дыхательных путей. Пик пришелся на 7–9-й год после аварии. Многие ликвидаторы перенесли пневмонию, часто наблюдались тяжелые гнойные легочные заболевания (абсцесс легкого, эмпиема плевры и др.). К началу — середине 90-х годов болезни дыхательной системы вышли на первое место в национальном регистре России. Спустя 10–15 лет ликвидаторов стали беспокоить одышка, развитие которой связано с прогрессирующим легочным фиброзом. На настоящем этапе многие ликвидаторы находятся в группе риска по развитию рака легкого. Таким образом, на примере ликвидаторов последствий взрыва на Чернобыльской атомной электростанции видно, насколько сложно формируются болезни легких — как верхнего, так и нижнего отделов дыхательных путей. Порой требуется длительное время с тем, чтобы установить причинную связь между появлением легочного заболевания и факторами внешней среды.

Большой резонанс в мире вызвал Монреальский протокол, согласно которому мониторировались болезни легких в зависи-



мости от климатических условий и концентрации поллютантов в окружающей среде. Обострение хронических болезней дыхательной системы имели прямую зависимость от состояния окружающей среды. Наиболее агрессивными поллютантами являются диоксид серы, азота, озон и черный дым. В настоящих исследованиях внимание приковано к проблеме мелких респираторных частиц, которые могут проникать глубоко в дыхательные пути и депонироваться в легочных структурах. Этот путь направлен на поиск доказательств такого стремительного роста рака легкого не только в мужской популяции, что было характерно для периода до 90-х годов, но теперь уже и для женской популяции.

Научные прогнозы свидетельствуют, что доминирующими болезнями текущего столетия будут болезни экологически обусловленные, среди которых болезни органов дыхания займут лидирующее место.

Пути развития пульмонологии в России

Основная задача российской пульмонологии состоит в качественном улучшении всей службы оказания эффективной лечебной помощи многочисленным группам больных с заболеваниями органов дыхания. Как этого можно достичь? Важным процессом в достижении поставленной цели является процесс интеграции в Европейское общество пульмонологов. Это одно из необходимых условий, которое позволит постоянно осознавать свой уровень и определять перспективу развития научных и практических проектов в здравоохранение России. Этого достичь непросто. Существенна разница в модели врача-пульмонолога, которая принята в экономическом союзе Западной Европы, и российской модели врача-пульмонолога. Достаточно привести примеры по туберкулезу и раку легкого, которые находятся в компетенции пульмонологов на Западе, в то время как в России добавляется еще две врачебные специальности. В данном аналитическом обзоре не приводятся данные по туберкулезу и раку легкого, так как в этих областях в российском здравоохранении не произошло больших изменений. Автор посчитал необоснованным повторять данные, опубликованные в первом издании. Вернемся к процессу интеграции и тем сложностям, которые стоят на этом пути. Практическое здравоохранение существенно отличается в России от того, которое принято в странах Западной Европы. В качестве примера можно привести развитую службу оказания интенсивной помощи больным с заболеваниями органов дыхания. В России интенсивная пульмонология делает только первые шаги. Диагностические возможности Запада стоят на высоком уровне, поэтому так энергично развиваются проекты по редким заболеваниям. В качестве примера можно привести проект по интерстициальным заболеваниям органов дыхания.

Таким образом, для российского здравоохранения это хороший ориентир. Можно с уверенностью ска-

зять, что в самое ближайшее будущее в России начнет меняться практическая пульмонология. Это уверенность проистекает из научных кадров, которые сложились в последние 10 лет. В этом процессе большую роль должен сыграть проект развития поликлинической пульмонологии. Если рассматривать реализацию этого проекта с экономической точки зрения, он выглядит экономически сберегающим. Другим достоинством этого проекта является его гуманизация. В этих условиях возможно добиться более высоких показателей качества жизни наших больных.

Важным условием российского здравоохранения является внедрение федеральных руководств по бронхиальной астме, ХОБЛ, а также протоколов технического регламента и методик по этим нозологическим формам легочной патологии. Образование врачей должно быть постоянным, в этом плане большую помощь приносят формулярная система и клинические рекомендации. Определенная перспектива в оптимизации образовательных программ должна сыграть *web-программа*. Российское общество врачей-пульмонологов имеет достаточно развитую программу в интернете и приступило к формированию экзаменационных курсов по пульмонологии. Однако следует отметить, что эти проекты носят больше молодежный характер, большинство практических пульмонологов до сегодняшнего времени не пользуются услугами интернета.

Успех в реализации этих планов, может быть, достигнут через демократические структуры научно-

практического общества врачей-пульмонологов России. Опыт последних лет свидетельствует об активной и созидательной работе общества. Достаточно привести примеры с программами по бронхиальной астме и ХОБЛ. Так, за предельно короткий период времени улучшились диагностика и лечение этой группы больных.

Большое значение имеют научные программы в области пульмонологии. Актуальным является проведение эпидемиологических исследований по распространенности основных групп хронических и острых заболеваний органов дыхания. Эти данные необходимо положить в основу стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики легочных заболеваний. Такой стремительный рост числа больных с заболеваниями органов дыхания диктует необходимость безотлагательного начала профилактических программ в нашем обществе. Одной из таких программ должна стать программа по борьбе с табакокурением. Современное общество очень чувствительно к экологическим проблемам. Загрязнение окружающей среды сказывается в первую очередь на патологии органов дыхания. В научных программах уделяется большое внимание генетическим исследованиям, включая и протеомику. Исследование конденсата выдыхаемого воздуха имеет, несомненно, большую перспективу в пульмонологии.

Наконец, важной составляющей в перспективе развития отечественного здравоохранения имеет развитие реабилитационных программ для больных с заболеваниями дыхательной системы.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.082(470+571)

А.Г.Чучалин, А.В.Аверьянов, Н.В.Антонова, А.Л.Черняев

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2004–2008 гг.)

(утверждена решением Коллегии Минздрава России 16 сентября 2003 г.)

НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Минздрав РФ

Концепция развития пульмонологической помощи населению России (далее концепция) разработана в развитие концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г., одобренной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. №1202-р и концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. №1387.

Состояние проблемы и обоснование необходимости разработки концепции

Болезни органов дыхания (БОД) занимают 1-е место в структуре общей заболеваемости и 4-е место в структуре смертности населения Российской Федерации, что определяет их высокое социальное бремя.

В течение последних 25 лет XX века заболеваемость населения БОД неуклонно возрастала, прежде всего за счет инфекционных, аллергических, опухо-