

Изменение показателей смертности и госпитальной летальности населения Российской Федерации от бронхиальной астмы (2014–2018)

Е.В.Быстрицкая ✉, Т.Н.Биличенко

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России: 115682, Россия, Москва, Ореховый бульвар, 28

Резюме

Бронхиальная астма (БА) является одним из лидирующих хронических неинфекционных заболеваний у населения всех возрастных групп, отмеченных Всемирной организацией здравоохранения и Глобальной инициативой по лечению и профилактике БА (*Global Initiative for Asthma* – GINA) в связи с большой социально-экономической нагрузкой на общество. **Целью** исследования явился анализ показателей смертности (ПС) населения Российской Федерации и госпитальной летальности (ГЛ) по причине БА в 2014 и 2018 гг. **Материалы и методы.** Для анализа ПС и ГЛ по причине БА (Х J45–J46 по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, 1989) использована статистическая информация Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службы государственной статистики Министерства экономического развития Российской Федерации. **Результаты.** ПС от БА в России составил от 1,2 (2014) до 0,9 (2018) на 100 тыс., что в структуре смертности от всех болезней органов дыхания соответствовало 2 %. Максимальное значение ПС регистрировалось в Приволжском федеральном округе – от 1,7 (2014) до 1,1 (2018) на 100 тыс. Среди трудоспособного населения ПС по причине БА составлял 0,4 (2014) и 0,3 (2018) на 100 тыс. Среди населения старше трудоспособного возраста ПС от БА соответствовал 4,2 (2014) и 2,7 (2018) на 100 тыс. ($p = 0,026$). Среди городского населения ПС по причине БА в 2018 г. был в 2 раза выше по сравнению с таковым среди сельского населения, среди женщин – в 1,6 раза выше по сравнению с мужчинами. ГЛ при БА у взрослого населения в 2014 и 2018 гг. составляла 0,3 %. **Заключение.** Условиями постепенного снижения ПС у пациентов с БА разных возрастных групп являются ранняя диагностика, диспансерное наблюдение, правильное лечение и контроль над БА.

Ключевые слова: бронхиальная астма, смертность, госпитальная летальность.

Конфликт интересов. Конфликт интересов авторами не заявлен.

Финансирование. При проведении данного исследования участие спонсоров не предусматривалось.

Этическая экспертиза. Исследование проведено с использованием данных медицинской статистики, представленной Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службой государственной статистики Министерства экономического развития Российской Федерации.

© Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н., 2023

Для цитирования: Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. Изменение показателей смертности и госпитальной летальности населения Российской Федерации от бронхиальной астмы (2014–2018). *Пульмонология*. 2023; 33 (4): 454–460. DOI: 10.18093/0869-0189-2023-33-4-454-460

Changes in mortality rates and hospital mortality associated with bronchial asthma in the population of the Russian Federation (2014 – 2018)

Elena V. Bystritskaya ✉, Tatiana N. Bilichenko

Federal State Budgetary Institution “Pulmonology Scientific Research Institute” under Federal Medical and Biological Agency of Russian Federation: Orekhovyy bul'var 28, Moscow, 115682, Russia

Abstract

Bronchial asthma (BA) is one of the leading chronic non-communicable diseases in all age groups and has been noted by WHO and GINA due to the large socio-economic burden on society. **Aim.** The analysis of mortality rates (MR) and hospital mortality (HM) due to BA in the Russian population in 2014 and 2018. **Methods.** The statistical information of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation and Federal State Statistics Service of the Ministry of Economic Development of the Russian Federation on the MR and HM associated with BA was used. **Results.** The mortality rate (MR) associated with BA in Russia was 1.2 per 100 thousand population in 2014 and 0.9 in 2018, which corresponded to 2% of mortality from all respiratory diseases. The maximum MR was registered in the Volga Federal District (in 2014 – 1.7, in 2018 – 1.1 per 100 thousand population). Among the working age population, the average MR due to BA was registered at the level of 0.4 per 100 thousand in 2014 and 0.3 in 2018. Among the population older than working age, MR was 4.2 in 2014. In 2018, MR due to BA decreased by 1.5 times to 2.7 per 100 thousand in the older age group ($p = 0,026$). MR due to BA in the urban population in 2018 was 2 times higher than in the rural population, and was 1.6 times higher in women than in men. Hospital mortality (HM) in the adult population in 2014 and 2018 stayed at the level of 0.3%. **Conclusion.** The early diagnosis and follow-up of patients with asthma and control of asthma among different age groups contribute to gradual decrease in MR.

Key words: bronchial asthma, mortality, hospital mortality.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. This publication was not sponsored.

Ethical expertise. This study was conducted using medical statistics of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation and Federal State Statistics Service of the Ministry of Economic Development of the Russian Federation.

® Bystritskaya E.V., Bilichenko T.N., 2023

For citation: Bystritskaya E.V., Bilichenko T.N. Changes in mortality rates and hospital mortality associated with bronchial asthma in the population of the Russian Federation (2014 – 2018). *Pul'monologiya*. 2023; 33 (4): 454–460 (in Russian). DOI: 10.18093/0869-0189-2023-33-4-454-460

Бронхиальная астма (БА) является серьезной проблемой здравоохранения у населения всех возрастных групп [1]. По заключению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), БА является одним из основных хронических неинфекционных заболеваний, которым страдают как дети, так и взрослые, при этом БА является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний у детей. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России), за период 2014–2018 гг. общая заболеваемость населения БА увеличилась: в 2014 г. показатели составляли 1 406 493 (961,6 на 100 тыс.), а в 2018 г. — 1 567 016 (1 067,2 на 100 тыс.) случаев. Показатели смертности (ПС) по причине БА являются индикаторами качества медицинской помощи населению и в значительной степени зависят от развития системы здравоохранения, возрастной структуры и уровня благосостояния населения разных территорий [2]. За последние 10 лет отмечается снижение смертности от БА в связи с уменьшением числа случаев тяжелого течения болезни и достижением контроля над заболеванием благодаря правильному лечению. Большинство пациентов, страдающих БА, хорошо отвечают на традиционную терапию, достигая контроля над заболеванием, но у части из них (20–30 %) выявляются трудные для терапии фенотипы болезни [3, 4], при которых отмечаются высокая частота обострений и обращений за неотложной медицинской помощью. Большинство случаев смерти, связанных с БА, происходят в странах с низким и средним уровнем дохода, где показатели выявления и лечения БА находятся на недостаточно высоком уровне. С этим связана высокая частота обострений БА и госпитализаций в связи с тяжелым течением болезни, а также госпитальной летальности (ГЛ), при этом ВОЗ ставят такие задачи, как улучшение диагностики, лечения и мониторинга БА, уменьшение глобального бремени хронических неинфекционных заболеваний, достижение прогресса на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения [5].

Целью исследования явился анализ ПС и ГЛ населения России от БА за период 2014–2018 гг.

Материалы и методы

Анализ ПС от БА населения Российской Федерации (РФ) проведен в целом и в рамках данных по федеральным округам (ФО) за период 2014–2018 гг. В анализ включены данные по классу X J45–J46 согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) (1989), а также официальной статистической информации Минздрава России и Федеральной службы государственной статистики Министерства экономического развития Российской Федерации (Росстат)^{1–4}.

При проведении исследования использовались следующие понятия:

- **смертность** — отношение числа умерших к общей численности населения за 1 год (по данным Управления записи актов гражданского состояния);
- **показатель ГЛ** — соотношение числа умерших в стационаре ($\times 100$) к общему числу выписанных (выписанных и умерших) из стационара больных в течение 1 года. При анализе данных по возрастным группам возраст детского населения составлял 0–14 и 15–17 лет;
- **трудоспособное население** (2018) — мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 лет, за исключением инвалидов;
- **население старше трудоспособного возраста** — лица в возрасте от 55 лет (среди женщин) и 60 лет (среди мужчин) (Закон СССР от 14.07.56, ред. от 22.05.86 «О государственных пенсиях»).

Показатели ГЛ и результаты патологоанатомических исследований представлены по данным федерального статистического наблюдения по форме № 14^{5,6}.

Результаты

По данным Росстата, в структуре смертности от всех причин (2018) болезни органов дыхания (БОД) занимали 6-е место среди основных причин смерти ($n = 61\,150$) (41,6 на 100 тыс.) после болезней системы кровообращения (583,1 на 100 тыс.), новообразований (203,0 на 100 тыс.), внешних причин (98,5 на 100 тыс.), болезней нервной системы (75,0 на 100 тыс.), органов

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2014, 2018 гг.: Статистические материалы. М.: 2015, 2019.

² Федеральная служба государственной статистики. Демографический ежегодник России. М.: 2019. Доступно на: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Dem_ejegod-2019.pdf

³ Федеральная служба государственной статистики. Оперативная информация. Смертность населения в трудоспособном возрасте за январь–декабрь 2019 г. Доступно на: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

⁴ Приказ Росстата от 19.11.18 № 679 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях за 2019 год». Форма № 14.

⁵ Приказ Росстата «Об утверждении формы от 25.12.14 № 723 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях за 2014 год». Форма № 14.

⁶ Приказ Росстата от 19.11.18 № 679 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях за 2018 год». Форма № 14.

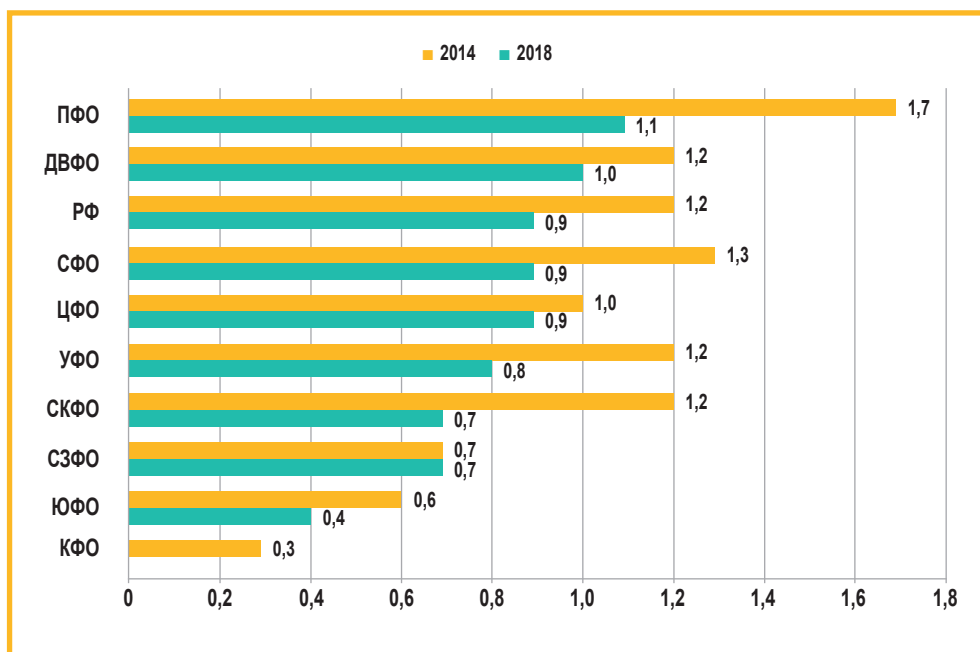


Рис. 1. Показатели смертности населения Российской Федерации от бронхиальной астмы в 2014 и 2018 гг. на 100 тыс. по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации
Примечание: ПФО – Приволжский, ДВФО – Дальневосточный, СФО – Сибирский, ЦФО – Центральный, УФО – Уральский, СКФО – Северо-Кавказский, СЗФО – Северо-Западный, ЮФО – Южный, КФО – Крымский федеральные округа; РФ – Российская Федерация.

Figure 1. Mortality rate associated with asthma of the Russian population in 2014 and 2018 per 100 thousand according to the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

пищеварения (65,0 на 100 тыс.). В структуре смертности населения России от БОД доля умерших от БА (2018) составила 2,0 % от всех БОД и имела тенденцию к снижению – 2,3 % (2014). За этот период отмечена тенденция к снижению ПС населения от БА – 1 791 (1,2 на 100 тыс.) (2014) и 1 251 (0,9 на 100 тыс.; $p = 0,49$) (2018).

За период 2014–2018 гг. наблюдалась тенденция к снижению ПС от БА по всем ФО (рис. 1). Самый высокий ПС по причине БА среди всех ФО оставался в Приволжском федеральном округе (ПФО) – 1,7 (2014) и 1,1 (2018) на 100 тыс. ($p = 0,22$). В 2018 г. ПС по ФО существенно не различались:

- Сибирский (СФО) и Центральный (ЦФО) – 0,9;
- Дальневосточный (ДВФО) – 1,0;
- Уральский (УФО) – 0,8;
- Северо-Кавказский (СКФО) и Северо-Западный (СЗФО) – 0,7;
- Южный (ЮФО) – 0,6 на 100 тыс.

Самый высокий ПС среди субъектов РФ (2014) зарегистрирован в Курганской области (3,8 на 100 тыс.). Летальных случаев от БА не установлено в Ненецком автономном округе (СЗФО), Республике Ингушетия (СКФО) и Чукотском автономном округе (ДВФО). В 2018 г. среди субъектов РФ самые высокие ПС (4,0) зафиксированы в Чукотском автономном округе; Магаданской области (2,1); Забайкальском крае (2,0) (ДВФО); Республике Татарстан (ПФО) (2,4); Тверской, Рязанской (по 2,1) и Калужской областях (ЦФО) (2,0 на 100 тыс.). В 2018 г. не зарегистрировано случаев смерти от БА в Республике Алтай (СФО) и Камчатском крае (ДВФО).

В структуре смертности населения России от БОД доля умерших от БА (2018) составила 2,0 % (рис. 2). В 2018 г. самая высокая смертность от БА в структуре БОД регистрировались в ПФО и СКФО (по 2,5 %), ЦФО (2,2 %), УФО (2,3 %). Показатели ниже среднероссийского уровня установлены в ДВФО (1,9 %), СЗФО (1,85 %), СФО (1,6 %) и ЮФО (1,2 %).

Отмечено увеличение ПС от БА с возрастом: в 2018 г. не зарегистрировано случаев смерти от БА (в абсолютных значениях и на 100 тыс. соответствующих пола и возраста) у детей 0–4 лет, а среди лиц 60 лет и старше отмечаются самые высокие уровни ПС с максимальным значением показателя у лиц 80–84 лет – 6,3 на 100 тыс. (табл. 1).

Среди умерших от БА (2018) городских жителей было в 2 раза больше, чем сельских, – 845 (67,5 %) и 406 (32,5 %) соответственно (табл. 2). За этот период скончались 491 (39,2 %) мужчина и 762 (60,75 %) женщины (в 1,5 раза меньше). В структуре БОД доля умерших от БА женщин составила 3,8 %, городских жителей – 3,8 %, сельских жителей – 3,9 %. Среди всех пациентов с БОД доля умерших по причине БА мужчин составила 1,2 % (1,2 % – городских жителей, 1,2 % – сельских).

В 2018 г. по сравнению с 2014 г. отмечалось снижение ПС по причине БА как в целом, так и в группах по полу и месту проживания. В 1,7 раза снизился ПС от БА среди мужчин (с 1,2 до 0,7 на 100 тыс.), среди женщин – с 1,3 до 1,0 на 100 тыс.

В 2014–2018 г. в 1,7 раза (с 1,0 до 0,6) снизился ПС от БА среди мужского городского населения, среди женского – с 1,1 до 0,9 на 100 тыс. ПС от БА среди сельского населения снизился в 1,7 раза (с 1,9 до 1,1): среди мужчин – в 1,8 раза (с 1,8 до 1,0), среди женщин – в 1,6 раза (с 1,9 до 1,2 на 100 тыс.).

В 2018 г. ПС от БА среди лиц трудоспособного возраста составил 0,3 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста ($n = 239$), среди лиц старше трудоспособного возраста – 2,7 на 100 тыс. ($n = 1 005$).

В 2018 г. среди лиц трудоспособного возраста ПС от БА выше среднероссийских значений зарегистрированы в СФО (0,5) и ДВФО (0,4), ниже среднероссийского – в СЗФО (0,2), СКФО (0,2) и ЮФО (0,1); по России соответствовали таковым показатели в УФО, ПФО, ЦФО (0,3 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста).

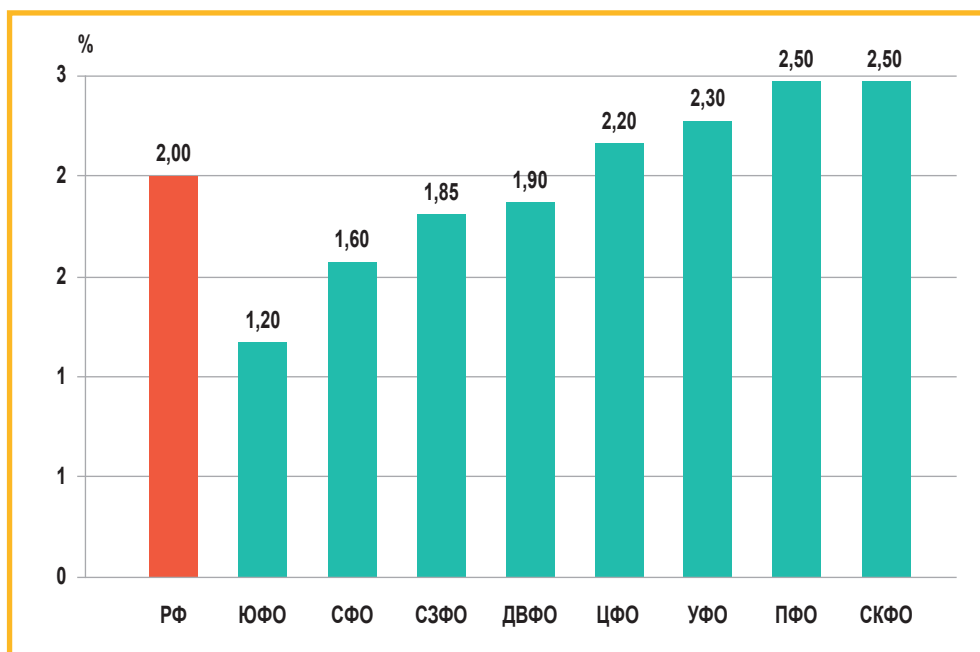


Рис. 2. Доля бронхиальной астмы в структуре смертности от болезней органов дыхания всего населения (2018) по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации; %
Примечание: РФ – Российская Федерация; ЮФО – Южный, СФО – Сибирский, СЗФО – Северо-Западный, ДВФО – Дальневосточный, ЦФО – Центральный, УФО – Уральский, ПФО – Приволжский, СКФО – Северо-Кавказский федеральные округа.

Figure 2. The share of asthma in the structure of mortality from respiratory diseases of the entire population in 2018 according to the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; %

Таблица 1
Коэффициенты смертности населения от бронхиальной астмы в зависимости от возраста в Российской Федерации в 2018 г. (на 100 тыс.) по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации

Table 1
Age-related mortality rates of the population from asthma in Russia in 2018 (per 100 thousand) according to the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Возраст, годы	На 100 тыс. населения соответствующего возраста
Всего, в т. ч. в возрасте:	0,9
≤ 1 года*	–
1	–
2	–
3	–
4	0,1
5–9	–
10–14	0,1
15–19	–
20–24	0,2
25–29	0,1
30–34	0,1
35–39	0,2
40–44	0,3
45–49	0,5
50–54	0,6
55–59	0,9
60–64	1,3
65–69	2,2
70–74	3,1
75–79	4,6
80–84	6,3

Примечание: * – на 100 тыс. родившихся.

Note: *, per 100 thousand births.

Среди населения старше трудоспособного возраста (2018) ПС от БА выше, чем по РФ, зарегистрированы в ДВФО (3,5), ПФО (4,3) и СКФО (3,2); ниже среднероссийского уровня – в СФО (2,4), СЗФО (2,1) и ЮФО (1,3); соответствовали среднероссийскому уровню – в УФО и ЦФО (2,7 на 100 тыс. населения старше трудоспособного возраста).

В связи с тяжелым течением БА некоторые пациенты были госпитализированы для лечения в стационар. По данным Росстата, в 2014 г. по сравнению с 2018 г. среди пациентов с диагнозом БА в возрасте старше 18 лет выбыли из стационара (выписаны и умерли) 151 501 и 141 694 больных соответственно (на 6,5 % меньше) (табл. 3).

Показатель ГЛ среди взрослого населения в 2014 и 2018 гг. составил 420 и 374 пациента соответственно, что в расчете на 100 госпитализированных составило 0,3 %. Среди всех пациентов с БОД среди взрослого населения доля пациентов с БА составила 9,5 % (2014) и 8,9 % (2018). Доля патологоанатомических исследований среди умерших от БА в стационаре составляла 62,4 % (2014) и 67,6 % (2018) соответственно; расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов установлено в 4,6 и 6,3 % случаев соответственно.

Среди всех взрослых лиц с БА старше трудоспособного возраста выбыли из стационара 78 452 (51,8 %) (2014) и 81 300 (57,4 %) (2018). Среди всех умерших взрослых лиц этой возрастной группы ГЛ составила 302 (71,9 %) (2014) и 295 (78,9 %) (2018) пациентов; в расчете на 100 госпитализированных этот показатель составил 0,4 %. Доля умерших с диагнозом БА от всех БОД составляла 12,3 % (2014) и снизилась в 2018 г. до 11,6 %.

Численность патологоанатомических исследований при БА в стационаре среди лиц этой возрастной группы увеличилась с 60,3 % (2014) до 65,4 % (2018); доля случаев расхождения патологоанатомического и клинического диагнозов возросла с 5,5 до 6,7 % соответственно.

Таблица 2
Распределение показателей смертности от бронхиальной астмы по полу и месту проживания в Российской Федерации в 2018 г. (на 100 тыс. соответствующего населения) по данным Федеральной службы государственной статистики Министерства экономического развития Российской Федерации

Table 2
Distribution of death rates associated with bronchial asthma by sex and place of residence in the Russian Federation in 2018 (per 100 thousand of the corresponding population) according to the Federal State Statistics Service, Ministry of Economic Development of the Russian Federation

Население	Смертность от всех БОД		Смертность от БА (J45–46)		
	на 100 тыс. соответствующих пола и возраста	n	на 100 тыс. соответствующих пола и возраста	n	доля умерших от БА в структуре БОД, %
Все население (мужчины и женщины)	41,6	61 150	0,9	1 251	2,0
Мужчины	60,6	41 243	0,7	491	1,2
Женщины	25,3	19 907	1,0	760	3,8
Городское население (мужчины и женщины)	37,6	41 141	0,8	845	2,1
Мужчины	54,4	27 225	0,6	317	1,2
Женщины	23,4	13 916	0,9	528	3,8
Сельское население (мужчины и женщины)	53,4	20 009	1,1	406	2,0
Мужчины	77,6	14 018	1,0	174	1,2
Женщины	30,9	5 991	1,2	232	3,9

Примечание: БА – бронхиальная астма; БОД – болезни органов дыхания.

Таблица 3
Состав пациентов с бронхиальной астмой, госпитализированных в стационар, и исходы лечения

Table 3
Groups of bronchial asthma patients in the hospital and the treatment outcomes

Нозология «БА и астматический статус», год	Выписаны, всего	Число умерших	Число проведенных патологоанатомических вскрытий	Доля патологоанатомических вскрытий от всех умерших в стационаре, %	Число случаев расхождения диагноза	Доля случаев расхождения диагнозов при патологоанатомических вскрытиях, %	Выбывшие (выписанные + умершие)	Госпитальная летальность, %
Взрослые 18 лет и старше								
2014	151 081	420	262	62,4	12	4,6	151 501	0,3 (0,28)
2018	141 320	374	253	67,6	16	6,3	141 694	0,3 (0,26)
Взрослые старше трудоспособного возраста (женщины – 55 лет, мужчины – 60 лет)								
2014	78 452	302	182	60,3	10	5,5	78 754	0,4 (0,38)
2018	81 300	295	193	65,4	13	6,7	81 595	0,4 (0,36)
Дети 0–17 лет								
2014	57 871	5	4	80	–	–	57 876	0,009 (0,0086)
2018	55 168	1	1	100	–	–	55 169	0,002 (0,0018)

Примечание: БА – бронхиальная астма.

Среди детей с БА в возрасте 0–17 лет выбыли из стационара в 2014 и 2018 гг. 57 876 и 55 169 больных, т. е. 2,8 и 2,9 % всех случаев госпитализации по поводу БОД соответственно. ГЛ среди детей 0–17 лет составила 5 (0,009 %) (2014) и 1 (0,002 %) (2018) случаев. Патологоанатомические исследования умерших по причине БА проведены в 80,0 % (2014) и 100 % (2018) случаев; расхождений диагнозов БА не зарегистрировано.

Суммируя данные, следует отметить, что общая численность умерших от БА составила 1 791 (2014)

и 1 251 (2018), при этом в стационаре по причине БА умерли 425 (23,7 %) и 375 (30,0 %) пациентов соответственно. Среди умерших в стационаре взрослых лиц 71,9 (2014) и 78,9 % (2018) относились к группе лиц с БА старше трудоспособного возраста.

Обсуждение

Таким образом, отмечена тенденция к снижению ПС всего населения по причине БА за 2014–2018 гг. с 1,2 до 0,9 на 100 тыс. ($p = 0,49$). При этом госпи-

тальная летальность по причине БА составила 23,7 (2014) и 30,0 % (2018) всех умерших от БА, остальные случаи летального исхода зарегистрированы на дому. Максимальные ПС среди лиц 60 лет и старше отмечены среди лиц 80–84 лет – 6,3 на 100 тыс. Среди всех взрослых, выбывших из стационара, доля лиц с БА старше трудоспособного возраста составила 51,8 (2014) и 57,4 % (2018) ($p = 0,012$). Госпитальная летальность от БА среди лиц данной возрастной группы составила 302 (71,9 %) (2014) и 295 (78,9 %) (2018) всех умерших от БА взрослых лиц (0,4 % на 100 госпитализированных). При этом обозначена проблема несвоевременной госпитализации больных БА тяжелого течения, особенно среди пациентов в возрасте старше трудоспособного при коморбидных заболеваниях, которые отягощают течение основного.

Согласно современной концепции контроля над БА подразумевается, что при правильном лечении предупреждаются обострения БА, при которых требуется госпитализация либо наступает смертельный исход, что подчеркивает важность профилактики согласно определению Глобальной инициативы по лечению и профилактике БА (*Global INitiative for Asthma – GINA*) [1]. Неблагоприятные исходы у пациентов с БА связаны с расхождением практики ведения больных БА и научно обоснованными подходами к лечению и профилактике, отраженными в клинических рекомендациях, а также незаинтересованности пациентов в лечении. По данным Национального обзора смертей от БА (Великобритания) показано, что 46 % летальных исходов можно было бы избежать, если бы на амбулаторном этапе соблюдались соответствующие руководящие принципы лечения.

Обострения чаще отмечаются у пациентов с БА при недостаточном контроле, на фоне неправильного приема лекарств и трудной для лечения БА. Для оценки контроля над БА у взрослых пациентов рекомендуется использовать тест по контролю над БА (*Asthma Control test – АСТ*) и вопросник по контролю над БА (*Asthma Control Questionnaire – АСQ-5*). Это позволяет своевременно выявить признаки обострения БА и провести коррекцию лечения. У всех пациентов с БА рекомендуется повторно выполнять бронходилатационный тест для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов. Несмотря на существующие эффективные методы лечения, у части пациентов может отмечаться недостаточный контроль над симптомами и, соответственно, повышенный риск обострений. В развитых странах в приемных отделениях и отделениях неотложной помощи стационаров на долю пациентов с обострением БА приходится до 12 % всех обращений, из них 20–30 % нуждаются в госпитализации в специализированные отделения, а около 4–7 % – в отделения реанимации и интенсивной терапии [3, 4]. Более высокая частота госпитализаций при БА у пожилых лиц может быть связана не только с наличием сопутствующих заболеваний, низкой мощностью вдоха при применении ингаляторов, что следует учитывать при определении дозы и системы доставки лекарств, но и с факторами риска

БА (характером аллергической сенсibilизации, социально-бытовыми условиями и т. п.).

Однако тенденции к снижению ПС от БА за последние 20 лет отмечаются во всем мире. Это связано с качеством лечения пациентов, их обучением и диспансерным наблюдением [6]. При этом снижению числа неблагоприятных исходов от БА будут способствовать не только изучение ПС при БА у населения России в целом, на отдельных территориях и в группах населения с повышенным риском развития БА, но и меры профилактики.

Заключение

По результатам изложенного сделаны следующие выводы:

- за период 2014–2018 гг. отмечена тенденция к снижению ПС от БА у всего населения России, которая увеличивалась с возрастом и была повышена у городского населения по сравнению с сельским, а также среди женщин по сравнению с мужчинами;
- самые высокие ПС от БА всего населения по ФО зарегистрированы в ПФО, среди трудоспособного населения – в СФО, среди населения старше трудоспособного возраста – в ДВФО;
- госпитальная летальность от БА снизилась в период 2014–2018 гг. Среди отдельных групп населения госпитальная летальность от БА выше среди лиц старше трудоспособного возраста.

Таким образом, отмечена необходимость внедрения современных клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи, критериев качества оказания медицинской помощи при БА, включая БА тяжелого течения в отделениях интенсивной терапии. При этом заболевании следует ожидать улучшения прогноза, условиями которого являются своевременная диагностика БА терапевтами, пульмонологами и аллергологами, осуществление диспансерного наблюдения больных БА, повторные исследования вентиляционной функции легких с тестом обратимости бронхиальной обструкции, мониторинг клинических симптомов и проведение первичной и вторичной профилактики обострений БА.

Литература

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2020. Available at: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf
2. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396 (10258): 1204–1222. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)30925-9.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма: Клинические рекомендации. 2021. Доступно на: https://spulmo.ru/upload/kr/BA_2021.pdf
4. Salmeron S., Liard R., Elkharrat D. et al. Asthma severity adequacy of management in accident and emergency departments in France: a prospective study. *Lancet*. 2001; 358 (9282): 629–635. DOI: 10.1016/s0140-6736(01)05779-8.
5. Всемирная организация здравоохранения. Астма. 2021. Доступно на: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
6. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Рос-

сийской Федерации: Национальное руководство 2022. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022; 21 (4): 3235. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235.

Поступила: 25.07.22
Принята к печати: 20.04.23

References

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2020. Available at: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf
2. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396 (10258): 1204–1222. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)30925-9.
3. Ministry of Health of the Russian Federation. [Bronchial asthma: Guidelines]. 2021. Available at: https://spulmo.ru/upload/kr/BA_2021.pdf (in Russian).
4. Salmeron S., Liard R., Elkharrat D. et al. Asthma severity adequacy of management in accident and emergency departments in France: a prospective study. *Lancet*. 2001; 358 (9282): 629–635. DOI: 10.1016/s0140-6736(01)05779-8.
5. World Health Organization. [Asthma]. 2021. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/asthma> (in Russian).
6. Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M. et al. [2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation: National guidelines]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2022; 21 (4): 3235. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235 (in Russian).

Received: July 25, 2022

Accepted for publication: April 20, 2023

Информация об авторах / Authors Information

Быстрицкая Елена Венедиктовна — к. м. н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России; тел.: (495) 395-63-93; e-mail: bystritskaia@yandex.ru (SPIN: 8706-3280; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8447-5801>)

Elena V. Bystritskaya, Candidate of Medicine, Leading Researcher, Laboratory of Clinical Epidemiology, Federal State Budgetary Institution “Pulmonology Scientific Research Institute” under Federal Medical and Biological Agency of Russian Federation; tel.: (495) 395-63-93; e-mail: bystritskaia@yandex.ru (SPIN: 8706-3280; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8447-5801>)

Биличенко Татьяна Николаевна — д. м. н., профессор, заведующая лабораторией клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России; тел.: (495) 965-11-15; e-mail: tbilichenko@yandex.ru (SPIN: 4671-0084; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-3625>)

Tatiana N. Bilichenko, Doctor of Medicine, Head of the Laboratory of Clinical Epidemiology, Federal State Budgetary Institution “Pulmonology Scientific Research Institute” under Federal Medical and Biological Agency of Russian Federation; tel.: (495) 965-11-15; e-mail: tbilichenko@yandex.ru (SPIN: 4671-0084; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-3625>)

Участие авторов

Быстрицкая Е.В. — сбор и обработка материала, написание текста (50 %)

Биличенко Т.Н. — написание и редактирование текста (50 %)
Оба автора внесли существенный вклад в проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации, несут ответственность за целостность всех частей статьи.

Authors Contribution

Bystritskaya E.V. — collection and processing of the material, writing the text (50%)

Bilichenko T.N. — writing and editing the text (50%)
Both authors made a significant contribution to the search and analytical work and the preparation of the article, read and approved the final version before publication, and accepted responsibility for the integrity of all parts of the article.