

Т.Н.Биличенко¹, А.Г.Чучалин¹, И.М.Сон²

Основные итоги развития специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории Российской Федерации за период 2004–2010 гг.

1 – ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России: 105077, Россия, Москва, ул. 11-я Парковая, 32, корп. 4;

2 – ФГУ "Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения" Минздравсоцразвития России: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11

T.N.Bilichenko, A.G.Chuchalin, I.M.Son

Main outcomes of development of specialized pulmonological medical care in Russian Federation in 2004–2010

Key words: pulmonological medical care, morbidity, mortality.

Ключевые слова: пульмонологическая помощь, заболеваемость, смертность.

Болезни органов дыхания (БОД) занимают 1-е место в структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации. С ними связано большое социальное бремя, обусловленное временной и стойкой утратой трудоспособности, снижением качества жизни и преждевременной смертью. Всемирной организацией здравоохранения БОД были отнесены к числу приоритетных, наряду с болезнями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом II типа. На долю перечисленных заболеваний приходится свыше 50 % среди всех причин преждевременной смерти населения. Повышение качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля может способствовать существенному снижению, как инвалидности, так и смертности по причине БОД. Необходимость развития специализированной медицинской помощи больным БОД была подтверждена приказом № 117 Минздрава СССР от 22.01.1986 "О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию медицинской помощи больным неспецифическими заболеваниями легких", постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" и приказом Министерства здравоохранения РФ № 307 от 20.10.1997 "О мерах по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению Российской Федерации". Приказ Минздрава РФ от 08.10.1998 № 296 "Об организации Центра пульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации" способствовал развитию специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля, во главе которой стоял НИИ пульмонологии Минздрава России. В ряде городов РФ стали организовываться пульмонологические центры. Пульмонологический центр – это специализированное лечеб-

но-профилактическое учреждение, предназначенное для диагностики, профилактики и лечения БОД, осуществляющее организационно-методическое руководство другими лечебными учреждениями и отделениями того же профиля на определенной территории и оказывающее консультативную помощь населению.

В настоящее время созданы хорошие предпосылки для дальнейшего развития пульмонологической помощи больным БОД. Министерством здравоохранения и социального развития России утвержден порядок оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля. Переоснащение учреждений здравоохранения и обучение врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в рамках Национальной программы в сфере здравоохранения повысило качество диагностики и лечения БОД на уровне первичного звена здравоохранения. Это способствовало приближению специализированной пульмонологической помощи к пациентам на всей территории РФ. Лидирующая роль в этой работе принадлежит ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России (Москва), функционирующему как Всероссийский федеральный центр пульмонологии (ВФЦП) под руководством главного пульмонолога России акад. РАМН, проф. *А.Г.Чучалина*, а также НИИ пульмонологии Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова (Санкт-Петербург). Произошли значительные перемены и в подготовке квалифицированных врачей-пульмологов. В настоящее время в Федеральных округах функционируют городские и областные пульмонологические центры, оснащенные современным лабораторным и диагностическим оборудованием, а также региональные центры пульмонологии, пульмонологические отделения с поликлиникой и дневным стационаром, пульмонологические кабинеты

в поликлиниках и диагностических центрах. Задачами НИИ пульмонологии и пульмонологических центров является следующее:

- организация специализированной пульмонологической помощи населению РФ;
- раннее выявление БОД с использованием современных эпидемиологических программ и скрининговых методов обследования населения и эффективное их лечение;
- внедрение новых методов лечения и диагностики БОД;
- совершенствование методов лечения пациентов с редкими заболеваниями органов дыхания с применением новых технологий;
- проведение дифференциальной диагностики при сложных и сочетанных заболеваниях легких и других органов и систем;
- подготовка детальных рекомендаций для участковых терапевтов и врачей общей практики по лечению и диспансерному наблюдению пациентов с БОД;
- направление больных в профильные стационары для лечения или дополнительного обследования;
- мониторинг заболеваемости и смертности от БОД, ошибок клинической диагностики с анализом причин их возникновения;
- оценка качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля;
- профилактика БОД.

За 20 лет научной и практической деятельности ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России произошли значительные перемены в организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля. Создание региональных и городских пульмонологических центров – это новый этап развития медицинской помощи больным пульмонологического профиля. Пульмонологический центр объединяет и координирует все этапы оказания медицинской помощи: госпитальной, поликлинической, скорой помощи и новой технологии домашней пульмонологической помощи – длительной терапии кислородом на дому. Комплексный подход к лечению БОД, объединение научно-исследовательской и практической медицины делает центр пульмонологии уникальным лечебно-профилактическим учреждением, тесно интегрированным с другими медицинскими подразделениями в системе регионального здравоохранения: диагностическим центром, региональным центром медицинских катастроф, онкологическим центром, скорой медицинской помощью, противотуберкулезным диспансером, отделением легочной хирургии. В настоящее время пульмонологические центры имеются в Москве, Рязани, Санкт-Петербурге, Приморском крае (Владивосток), Благовещенске, на Урале (Челябинск, Екатеринбург), в Сибири (Иркутск, Барнаул, Новосибирск), Красноярском крае (Железногорск), Республике Мордовия (Саранск), Республике Башкирия (Уфа), Петрозаводске, Липецке, Ярославле. В ряде других городов были созданы объединения пульмонологических отделений и пульмонологических кабинетов

в поликлиниках, в которых работают квалифицированные специалисты-пульмонологи. Благодаря их оснащению современным оборудованием, позволяющим проводить лабораторные, рентгенологические, функциональные и эндоскопические исследования удалось улучшить раннее выявление и эффективное лечение больных, страдающих БОД.

ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России возглавляет и координирует научно-практическую пульмонологию в РФ. На его базе обучаются в клинической ординатуре и аспирантуре врачи из разных регионов России. Здесь разрабатываются и внедряются в практическое здравоохранение инновационные технологии, национальные руководства по диагностике и ведению больных пневмонией, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА), муковисцидозом, диссеминированными и редкими болезнями органов дыхания, расстройствами дыхания во время сна, хронической дыхательной недостаточностью. Благодаря объединенным усилиям практических учреждений здравоохранения, научных и образовательных медицинских учреждений в России была создана система наблюдения и медицинской помощи больным, страдающим муковисцидозом. С целью унификации методов диагностики и лечения отдельных БОД были разработаны и внедрены стандарты, протоколы и формуляры, изданы монографии, методические рекомендации и пособия для практических врачей.

Большая лечебно-профилактическая работа, направленная на повышение качества медицинской помощи пациентам с БОД, проводится на всей территории РФ и находит свое отражение в динамике показателей здоровья населения. За 20-летний период были изданы две "Белые книги пульмонологии", в которых анализировались показатели заболеваемости и смертности населения России по причине БОД по данным официальной статистики Минздравсоцразвития РФ. Период с 2004 по 2010 г. был связан с развитием Национальной программы в сфере здравоохранения и значительным объемом финансирования для переоснащения учреждений первичного звена здравоохранения и увеличения объема первичной медицинской помощи населению всех возрастных групп. Это неизбежно привело к увеличению количества выявленных больных БОД и повышению потребности в специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Развитие специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории РФ

Для оценки объема медицинской помощи, осуществляемой больным пульмонологического профиля, был проведен анализ показателей общей и первичной заболеваемости населения РФ. Информация была получена из ежегодных отчетных статистических материалов Минздравсоцразвития РФ за период с 2004 по 2010 г. [1–16]. Эти отчеты были основаны на данных, ежегодно предоставляемых лечебными

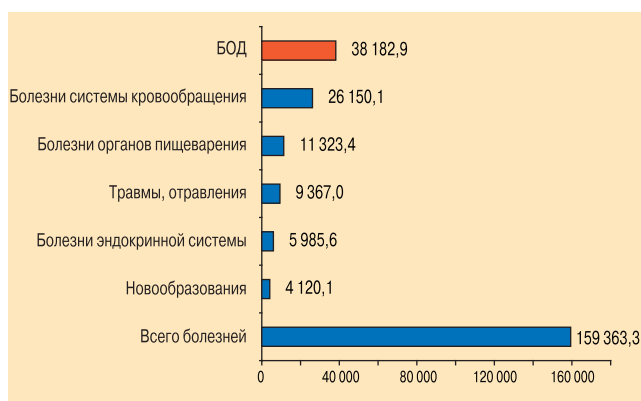


Рис. 1. Общая заболеваемость населения России в 2010 г. (на 100 тыс. населения)

учреждениями по статистической форме № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения".

Класс БОД объединяет заболевания под кодами Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) J00–J98. Показатели заболеваемости рассчитывались исходя из численности населения России на 1 января истекшего года.

На фоне снижения численности постоянного населения РФ (с 144 168 тыс. в 2004 г. до 142 905 тыс. на 14.10.2010) число выявленных больных БОД ежегодно увеличилось. Число случаев заболевания БОД, зарегистрированных впервые в жизни, среди всего населения в 2004 г. составляло 41 946 062 (29 396,7 случаев на 100 тыс. населения), а больных БОД всего – 50 052 538 (35 077,9 случаев на 100 тыс. населения). В 2009 г. показатель общей заболеваемости БОД всего населения России составил 57 220 008 (40 321,6 случаев на 100 тыс. населения), а в 2010 г. – 54 187 046 (38 182,9 случаев на 100 тыс. населения) – 24 % от всех зарегистрированных заболеваний (рис. 1).

В структуре общей заболеваемости взрослого населения России БОД занимали 2-е место после болезней системы кровообращения (коды I00–I99). В 2004 г. среди взрослого населения было зарегистри-

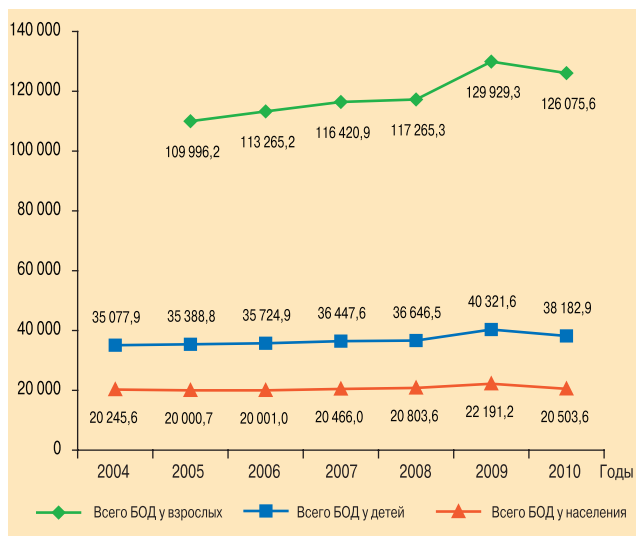


Рис. 2. Динамика общей заболеваемости населения БОД (на 100 тыс. населения)

ровано всего 22 984 187 случаев БОД (20 245,6 случаев на 100 тыс. населения), впервые в жизни – 16 985 125 (14 961,3 случаев на 100 тыс. населения). Наибольшее увеличение общей заболеваемости БОД (до 25 708 232 случаев у взрослых и 27 605 452 – у детей) отмечалось в 2009 г. и могло быть связано с эпидемией гриппа. По сравнению данными 2005 г., когда эпидемии гриппа не было, в 2009 г. прирост общей заболеваемости БОД составил 113,0 %, а первичной – 114,4 %. В 2010 г. общая заболеваемость населения БОД уменьшилась. Среди взрослых в 2010 г. было зарегистрировано всего 23 770 614 больных, в т. ч. впервые выявленных – 17 749 548 (74,8 % от всех БОД), а среди детей – всего 26 980 946 больных, впервые выявленных – 25 507 678 (94,5 % от всех БОД) (рис. 2).

В структуре общей заболеваемости взрослых доля БОД в 2010 г. составляла 14,4 %. Среди впервые зарегистрированных болезней у взрослых БОД являлись причиной 29,8 % всех новых случаев.

Уровни общей и первичной заболеваемости БОД взрослого населения разных федеральных округов значительно отличались. Превышение средних значений показателей общей и первичной заболеваемости по РФ в 2009–2010 гг. определялось в Северо-западном, Центральном и Приволжском федеральных округах (рис. 3, 4).

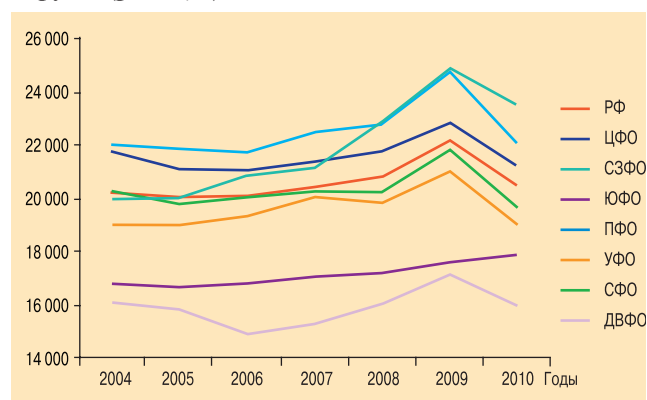


Рис. 3. Общая заболеваемость взрослого населения БОД по федеральным округам (на 100 тыс. населения)

Примечание: РФ – Российская Федерация; ЦФО – Центральный федеральный округ; СЗФО – Северо-Западный федеральный округ; ЮФО – Южный федеральный округ; ПФО – Приволжский федеральный округ; УФО – Уральский федеральный округ; СФО – Сибирский федеральный округ; ДВФО – Дальневосточный федеральный округ.

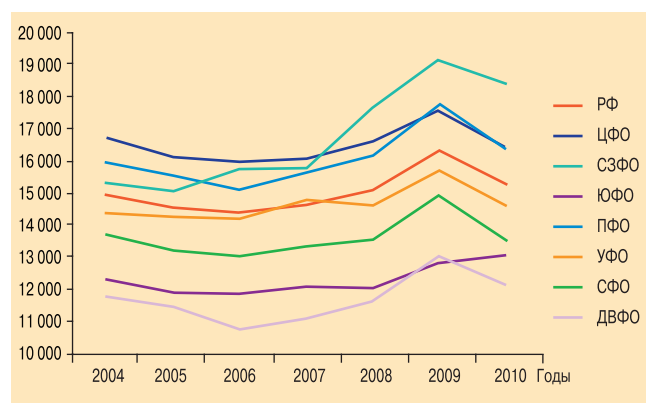


Рис. 4. Первичная заболеваемость взрослого населения БОД по федеральным округам (на 100 тыс. населения)

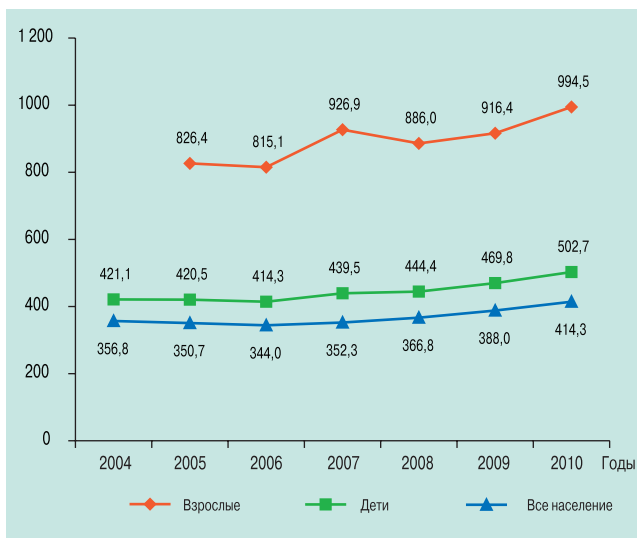


Рис. 5. Заболеваемость пневмонией (J12–J16, J18) в разных возрастных группах (на 100 тыс. населения)

В структуре БОД лидирующее место занимала пневмония (J12–J16, J18), заболеваемость которой в последние 2 года имела тенденцию к увеличению (рис. 5). Это могло быть связано с эпидемической циркуляцией нового вируса гриппа в эпидемический сезон 2009–2010 гг. и высоким уровнем заболеваемости населения гриппом, который осложнялся пневмонией. В 2010 г. число взрослых, заболевших пневмонией, составило 480 320, а детей – 212 838 человек. В 2005 г., когда эпидемии гриппа не было, пневмонией переболели 398 758 взрослых и 175 142 детей. Прирост заболеваемости пневмонией в 2009 г., по отношению к 2005 г., составил всего 11,7 %, среди взрослых – 10,6 %, среди детей – 10,9 %, а в 2010 г. – всего 19,5 %, среди взрослых – 18,1 %, среди детей – 20,3 %.

В 2005 г. наиболее высокий уровень заболеваемости всего населения пневмонией, по сравнению со

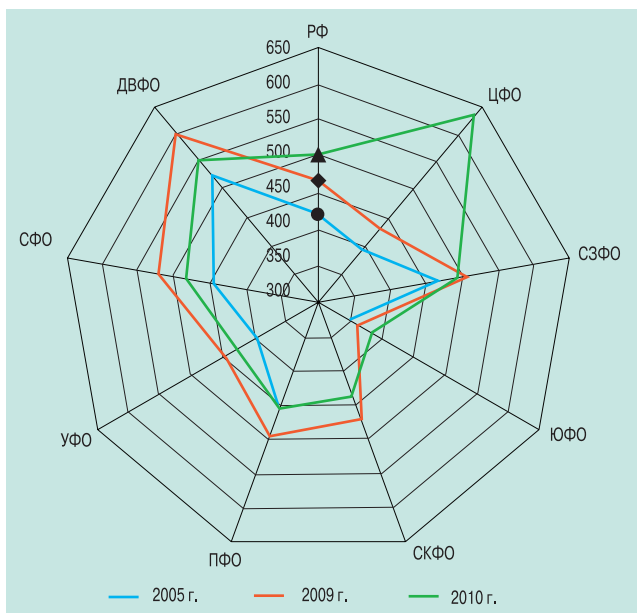


Рис. 6. Заболеваемость пневмонией всего населения по федеральным округам
Примечание: СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ.

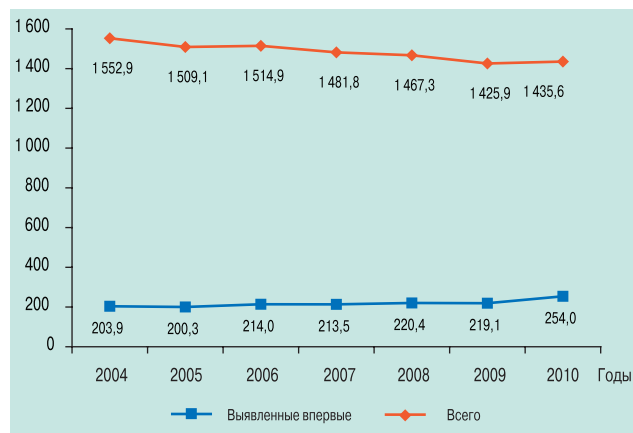


Рис. 7. Заболеваемость взрослого населения ХБ и эмфиземой легких (J40–J43) (на 100 тыс. населения)

средним значением по РФ, был в Дальневосточном, Северо-Западном и Приволжском федеральных округах. В 2009 г. превышение среднего высокого уровня заболеваемости пневмонией было зарегистрировано в Дальневосточном, Сибирском, Северо-Западном и Приволжском федеральных округах, а в 2010 г. – в Центральном и Дальневосточном федеральных округах (рис. 6).

В течение последних 5 лет отмечалось ежегодное увеличение первичной заболеваемости взрослого населения хроническим бронхитом (ХБ) и эмфиземой легких (J40–J43), что было связано с улучшением диагностики этих болезней. В 2010 г., по сравнению с 2004 г., прирост показателя первичной заболеваемости составил 24,6 %. В то же время общая заболеваемость взрослых ХБ и эмфиземой легких ежегодно уменьшалась. В 2010 г. снижение показателя общей заболеваемости, по сравнению с 2004 г., составило 7,6 % (рис. 7). В 2010 г. было зарегистрировано всего 1 664 382 взрослых больных ХБ и эмфиземой легких.

С 2004 г. произошли значительные позитивные перемены в диагностике и лечении ХОБЛ (J44) и бронхоэктатической болезни (БЭБ) (J47). Внедрение международных и национальных рекомендаций по диагностике, классификации и лечению больных ХОБЛ способствовало повышению качества медицинской помощи. Благодаря применению функциональных методов обследования больных ХБ на амбулаторном этапе, у этих пациентов раньше стала

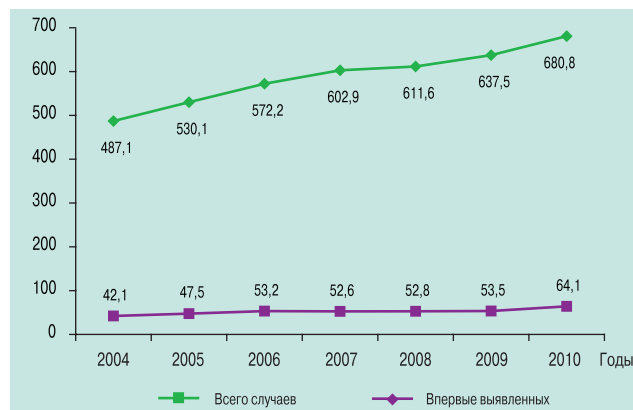


Рис. 8. Заболеваемость взрослого населения ХОБЛ (J44) и БЭБ (J47) (на 100 тыс. населения)

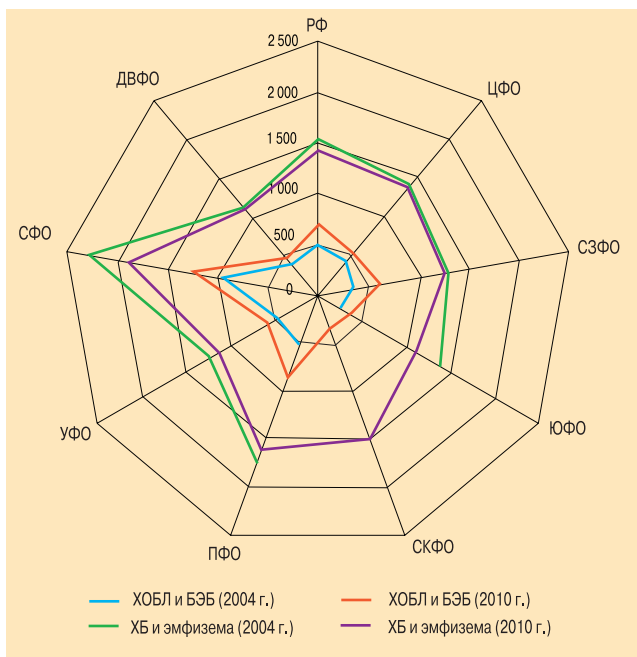


Рис. 9. Общая заболеваемость хроническими БОД взрослого населения (на 100 тыс. населения)

выявляться бронхиальная обструкция, и осуществляться их перевод в группу больных ХОБЛ. На это указывают данные об увеличении в 2010 г. общей заболеваемости взрослого населения ХОБЛ и БЭБ на 39,8 %, а первичной заболеваемости – на 52,2 %, по сравнению с 2004 г. (рис. 8).

Всего в 2010 г. было зарегистрировано 789 313 взрослых, больных ХОБЛ и БЭБ. Тенденция к уменьшению числа больных ХБ и эмфиземой и увеличению количества больных ХОБЛ и БЭБ была общей для населения всей территории РФ (рис. 9). Наибольшее количество больных этими заболеваниями было зарегистрировано в Сибирском федеральном округе.

Динамика показателей здоровья детского населения РФ за период 2005–2010 гг. по многим показателям отличалась от взрослого населения (рис. 10, 11). За этот период общая заболеваемость детей ХБ и эмфиземой, также как и взрослых, уменьшилась на 25 %, первичная заболеваемость также снизилась на 21,5 % (рис. 10).

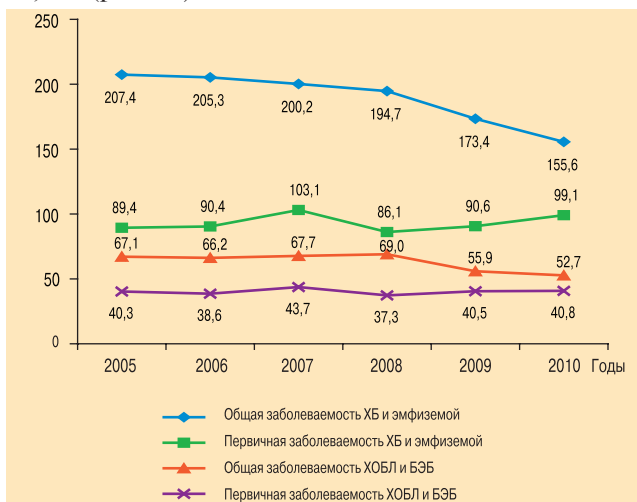


Рис. 10. Общая и первичная заболеваемость детей хроническими БОД (на 100 тыс. детей)

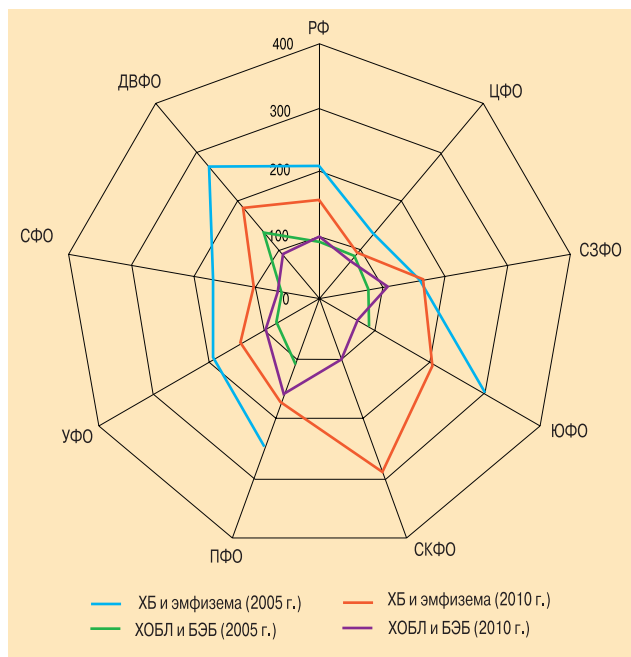


Рис. 11. Общая заболеваемость детей хроническими БОД в 2005 и 2010 гг. по федеральным округам

Показатели общей заболеваемости детей ХБ выше среднего уровня по РФ оставались в Северо-Кавказском (на 87,1 %), Южном (на 30,5 %), Дальневосточном (на 19,1 %), Приволжском (на 11,1 %) и Северо-Западном (на 7,3 %) федеральных округах (рис. 11).

Общая заболеваемость детей ХОБЛ и БЭБ увеличилась в 2010 г., по сравнению с 2005 г., на 10,8 %. Первичная заболеваемость оставалась на одном уровне (рис. 10). При этом в Приволжском и Северо-Западном федеральных округах в 2010 г. было больше детей, больных ХОБЛ и БЭБ, на 59,9 % и 11,3 % соответственно, чем в среднем по РФ (рис. 11). Эти данные требуют дополнительного анализа с точки зрения правильности постановки таких диагнозов у детей.

В 2010 г. среди взрослого населения увеличилось число больных с интерстициальными, гнойными легочными заболеваниями и болезнями плевры (J84–J94), их общее количество составило 39 565 человек (рис. 12). Прирост показателя, по отношению к 2004 г., составил 17,2 %. Частичным объяснением этого факта может служить возможная связь с эпидемией

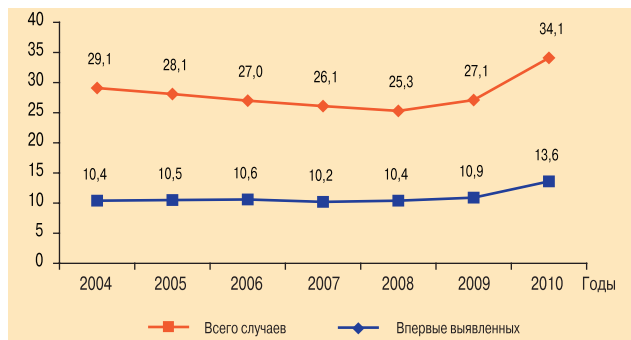


Рис. 12. Заболеваемость взрослого населения интерстициальными, гнойными легочными болезнями и болезнями плевры (J84–J94) (на 100 тыс. населения)

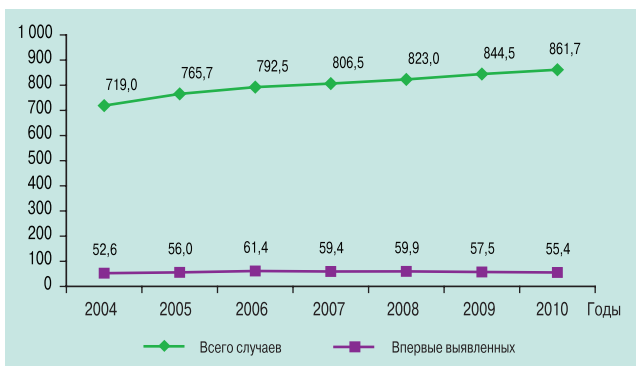


Рис. 13. Динамика общей и первичной заболеваемости взрослого населения БА (J45–J46) (на 100 тыс. населения)

гриппа и гриппозной пневмонией, а также поражение органов дыхания в период лесных пожаров летом 2010 г. Повреждения легких при воздействии этих факторов могут заканчиваться интерстициальным легочным фиброзом.

За последние 7 лет в диагностике и лечении больных БА произошли кардинальные перемены (рис. 13). Внедрение на национальном уровне Глобальной стратегии по выявлению БА у взрослых и детей, первичной, вторичной и третичной профилактики, а также применение целого ряда новых лекарств улучшило медицинскую помощь и регистрацию больных БА. Благодаря финансовой поддержке государства качество лечения взрослых больных БА также значительно повысилось. За период с 2004 по 2010 г. показатель общей заболеваемости БА (J45–J46) взрослых увеличился на 16,4 %, а количество больных возросло с 816 240 до 998 953 (на 182 713 человек). По сравнению с 2004 г., увеличение показателя первичной заболеваемости БА было максимальным в 2006 г. (16,7 %), в последующие годы этот показатель постепенно снижался и к 2010 г. составил 5,7 %. Эти данные суммарно могут указывать на повышение качества лечения больных БА и увеличение продолжительности их жизни.

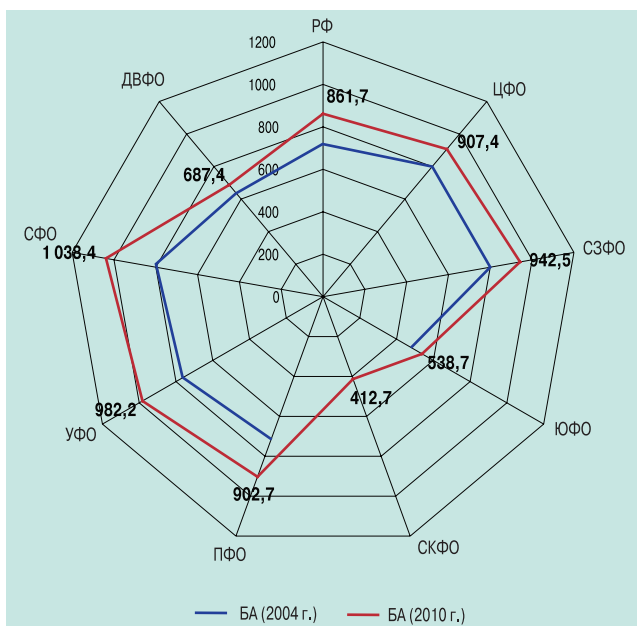


Рис. 14. Общая заболеваемость взрослого населения БА в 2004 и 2010 гг. по федеральным округам (на 100 тыс. населения)

Тенденция к увеличению числа взрослых больных БА в 2010 г., по сравнению с 2004 г., отмечалась на всей территории РФ (рис. 14). Превышение средних значений показателя общей заболеваемости БА по России в 2010 г., как и в 2004 г., сохранялось в Сибирском (на 20,5 %), Уральском (на 14,0 %), Северо-Западном (на 9,4 %), Центральном (на 5,3 %) федеральных округах.

БА оставалась лидирующим заболеванием среди детского населения. Изменение показателя общей заболеваемости БА детей в течение 2005–2010 гг. не было таким значительными, как у взрослых, и сохранялось на стабильном уровне. Показатель первичной заболеваемости детей БА в 2010 г., по сравнению с 2005 г., снизился на 16,5 %, а показатель общей заболеваемости детей БА – на 1,3 %. В тоже время в некоторых федеральных округах общая заболеваемость детей БА увеличилась (в Уральском – на 17,8 %, в Сибирском – на 10,8 %, в Южном – на 7,6 %) (рис. 15, 16). Это территории, где в последние годы активно функционируют детские пульмонологические центры.

В 2010 г., как и в 2005 г., превышение среднего уровня общей заболеваемости детей БА по РФ отмечалось в Северо-Западном, Уральском, Центральном и Сибирском федеральных округах.

За 7 лет были достигнуты положительные результаты в борьбе с активным туберкулезом. Благодаря большой финансовой помощи государства, направленной на диагностику и лечение больных туберкулезом, показатели заболеваемости и смертности

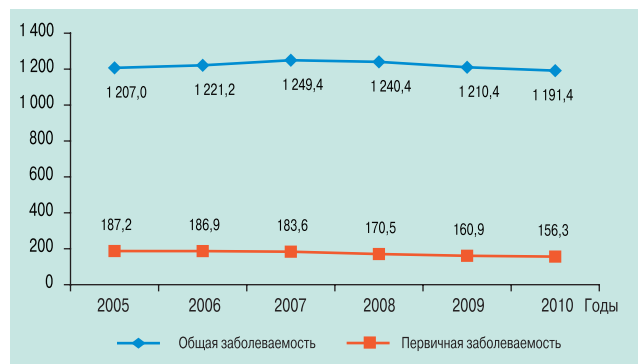


Рис. 15. Общая и первичная заболеваемость детей (0–14 лет) БА (на 100 тыс. населения)

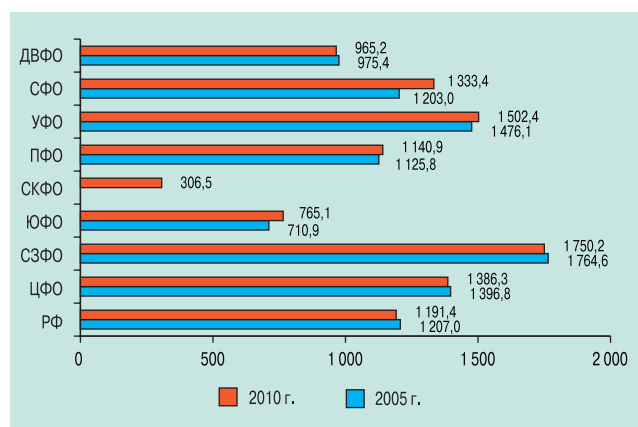


Рис. 16. Общая заболеваемость БА детей (0–14 лет) в 2005 и 2010 гг. (на 100 тыс. населения)

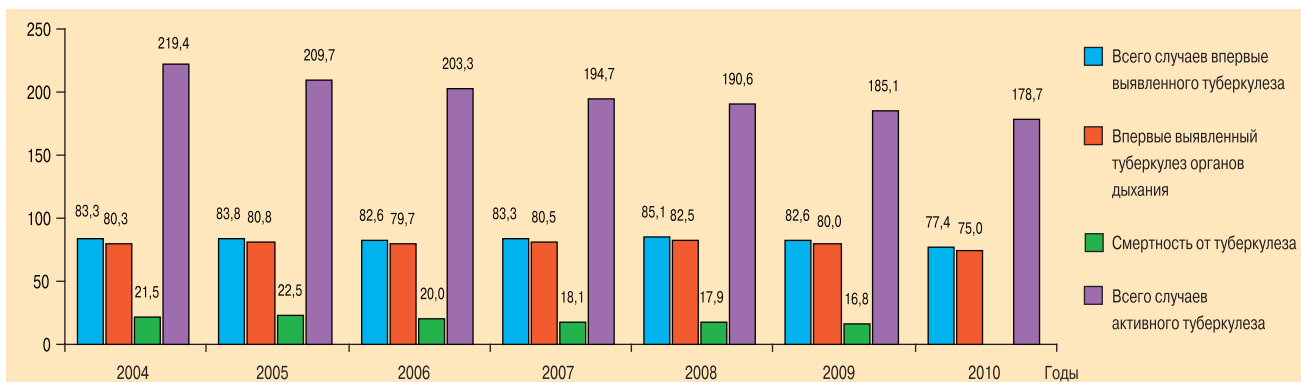


Рис. 17. Динамика заболеваемости и коэффициенты смертности от активного туберкулеза (на 100 тыс. населения)

по причине этого заболевания за период с 2004 по 2010 г. постепенно уменьшились (на 18,5 %). Несмотря на это, уровень первичной заболеваемости туберкулезом органов дыхания остается относительно стабильным (рис. 17).

Данные о первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями (С00–С97) подтверждают, что лидирующее место среди них занимают новообразования органов дыхания. Уровень первичной заболеваемости, также как и коэффициент смертности по этой причине, остаются стабильными в течение 7 лет (рис. 18). Это указывает на необходимость совершенствования методов ранней диагностики злокачественных новообразований. По данным онкологических диспансеров за 2010 г., в течение 1-го года с момента диагностики злокачественной опухоли легких умерли 54,2 % больных. Из числа пациентов, состоящих на учете в онкологических учреждениях, в течение 5 лет после установления диагноза прожили 37,8 % пациентов с опухолью трахеи, бронхов или легкого. В 2010 г. из числа взятых на учет в отчетном году лиц со впервые выявленным злокачественным новообразованием диагноз был подтвержден морфологически у 93,2 % больных

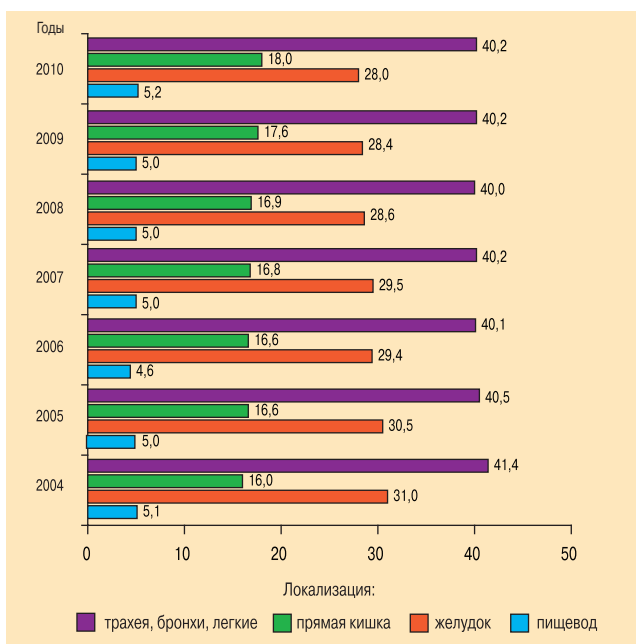


Рис. 18. Злокачественные новообразования, диагностированные впервые (на 100 тыс. населения)

с опухолью гортани и 63,0 % – с опухолью трахеи, бронхов или легкого. Эти показатели в 2010 г. были выше, чем в 2004 г., на 1,5 % и 8,0 % соответственно.

С развитием национальной программы в сфере здравоохранения, направленной на повышение качества медицинской и социальной помощи населению РФ, с 2005 г. определилась устойчивая тенденция к снижению смертности (рис. 19). Эта тенденция с 2004 по 2010 г. затрагивала преимущественно показатели смертности по причине болезней

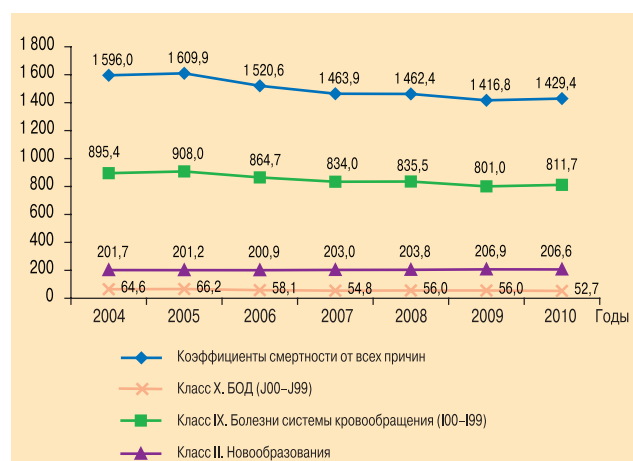


Рис. 19. Коэффициенты смертности населения от некоторых причин (на 100 тыс. населения)

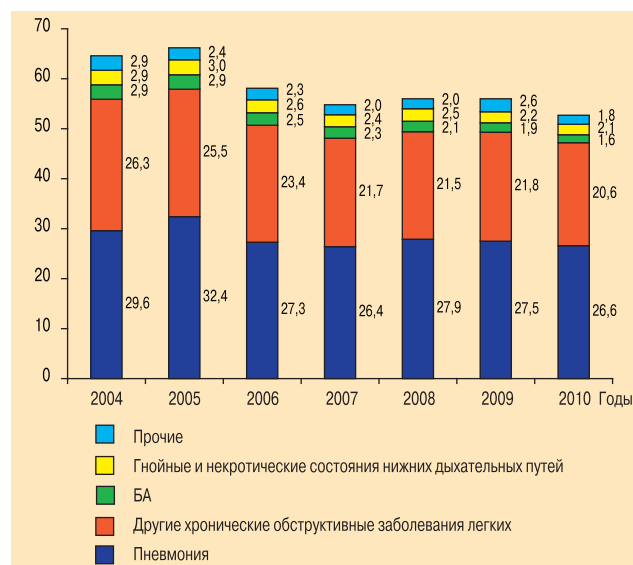


Рис. 20. Коэффициенты смертности по причине отдельных БОД (на 100 тыс. населения)

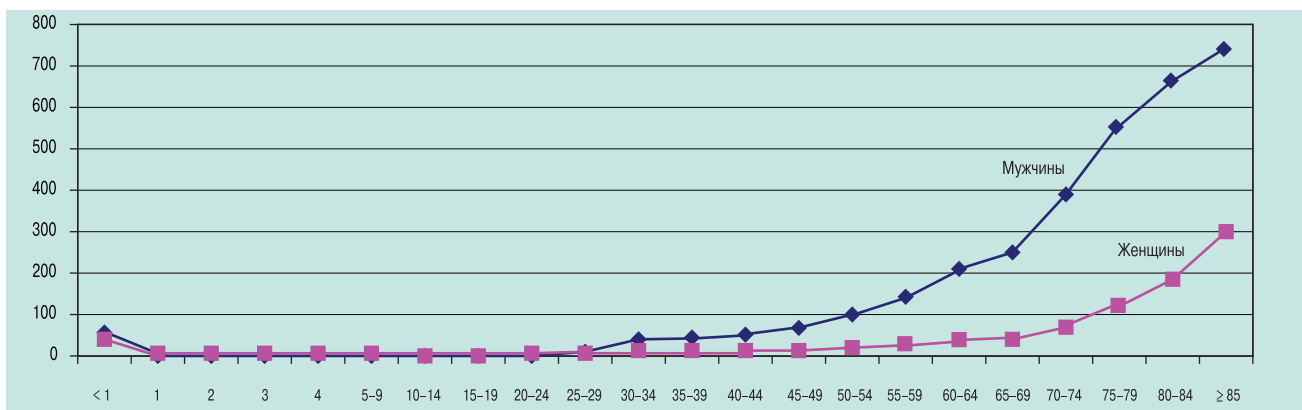


Рис. 21. Коэффициенты смертности мужчин и женщин по причине БОД в различных возрастных группах (на 100 тыс. населения)

системы кровообращения (на 9,3 %) и органов дыхания (на 18,9 %).

Среди причин смерти по причине БОД за период с 2004 по 2010 гг. коэффициенты смертности от наиболее значимых БОД постепенно снижались (рис. 20). Несмотря на увеличение заболеваемости пневмонией, ХОБЛ, БА, коэффициенты смертности, связанные с этими болезнями, имели общую тенденцию к снижению, что указывает на улучшение лечения больных БОД.

Показатели смертности по причине БОД у мужчин были в 3 раза выше, чем у женщин, и составляли в 2010 г. 80,7 и 28,7 случаев на 100 тыс. населения соответственно. Коэффициенты смертности по причине БОД увеличивались с возрастом и, начиная с 25 лет, у мужчин и женщин различались в 4–5 раз (рис. 21).

Общая тенденция к снижению коэффициентов смертности по причине БОД с 2006 г. отмечалась во всех возрастных группах (рис. 22), за исключением возрастной категории ≥ 75 лет.

Положительная динамика снижения коэффициентов смертности взрослого населения по причине БОД в течение 7 лет отмечалась по всем федеральным округам РФ, что подтверждает устойчивое изменение этих показателей (рис. 23). Снижение коэффициентов смертности было наиболее значительным в Сибирском (на 18,2 %), Приволжском (на 16,9 %) и Уральском (на 15,9 %) федеральных округах. Коэффициенты смертности по причине БОД были выше среднего уровня по РФ в 2010 г. в Сибирском, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах.

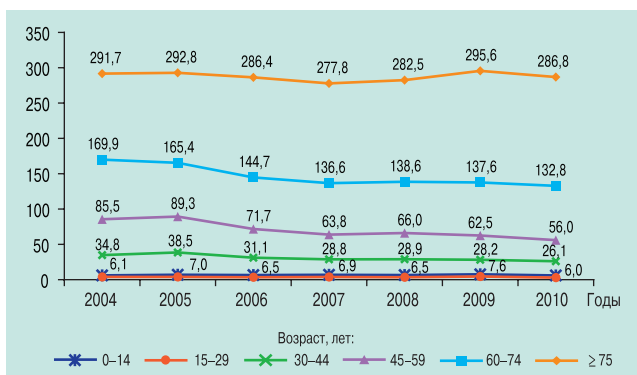


Рис. 22. Динамика возрастных коэффициентов смертности по причине БОД (на 100 тыс. населения)

Анализ организации специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля

Изменения в организации специализированной медицинской помощи пациентам с БОД за 7 лет затрагивали как амбулаторно-поликлинический, так и стационарный этапы оказания помощи (рис. 24). Число самостоятельных поликлиник за период с 2004 по 2010 г. уменьшилось на 20,0 %, больниц – на 39,4 %, диспансеров со стационаром – на 28,2 %. На фоне сокращения числа лечебно-профилактических учреждений и коечного фонда отмечалось

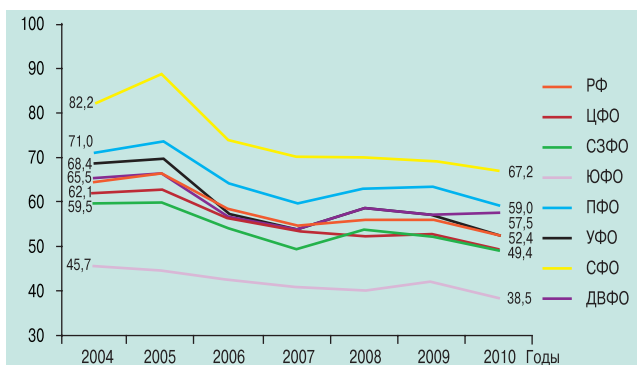


Рис. 23. Динамика коэффициентов смертности взрослого населения по причине БОД по федеральным округам (на 100 тыс. населения)

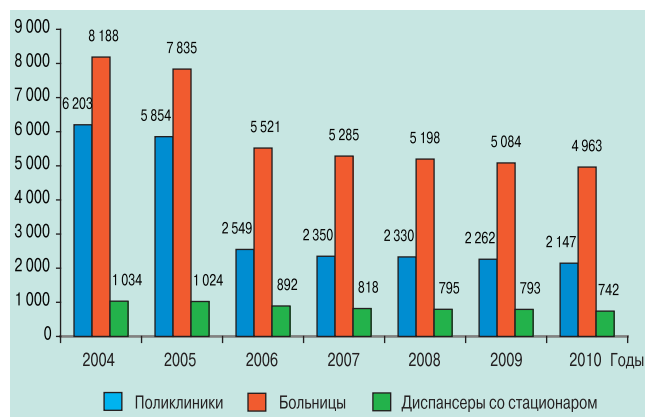


Рис. 24. Динамика количества лечебно-профилактических учреждений РФ

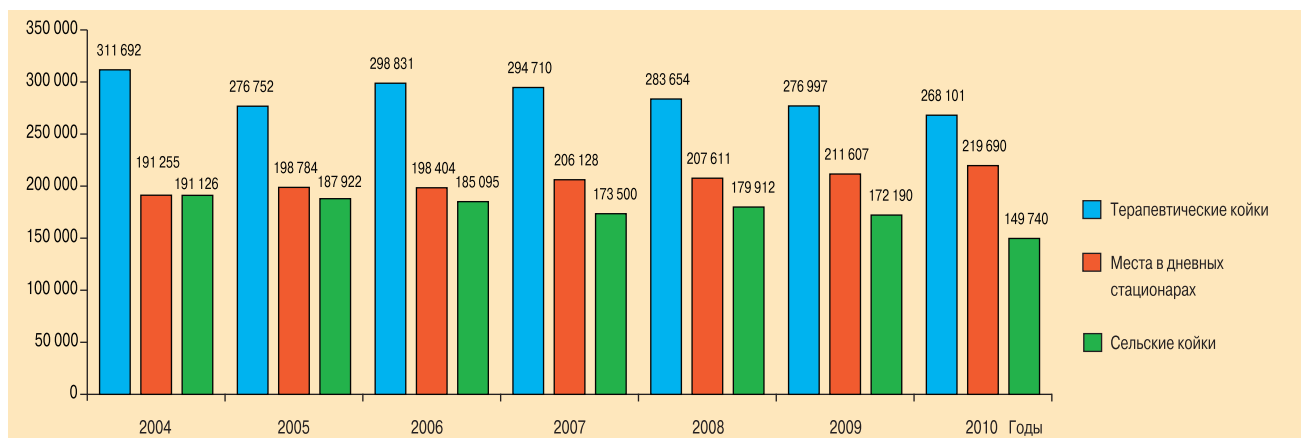


Рис. 25. Стационарная помощь больным терапевтического профиля (количество коек)

постепенное увеличение объема оказанной медицинской помощи как на амбулаторно-поликлиническом, так и на стационарном этапе помощи больным. В 2010 г. в РФ было всего 625,7 тыс. врачей, и обеспеченность населения составила 44,1 на 10 тыс. населения, с наиболее низким уровнем показателя в Южном (39,5), Уральском (38,3) и Северо-Кавказском (36,3) федеральных округах.

Медицинская помощь больным пульмонологического профиля осуществлялась терапевтами, фтизиатрами, пульмонологами и врачами общей практики. Общее количество врачей терапевтических специальностей в 2004 г. суммарно составило 121 500, а в 2010 г. — 126 200 человек (+ 3,7 %). Среди них общее число участковых врачей-терапевтов увеличилось с 27 794 (2004 г.) до 37 835 человек (2010 г.), т. е. на 36,1 %, врачей общей практики — с 3 940 до 9 706 человек (на 146,1 %). При этом число фтизиатров за этот период уменьшилось с 9 062 до 8 171 человек (на 9,8 %), а пульмонологов — с 2 038 до 1 877 (на 7,9 %). Обеспеченность населения врачами терапевтического профиля в 2004 г. составляла 8,5, а в 2010 г. — 8,9 на 10 тыс. населения. Обеспеченность населения участковыми врачами-терапевтами за этот период увеличилась с 1,95 до 2,67 на 10 тыс. населения, врачами общей практики — с 0,28 до 0,68. В то же время произошло снижение обеспеченности фтизиатрами с 0,6 до 0,57 и пульмонологами с 0,14 до 0,13 на 10 тыс. населения. За период с 2004 по 2010 г. число больных, страдающих активным туберкулезом, уменьшилось с 312 208 (2004 г.) до 253 555 (2010 г.), т. е. на 58 653 человек. За указанный период количество больных ХБ, неуточненным бронхитом и эмфиземой легких также уменьшилось с 1 830 548 до 1 710 716 (на 119 832 человека), но число пациентов с другими легочными заболеваниями увеличилось: ХОБЛ и БЭБ — с 574 306 до 813 111 (на 238 805 человек), БА — с 1 166 790 до 1 336 771 (на 169 981 человек), интерстициальными и гнойными легочными болезнями, а также другими болезнями плевры — с 35 485 до 41 501 (на 6 016 человек). Таким образом, число больных хроническими БОД за 7 лет увеличилось на 294 980, и их общее число в 2010 г. составило 3 902 099 человек. Учитывая, что на диспансерном учете находятся пациенты в основном со среднетяже-

лым и тяжелым течением болезни, увеличилась потребность населения в пульмонологической помощи.

За период с 2004 по 2010 г. количество лечебно-профилактических учреждений в РФ значительно уменьшилось (рис. 24.) В 2010 г. среднее число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя в год по поводу заболевания составляло 5,3, а с профилактической целью — 2,5. Наиболее высокая обращаемость за медицинской помощью была в Центральном федеральном округе (6,2 и 2,3 соответственно), где значительно количество населения старшего возраста, а наименьшая обращаемость — в Северо-Кавказском (3,9 и 2,2 соответственно).

Специализированная пульмонологическая помощь тяжелым пациентам с БОД оказывалась в пульмонологических или терапевтических отделениях. В 2004 г. всего было 311 622 терапевтических койки и 191 255 мест в дневных стационарах (рис. 25). В 2010 г. имелось только 268 101 койка и 219 690 мест в дневных стационарах. Таким образом, увеличение числа мест в дневных стационарах (на 28 435 мест) не компенсировало уменьшения коечного фонда (на 43 510 коек).

Количество коек в сельских учреждениях за 7 лет снизилось с 191 126 до 149 740 (на 41 386 коек).

Обеспеченность населения терапевтическими койками в 2004 г. составляла 21,1, а в 2010 г. — 18,9 на 10 тыс. населения. В 2006 г. стационарное лечение по причине БОД получили 1 750 374 взрослых больных (7,1 % всех больных) и 2 008 969 детей до 17 лет включительно (32,7 % всех больных). Среди взрослых больных, госпитализированных в стационары в 2009 г., 7,1 % случаев госпитализации (1 800 128 человек) были связаны с БОД, среди детей этот показатель составил 35,6 % (2 222 922 ребенка), т. е. абсолютное количество больных было больше, чем в предыдущие годы. В 2010 г. из стационаров было выписано 1 708 267 (6,8 %) взрослых и 2 201 120 (35,4 %) детей. Лечение в дневных стационарах в 2006 г. получили 247 623 человек (12,4 % всех больных), а в 2009 г. среди взрослых — 245 541 (11,7 %), среди детей — 293 650 (8,2 %) больных БОД. В 2010 г. количество выписанных больных среди взрослых составило 250 007 (11,4 %), среди детей — 288 672 (7,7 %).

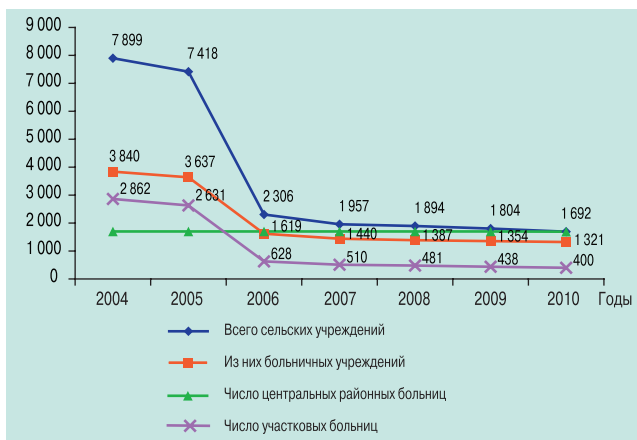


Рис. 26. Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие помощь сельскому населению

Операции на органах дыхания в 2007 г. были проведены 275 536 пациентам (3,1 % всех операций), в 2009 г. – 278 141 (3,0 %), в 2010 г. – 279 359 (3,0 %).

Особенно значительным было уменьшение числа лечебно-профилактических учреждений в сельской местности (на 78,6 %) (рис. 26).

В сельской местности в 2010 г. работало всего 46,7 тыс. врачей, обеспеченность врачами составила 12,2 на 10 тыс. населения. Количество центральных районных больниц не уменьшилось (1 740 и 1 754 – в 2004 г. и 2010 г. соответственно), но количество коек в районных и участковых больницах снизилось на 21,7 %. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения снизилась с 50,3 до 39,2, что в условиях отдаленности пациентов от Центральной районной больницы является неблагоприятным фактором. Количество учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, уменьшилось в сельской местности на 63,3 % (с 7 781 до 2 859), что дополнительно снизило доступность медицинской помощи. В 2010 г. число посещений врачей на 1 жителя в год в сельской местности составило 3,6.

Количество профильных пульмонологических коек для взрослых сократилось с 16 193 до 12 956 (на 20,0 %), для детей – с 2 991 до 2 821 (на 5,6 %). Средняя занятость пульмонологической койки увеличилась у взрослых с 341,5 до 346,1 дней, у детей – с 305,3 до 307 дней. При этом летальность на пульмонологической койке возросла у взрослых с 1,67 до 1,93 (на 15,6 %), у детей – с 0,06 до 0,12 (на 100,0 %).

Все эти данные прямо и косвенно указывают на снижение доступности как терапевтической, так и специализированной пульмонологической помощи, как для взрослого, так и для детского населения и города и села. Это требует кардинального изменения обеспеченности населения пульмонологической помощью, как на уровне первичного звена здравоохранения, так и стационарной, в т. ч. высокотехнологичной помощи.

Введение порядка оказания пульмонологической помощи больным с бронхолегочными заболеваниями и медико-экономического стандарта пульмонологической помощи выявило снижение качества медицинской помощи в связи с недостатком врачей-пульмологов и невозможностью обеспечения ее

необходимого объема на уровне первичного звена здравоохранения из-за ограничения ресурсов в ряде территорий. В 2010 г. медико-экономические стандарты оказания помощи применялись только в 47,7 % лечебно-профилактических учреждений РФ. Наименьшее количество таких учреждений было в Центральном (18,4 %), наибольшее – в Уральском федеральном округе (83,1 %).

Таким образом, все показатели деятельности терапевтической службы указывают на необходимость увеличения объема медицинской помощи больным БОД как на амбулаторном, так и на госпитальном этапе, несмотря на уменьшение количества лечебно-профилактических учреждений, снижение количества коек в стационарах, в т. ч. пульмонологического профиля, в течение последних 7 лет.

Качественная медицинская помощь больным пульмонологического профиля может осуществляться при условии гармоничного сочетания и доступности первичной, скорой и неотложной, специализированной и высокотехнологичной помощи. Врач-пульмонолог занимает в этой системе ключевую позицию. По данным Минздравсоцразвития России, в 2010 г. общее число пульмологов в РФ составляло 1 909 человек, из которых 1 847 специалистов оказывали медицинскую помощь больным в субъектах РФ. Доступность специализированной пульмонологической помощи в федеральных округах имела значительные различия. В 2010 г. показатели обеспеченности врачами-пульмонологами на 10 тыс. населения были наибольшими в Северо-Западном (0,20) и Центральном (0,15) федеральных округах и превышали средний показатель (0,13) по РФ (рис. 27). Среди населения этих территорий на протяжении 2004–2010 гг. сохранялись стабильно высокие уровни показателей общей и первичной заболеваемости БОД и коэффициенты смертности по причине БОД были ниже среднего показателя по РФ.

Наиболее низкие показатели обеспеченности врачами-пульмонологами на 10 тыс. населения были в Южном (0,09), Северо-Кавказском (0,10), При-

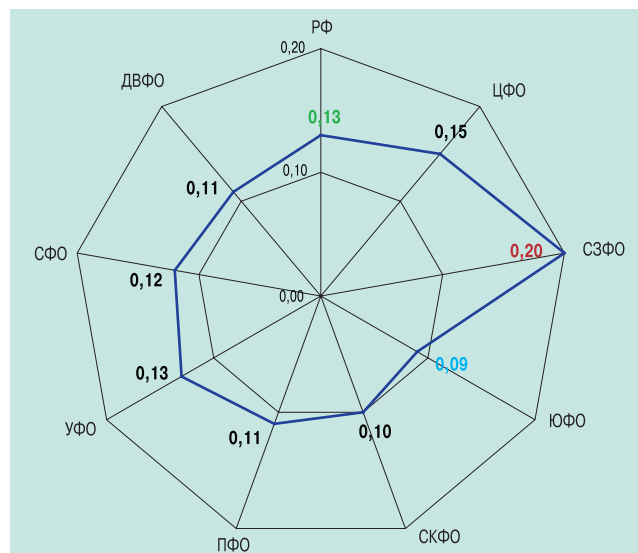


Рис. 27. Обеспеченность населения врачами-пульмонологами по федеральным округам (на 10 тыс. населения)

волжском и Дальневосточном (0,11) федеральных округах. Низкий уровень обеспеченности специализированной пульмонологической помощью населения в Приволжском федеральном округе сочетался с более высокими, по сравнению со средними по РФ, показателями общей и первичной заболеваемости БОД и коэффициентами смертности по причине БОД.

В Южном федеральном округе показатели общей и первичной заболеваемости и коэффициенты смертности населения по причине БОД за период с 2004 по 2010 г. сохранялись на стабильно низком уровне. Это косвенно может указывать на низкий уровень потребности населения округа в этом виде помощи. В Дальневосточном федеральном округе низкие уровни общей и первичной заболеваемости населения БОД в 2010 г. сочетались с близкими к средним коэффициентами смертности по причине БОД, а в 2010 г. коэффициенты смертности превысили средние значения по РФ. Следовательно, низкая доступность специализированной пульмонологической помощи в Дальневосточном федеральном округе имела негативные последствия для населения.

Обеспеченность врачами-пульмонологами населения разных областей федеральных округов в 2010 г. также была различной. В Центральном федеральном округе она была ниже среднего по РФ уровня в 7 из 18 субъектов (38,9 %), в Северо-Западном — в 6 из 13 (46,1 %), в Приволжском — в 8 из 14 (57,1 %), в Уральском — в 4 из 7 (51,1 %), в Сибирском — в 6 из 12 субъектов (50,0 %). В остальных федеральных округах в большинстве субъектов показатель обеспеченности населения врачами-пульмонологами был еще ниже. В частности, в Дальневосточном федеральном округе дефицит врачей-пульмонологов был зарегистрирован в 7 из 10 субъектов (70,0 %) и в 4 субъектах этого округа (Чукотский и Корякский автономные округа, Еврейская автономная и Камчатская области); данные о наличии пульмонологов отсутствовали в Южном — в 5 из 7 субъектов (71,4 %), и Северо-Кавказском федеральном округе — в 6 из 7 (85,7 %).

В настоящее время во всех федеральных округах РФ имеются государственные образовательные учреждения высшего профессионального и последипломного образования. В них обучают врачей пульмонологии и фтизиатрии, что позволяет подготовить специалистов для работы на всех территориях РФ. В Центральном федеральном округе имеется 7 учреждений, Северо-Западном — 4, Сибирском — 7, Приволжском — 9, Уральском — 3, Дальневосточном — 4, Северо-Кавказском — 2, Южном — 1 учреждение. Общее количество учреждений, осуществляющих подготовку врачей по пульмонологии и фтизиатрии, в настоящее время — 37.

Заключение

Полученные данные о динамике заболеваемости и смертности населения за 7 лет можно определить, как значительный положительный результат лечебно-профилактической работы по снижению соци-

альной значимости БОД и улучшению здоровья населения на всей территории РФ.

Динамика ресурсов здравоохранения указывает на устойчивую неблагоприятную тенденцию к снижению доступности пульмонологической помощи для всего населения и требует повышения обеспеченности населения врачами-пульмонологами на всей территории РФ не менее чем в 1,5–2 раза, а сельского населения — в 3 раза.

Выявленные тенденции к увеличению заболеваемости населения острыми БОД и пневмонией требуют отдельного изучения и анализа с целью определения необходимого объема профилактики.

В связи с высоким уровнем диагностики хронических БОД у детей необходимо провести дополнительный анализ для уточнения причин и увеличить объем образовательных программ для врачей-педиатров.

Высокий уровень смертности взрослого населения, особенно мужчин, по причине ХОБЛ указывает на необходимость широкого внедрения спирометрии и других функциональных методов диагностики на этапе первичной медицинской помощи и при профилактических обследованиях населения, что может улучшить диагностику и лечение этих больных.

Учитывая устойчивый уровень первичного выявления туберкулеза и рака трахеи, бронхов и легких необходимо проводить дополнительные обследования населения старше 40 лет с целью раннего выявления этих заболеваний при обращении в поликлинику по поводу хронических БОД.

Дополнительного анализа требуют данные о более высоких уровнях смертности по причине БОД в Сибирском, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах, что сочетается с низкими уровнями заболеваемости БОД. Эти территории отличаются особыми климатическими условиями, низкой плотностью населения и низкой доступностью пульмонологической помощи. В связи с этим каждая территория требует отдельной оценки для определения объема мероприятий по повышению качества медицинской помощи.

Высокий уровень заболеваемости и смертности мужского населения России по причине БОД, по сравнению с женским, указывают на необходимость разработки специальной программы активного профилактического вмешательства среди мужчин.

Население РФ отличается высоким уровнем курения среди мужчин и женщин и низкой информированностью о факторах риска БОД, поэтому образовательные программы по профилактике табакокурения должны широко применяться на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Подготовка врачей-пульмонологов и организация пульмонологических центров для населения территорий с низкой обеспеченностью пульмонологической помощью может повысить доступность и качество медицинской помощи пациентам с БОД.

ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России, НИИ пульмонологии ГМУ им. акад. И.П.Павлова, Всероссийский федеральный центр пульмонологии являются центрами научно-исследовательской,

организационно-методической, консультативной, клинической и образовательной работы. В настоящее время ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России функционирует как головное учреждение России по проблемам пульмонологии. Дальнейшее развитие пульмонологической помощи населению требует курирования пульмонологических учреждений страны со стороны главного пульмонолога и секции по пульмонологии при МЗ и СР РФ с привлечением профильных кафедр медицинских вузов страны. Это будет способствовать дальнейшему совершенствованию и повышению качества работы на всех этапах обеспечения пульмонологической помощи.

Литература

1. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Заболеваемость населения в 2005 году: Статистические материалы. М.; 2006; ч. I–III.
2. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Социально-значимые заболевания населения России в 2005 году: Статистические материалы. М.; 2006.
3. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2005 год: Статистические материалы. М.; 2006.
4. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Заболеваемость населения в 2006 году: Статистические материалы. М.; 2007; ч. I–III.
5. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2006 год: Статистические материалы. М.; 2007.
6. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Заболеваемость населения в 2007 году: Статистические материалы. М.; 2008; ч. I–III.
7. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2007 год: Статистические материалы. М.; 2008.
8. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения. М.; 2008.
9. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Заболеваемость населения в 2008 году: Статистические материалы. М.; 2009; ч. I–III.
10. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2008 год: Статистические материалы. М.; 2009.
11. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Социально-значимые заболевания населения России в 2008 году: Статистические материалы. М.; 2009.
12. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Заболеваемость населения в 2010 году: Статистические материалы. М.; 2011; ч. I–VI.
13. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Социально-значимые заболевания в 2010 году: Статистические материалы. М.; 2011.
14. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2010 год: Статистические материалы. М.; 2011.
15. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент развития медицинской помощи и курортного дела. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения. М.; 2010.
16. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава". Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения. М.; 2011.

Информация об авторах

Биличенко Татьяна Николаевна – д. м. н., зав. лабораторией клинической эпидемиологии ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России; тел.: 965-11-15; e-mail: tbilichenko@yandex.ru
Чучалин Александр Григорьевич – д. м. н., акад. РАМН, проф., директор ФГУ "НИИ пульмонологии" ФМБА России; тел.: 465-52-64; e-mail: chuchalin@inbox.ru
Сон Ирина Михайловна – д. м. н., проф., зам. директора по науке ФГУ "Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения" Минздравсоцразвития России; тел.: 639-60-40; факс: 619-38-40; e-mail: son@mednet.ru

Поступила 20.04.12
© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.24-083(470)