

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

МУХАНОВА ИРИНА ФАНИСОВНА

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ  
ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук  
Билалов Фаниль Салимович

Уфа – 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....	12
1.1. Состояние заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания .....	12
1.2. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие болезней органов дыхания .....	18
1.3. Организация медицинской помощи пациентам вследствие болезней органов дыхания .....	21
1.4. Перспективы развития организационных мероприятий медицинской помощи при болезнях органов дыхания .....	30
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	38
2.1. Характеристика базы исследования .....	38
2.2. Методика исследования медико-социальных аспектов инвалидности вследствие болезней органов дыхания и организации медицинской помощи инвалидам .....	41
ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН .....	49
3.1. Первичная заболеваемость болезнями органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг. ....	49
1.2. Общая заболеваемость болезнями органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг. ....	54
3.3. Показатели первичной и повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг. ....	59
3.4. Общая инвалидность вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг. ....	67
ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ .....	72
4.1. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с заболеваниями органов дыхания, имеющих инвалидность и не имеющих инвалидность .....	72

4.2. Медико-социальная характеристика инвалидов и не инвалидов с болезнями органов дыхания.....	84
<b>ГЛАВА 5. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....</b>	<b>91</b>
5.1. Анализ основных показателей пульмонологической службы в Республике Башкортостан.....	91
5.2 Анализ оказания медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания до наступления пандемии COVID-19 .....	101
5.3. Анализ оказания медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания в период развития пандемии COVID-19.....	112
5.4. Удовлетворенность инвалидов условиями оказания медицинской помощи .....	115
5.5. Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания и оценка их эффективности.....	121
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>130</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>139</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>142</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....</b>	<b>143</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>144</b>
Приложение 1 .....	183
Приложение 2 .....	184
Приложение 3 .....	188
Приложение 4 .....	190
Приложение 5 .....	191
Приложение 6 .....	192

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы исследования.**

Болезни органов дыхания в последние десятилетия представляют собой важнейшую медико-социальную проблему во всем мире. Актуальность данной проблемы обусловлена значительной распространённостью данной патологии среди всего населения, высоким уровнем инвалидности, в том числе среди лиц трудоспособного возраста. Данные официальной статистики свидетельствуют о высоких показателях заболеваемости населения Российской Федерации болезнями органов дыхания (БОД). Так, в течение последнего десятилетия показатели общей заболеваемости БОД в Российской Федерации выросли на 10,4%: от минимального уровня – 37933,0 в 2010г. до максимального – 41862,9 в 2020г. на 100.тыс населения (Росстат, 2021). На долю болезней органов дыхания приходится около 40,0% всех случаев зарегистрированных заболеваний среди населения (Кытикова О.Ю. и др., 2017; Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г., 2018). По прогнозам экспертов ВОЗ к 2030 году хроническая обструктивная болезнь легких станет третьей по значимости причиной смерти во всем мире (GOLD, 2020).

В целом, в Российской Федерации БОД занимают лидирующие позиции в структуре причин инвалидизации, нанося большой ущерб здоровью населения (Скворцова В.И., 2018; Пузин С.Н. и др., 2018; Щелканов М.Ю. и др., 2020; Дымочка М.А. и др., 2021).

Инвалиды вследствие БОД нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении и повышении его эффективности. С увеличением объема лечебно-диагностических мероприятий, растет и потребность в лекарственном обеспечении пациентов.

В связи с пандемией, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции, резко уменьшилась плановая медицинская помощь инвалидам, и сократились объемы стационарной помощи.

Кроме того, в связи с принятием нормативных документов об упрощении процедуры прохождения освидетельствования, часто не проводилась оценка результатов и эффективности медицинской помощи инвалидам.

Преыдушие исследования не коснулись комплексной и углубленной оценки показателей здоровья инвалидов вследствие БОД, изучения организации им медицинской помощи, вопросов ухудшения здоровья инвалидов в период эпидемии коронавирусной инфекции (Улумбекова Г.Э., 2020; Стародубов В.И., 2020; Чучалин А.Г., 2021).

Всё вышеизложенное определило актуальность, цель и задачи настоящего диссертационного исследования.

**Степень разработанности темы исследования.** Большинство исследований медико-социальных аспектов БОД посвящено изучению вопросов профилактики бронхолегочной патологии, улучшению специализированной медицинской помощи пациентам с БОД и их лекарственного обеспечения (Бойцов С.А. и др., 2017; Мишина О.С., 2018). Однако основным звеном в организации медицинской помощи инвалидам вследствие БОД остается амбулаторно-поликлиническое звено, задачей которого является совершенствование диспансерного наблюдения, выполнения видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных нормативными документами, а также правильный отбор и своевременное направление пациентов на МСЭ, в том числе и на повторное освидетельствование (Шургая М.А., 2017; Пайков А.Ю., 2021). В литературных источниках мало работ, касающихся этих вопросов.

**Цель исследования** – на основе комплексного медико-социального исследования разработать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие **задачи:**

1. Проанализировать динамику уровня и структуры заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения.

2. Дать медико-социальную характеристику пациентов с болезнями органов дыхания.

3. Оценить состояние здоровья и организацию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания до наступления пандемии новой коронавирусной инфекции COVID–19 и в период ее развития.

4. Разработать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания.

**Научная новизна исследования.** Изучены показатели первичной и общей заболеваемости взрослого населения болезнями органов дыхания, в том числе среди городских и сельских жителей, среди лиц трудоспособного и старше трудоспособного возрастов за 2015-2019гг. Установлено, что среди сельского населения среднегодовой показатель общей заболеваемости выше, чем среди городского населения, среди сельских жителей в динамике произошло снижение первичной и общей заболеваемости, напротив, среди городских жителей эти показатели выросли. Уровень первичной и общей заболеваемости выше среди лиц трудоспособного возраста по сравнению с населением старше трудоспособного возраста. В структуре общей заболеваемости большое значение имеют хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма.

Выявлено, что уровень первичной и общей инвалидности выше среди лиц старше трудоспособного возраста и в динамике наблюдается тенденция к росту. В структуре общей инвалидности отмечается увеличение количества инвалидов первой группы.

Медико-социальная характеристика пациентов с БОД показала, что среди них чуть больше половины составили мужчины, несколько меньше половины были в трудоспособном возрасте, превалирует доля пациентов в

возрастной группе 60-69 лет, половина среди изученных пациентов имели среднее общее образование, проживали в отдельной квартире. Среди пациентов, имеющих инвалидность вследствие БОД, по сравнению с пациентами, не имеющими инвалидность, достоверно больше неработающих, работавших ранее в промышленности и строительстве, условия работы которых были связаны с большой физической нагрузкой, часто куривших табак и потреблявших алкоголь.

Установлено, что среди инвалидов большое число с хронической обструктивной болезнью легких, имеют сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, костно-мышечной системы, не регулярно посещающих врача, с длительностью заболевания более 10 лет.

Выявлены низкая укомплектованность медицинских организаций врачами-пульмонологами и медицинскими сестрами, снижение уровня госпитализации пациентов, снижение средней длительности пребывания в стационаре и рост количества летальных исходов.

Большинство инвалидов в течение года состояли под диспансерным наблюдением, получали лечебно-диагностические мероприятия и лечение в стационаре, однако в неполном объеме выполнялись лечебно-консультационные и реабилитационные мероприятия. В связи с развитием ковидной ситуации и введением упрощенного порядка освидетельствования инвалидов в 2 раза уменьшилась частота госпитализации, снизился объем лечебно-диагностических услуг, в том числе реабилитационных мероприятий.

Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам были направлены на выполнение сроков диспансерного наблюдения, повышения уровня подготовки врачей по вопросам отбора пациентов на медико-социальную экспертизу, электронного взаимодействия врачей поликлиник с бюро медико-социальной экспертизы, повышению медицинской активности инвалидов с применением информационного взаимодействия врач-пациент.

**Теоретическая и практическая значимость работы** состоит в том, что полученные данные о заболеваемости и инвалидности взрослого населения, их динамике и прогнозе развития до 2024 года, сравнительной медико-социальной характеристике пациентов, имеющих инвалидность и не имеющих инвалидность вследствие БОД, являются важной информационной базой для разработки профилактических и организационных мер, направленных на снижение заболеваемости и инвалидизации пациентов, совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях органов дыхания.

Результаты оценки состояния здоровья инвалидов и организации медицинской помощи в период развития ковидной ситуации определяют необходимость разработки планов оказания медицинской помощи инвалидам в период развития ситуаций, приводящих к снижению объема и видов медико-социальной помощи.

Разработано информационно-методическое письмо «Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие болезней органов дыхания и организация медицинской помощи инвалидам».

#### **Внедрение результатов исследования в практику.**

Уровень внедрения – региональный. Формы внедрения – публикации в научной печати, выступления на научных конференциях, использование результатов исследования в медицинских организациях и в учебном процессе.

Результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО БГМУ (акт о внедрении №2016-01 от 05.04.2022), используются в работе ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России (справка о внедрении №01/04-30 от 19.04.2022) и в ГБУЗ РБ ГКБ №21 г.Уфа (справка о внедрении №1124 от 31.03.2022).

**Методология и методы исследования.** В диссертационной работе проведено комплексное исследование медико-социальных и организационных аспектов БОД. Комплексность исследования заключается в проведении



анализа заболеваемости и инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг.; изучении медико-социальной характеристики пациентов и инвалидов; исследовании организации медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания; разработке научно-обоснованных медико-организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие БОД и оценке их результатов.

Программа научного исследования предусматривала использование следующих методов: статистический, социологический, метод экспертных оценок.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Увеличение в динамике заболеваемости взрослого населения БОД, преимущественно среди лиц трудоспособного возраста, рост инвалидности среди лиц старше трудоспособного возраста определяют необходимость разработки профилактических программ и их эффективной реализации.

2. Медико-социальная характеристика пациентов с болезнями органов дыхания позволила выявить некоторые различия образа и условий жизни, медицинской активности и состояния здоровья инвалидов и пациентов, не имеющих инвалидность.

3. Сравнительная экспертная оценка объёмов лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий инвалидам вследствие БОД до начала и в период развития COVID-19 выявила дефекты и несоответствие порядку оказания медицинской помощи, характеризующиеся сокращением выполнения лечебно-диагностической помощи, уменьшением уровня госпитализации инвалидов.

4. Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам направлены на повышение эффективности диспансерного наблюдения, использование телемедицинских консультаций врачей по вопросам направления на медико-социальную экспертизу, повышения

медицинской активности инвалидов, в том числе с применением дистанционных информационных технологий.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования.**

Достоверность научных положений, выводов и практических рекомендаций обеспечена использованием в работе большого массива первичного материала, современных методов исследования и обработки полученных результатов.

Результаты исследования, включенные в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных конференциях: «Приоритеты мировой науки: новые подходы и актуальные исследования» (XIV Международная научно-практическая конференция, г.Анапа, 2021г.); «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования» (XXXV Международная научно-практическая конференция, г. Москва, 2021г.); «Научно-практическая конференция по актуальным проблемам медико-социальной экспертизы» (г. Москва, 2020, 2021гг.); «Состояние и перспективы развития современной науки и образования» (V Международная научно-практическая конференция, г. Петрозаводск, 2021г.).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых журналах, входящих в Перечень ВАК.

### **Личный вклад автора в получение научных результатов, изложенных в диссертации.**

Актуальность исследования, цель и задачи, положения, выносимые на защиту, определены автором диссертационной работы самостоятельно. Автор провел аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой теме, обозначил объект исследования, обосновал необходимый объем наблюдения, определил этапы исследования, осуществил сбор материала для исследования путем выкопировки данных из медицинских документов и анкетирования пациентов. Описал материалы и методы исследования, провел анализ полученных результатов. Статистическая обработка полученных

результатов, научное обоснование и формулировка выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично.

Работа выполнена в соответствии с планом НИР ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, а именно пунктам 6, 8, 9.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа изложена на 192 страницах машинописного текста. Разделы диссертации включают: введение и обзор литературы, описание материала исследования, три главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список использованной литературы, приложения. Работа проиллюстрирована 38 таблицами, 28 рисунками. Список литературы содержит 323 источника (из них 236 отечественные и 87 зарубежные публикации).

# **ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1. Состояние заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания**

Основополагающей целью стратегии государства для достижения максимально возможного уровня развития здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны является создание национальной пациенто-ориентированной системы оказания доступной и высококачественной медицинской помощи, как взрослым, так и детям [39, 129, 149].

Одной из задач социально-ориентированного реформирования здравоохранения является модернизация организационных и профилактических механизмов межведомственного взаимодействия с обеспечением преемственности в деятельности медицинских организаций на различных уровнях при реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи для всего населения [101, 115, 189, 231]. Обращает на себя особое внимание усиление роли первичного медико-санитарного звена для своевременного выявления и дальнейшего клинико-диагностического обследования населения с наличием социально-гигиенических и медико-клинических факторов риска важнейших хронических неинфекционных заболеваний [45, 84, 201, 230].

Во всем мире в последние десятилетия двадцатого и начала двадцать первого века, вопреки множествам достижений, в том числе в медицине, продолжается неуклонный рост случаев заболеваний бронхо-легочной патологии, которые отражаются в официальных документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и в ряде инициатив профессионального

сообщества (ERS – Европейское респираторное общество, APSS – Азиатско-Тихоокеанское респираторное общество) [26, 123, 283].

По мнению экспертов ВОЗ, хронические болезни органов дыхания наряду с прочими неинфекционными заболеваниями продолжают являться одной из важнейших медико-социальных проблем из-за своей высокой распространенности среди населения [99, 136].

Все вышеизложенное определяет необходимость детального изучения и выявления истинной распространенности хронических респираторных заболеваний (ХРЗ) среди взрослого населения [215, 239, 275, 280].

Однако продолжает оставаться высоким уровень впервые выявленных хронических заболеваний органов дыхания и заболеваемость с утратой трудоспособности вследствие данной патологии. В связи с этим необходимы комплексные научно-обоснованные исследования медико-организационных мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья населения и развитие здравоохранения. Среди первостепенных организационно-профилактических мероприятий одной из важных принадлежит роль по раннему выявлению и своевременной терапии хронических респираторных заболеваний (бронхиальной астмы, аллергического ринита, хронического бронхита и хронической обструктивной болезни легких) [11, 34, 272, 317].

В современных условиях на территории Российской Федерации социально-гигиенические и эпидемиологические характеристики состояния здоровья населения позволяют оценивать его как крайне критическое [56].

Болезни органов дыхания (БОД) как наиболее открытая система организма человека испытывают значительное влияние комплекса неблагоприятных факторов воздействия внешней среды, что может приводить к их структурным и функциональным повреждениям и определять климатогеографические и региональные различия распространенности основных форм данной патологии [53, 88, 103].

Органы дыхания занимают особое место среди социальных болезней, поскольку за последние годы они преобладают в структуре общей заболеваемости населения, входят в число лидирующих заболеваний по обращаемости, высокого уровня как временной, так и стойкой нетрудоспособности, инвалидности с ухудшением показателей качества жизни, преждевременной смертности населения, что приводит к значительному ущербу для экономики Российской Федерации [10, 15, 23].

В различных субъектах Российской Федерации, как и в Республике Башкортостан выявлен высокий уровень первичной заболеваемости БОД (в Российской Федерации в 2020г. этот показатель составил 37056,8, случая, а в Республике Башкортостан – 44323,4 случая на 100 тыс. населения). Анализ динамики уровня первичной заболеваемости БОД свидетельствует о неуклонном росте их хронических форм на 11,1% в России с 33340,0 в 2014г. до 37056,8 на 100 тыс. населения в 2020г. (на 36,9% в Республике Башкортостан) в связи с их недостаточной диагностикой и несвоевременностью начала лечен [15, 37, 133, 183].

Например, при проведении масштабного эпидемиологического обследования населения Дальнего Востока частота встречаемости хронического бронхита оказалась более чем в 30 раз выше, чем официальные цифры в данном регионе [46, 123]. Основная медико-социальная проблема хронического бронхита – является запоздавая диагностика из-за невыраженной клинической симптоматики и несвоевременного обращения пациентов в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи для терапии.

Бронхиальная астма – одно из наиболее распространенных заболеваний легочной патологии, которое характеризуется значительным социальным ущербом [50, 56, 124, 125].

Бронхиальная астма регистрируется в различных странах от 1 до 18% населения [161]. Заболеваемость во всем мире продолжает неуклонно расти,

что обусловлено следующими причинами: ухудшением качества воздуха, особенно в крупных промышленных городах, ростом бытовых и пищевых аллергенов, воздействием вредных производственных факторов, пассивным курением и др. [126, 214].

По данным экспертов ВОЗ, в мире живет около 300 млн. больных бронхиальной астмой, при этом астма обуславливает потерю 1% от общего всемирного ущерба от всех болезней [294].

В России бронхиальной астмой страдает от 5 до 10% населения в зависимости от региона, это около 7 млн. человек [107]. У многих пациентов с бронхиальной астмой отмечается персистирование симптомов заболевания, что препятствует выполнению повседневной активности, является причиной низкого качества жизни и уменьшение производительности труда и как следствие, приводит к увеличению расходов на здравоохранение [3].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин по заболеваемости и смертности современного общества, показатели первичной и общей заболеваемости неуклонно растут [1, 203]. По данным экспертов к 2030 году ожидается, что ХОБЛ будет находиться на 2-м месте среди основных причин смерти, а по заболеваемости переместится с 12-го на 5-е или даже 4-е место [134, 161].

По данным ряда исследований, распространенность ХОБЛ в мире у лиц старше 40 лет составляет около 10,1 % [253]. Распространенность, болезненность и смертность от ХОБЛ различаются в разных странах, а также между различными группами населения внутри страны. Так, в латиноамериканском исследовании PLATINO отмечено, что частота ХОБЛ колебалась от низкой (7,8 % в Мехико -Мексика) до высокой (19,7 % в Монтевидео -Уругвай) [292, 295]. В Российской Федерации, по статистическим данным Министерства здравоохранения РФ, зарегистрировано около 2,3 млн. больных с данной патологией; в то же время по данным российских эпидемиологических исследований это заболевание

имеют до 15 процентов взрослых, то есть около 10 миллионов человек [136]. На сегодняшний день ХОБЛ представляет собой значительную экономическую и социальную проблему, в связи с неуклонным ростом смертности [1, 224].

В современных научных исследованиях представленные эпидемиологические особенности распространенности ХОБЛ достаточно многообразны и противоречивы, что однозначно подчеркивает актуальность проблемы мониторинга качества медицинской диагностики, оценки эффективности терапии и разработки научно-обоснованных организационно-профилактических мероприятий по улучшению помощи населению, страдающих ХОБЛ [212, 242].

Для симптомов ХОБЛ характерно резкое и быстрое ухудшение клинико-функциональных параметров с тяжелыми и необратимыми последствиями, для которых требуются специальные методы терапии [55, 83]. В Российской Федерации почти половина пациентов, страдающих ХОБЛ, имеют сопутствующие хронические заболевания, которые значительно ухудшают тяжесть состояния пациента [200, 209, 224, 265]. Доказано, что большая часть (примерно 50%) заболевших ХОБЛ имеют среднетяжелую или тяжелую стадию заболевания, что значительно увеличивает риск инвалидизации и смерти [63, 179, 227, 274], в связи с этим у инвалидов вследствие ХОБЛ значительно низкая средняя ожидаемая продолжительность жизни [96, 238, 267, 316].

В конце 2019 года, когда в Ухане, Китай, был идентифицирован вирус, приводящий к пневмонии, который быстро распространялся, и привел к эпидемии во всем мире, Всемирная организация здравоохранения назначила заболевание COVID-19, обозначающее коронавирусную болезнь 2019 года [108].

Были проведены многочисленные исследования, которые показали, что пациенты с ХОБЛ вследствие местного системного воспаления в легких, нарушения иммунного ответа и повышенной выработки слизи в легких,



заболевшие вирусом COVID-19 имели почти в 6 раз выше риск летальности, чем пациенты без ХОБЛ [284].

Также такие пациенты нуждались в более продолжительной реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции. В связи с чем, особое внимание во время лечения и для профилактики COVID-19 требовали пациенты с ХОБЛ.

Курильщики также внесли весомый вклад в развитие ХОБЛ, и являлись установленным фактором риска заражения COVID-19, с развитием тяжелой инфекцией (риск тяжелой формы COVID-19 у пациентов с ХОБЛ составлял в 4,38 раз больше, чем без ХОБЛ) [324]

В настоящее время в России продолжает оставаться напряженная медико-демографическая ситуация, связанная с увеличением случаев преждевременной смертности и инвалидизацией населения.

Кроме того, отмечается большой экономический ущерб от заболеваний органов дыхания. По данным Концевой А.В, Муканаевой Д.К., Балановой Ю.А. и соавт. [87] экономический ущерб от болезней органов дыхания и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2016 году составил 170,3 млрд руб. (0,2 % ВВП). Ущерб в основном складывается от не прямых потерь в экономике, обусловленные преждевременной смертью лиц трудоспособного возраста. Эти данные свидетельствуют о том, что первоочередное внимание должно быть уделено мерам, направленным на предотвращение развития заболевания и замедление его прогрессирования с целью облегчения клинических и экономических последствий ХОБЛ путем увеличения инвестиций в профилактику и лечение.

## **1.2. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие болезней органов дыхания**

Инвалидность – это медико-социальная и социально-гигиеническая проблема, приводящая к ограничению жизнедеятельности лица, которое характеризуется снижением способности осуществлять деятельность по самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, обучению, трудовой деятельности или контролю над своим поведением вследствие нарушения состояния здоровья со стойким расстройством функций организма [7, 40, 72, 177].

В структуре инвалидности населения в России и во многих отдельных ее регионах (в том числе и в Республике Башкортостан) БОД занимают 4-е ранговое место [42, 49, 58, 166] и наносят колоссальный ущерб государству и обществу в целом в виду утраты временной и стойкой трудоспособности среди взрослого населения.

Мониторинг и оценка экономического ущерба вследствие выхода на инвалидность населения являются актуальной на современном этапе реализации программ государства по улучшению показателей здоровья населения и стабилизации демографической обстановки в Российской Федерации. Несмотря на успешное развитие специализированных мощных медицинских центров и реабилитационных учреждений, тяжелые формы болезни органов дыхания составляют большую ее часть – до 50%, следовательно, и высокую инвалидизацию. В то же время легкие формы выявляются лишь у 10-15% больных, это связано с увеличением удельного веса населения старших возрастных групп, ухудшением экологической обстановки (в особенности из-за роста числа автомобильной инфраструктуры), распространенностью табако-курения и более качественной современной диагностикой и выявляемостью заболеваний среди населения [64, 127, 215, 234]. Все это, несомненно, обуславливает неуклонный рост уровня первичной инвалидности среди взрослого населения [42, 49, 58, 166].

Первичная инвалидность – это один из основных и важнейших статистических данных, характеризующих инвалидизацию населения как медико-социальное явление. Он отражает отношение числа случаев, впервые признанных инвалидами (ВПИ) в течение отчетного года к среднегодовой численности населения на административной территории.

В последнее десятилетие проблеме инвалидности вследствие различных заболеваний посвящены многочисленные исследовательские работы, которые отражают практически весь спектр классов болезней по МКБ-10. Однако имеются единичные диссертационные исследования, выполненные в последние годы, где проанализированы динамика распространенности и структура первичной инвалидности вследствие БОД, включая хронический обструктивный бронхит и бронхиальную астму: Москалец А.М., 2012г. «Комплексный анализ инвалидности и особенности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней органов дыхания»; Каретникова В.М., 2015г. «Инвалидность вследствие заболеваний органов дыхания и меры по повышению эффективности реабилитации инвалидов».

До настоящего времени недостаточно научно-практических исследований с динамической оценкой показателей качества оказания медицинской помощи данным лицам [76, 178, 208, 235]. Также ограниченно изучена медико-социальная характеристика у пациентов с бронхолегочной патологией [43, 65, 160]. Медико-социальными и клиническими исследованиями доказано, что у курящих лиц происходит достоверное снижение качества жизни в зависимости от длительности и интенсивности табакокурения [74, 77, 96, 111]. У пациентов с бронхиальной астмой с применением медицинской реабилитации значительно улучшаются показатели качества жизни [97, 185, 206, 301]. Также у больных молодого возраста выявлены основные закономерности влияния наличия хронического заболевания органов дыхания на клиническое состояние [59, 64, 110, 271]. Проведены единичные диссертационные исследования с оценкой

медицинской помощи у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в отдельных регионах [67, 84, 97, 185].

Концепция исследования качества оказания медицинской помощи инвалидам вследствие БОД позволила в большей степени реализовать пациенто-ориентированный подход. Однако, в большинстве научных исследований с оценкой влияния хронических респираторных заболеваний на качество оказания медицинской помощи были выполнены на основе использования специализированных опросников с недостаточной информацией о факторах риска, влияющих на состояние здоровья и без связи с конкретным заболеванием, которые оценивают только обобщенные или краткие характеристики физического и психологического состояния пациента [16, 31, 96, 209].

При изучении влияния на состояние здоровья пациентов не учитывалось влияние социально-гигиенических характеристик условий жизнедеятельности и качественных характеристик медицинской помощи [70, 117, 127, 313]. Поэтому, представленные опросники не позволяют оценить основные виды социально-гигиенического функционирования с обеспечением пациенто-ориентированной направленности выявленных закономерностей во взаимосвязи основных видов и факторов риска условий жизнедеятельности на формирование и динамику клинико-функциональных изменений во время лечения. Также не учитываются уровни медико-профилактической деятельности и медико-социальной активности, влияющие на степень удовлетворенности, доступности, качества и эффективности медицинской помощи [31, 104, 116, 146]. Недостаточно изучены особенности качества жизни больных хроническими заболеваниями органов дыхания, которые позволили бы обосновать организационно-профилактические мероприятия и персонафицированную профилактическую и лечебно-диагностическую медицинскую помощь [96, 208, 267, 287].

В ходе исследования выявленные закономерности свидетельствуют, что современные требования к изучению качества оказания медицинской помощи больным и инвалидам вследствие болезней органов дыхания должны учитывать медико-социальные условия жизнедеятельности и жизнеобеспечения, четко оценивать динамику клинико-функциональных изменений и субъективных оценок влияния видов функционирования на уровень жизнеспособности на этапах маршрутизации пациента и инвалида [106, 114, 132].

Комплексный анализ данных о первичной и повторной инвалидности с учетом гендерных особенностей, в зависимости от возраста, места жительства, условий оказания медицинской помощи, реабилитационных мер будут способствовать планированию и организации мер по повышению эффективности профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи инвалидам, позволит улучшить качество их жизни и интеграцию их в общество [148].

### **1.3. Организация медицинской помощи пациентам вследствие болезней органов дыхания**

Существенному развитию организации медицинской помощи пациентам и инвалидам вследствие болезней органов дыхания в Российской Федерации в последние годы способствовало:

- интеграция российских и зарубежных экспертов в рамках ERS (Европейское респираторное общество), что дало новый импульс глобализации в пульмонологии;
- принятие международных и национальных клинических рекомендаций, и руководств по легочной патологии, таким как бронхиальная астма, ХОБЛ, пневмонии, что обеспечило единое информационное и образовательное пространство для врачей-терапевтов, пульмонологов, педиатров и других специальностей в различных регионах России;

- создание и периодическое совершенствование доклада рабочей группы международной программы GINA – «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» и GOLD – «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ»;

- формирование международной организации ВОЗ – «Глобального альянса по борьбе с болезнями органов дыхания» (GARD) и реализации ее программной деятельности на территории Российской Федерации;

- разработка и внедрение стандартов, нормативно-правовых актов и методических документов, регламентирующих стратегию и методологию обеспечения качества медицинской помощи пациентам пульмонологического профиля.

Важнейшим условием в системе организации медицинской помощи населению здравоохранения Российской Федерации является в полном объеме обеспечение органов и учреждений здравоохранения актуальными для современного уровня развития отрасли организационно-методическими и нормативно-правовыми актами, внедрение новых медицинских стандартов и технологий в сферу практической медицины и здравоохранения. На сегодняшний день в связи с этим наиболее актуальным и приоритетным является мониторинг степени использования информационно-телекоммуникационных технологий и рекомендаций профессиональных сообществ в деятельности врачей первичного звена здравоохранения, информированности их об основных организационно-распорядительных и нормативно-правовых актах, регламентирующих порядок предоставления медицинской помощи пациентам с болезнями органов дыхания. С целью совершенствования организации пульмонологической помощи населению в настоящее время разработаны нормативные документы, регламентирующие деятельность пульмонологической службы, направленной на повышение качества жизни пациентов и инвалидов с хроническими формами заболеваний

и профилактику возникновения острых респираторных заболеваний [89, 193, 218, 223].

В Российской Федерации организация пульмонологической помощи населению в настоящее время регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №916н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология»» и приложениями к нему [154]. Организационная структура оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, в том числе и специализированной, в соответствии с данным приказом Министерства здравоохранения РФ осуществляется в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: *амбулаторно* (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); *в дневном стационаре* (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); *стационарно* (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Основополагающую роль в организации адекватной и эффективной медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания, играет амбулаторно-поликлинический этап, которому отводится основной объем работы по своевременному раннему выявлению хронических форм болезней органов дыхания и ведущая роль в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий (около 80,0% пациентов с заболеваниями органов дыхания

начинают и заканчивают лечение в поликлинике по месту жительства) [108, 223, 229]. В соответствии с действующим регламентом первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению пульмонологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни [154].

Первичную медико-санитарную помощь оказывают как в амбулаторных условиях, так и в условиях дневного стационара. Первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться врачом-пульмонологом, а в случае его отсутствия врачом-терапевтом, врачом-педиатром. В случае отсутствия кабинета врача-пульмонолога в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарную помощь оказывают в терапевтических кабинетах, педиатрических кабинетах.

Важнейшая роль в системе специализированной медицинской помощи пациентам с болезнями органов дыхания принадлежит пульмонологическим кабинетам, основными функциями которых являются [154]: оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи пациентам с пульмонологическими заболеваниями; диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация пациентов.

С учетом выполняемых задач, лечебно-диагностической базой пульмонологических кабинетов могут быть только медицинские организации, имеющие в своем составе диагностические и лечебные отделения, обеспечивающие его работу. В этой связи, их следует организовать в составе краевых и областных больниц, крупных медицинских санитарных частей, ЦРБ, городских поликлиник. В настоящее время реальные возможности материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения информативной медицинской аппаратурой диктуют необходимость перенесения диагностического процесса на амбулаторно-поликлинический этап. Особенное значение для улучшения пульмонологической помощи населению в современных условиях имеет организация амбулаторных



консультативно-диагностических подразделений [83, 137, 142]. Однако эти возможности используются не полностью: только 15% пациентов с хроническими респираторными заболеваниями обследуются и лечатся в амбулаторных условиях [29, 89, 121]. Организация пульмонологических кабинетов позволяет в значительно короткие сроки добиться снижения числа случаев и дней временной и стойкой утраты трудоспособности на 15-25%, а по некоторым оценкам в 1,5-2 раза [51, 114, 120, 131]. Однако в системе организации пульмонологической помощи с наличием пульмонологических кабинетов невозможно обеспечить эту помощь без активного участия участковых врачей-терапевтов. Основной объем работы по диагностике и лечению БОД осуществляется участковыми врачами-терапевтами, к которым эти пациенты обращаются за медицинской помощью. Особенности клинического течения БОД требуют организации лечения по месту жительства при участии общей лечебной сети [130, 137, 140, 199]. Однако качество амбулаторно-поликлинической помощи пациентам с БОД требует дальнейшего совершенствования и модернизации. Недостаточное материально-техническое обеспечение амбулаторной службы и недостаточная профессиональная подготовка участковых врачей в области пульмонологии не позволяют успешно лечить большие контингенты больных с бронхолегочной патологией [36]. В связи с этим, важную роль в развитии медицинской помощи населению в целом, играет дальнейшее совершенствование амбулаторно-поликлинической службы, что является одним из приоритетных направлений модернизации российского здравоохранения [24, 35, 112, 137].

Обеспечение пациентов необходимыми лекарственными препаратами для базисной терапии требует отдельного внимания, так как оно влияет на показатели, характеризующие течение заболевания и частоту госпитализации [69, 73, 95, 139].

Для четкой координации и руководства всеми звеньями пульмонологической помощи, оказания высококвалифицированной лечебно-

профилактической и консультативной помощи больным БОД в системе специализированной помощи создаются пульмонологические центры. Пульмонологические центры являются многопрофильными учреждениями, которые включают в себя диагностические службы и лечебные подразделения.

Таким образом, необходимо дальнейшее создание и укрепление сети региональных специализированных пульмонологических центров [84, 121, 142, 195].

В соответствии с Порядком организации медицинской помощи по восстановительной медицине (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 марта 2007 г. №156) лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия больным пульмонологического профиля после стационарного этапа продолжаются в рамках санаторно-курортной и восстановительной медицинской помощи. В рамках специализированной пульмонологической помощи при амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях рекомендуется организовывать кабинеты респираторной реабилитации, в том числе образовательные школы для пациентов [154, 182]. Основные функции кабинета респираторной реабилитации включают в себя следующие компоненты: физическая реабилитация больных с бронхолегочными заболеваниями, в том числе кинезотерапия для больных муковисцидозом; проведение образовательных школ для больных с хроническими бронхо-легочными заболеваниями; сбор индуцированной мокроты; небулайзерная терапия; вакцинотерапия и вакцинопрофилактика острых и хронических бронхо-легочных заболеваний, в том числе противогриппозная вакцинация; организация и контроль за проведением длительной кислородотерапии на дому. Опыт показывает, что респираторная реабилитация (в основе которой лежат физические тренировки больных) позволяет снизить количество обострений заболевания и госпитализаций больных ХОБЛ (в течение 1 года после курса реабилитации) на 40% и дней, проведенных в стационаре – на 57% [25, 198, 218]. В рамки

обязанностей врача-пульмонолога кабинета респираторной реабилитации обязательным компонентом должна входить профилактика табакокурения и лечение табачной зависимости. На чрезвычайно важную роль этого направления в работе врача-пульмонолога указывают многие специалисты, как в Российской Федерации, так и за рубежом [32, 153, 181, 226]. Многие авторы особое значение для повышения эффективности лечения и реабилитационных мероприятий придают активному вовлечению больных и членов их семей в проведение лечебных действий. Для этого необходимо, чтобы больные имели некоторые теоретические и практические знания основ заболевания, которым они страдают и методов их терапии. С целью реализации этого принципа на базе стационаров и поликлиник создаются школы для больных с бронхолегочной патологией. В настоящее время наблюдается расширение функций школ: в школах кроме обучения пациентов осуществляются раннее выявление, динамическое многолетнее наблюдение, лечение легкого и среднетяжелого обострения заболевания, учет и выдача медикаментов и приборов самоконтроля, что обеспечивает высокий уровень комплайенса и мотивации обучения [121, 218, 224, 230].

Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология» (приказ МЗ РФ № 916н от 15.11.2012 г.) предусмотрены правила организации в учреждениях здравоохранения кабинета-школы здоровья «Лечение табачной зависимости», «Школы для больных бронхиальной астмой», «Школы для больных хронической обструктивной болезнью легких». Кабинет создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «пульмонология». В настоящее время в стране функционирует более 1000 школ для больных бронхиальной астмой, издаются журналы и пособия для пациентов [182]. В частности, высокую оценку получила сеть астма школ Алтайского края: астма школы с расширенными функциями, по сути своей – астма диспансеры –

позволили приблизить специализированную пульмонологическую помощь к больным на территории, характеризующейся низкой плотностью населения, сделать ее доступной для взрослого и детского, городского и сельского населения. При правильной организации астма-школ они способствуют снижению частоты госпитализаций, уменьшению числа вызовов скорой помощи, способствуют переводу астмы в «амбулаторную патологию» [112, 174, 194]. В настоящее время по такому принципу функционируют и школы для больных ХОБЛ [80, 182]. Проведение эффективной базисной терапии бронхиальной астмы требует формирования активного и осознанного отношения пациентов к лечебному процессу, воспитания в нем не потребителя медицинских услуг, а партнера медицинских работников в борьбе с тяжелым хроническим заболеванием. Цель такого сотрудничества – дать возможность пациенту приобретать знания, навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Решить эту сложную задачу возможно только путем организации образовательных программ, которые могут быть реализованы в форме «Астма-школы» [80, 182]. Больные, прошедшие обучение в «Астма-школе» могут осуществлять адекватный самоконтроль и проводить эффективную базисную терапию: в результате образовательных программ уровень госпитализации в США снизился на 35%, а число обращений к врачу – на 27% [281, 283, 316]. Большие надежды возлагаются на стартовавшую в 2010 году социальную программу по борьбе с бронхиальной астмой «Раскрась жизнь ярче». В рамках программы проводятся образовательные мероприятия по диагностике и лечению бронхиальной астмы и ХОБЛ для врачей в Москве и ряде регионов. Кроме того, для пациентов с этими заболеваниями были реализованы обучающие программы физической и психологической реабилитации. Проведено безвозмездное обеспечение пациентов тренажерами для тренировки функции легких, оборудованы новые игровые комнаты в стационарах для детей [25]. Социально-гигиенические и клинические особенности контингента больных хроническими формами

болезней органов дыхания (склонность к затяжному течению, частые обострения воспалительного процесса) обуславливают необходимость их динамического наблюдения. Более того, лечение эффективно только в условиях длительного врачебного наблюдения [180, 195, 228]. В этой связи, одним из эффективных путей снижения высокого уровня заболеваемости населения является система диспансеризации. Принцип диспансерного наблюдения должен быть положен в основу организации пульмонологической помощи и являться основным методом работы каждого врача. Одновременно диспансеризация служит методом и программой первичной и вторичной профилактики хронических заболеваний органов дыхания; при этом диспансерное наблюдение целесообразно осуществлять в ранних стадиях развития заболевания [25, 195, 228]. Диспансеризация населения – наиболее сложная, научно-практическая задача, в том числе в области пульмонологии. Вопросы организации диспансерного наблюдения при БОД, методы проведения вторичной профилактики и оценки их эффективности разработаны недостаточно; выявление многих форм БОД – находится на недостаточно высоком организационном уровне; не разработана единая система диспансерного наблюдения; отсутствуют четкие критерии для учета больных БОД; диспансеризация больных не стала повсеместной практикой [44, 145, 159, 230]. На основании динамического наблюдения за диспансерными континентами больных БОД предстоит обосновать систему, структуру и формы диспансеризации, адаптированные к автоматизированным системам управления; необходимо разработать программы обследования и диспансерного наблюдения за больными, дифференцированные для поликлиник, терапевтических стационаров и пульмонологических клиник.

Организация медицинской помощи пациентам с БОД значительно ухудшилась во время пандемии COVID-19. Произошло снижение финансирования основных объемов медицинской помощи, снизились показатели охвата населения диспансеризацией, профилактическими

осмотрами, произошла переориентация многих служб здравоохранения на оказание медицинской помощи больным с COVID-19 [12].

Основное место в организации медицинской помощи инвалидам отводится выполнению реабилитационных мер, в том числе и медицинской реабилитации. Группой авторов проведены научные исследования по оценке выполнения индивидуальной программы реабилитации инвалидам. В связи со снижением эффективности реабилитационных мероприятий авторы отмечают, что решение задачи повышения эффективности реабилитационных и абилитационных мероприятий требует единого комплексного подхода к определению целей реабилитационного процесса в каждом конкретном случае в зависимости от причины инвалидности и тесного межведомственного сотрудничества при реализации ИПРА инвалидов. Целесообразно учитывать региональную дифференциацию субъектов Российской Федерации по распространенности инвалидности, а также возрастные и гендерные особенности контингентов инвалидов [166].

#### **1.4. Перспективы развития организационных мероприятий медицинской помощи при болезнях органов дыхания**

Накопление знаний в области этиологии и патогенеза БОД привело к существенному усложнению методов диагностики и лечения этих заболеваний, к пониманию необходимости разработки и организованному применению комплекса мер профилактики их возникновения и прогрессирования. В этой связи, центр главного воздействия системы здравоохранения в целом и пульмонологии, в частности, в настоящее время должен перемещаться с лечения на профилактику заболеваний. Профилактика острых и хронических заболеваний легких – важнейшая задача здравоохранения, от успешного решения которой зависит уменьшение заболеваемости, инвалидности и смертности населения [15, 23, 63, 230]. Вопросам профилактики острых и хронических заболеваний легких

посвящено много научных исследований, разработан ряд комплексных и региональных программ по их первичной профилактике в сельской местности и на промышленных предприятиях, в том числе с использованием программно-целевого подхода организации профилактических, мероприятий [34, 52, 95, 201]. В основу предотвращения бронхолегочной патологии должна быть положена первичная профилактика, суть которой заключается в выявлении и устранении факторов риска заболеваний [27, 89, 111, 226]. Ведущее значение в разработке комплексных социально-гигиенических и медико-биологических мер по предупреждению хронических респираторных заболеваний приобретают медико-социальные мероприятия (государственные мероприятия, направленные на оптимизацию оздоровления внешней среды, улучшение условий труда и быта, создание адекватных санитарно-гигиенических условий в детских дошкольных учреждениях и школах, воспитание здорового образа жизни). В этой связи, оздоровление экономики и преобразования в социальной сфере – путь к снижению заболеваемости и смертности [23, 114, 230]. Перспективным и практичным в концепции профилактики БОД является направление профилактики, основанной на выявлении лиц с высоким уровнем индивидуального риска, обусловленного наличием биологических дефектов, реализуемых внешними факторами. Учитывая характер взаимоотношений дыхательной системы человека с внешней средой, становится особенно понятным, насколько важным является состояние ее защиты, и какое место в профилактике хронических респираторных заболеваний занимает оздоровление окружающей среды. Профилактика заболеваний через воздействие на окружающую среду – важнейший фактор снижения заболеваемости и смертности населения [23, 35, 38, 89]. Большое значение в комплексе профилактических мероприятий среди трудоспособного населения имеют вопросы охраны и оздоровления производственной среды. Первичная профилактика должна проводиться преимущественно по месту работы, а оздоровительные мероприятия должны

быть направлены на ликвидацию влияния вредных производственных факторов. Улучшение санитарно-гигиенических условий труда на предприятиях – основной путь профилактики инвалидности от болезней органов дыхания [1, 214]. Одной из главных социальных проблем современности и основным фактором риска многих, в том числе и наиболее распространенных заболеваний является курение табака и, следовательно, возникновение табачной зависимости, размеры которой увеличиваются угрожающими темпами. Ни одно средство не может так снизить заболеваемость, как уменьшение влияния табачного дыма, поэтому борьба с курением должна быть наиболее важным звеном профилактики хронических неспецифических и злокачественных заболеваний легких [32, 143, 221]. Необходимо создание медико-консультативных центров лечения табачной зависимости, являющихся научно-методическими центрами в решении данных проблем и оказывающих специализированную помощь людям с табачной зависимостью [1, 7].

Социально-демографическая характеристика контингента больных БОД требует изменения системы гигиенического обучения и воспитания определенных возрастных и профессиональных групп населения, создания условий для здорового образа жизни различных поколений, как основы предупреждения болезней. Однако исследования свидетельствуют о низкой степени осведомленности населения о состоянии своего здоровья, а врачей – о формах, методах и содержании профилактической работы [104, 108, 171, 195].

Разработка организационных форм профилактики - одна из наиболее актуальных задач, стоящих перед профилактической медициной и пульмонологией, в частности, которые должны быть направлены на смягчение влияния негативных социальных факторов, на здоровье человека, учитывать климатические и производственные условия и адаптационно-защитные возможности организма, степень выраженности полигенной



предрасположенности конкретного человека к определенной форме бронхолегочной патологии. Успешная профилактика БОД реальна лишь при условии комплексной оценки сочетанного воздействия социальных и биологических факторов на состояние здоровья человека. В этой связи, развитие профилактического направления современной медицины требует постоянного и глубокого анализа реальных возможностей науки и практики, чтобы радикально изменить ситуацию, а выбор направлений – количественного анализа объема работы и ее результатов [145, 164, 172, 199].

По оценке экспертов GARD (2006) поэтапные комплексные программы профилактики необходимы для того, чтобы преодолеть дублирование и несогласованность в системе здравоохранения. Это позволит достичь следующих результатов: снизить уровень заболеваемости отдельных болезней и обратить внимание на общие факторы риска их возникновения; осуществлять стратегии профилактики и контроля над заболеваниями; обеспечить связи с другими государственными программами и мерами, предпринимаемыми на региональном уровне. Большую роль в этом процессе играют региональные и муниципальные программы в области пульмонологии.

Стратегической целью развития пульмонологической помощи является удовлетворение потребностей населения в специализированной профилактической, медико-социальной и лекарственной помощи. При этом основными принципами организации такой помощи в современных условиях являются: – преимущество медицинской помощи на различных этапах ее организации; – своевременность и рациональное использование на всех этапах современных методов диагностики; – своевременное и рациональное применение наиболее эффективных методов профилактики и лечения; – диспансерное наблюдение; – проведение социально-гигиенических и санитарно-оздоровительных мероприятий [70, 105, 110, 167].

В организации лечения больных бронхолегочной патологией необходимо использовать интенсивную тактику, заключающуюся в

профилактической работе, активном выявлении заболеваний и их осложнений на ранней стадии развития, внедрять в повседневную практику врача-пульмонолога современные стандарты обследования и лечения больных болезнями органов дыхания, тесное взаимодействие с врачами смежных специальностей. В организации медицинской помощи больным БОД важным является сотрудничество поликлинических и больничных врачей, тесная связь специализированных клиник и общей сети, интеграция различных служб (пульмонологической, профпатологической, аллергологической, онкологической, фтизиатрической), взаимодействие терапевтов и педиатров. Поток пациентов на прием к врачам специализированных отделений учреждений второго уровня должен формироваться главным образом по направлениям врачей-пульмонологов первого уровня и врачей-терапевтов участковых. Одним из направлений развития пульмонологической службы является создание регистра больных болезнями органов дыхания. Регистр позволяет изучить распространенность заболеваний респираторной системы, построить алгоритмы их своевременного выявления и динамического наблюдения, сделать прогноз финансового и лекарственного обеспечения. Постоянно проводимый мониторинг эпидемиологических показателей позволяет своевременно принимать управленческие решения, направленные на обеспечение эффективной работы специализированной службы, расширение видов и объемов медицинской помощи. Организационно-методические мероприятия по совершенствованию пульмонологической помощи должны предполагать: – отбор групп риска среди различных контингентов населения; – использование стандартизированной модели дифференцированного обследования больных; – оценку качества пульмонологической помощи; – совершенствование системы диспансерного наблюдения; – организацию системы статистической информации и оценки эффективности пульмонологической помощи; – совершенствование подготовки кадров.

Для развития пульмонологической службы необходимо обеспечить укомплектование пульмонологических кабинетов врачами специалистами, внедрение в повседневную практику новых методов мониторинга и активной профилактики, диагностики и лечения острых и хронических форм БОД и их осложнений. Научно-практический потенциал в современных условиях должен быть направлен на разработку и внедрение программ профилактики болезней органов дыхания, создание системы диспансерного наблюдения больных пульмонологического профиля. Важная роль в реализации задач, стоящих перед пульмонологией, принадлежит целевым программам. Необходимо создание региональных программ по развитию пульмонологической службы, предусматривающих создание блоков интенсивной пульмонологии, повышение эффективности работы пульмонологических коек, повышение обеспеченности лекарственными препаратами нуждающихся пульмонологических больных. Участие территории в реализации федеральных целевых программ развития здравоохранения позволяет создать основу для внедрения в практику здравоохранения эффективных методов профилактики, диагностики и лечения болезней и обеспечить населению доступную квалифицированную специализированную медицинскую помощь. Их выполнение позволяет решать сложные межведомственные и финансовые проблемы развития службы, стимулирует участие в их решении органов исполнительной власти субъектов РФ. В целях совершенствования управления пульмонологической помощи населению необходимо сосредоточить усилия на совместной и координированной работе органов управления здравоохранением, учреждений муниципального и государственного звеньев здравоохранения и научных учреждений, обеспечив эффективное взаимодействие и преемственность в оказании пульмонологической помощи населению, рациональное использование коечного фонда, материально-технической базы и финансовых ресурсов.

Ключевым механизмом совершенствования и повышения эффективности медицинской помощи больным пульмонологического профиля является модернизация здравоохранения, основной целью которой является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению.

Таким образом, целенаправленная работа по совершенствованию организации пульмонологической помощи населению, модернизация управления системой медицинской помощи больным БОД является основой для прогнозирования и достижения позитивных результатов по повышению качества и эффективности специализированной высококвалифицированной помощи больным с патологией органов дыхания, направленной на снижение уровня заболеваемости и повышения качества и продолжительности жизни больных.

Особая роль в адаптации человека к окружающей среде принадлежит иммунной системе. Иммунологический паспорт человека следует рассматривать как фактор риска возможного инфекционного заболевания. Вакцины нового поколения должны обеспечить поддержание активности врожденного иммунитета, что особенно важно среди лиц пожилого возраста [222].

Как отмечает Шургая М.А. [226], инвалидность вследствие класса болезней органов дыхания чаще встречается у граждан пожилого возраста. В связи с этим, желательно обеспечить пожилых пациентов информацией по плану лечения и профилактике, которую предпочтительно предоставить в письменном виде, или предоставить информацию в онлайн режиме и проводить занятия при электронном общении.

Пациентам пожилого возраста с когнитивными нарушениями желательно оказывать опекунскую помощь по применению медикаментозных препаратов, обеспечивающих контроль БА. Течение и исход БА улучшаются при проведении лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с

рекомендациями, основанными на доказательствах. «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» представляет собой базовый документ для медицинских работников для обоснования основных целей лечения БА и действий. Учет морфофункциональных особенностей пожилого возраста позволяет обеспечить медико-социальную помощь и достичь стандартов качества в лечении БА у гериатрического контингента населения [21, 280].

Совершенствование медицинской помощи пациентам при пульмонологических заболеваниях должно проводиться на основе разработки и реализации комплексной программы, разработанной на уровне региона. На примере Амурской области можно в этом убедиться, где была реализована программа «Респираторное здоровье населения Амурской области».

Анализ выполнения проведен по данным государственного статистического мониторинга заболеваемости и смертности населения Российской Федерации за 2005-2017 годы.

Увеличение штатов врачей пульмонологов, участковых терапевтов, четкое выполнение стандартов лечения и клинических рекомендаций, увеличение обеспеченности учреждений инструментами и инвентарем, улучшение технического состояния помещений, усиление методической работы по контролю качества медицинской помощи привело к снижению смертности населения от болезней органов дыхания, повышению удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи [110, 111].

## **ГЛАВА 2. ПРОГРАММА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Болезни органов дыхания представляют актуальную проблему, так как вопреки проводимым за последние десятилетия мероприятиям по укреплению здоровья граждан продолжают оставаться одним из ведущих причин заболеваемости взрослого населения, и тем самым приносят значительный экономический и демографический ущерб обществу. Недостаточно эффективно осуществляются профилактические мероприятия и не эффективными остаются показатели диспансерного наблюдения пациентов.

### **2.1. Характеристика базы исследования**

Диссертационная работа является комплексным, многоэтапным, выполнена на большом объеме исследования.

Исследование проводилось в 2019-2022 гг. в Республике Башкортостан. Для изучения динамики уровня показателей заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения, их структуры и организации медицинской помощи инвалидам материал анализировался всего региона ретроспективно с 2015 года.

Республика Башкортостан субъект Российской Федерации, расположена в южной части Уральских гор, на границе Европы и Азии. Республика Башкортостан (РБ) – крупный промышленный регион с нефтедобывающими, угледобывающими, металлургическими, химическими и строительными предприятиями, которые могут отрицательно влиять на экологическую обстановку. Загрязнение внешней среды множественными продуктами деятельности производственных предприятий напрямую отражается на ухудшении здоровья населения РБ [122].

Площадь РБ составляет 143 600 кв. км. Административно регион разделен на 54 района. По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан

численность постоянного населения республики на 01.01.2021 года составила 4 013 786 человек [<http://rosstat.gov.ru/>]. Возрастной состав населения республики выглядит следующим образом: дети (0-17 лет включительно) – 908 тыс. человека (22,6%); взрослые (18 лет и старше) – 3105 тыс. человек (77,4%); трудоспособный возраст (мужчины 18 – 59 лет, женщины 18-54 лет) – 2 133,3 тыс. человек (53,2%); старше трудоспособного возраста – (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше) – 971,7 тыс. человек (24,2 %).

Республика Башкортостан остается регионом с высокой долей сельского населения, из общей численности населения – 2510951 человек (62,6%), составляют городское население, 1502835 (37,4%) – сельское население [<http://rosstat.gov.ru/>].

Показатель рождаемости в РБ в 2020г. составил 10,2‰, общая смертность – 15,0‰, естественная убыль – 4,8‰.

Базами исследования для анкетирования пациентов с заболеваниями органов дыхания явились ГБУЗ РБ «Больница № 21 г. Уфа», ГБУЗ РБ «Больница № 13 г. Уфа», ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая база». Базами исследования для изучения организации медицинской помощи явились ГБУЗ РБ «Больница № 21 г. Уфа» и ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России)

ГБУЗ Городская клиническая больница №21 г. Уфа. Кочная мощность учреждения самая большая в республике - 1300 коек; из них 1088 круглосуточные, 212 – дневного пребывания (16%). Для оказания специализированных видов хирургического профиля развернуто 556 коек, терапевтического – 593; педиатрического – 40, коек дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических учреждениях – 111. Развернуто 23 операционных, 35 реанимационных коек. 153 койки сельские в 3-х участковых

больницах. Больница обслуживает как часть городского населения, так и сельское население.

В структуре больницы две поликлиники: №1 на 800 посещений в смену, обслуживающая прикрепленное городское население порядка 30 тыс. человек, имеющая в своем составе женскую консультацию, травматологический пункт; сельское население в составе 79 786 чел. обеспечивает 17 амбулаторно-поликлинических учреждений на 1370 посещений в смену (поликлиника №2 на 280 посещений в смену, 3 участковые больницы, 13 врачебных амбулаторий).

Всего в ГКБ № 21 работает более 2 200 чел., из них врачей 559, среднего медицинского персонала 1062. Укомплектованность врачами – 76,0%, средним медицинским персоналом – 80%.

ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России по штатному расписанию представлено 6 экспертными составами Главного бюро медико-социальной экспертизы и 41 бюро МСЭ (из них: 1 – для освидетельствования лиц больных туберкулезом, 3 – для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет, 2 – для освидетельствования лиц с заболеваниями и дефектами органов зрения, 4 – для освидетельствования лиц с психическими расстройствами), 17 – общего профиля, 14 – смешанного профиля.

Сеть бюро сформирована, исходя из расчета 1 учреждение на 90,0 тыс. населения, при фактической нагрузке в среднем на 1 ставку – 1707 медико-социальных экспертиз за 2020 год.

Общая укомплектованность кадрами на 01.01.2021 года составила 60,8%, по сравнению с прошлым годом уменьшилась на 0,6%.

В службе медико-социальной экспертизы занято 363,0 штатных единицы специалистов разного профиля, из них врачей-специалистов – 119; укомплектованность на 01.01.2021 года составила 53,0%; имеют квалификационные категории по специальности 55,0% или 65 врачей-специалистов. Укомплектованность службы специалистами по реабилитации составляет 75,0% и психологами – 68,0%.



## **2.2. Методика исследования медико-социальных аспектов инвалидности вследствие болезней органов дыхания и организации медицинской помощи инвалидам**

В диссертационной работе проведено комплексное исследование медико-социальных и организационных аспектов болезней органов дыхания. Комплексность исследования заключается в поэтапном анализе: заболеваемости БОД и инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019 гг.; изучении медико-социальной характеристики пациентов с БОД; исследовании организации медицинской помощи инвалидам вследствие БОД; разработке научно-обоснованных медико-организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания.

Объектом исследования явились пациенты с БОД, в том числе пациенты с наличием инвалидности вследствие БОД (J00-J99). Единицами наблюдения являются пациенты с заболеваниями органов дыхания и инвалиды вследствие болезней органов дыхания. Предметами исследования явились:

- 1) уровень и структура заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения Республики Башкортостан;
- 2) медико-социальная характеристика пациентов с БОД;
- 3) показатели оказания медицинской помощи инвалидам вследствие БОД;
- 4) медико-организационные мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие БОД;

Использованы следующие методы исследования: статистический, социологический, метод экспертных оценок. Для сбора материала разработаны:

- 1) первичные документы для выкопировки из первичной учетной медицинской документации, разработанные автором (приложение 1);
- 2) анкета, разработанная автором для изучения медико-социальной характеристики пациентов с БОД (приложение 2);

3) анкета для изучения удовлетворенности пациентов условиями оказания им медицинской помощи и проведением медико-социальной экспертизы (приложение №3).

4) карта экспертной оценки качества заполнения медицинских документов при направлении пациента на медико-социальную экспертизу.

Статистический метод обработки данных включал расчет относительных величин (интенсивные и экстенсивные показатели) и средних величин, ошибки их репрезентативности, критерия достоверности различия сравниваемых величин – t-критерия Стьюдента (t), регрессионный анализ.

В качестве источников информации использовались:

Учетные формы: 1) медицинская карта стационарного больного (форма №003/у); 2) медицинская карта больного, получающего помощь в амбулаторных условиях (форма №025/у); 3) направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией (форма № 088/у); 4) акты и протоколы освидетельствования в бюро МСЭ инвалидов вследствие болезней органов дыхания в бюро МСЭ; отчетные формы: «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации (форма № 12); - «Сведения о медико-социальной экспертизе» (форма №7- собес); - «Сведения о медицинской организации» (форма № 30); данные Башстата о численности населения.

Согласно поставленной цели и сформулированным задачам программа диссертационного исследования выполнена в 5 этапов. Для каждого этапа были разработаны задачи исследования, определены единица наблюдения и объем исследования (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Этапы медико-социального исследования

Этапы исследования		Объект исследования	Методы сбора первичной информации, источники и объем информации	Методы обработки и анализа материала исследования
1		2	3	4
1-й	Проанализировать динамику уровня и структуры заболеваемости и инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения	Пациенты	1) отчетная форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации; 2) Форма №7 - собес «Сведения о медико-социальной экспертизе.	Относительные величины, средние величины, критерий достоверности Стьюдента, коэффициент регрессии ( $r_{xy}$ ) детерминации ( $R^2$ )
2-й	Дать медико-социальную характеристику пациентов с болезнями органов дыхания	Пациенты	1. Выкопировка сведений из медицинской карты больного, получающего помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у) и медицинской карты стационарного больного (форма №003/у) - 474 наблюдения; 2. Анкетирование. Анкета для мужчин и женщин - 474 наблюдения.	Относительные величины, критерий достоверности Стьюдента
3-й	Оценить показатели деятельности пульмонологических отделений многопрофильных больниц	Пациенты	Форма № 30 «Сведения о медицинской организации»	Относительные и средние величины

Продолжение таблицы 2.1				
1	2	3	4	5
4-й	<p>Дать сравнительную оценку состояния здоровья и организации медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания до наступления пандемии коронавирусной инфекции и в период ее развития.</p>	Инвалиды	<p>1) Выкопировка сведений:            - из медицинской карты больного, получающего помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у);            - из протоколов и актов освидетельствования лиц, направленных на МСЭ (в 2019г. - 132 наблюдения в 2021г. -139 наблюдений).            2) Карта экспертной оценки направлений на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у») в 2019г. - 298 наблюдений.            3) Анкетирование для изучения удовлетворенности пациентов БОД условиями оказания медицинской помощи и проведением МСЭ (в 2019г. - 565 наблюдений).</p>	Относительные величины, критерий достоверности Стьюдента
5-й	<p>Разработать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи: инвалидам вследствие болезней органов дыхания и оценить их результаты</p>	Инвалиды вследствие БОД	<p>1) Карта экспертной оценки направлений на МСЭ (форма №088/у) в 2021г. - 285 наблюдений.            2) Анкетирование для изучения удовлетворенности пациентов БОД условиями оказания медицинской помощи и проведением МСЭ в 2021г – 596 наблюдений.</p>	Относительные величины, критерий достоверности Стьюдента

Выполнение задач диссертационной работы на разных этапах включала использование сплошного и выборочного объема исследования.

**На первом этапе исследования** изучена заболеваемость и инвалидность среди взрослого населения Республики Башкортостан вследствие БОД. Рассчитаны уровень и структура заболеваемости БОД и его динамика за 2015–2019 гг. Уровень заболеваемости и инвалидности рассчитаны по возрастным группам среди трудоспособного и старше трудоспособного населения. Исследование было проведено сплошным методом на генеральной совокупности всех пациентов и инвалидов вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан. Оценка структуры и уровня заболеваемости и инвалидности производилась посредством расчета относительных величин (интенсивные и экстенсивные показатели) и средних величин.

При прогнозировании уровня заболеваемости и инвалидности был проведен регрессионный анализ и рассчитан коэффициент детерминации ( $R^2$ ). При  $R^2 > 0,5$  – модель для прогнозирования хорошо информативна, при  $R^2 > 0,8$  – модель для прогнозирования очень хорошо информативна [236].

**На втором этапе** задачами исследования явились:

- изучить медико-социальную характеристику пациентов. Исследование проведено в 2019-2020 гг. на базе ГКБ №21 г. Уфа, РКБ им. Г.Г. Куватова, ГКБ №13 г. Уфа.

Проведено анкетирование и выкопировка данных из медицинских документов на 474 пациентов с БОД (234 пациента основной группы - имели инвалидность вследствие болезней органов дыхания и 240 пациентов - контрольная группа – пациенты не имели инвалидность). Проводилось дополнение данных опроса выкопировкой медицинской карты стационарного больного (для изучения состояния здоровья пациентов).

Объем наблюдения 474 человека, охваченных исследованием, соответствует 95% вероятности достоверности результатов исследования

(таблица 2.2). Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу, возрасту, условиям оказания медицинской помощи.

Таблица 2.2 – Определение необходимого объема выборки по методике К.А. Отдельновой (1980)

Вид исследования	Желаемая точность исследования (К)	Степень достоверности		
		T=2,0 P<0,05	T=2,5 P<0,05	T=3,0 P<0,05
Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	38
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
Исследование средней точности	0,2	100	156	225
Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Результаты собранного материала анализировались с использованием относительных и средних величин и ошибки средней арифметической величины, оценки достоверности результатов исследования с применением критерия t-Стьюдента.

**На третьем этапе** исследования решались следующие задачи:

- проанализированы штаты медицинских организаций и показатели деятельности пульмонологических отделений стационаров. Базой исследования явились ГКБ №21 г. Уфа, РКБ им. Г.Г. Куватова, ГКБ №13 г. Уфа.

- для характеристики деятельности медицинских организаций, определены общее количество госпитализаций, число дней занятости койки в году, обеспеченность пульмонологическими койками, летальность больничная, общее количество летальных исходов, средняя длительность лечения больного в стационаре. Материалами для исследования послужили форма № 30 «Сведения о медицинской организации».

**На четвертом этапе** оценены показатели оказания медицинской помощи инвалидам вследствие БОД. Базой исследования выбраны ГКБ №21

г. Уфа, ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России. Проанализированы протоколы и акты освидетельствования инвалидов в бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан и медицинские карты пациентов, получающих помощь в амбулаторных условиях форма №025/у - у 132 инвалидов в 2019г. (до наступления пандемии COVID-19) и у 139 инвалидов в 2021 году, то есть в период ее развития. Были проанализированы частота госпитализаций, консультации врачами - терапевтами и пульмонологами, и прочими специалистами, частота проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования, в том числе при наличии сопутствующих заболеваний, объем проведенных реабилитационных мероприятий (ЛФК, массаж, фито и физиотерапия, небулайзерная терапия, медико-психологическое консультирование).

Для улучшения качества медико-социальной экспертизы и выявления ошибок при направлении пациентов на МСЭ проведена экспертная оценка направлений на МСЭ на обоснованность, полноту и достоверность проведенных обследований/консультаций пациентов. Нами были изучены направления на медико-социальную экспертизу у 298 пациентов с БОД в 2019г. и у 285 пациентов в 2021г. после проведения обучающих семинаров с врачами.

Проведена оценка удовлетворенности инвалидов вследствие БОД условиями организации медицинской помощи и проведением медико-социальной экспертизы путем анкетирования 565 инвалидов в 2019г. и 596 инвалидов в 2021г. Автором была разработана авторская анкета, состоящая из 17 вопросов. Анкетирование проводилось в онлайн режиме.

**На пятом этапе** на основе полученных результатов разработаны мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания и оценены их результаты. Дизайн исследования представлен на рисунке 2.1.



Рисунок 2.1 – Дизайн исследования.



### **ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

На сегодняшний день медико-социальные аспекты заболеваний органов дыхания определяются многими факторами, главными из которых являются высокая заболеваемость и инвалидизация среди населения, приводящие к серьезным экономическим потерям для страны. Поэтому снижение распространенности этой патологии, повышение эффективности лечения пациентов остается одной из важных и приоритетных задач современного здравоохранения.

#### **3.1. Первичная заболеваемость болезнями органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг.**

Проанализированы уровень, структура и основные тенденции первичной и общей заболеваемости болезнями органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг.

В Республике Башкортостан с 2015 по 2019 гг. число впервые ежегодно регистрируемых больных среди взрослого населения с болезнями органов дыхания увеличилось с 499746 до 594924 человека (темп прироста 19,0%), в среднем этот показатель составил  $561518,6 \pm 40257,3$  человека.

С 2015 по 2019 гг. показатель первичной заболеваемости БОД на 100 тыс. взрослого населения достоверно возрос в Республике Башкортостан с приростом на 24,4% с 15240,8 до 18963,8 случая, в среднем за год этот показатель составил  $17393,7 \pm 1469,2$  случая на 100 тыс. взрослого населения (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Показатели первичной заболеваемости БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг., на 100 тыс. населения

Годы	Общее число впервые ежегодно регистрируемых больных с БОД	Уровень первичной заболеваемости БОД (на 100 тыс. населения)
2015	499746	15240,8
2016	552882	16954,9
2017	560126	17264,4
2018	599915	18544,5
2019	594924	18963,8
M±m	561518,6±40257,3	17393,7±1469,2
Прирост, %	+19,0	+24,4

В Республике Башкортостан по прогнозу на 2024 г. уровень первичной заболеваемости среди взрослого населения БОД по отношению к 2015г. увеличится с 15240,8 до 23718,6 случая на 100 тыс. взрослого населения ( $r_{xy}=0,94$ ,  $R^2=0,88$ ;  $p < 0,05$ ), прирост составит 55,6% (рисунок 3.1).

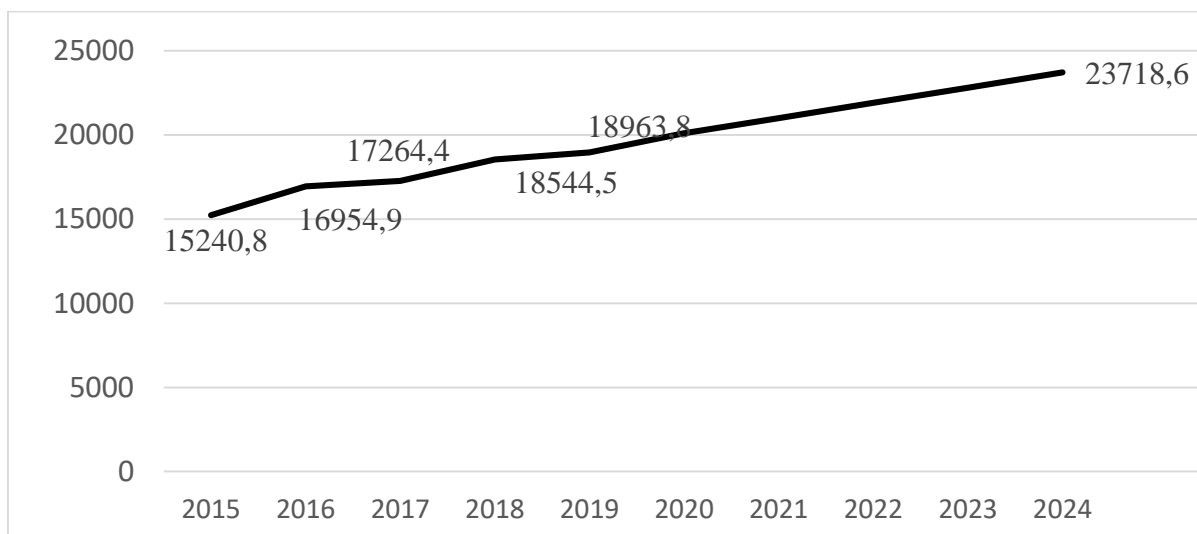


Рисунок 3.1 – Динамика первичной заболеваемости БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг. и ее прогноз на 2024г., на 100 тыс. населения

Проведен анализ структуры первичной заболеваемости БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан с учетом места жительства за 2015-2019 гг. В среднем за пять лет, число первично зарегистрированных заболеваний БОД в исследуемом регионе формировалось преимущественно

городскими жителями. Среди первично зарегистрированных заболеваний доля городского населения составила  $70,1 \pm 3,6\%$ ; на долю сельских жителей пришлось  $29,9 \pm 3,6\%$ .

Доля городских жителей среди зарегистрированных заболеваний БОД возросла на  $13,3\%$  – с  $63,9\%$  в 2015 г. до  $72,4\%$  в 2019 г.; доля сельских жителей уменьшилась, темп убыли составил  $23,5\%$  – с  $36,1$  в 2015г. до  $27,6\%$  в 2019г. (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Структура и уровень первично зарегистрированных заболеваний БОД среди городского и сельского населения за 2015-2019гг.

Годы	Удельный вес (%)		Показатели на 100 тыс. соответствующего взрослого населения	
	город	село	город	село
2015	63,9	36,1	14110,4	19417,7
2016	70,4	29,6	17311,5	17622,7
2017	71,3	28,7	17849,4	17375,9
2018	72,4	27,6	19500,1	17901,3
2019	72,4	27,6	19400,7	17910,4
$M \pm m$	$70,1 \pm 3,6$	$29,9 \pm 3,6$	$17634,4 \pm 2189,2$	$18045,6 \pm 798,3$
Прирост, %	+13,3	-23,5	+37,5	-7,8

В 2015 и 2016 годы показатель первичной заболеваемости БОД среди сельских жителей был выше, чем среди городских жителей. В 2017-2019г. показатель среди городских жителей стал выше, чем среди сельских жителей.

Так, в среднем за пять лет наблюдений уровень первичной заболеваемости БОД среди сельских жителей была выше, чем среди городских жителей (в среднем  $18045,6 \pm 798,3$  против  $17634,4 \pm 2189,2$  случая на 100 тыс. соответствующего населения).

В динамике за 2015-2019 гг. в регионе показатель первичной заболеваемости БОД среди городских жителей достоверно вырос на  $37,5\%$ , среди сельских жителей снизился на  $7,8\%$  ( $p < 0,05$ ).

Изучена структура первичной заболеваемости БОД среди взрослого населения РБ с учетом возраста за 2015-2019гг. В среднем за 5 лет, число

первично зарегистрированных заболеваний в исследуемом регионе формировался преимущественно лицами трудоспособного возраста –  $76,9 \pm 0,9\%$ . На долю лиц старше трудоспособного возраста пришлось  $23,1 \pm 0,9\%$ . В трудоспособном возрасте регистрировалось незначительное увеличение доли первичной заболеваемости БОД с темпом прироста  $0,4\%$  – с  $75,9\%$  в 2015 г. до  $76,2\%$  в 2019г.; в старше трудоспособном возрасте – незначительное уменьшение доли первичной заболеваемости – темп убыли составил  $1,2\%$  – с  $24,1\%$  в 2015г. до  $23,8\%$  в 2019г.

В среднем за пять лет уровень первичной заболеваемости БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил  $18993,8 \pm 2001,6$  случая на 100 тыс. человек, старше трудоспособном возрасте –  $13620,8 \pm 616,8$  случая на 100 тыс. человек. С 2015 по 2019 гг. уровень первичной заболеваемости БОД в регионе достоверно вырос в трудоспособном возрасте с темпом прироста  $32,4\%$  – с  $15971,9$  в 2015г. до  $21188,6$  случая на 100 тыс. человек в 2019г. и старше трудоспособном возрасте – прирост составил  $6,5\%$  – с  $13316,8$  в 2015г. до  $14188,4$  случая на 100 тыс. человек в 2019г. (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Показатели первичной заболеваемости БОД в Республике Башкортостан среди лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста за 2015-2019гг., на 100 тыс. человек

Годы	Удельный вес (%)		Показатели на 100 тыс. взрослого населения	
	трудоспособный	старше трудоспособного	трудоспособный	старше трудоспособного
2015	75,9	24,1	15971,9	13316,8
2016	78,0	22,0	18472,8	13138,1
2017	77,8	22,2	18998,3	13078,5
2018	76,6	23,4	20337,5	14382,4
2019	76,2	23,8	21188,6	14188,4
M±m	$76,9 \pm 0,9$	$23,1 \pm 0,9$	$18993,8 \pm 2001,6$	$13620,8 \pm 616,8$
Прирост,%	+0,4	-1,2	+32,4	+6,5

При сравнении структуры первичной заболеваемости болезнями органов дыхания в РБ в 2015 и в 2019 годах было выявлено, что первое место занимали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей

(удельный вес составил в 2015г. – 78,4%, в 2019г. – 82,8%). На втором месте – в 2015г. были бронхит хронический и неуточненный, эмфизема – 3,4%, в 2019г. – острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (5,3%). На третьем месте в 2015г. были пневмонии – 3,0%, в 2019г. – пневмонии и бронхит хронический и неуточненный, эмфизема – по 2,7%. На четвертом месте в 2015г. оказались острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей – 2,3%, в 2019г. – другие хронические обструктивные болезни легких – 0,5%. Пятое ранговое место принадлежало в 2015г. другим хроническим обструктивным легочным болезням (0,7%) и 2019г. – астма – 0,4% (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Структура первичной заболеваемости БОД взрослого населения в Республике Башкортостан, в 2015 и 2019 гг. (%)

Наименование болезней органов дыхания	2015г.	2019г.
острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	78,4	82,8
пневмонии	3,0	2,7
острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	2,3	5,3
аллергический ринит (поллиноз)	0,5	0,2
хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	0,6	0,4
бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	3,4	2,7
другая хроническая обструктивная легочная болезнь	0,7	0,5
бронхоэктатическая болезнь	0,1	0,0
астма, астматический статус	0,6	0,4
Прочее	10,4	5,0

В Республике Башкортостан в динамике за пять лет (2015 и 2019гг.) значительно возросли показатели первичной заболеваемости взрослого населения гриппом с базисным приростом на 188,4% с 4,3 до 12,4 на 100 тыс. человек; острыми респираторными инфекциями нижних дыхательных путей, прирост на 178,3%, с 361,0 до 1004,5 на 100 тыс. человек, другими интерстициальными легочными болезнями, гнойным и некротическими состояниями нижних дыхательных путей, другими болезнями плевры – на 94,4% – с 8,9 до 17,3 случая на 100 тыс. взрослого населения. Умеренно возросли показатели первичной заболеваемости острыми респираторными

инфекциями верхних дыхательных путей – с 12277,1 до 15694,8 (прирост 27,8%). Незначительно выросли показатели заболеваемости пневмонией прирост составил 6,0% (с 477,0 до 506,0 на 100 тыс. взрослого населения).

Произошло значительное снижение уровня заболеваемости бронхоэктатической болезнью – с темпом убыли 57,0% (с 9,3 до 4,0 на 100 тыс. человек), аллергическим ринитом (поллинозом) с темпом убыли 49,2% (с 70,7 до 35,9 на 100 тыс. человек), хроническими болезнями миндалин и аденоидов, перитонзиллярным абсцессом с убылью на 23,0% (с 100,7 до 77,5 на 100 тыс. человек), астмой, астматическим статусом на 14,0% (с 86,3 до 74,2 на 100 тыс. человек). Наблюдается также незначительное снижение уровня заболеваемости бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой (темп убыли 5,6%) и другими хроническими обструктивными легочными болезнями (с убылью лишь 0,7%).

## **1.2. Общая заболеваемость болезнями органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг.**

Анализ уровня, возрастной структуры и основных тенденций общей заболеваемости болезнями органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг. показал, что общее число зарегистрированных больных с болезнями органов дыхания среди взрослого населения увеличилось с 662058 до 775248 (темп прироста 17,1%), в среднем этот показатель составил  $727827,6 \pm 45877,3$  заболеваний. С 2015 по 2019 гг. показатель общей заболеваемости БОД на 100 тыс. взрослого населения достоверно вырос с приростом 19,1% – с 20740,1 в 2015г. до 24711,8 случая на 100 тыс. человек в 2019г., в среднем за год этот показатель составил  $23010,1 + 1600,0$  случая на 100 тыс. человек (таблица 3.5.).

Таблица 3.5 – Показатели общей заболеваемости БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг., на 100 тыс. человек

Годы	Общее число больных	Общая заболеваемость
2015	662058	20740,1
2016	704663	22179,8
2017	733647	23197,4
2018	763522	24221,4
2019	775248	24711,8
М±m	727827,6±45877,3	23010,1±1600,0
Прирост, %	+17,1	+19,1

По прогнозу на 2024 г. уровень общей заболеваемости среди взрослого населения БОД по отношению к 2015г. увеличится с 20740,1 до 29607,7 случая на 100 тыс. взрослого населения ( $r_{xy}=0,98$ ,  $R^2=0,96$ ;  $p < 0,05$ ), прирост составит 13,8% (рисунок 3.2).

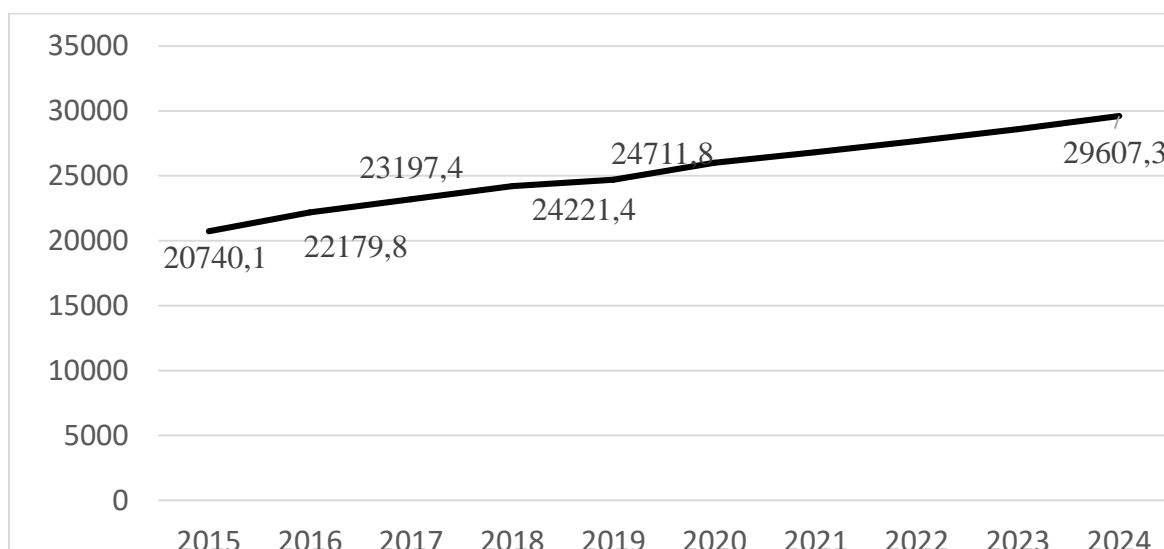


Рисунок 3.2 – Динамика общей заболеваемости БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг. и ее прогноз на 2024г., на 100 тыс. взрослого населения

В среднем за пять лет, показатель общей заболеваемости БОД в исследуемом регионе формировался преимущественно городскими жителями – 69,0±3,7%; на долю сельских жителей пришлось 31,0±3,7%.

Отмечалось увеличение доли городских жителей в общей заболеваемости с темпом роста 14,9% – с 62,5% в 2015 г. до 71,8% в 2019 г.;

доля сельских жителей уменьшилась – с 37,5% в 2015г. до 28,2% в 2019г., что вероятно связано с процессами урбанизации, более высокой обращаемостью городских жителей за медицинской помощью, доступностью транспортной инфраструктуры.

В 2015, 2016 и 2017 годы показатель общей заболеваемости БОД среди сельских жителей был выше, чем среди городских жителей; далее в 2018 и 2019г. показатель среди городских жителей стал выше, чем среди сельских жителей.

Так, в среднем за пять лет наблюдений уровень общей заболеваемости БОД в исследуемом регионе среди сельских жителей была выше, чем среди городских (в среднем  $24279,4 \pm 1410,2$  против  $22489,1 \pm 2681,7$  случаев на 100 тыс. соответствующего населения) (таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Показатели общей заболеваемости БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан в зависимости от места жительства за 2015-2019гг.

Годы	Удельный вес (%)		Показатели на 100 тыс. соответствующего взрослого населения	
	город	село	город	село
2015	62,5	37,5	18274,0	26745,4
2016	69,3	30,7	21709,8	23319,5
2017	70,4	29,3	23081,5	23477,2
2018	70,8	29,2	24270,9	24101,1
2019	71,8	28,2	25109,2	23753,6
М±m	$69,0 \pm 3,7$	$31,0 \pm 3,7$	$22489,1 \pm 2681,7$	$24279,4 \pm 1410,2$
Прирост, %	+14,9	-24,8	+37,4	-11,2

В динамике за 2015-2019 гг. в регионе показатель общей заболеваемости БОД среди городских жителей вырос на 37,4%, среди сельских жителей снизился на 11,2%. В среднем за 5 лет данным, общая заболеваемость БОД в исследуемом регионе формировался преимущественно лицами трудоспособного возраста, доля их в числе зарегистрированных заболеваний составила  $71,0 \pm 0,9$  %, на долю лиц старше трудоспособного возраста пришлось  $29,0 \pm 0,9$ %.



Отмечалось незначительное увеличение общей заболеваемости доли лиц трудоспособного возраста с темпом прироста 1,9% с 69,7% в 2015 г. до 71,0% в 2019 г. Напротив, произошло уменьшение доли лиц старше трудоспособного возраста – темп убыли составил 4,3% с 30,3% в 2015г. до 29,0% в 2019г.

В среднем за пять лет уровень общей заболеваемости БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил – 23407,8±2195,1 на 100 тыс. человек, в старше трудоспособном возрасте составил – 22152,1±570,3 случая на 100 тыс. соответствующего населения.

С 2015 по 2019 гг. уровень общей заболеваемости БОД в регионе достоверно вырос в трудоспособном возрасте с темпом прироста 27,7% с 20152,9 в 2015г. до 25736,0 в 2019г. и в старше трудоспособном возрасте – прирост составил 1,3% – с 22228,9 в 2015г. до 22513,5 случаев в 2019г. на 100 тыс. соответствующего населения (таблица 3.7).

Таблица 3.7 - Показатели общей заболеваемости БОД в Республике Башкортостан с учетом возраста, 2015-2019гг.

Годы	Удельный вес (%)		Показатели на 100 тыс. соответствующего взрослого населения	
	трудоспособный	старше трудоспособного	трудоспособный	старше трудоспособного
2015	69,7	30,3	20152,9	22228,9
2016	71,6	28,4	22413,1	21614,0
2017	72,1	27,9	23908,2	21542,6
2018	70,8	29,2	24829,0	22861,5
2019	71,0	29,0	25736,0	22513,5
М±m	71,0±0,9	29,0±0,9	23407,8±2195,1	22152,1±570,3
Прирост,%	+1,9	-4,3	+27,7	+1,3

При сравнении общей заболеваемости болезнями органов дыхания в Республике Башкортостан в 2015 и в 2019 годах было выявлено, что первое место занимали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (удельный вес составил в 2015г. – 59,2%, в 2019г. – 64,6%). На втором месте –

были - бронхит хронический и неуточненный, эмфизема (в 2015г. – 12,5%, в 2019г. – 10,4%).

На третьем – в 2015г. – другая хроническая обструктивная легочная болезнь (4,6%), в 2019г. – астма (4,2%). На четвертом месте в 2015г. – астма (3,9%) в 2019г. - острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей (4,1%). Пятое ранговое место принадлежало в 2015г. – пневмонии (2,3%), в 2019г. - другой хронической обструктивной легочной болезни (3,8%) (таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Структура общей заболеваемости БОД взрослого населения в Республике Башкортостан, 2015 и 2019 гг. (%)

Наименование болезней органов дыхания	2015г.	2019г.
острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	59,2	64,6
пневмонии	2,3	2,1
острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	1,7	4,1
аллергический ринит (поллиноз)	1,0	0,4
хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	1,8	1,4
бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	12,5	10,4
другая хроническая обструктивная легочная болезнь	4,6	3,8
бронхоэктатическая болезнь	0,4	0,2
астма, астматический статус	3,9	4,2
другие интерстициальные легочные болезни, гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, другие болезни плевры	0,1	0,1
Прочее	12,4	8,7

В Республике Башкортостан в динамике за пять лет (2015 и 2019гг.) значительно возросли показатели общей заболеваемости взрослого населения гриппом с базисным приростом 188,4% – с 4,3 до 12,4 на 100 тыс. взрослого населения, острыми респираторными инфекциями нижних дыхательных путей – прирост +178,3% – с 361,0 до 1004,5; другими интерстициальными легочными болезнями, гнойным и некротическими состояниями нижних дыхательных путей, другими болезнями плевры – +70,8% – с 21,2 до 36,2 случая на 100 тыс. взрослого населения. Умеренно возросли показатели общей заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных

путей с 12277,1 до 15694,8 (прирост +27,8%) и астмой, астматическим статусом – +23,6% (с 818,1 до 1011,2); незначительно выросли показатели заболеваемости пневмонией прирост лишь +6,0% (с 477,0 до 506,0 на 100 тыс. взрослого населения).

Отмечается значительное снижение уровня заболеваемости бронхоэктатической болезнью с темпом убыли 52,2% (с 79,3 до 37,9 на 100 тыс. человек), аллергическим ринитом (поллинозом) с темпом убыли -51,4% (с 212,3 до 103,1 на 100 тыс. человек), хроническими болезнями миндалин и аденоидов, пери тонзиллярным абсцессом с убылью 10,0% (с 376,3 до 338,5 на 100 тыс. человек). Наблюдается также незначительное снижение уровня заболеваемости бронхитом хроническим и неуточненным, эмфиземой (темп убыли 2,5%) и другими хроническими обструктивными легочными болезнями (с убылью лишь 1,9%).

### **3.3. Показатели первичной и повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг.**

Проанализированы уровень, возрастная структура и основные тенденции первичной и повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг.

Из общего числа впервые признанных инвалидами (ВПИ) численность впервые признанных инвалидами вследствие БОД в среднем за пять лет составила  $398,4 \pm 40,6$  человек в год или  $2,3 \pm 0,2\%$  от общего количества впервые признанных инвалидами.

В динамике за пять лет численность впервые признанных инвалидами вследствие БОД снизилась с 391 в 2015г. до 370 человек в 2019г. (темп убыли составил 5,4%).

В Республике Башкортостан уровень первичной инвалидности вследствие БОД в среднем составил  $1,3 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. взрослого населения (таблица 3.9).

Таблица 3.9 - Общие сведения о первичной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг.

Годы	Общее число инвалидов (абс. число)	Удельный вес инвалидов в общем контингенте (%)	Уровень инвалидности (на 10тыс взрослого населения)
2015	391	2,1	1,2
2016	358	2,1	1,1
2017	461	2,6	1,5
2018	412	2,4	1,3
2019	370	2,1	1,2
<u>M±m</u>	$398,4 \pm 40,6$	$2, \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,2$
Прирост, %	-5,4	0	0

В динамике за пять лет данный показатель практически не менялся. По прогнозу на 2024 г. уровень ВПИ вследствие БОД по отношению к 2015г. увеличится с 1,2 до 1,4 случая на 10 тыс. взрослого населения ( $r_{xy}=0,04$   $R^2=0,016$ ,  $p < 0,05$ ), (прирост составит 16,7%) (рисунок 3.3).

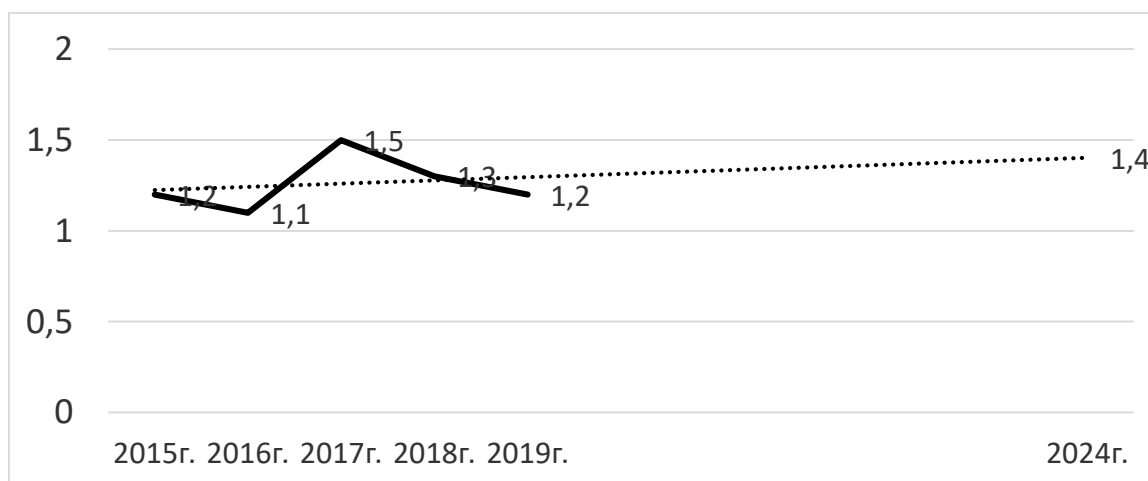


Рисунок 3.3 – Динамика уровня первичной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения РБ за 2015-2019гг. и ее прогноз на 2024г. (показатели на 10 тыс. взрослого населения).

В среднем за пять лет, контингент ВПИ вследствие БОД в исследуемом регионе формировался преимущественно городскими жителями –  $60,0 \pm 5,1\%$ ;

на долю сельских жителей пришлось  $40,0 \pm 5,1\%$ . Доля городских жителей уменьшалась с темпом убыли  $19,5\%$  с  $64,5\%$  в 2015 г. до  $51,9\%$  в 2019 г., доля сельских жителей увеличилась, прирост составил  $35,5\%$  – с  $35,5$  в 2015г. до  $48,1\%$  в 2019г. (таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Показатели первичной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан с учетом места жительства, 2015-2019гг.

Годы	Удельный вес (%)		Показатели на 10 тыс. взрослого населения	
	город	село	город	село
2015	64,5	35,5	1,1	1,5
2016	58,4	41,6	0,9	1,6
2017	62,5	37,5	1,3	1,8
2018	62,9	37,1	1,2	1,6
2019	51,9	48,1	0,9	1,9
M±m	$60,0 \pm 5,1$	$40,0 \pm 5,1$	$1,1 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,2$
Прирост, %	-19,5	+35,5	-18,2	+26,7

За весь период наблюдения первичная инвалидность вследствие БОД в исследуемом регионе среди сельских жителей была выше, чем среди городских (в среднем  $1,7 \pm 0,2$  против  $1,1 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. соответствующего населения) (рисунок 3.4).

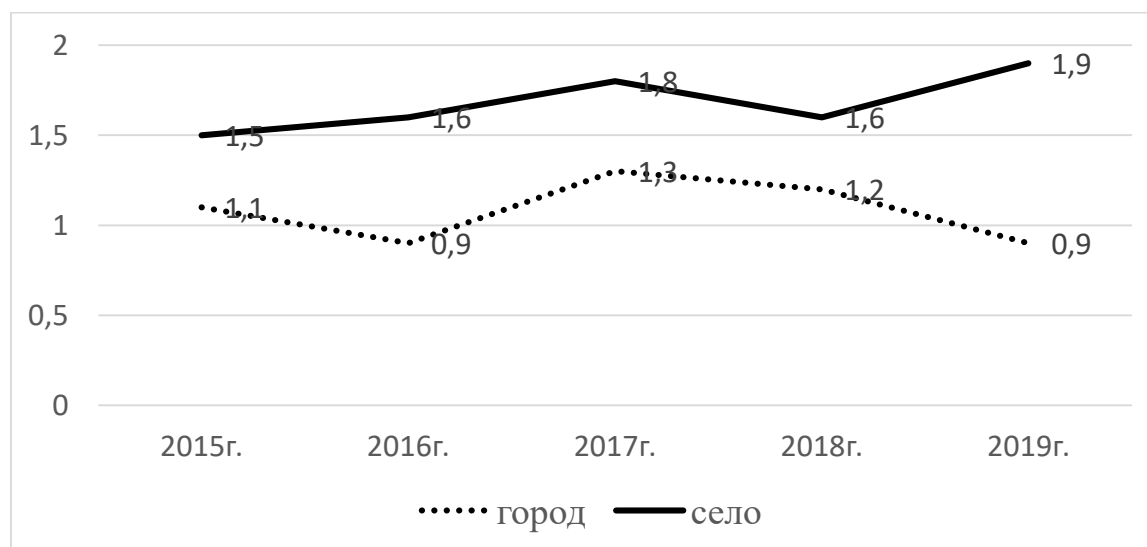


Рисунок 3.4 – Уровни первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания с учетом места жительства в Республике Башкортостан, 2015-2019 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

В динамике за 2015-2019 гг. в регионе уровень первичной инвалидности вследствие БОД среди городских жителей снизился на 18,2%, среди сельских жителей вырос на 26,7%.

Изучена структура первичной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан с учетом возраста за 2015-2019гг.

В среднем за пять лет число ВПИ вследствие БОД в исследуемом регионе формировалось преимущественно лицами старше трудоспособного возраста, которые составили  $55,8 \pm 5,4$  %. На долю лиц трудоспособного возраста пришлось  $44,2 \pm 5,4$ %. В трудоспособном возрасте регистрировалось уменьшение доли ВПИ вследствие БОД с темпом убыли 26,4% с 51,1% в 2015 г. до 37,6% в 2019 г. В возрасте старше трудоспособного произошло увеличение доли ВПИ, прирост составил 27,6% с 48,9 в 2015г. до 62,4% в 2019г. В среднем уровень первичной инвалидности вследствие БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил  $0,8 \pm 0,1$  на 10 тыс. человек, в старше трудоспособном –  $2,3 \pm 0,3$  на 10 тыс. человек.

С 2015 по 2019 гг. в регионе уровень первичной инвалидности вследствие БОД снизился в трудоспособном возрасте с темпом убыли 25,3% – с 0,87 до 0,65 на 10 тыс. человек. В старше трудоспособном возрасте исследуемый показатель повысился с 2,12 в 2015г до 2,77 на 10 тыс. человек в 2017г, затем снизился до 2,32 на 10 тыс. человек в 2019г. (таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Распределение инвалидов, впервые признанных инвалидами, вследствие БОД по возрастным группам в РБ за 2015-2019 гг.

Годы	Удельный вес, %		На 10 тыс. соответствующего населения	
	трудоспособный	старше трудоспособного	трудоспособный	старше трудоспособного
2015	51,1	48,9	0,87	2,12
2016	48,0	52,0	0,76	2,01
2017	43,0	57,0	0,89	2,77
2018	41,2	58,8	0,78	2,48
2019	37,6	62,4	0,65	2,32
М±m	$44,2 \pm 5,4$	$55,8 \pm 5,4$	$0,8 \pm 0,1$	$2,3 \pm 0,3$
Прирост,%	-26,4	+27,6	-25,3	+0,9

По усредненным данным среди ВПИ вследствие БОД в регионе преобладали инвалиды III группы – 85,3%, на долю инвалидов II группы пришлось – 12,9% и I группы – 1,8%.

При изучении динамики первичной инвалидности с учетом ее тяжести выявлена негативная тенденция: установлен рост доли инвалидов I группы – с 1,5% в 2015г. до 2,2% в 2019г. (прирост составил 46,6%). Произошло уменьшение доли инвалидов II группы с 15,6 в 2015г. до 10,5% в 2019г. (темпы убыли составил 32,7%) и незначительное увеличение доли инвалидов III группы с 82,9 в 2015г. до 87,3% в 2019г. (прирост составил 5,3%) (таблица 3.12).

Таблица 3.12 – Распределение впервые признанных инвалидами вследствие БОД по группам инвалидности в Республике Башкортостан, 2015-2019гг., %

Годы	I группа	II группа	III группа
2015	1,5	15,6	82,9
2016	2,0	13,1	84,9
2017	1,3	13,2	85,5
2018	2,0	12,1	85,9
2019	2,2	10,5	87,3
M±m	1,8±0,4	12,9±1,9	85,3±1,6
Прирост, %	+46,6	-32,7	+5,3

Проведен анализ повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг.

Из общего числа повторно признанных инвалидами (ППИ) численность повторно признанных инвалидами вследствие БОД в среднем за пять лет составила  $772,6 \pm 66,7$  человек в год или  $2,5 \pm 0,1\%$  среди всех повторно освидетельствованных. В динамике за пять лет численность повторно признанных инвалидами вследствие БОД снизилась с 846 в 2015г. до 681 человека в 2019г. (темпы убыли составил 19,5%).

В Республике Башкортостан уровень повторной инвалидности вследствие БОД в среднем составил  $2,4 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. взрослого населения. В динамике за пять лет уровень повторной инвалидности достоверно снизился на 18,1% с 2,65 в 2015г. до 2,17 на 10 тыс. взрослого населения в 2019г. (таблица 3.13).

Таблица 3.13 – Показатели повторной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг.

Годы	Общее число инвалидов (абс. число)	Удельный вес инвалидов в общем контингенте (%)	Уровень инвалидности (на 10тыс взрослого населения)
2015	846	2,4	2,65
2016	829	2,5	2,61
2017	761	2,5	2,41
2018	746	2,6	2,37
2019	681	2,6	2,17
$M \pm m$	$772,6 \pm 66,7$	$2,5 \pm 0,1$	$2,4 \pm 0,2$
Прирост, %	-19,5	+8,3	-18,1

В Республике Башкортостан по прогнозу на 2024 г. уровень ППИ вследствие БОД по отношению к 2015г. снизится с 2,65 до 1,6 случая на 10 тыс. взрослого населения ( $r_{xy}=0,94$ ,  $R^2=0,88$   $p < 0,05$ ), темп убыли составит 39,6% (рисунок 3.5).

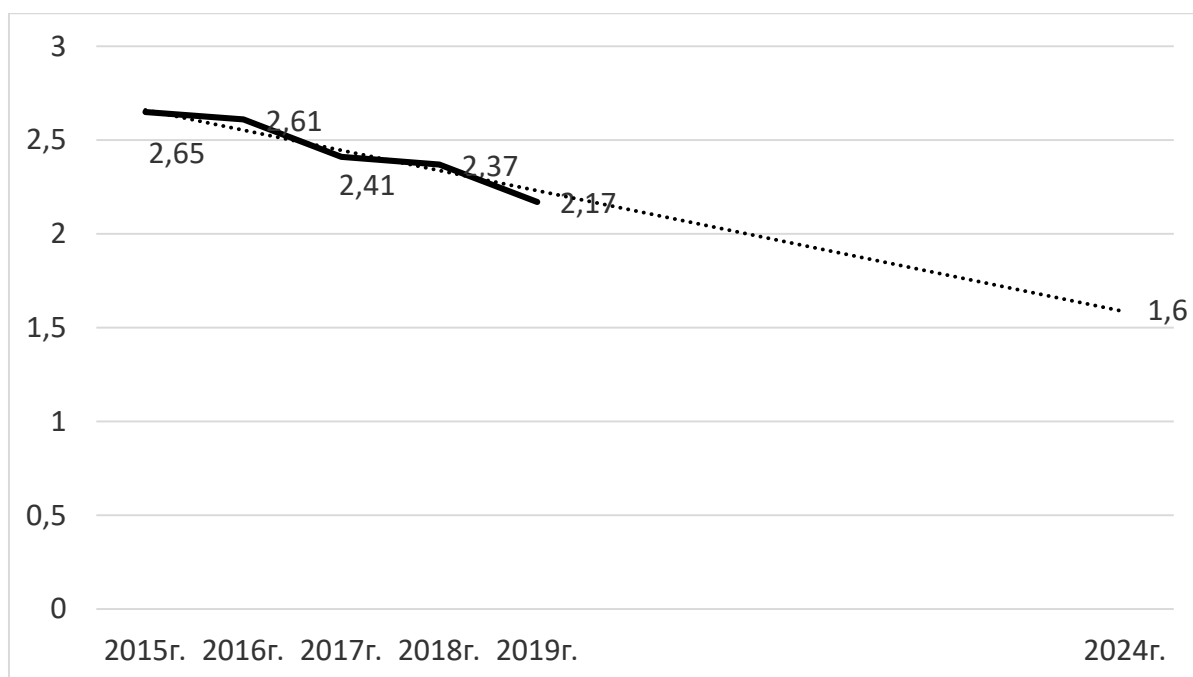


Рисунок 3.5 - Динамика уровня повторной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг. и ее прогноз на 2024г. (на 10 тыс. взрослого населения).

Изучена структура повторной инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан с учетом возраста за 2015-



2019гг. В среднем за пять лет число ППИ вследствие БОД в исследуемом регионе формировался преимущественно лицами старше трудоспособного возраста –  $52,3 \pm 3,5\%$ ; на долю лиц трудоспособного возраста пришлось  $46,8 \pm 3,5\%$ .

В трудоспособном возрасте регистрировалось уменьшение доли ВПИ вследствие БОД с темпом убыли  $16,0\%$  с  $48,8\%$  в 2015 г. до  $41,0\%$  в 2019 г.; в старше трудоспособном возрасте – увеличение доли ППИ - прирост составил  $15,2\%$  с  $51,0\%$  в 2015г. до  $59,0\%$  в 2019г.

В среднем уровень повторной инвалидности вследствие БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил  $1,6 \pm 0,2$  на 10 тыс. человек, в старше трудоспособном составил –  $4,3 \pm 0,3$  на 10 тыс. человек (таблица 3.14).

Таблица 3.14 – Распределение лиц, повторно признанных инвалидами вследствие БОД, по возрастным группам в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг.

Годы	Удельный вес (%)		Показатели на 10 тыс. населения	
	трудоспособный	старше трудоспособного	трудоспособный	старше трудоспособного
2015	48,8	51,2	1,80	4,80
2016	50,2	49,8	1,85	4,45
2017	47,2	52,8	1,62	4,23
2018	46,8	53,2	1,60	4,08
2019	41,0	59,0	1,30	4,03
М±m	$46,8 \pm 3,5$	$52,3 \pm 3,5$	$1,6 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,3$
Прирост, %	-16,0	+15,2	-27,8	-16,0

В динамике в регионе уровень повторной инвалидности вследствие БОД достоверно снизился в трудоспособном возрасте с темпом убыли  $27,8\%$  с  $1,80$  в 2015г. до  $1,30$  в 2019г. и в старше трудоспособном возрасте с убылью  $16,0\%$  с  $4,80$  в 2015г. до  $4,03$  в 2019г. на 10 тыс. соответствующего населения (рисунок 3.6).

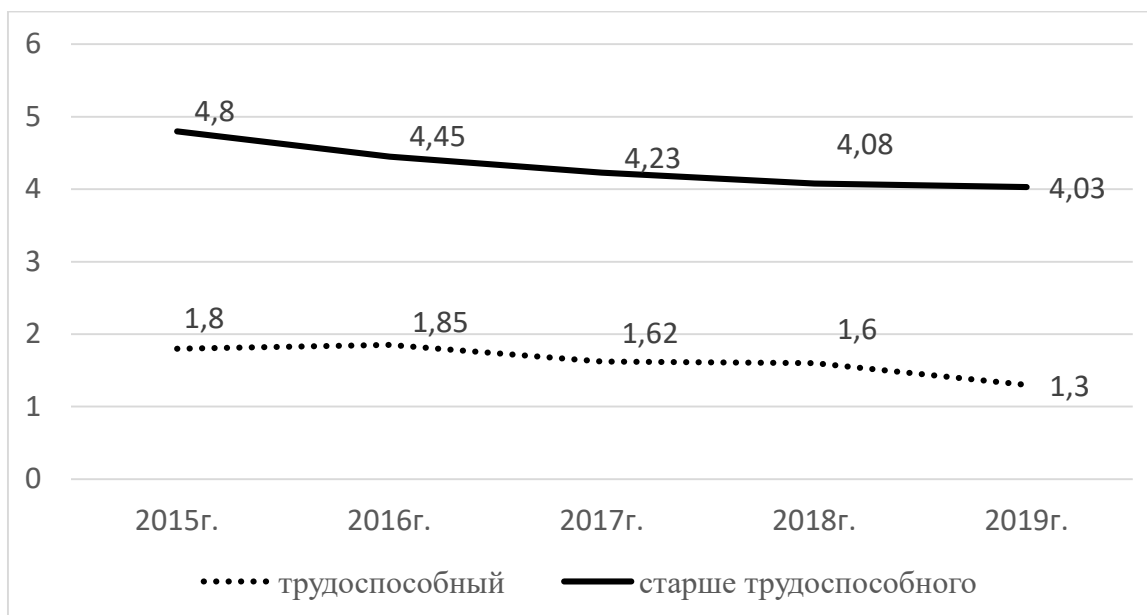


Рисунок 3.6 – Уровень повторной инвалидности вследствие болезней органов дыхания по возрастным группам населения Республики Башкортостан, 2015-2019 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

По усредненным данным среди ППИ вследствие БОД в регионе преобладали инвалиды III группы – 85,9%, на долю инвалидов II группы приходится – 12,9% и I группы – 1,2% (рисунок 3.7).

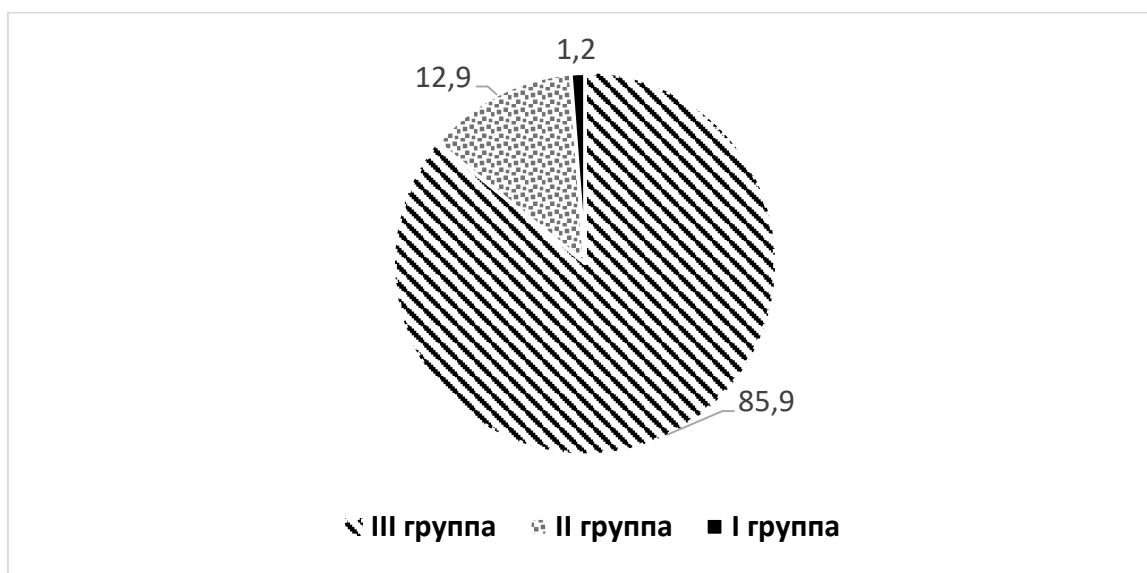


Рисунок 3.7 – Распределение повторно признанных инвалидами по группам инвалидности вследствие БОД в среднем за 2015-2019гг., %

При изучении динамики повторной инвалидности с учетом ее тяжести выявлена негативная тенденция: установлен рост доли инвалидов I группы – с 1,1% в 2015г. до 1,8% в 2019г. (прирост составил 63,6%) и II группы с 12,% в 2015г. до 14,7% в 2019г. (темп прироста составил 17,6%) и незначительное уменьшение доли инвалидов III группы с 86,4% в 2015г. до 83,5% в 2019г. (темп убыли составил 3,4%) (таблица 3.15).

Таблица 3.15 – Распределение повторно признанных инвалидами вследствие БОД по группам инвалидности в Республике Башкортостан, в 2015-2019гг.,%

Годы	I группа	II группа	III группа
2015	1,1	12,5	86,4
2016	0,8	13,0	86,2
2017	1,2	12,4	86,4
2018	1,1	12,1	86,8
2019	1,8	14,7	83,5
M±m	1,2±0,4	12,9±1,0	85,9±1,3
Прирост,%	+63,6	+17,6	-3,4

#### **3.4. Общая инвалидность вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019гг.**

Анализ общей инвалидности вследствие болезней органов дыхания среди взрослого населения в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг. показал, что общая численность признанных инвалидами вследствие БОД в среднем за пять лет составила 1171,0±73,8 человек в год или 2,4±0,1%.

В динамике за пять лет общая численность признанных инвалидами вследствие БОД снизилась с 1237 в 2015г. до 1051 человек в 2019г. (темп убыли составил 15,0%).

В Республике Башкортостан уровень общей инвалидности вследствие БОД в среднем составил 3,7±0,2 случая на 10 тыс. взрослого населения.

В динамике за пять лет уровень общей инвалидности снизился на 13,7% – с 3,88 в 2015г. до 3,35 на 10 тыс. взрослого населения в 2019г. на 10 тыс. взрослого населения (таблица 3.16).

Таблица 3.16 – Основные сведения об общей инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг.

Годы	Общее число инвалидов (абс. число)	Удельный вес инвалидов в общем контингенте (%)	Уровень общей инвалидности (на 10тыс взрослого населения)
2015	1237	2,3	3,88
2016	1187	2,4	3,74
2017	1222	2,5	3,86
2018	1158	2,5	3,67
2019	1051	2,4	3,35
$M \pm m$	1171,0 $\pm$ 73,8	2,4 $\pm$ 0,1	3,7 $\pm$ 0,2
Прирост, %	-15,0	+4,3	-13,7

В Республике Башкортостан по прогнозу на 2024 г. уровень общей инвалидности вследствие БОД по отношению к 2015г. снизится с 3,88 до 2,91 случая на 10 тыс. взрослого населения ( $r_{xy}=0,74$ ,  $R^2=0,54$ ;  $p < 0,05$ ), темп убыли составит 25,0% (рисунок 3.8).

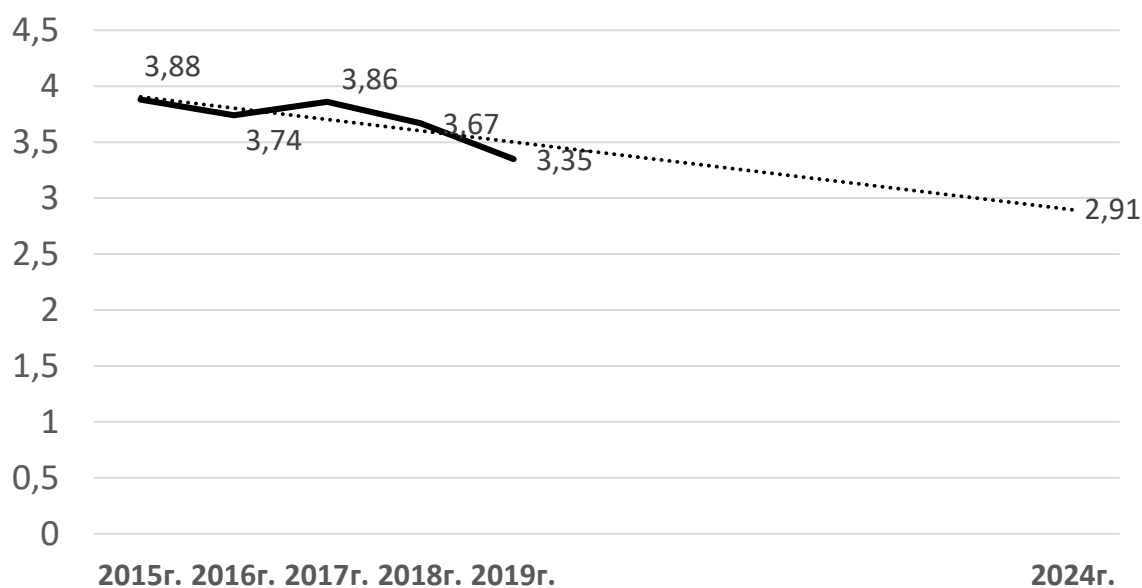


Рисунок 3.8 – Динамика уровня общей инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения Республики Башкортостан за 2015-2019гг. и ее прогноз на 2024г. (на 10 тыс. взрослого населения)

В среднем за пять лет число вследствие БОД в исследуемом регионе формировался преимущественно лицами старше трудоспособного возраста,

их доля в структуре инвалидов составила  $54,1 \pm 4,0$  %. На долю лиц трудоспособного возраста пришлось  $45,9 \pm 4,0$ %.

Регистрировалось уменьшение доли лиц трудоспособного возраста в общей инвалидности вследствие БОД с темпом убыли 19,8% с 49,6% в 2015г. до 39,8% в 2019г. Напротив, лиц в возрасте старше трудоспособного увеличилась. Прирост составил 19,4% с 50,4 в 2015г. до 60,2% в 2019г.

В среднем уровень общей инвалидности вследствие БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил  $2,4 \pm 0,3$  на 10 тыс. человек, в возрасте старше трудоспособном составил –  $6,7 \pm 0,3$  на 10 тыс. человек.

С 2015 по 2019 гг. в регионе уровень общей инвалидности вследствие БОД достоверно снизился в трудоспособном возрасте с темпом убыли 27,2% с 2,68 в 2015г. до 1,95 на 10 тыс. человек в 2019г. В возрасте старше трудоспособном исследуемый показатель снизился незначительно лишь на 8,1% – с 6,91 в 2015г до 6,35 в 2019г на 10 тыс. человек (таблица 3.17).

Таблица 3.17 – Распределение контингента общего числа признанных инвалидами вследствие БОД по возрастным группам в Республике Башкортостан за 2015-2019 гг., на 10 тыс. человек

Годы	Удельный вес, %		Показатели на 10 тыс. населения	
	трудоспособный	старше трудоспособного	трудоспособный	старше трудоспособного
2015	49,6	50,4	2,68	6,91
2016	49,5	50,5	2,61	6,46
2017	45,6	54,4	2,52	7,00
2018	44,8	55,2	2,38	6,56
2019	39,8	60,2	1,95	6,35
М±m	$45,9 \pm 4,0$	$54,1 \pm 4,0$	$2,4 \pm 0,3$	$6,7 \pm 0,3$
Прирост,%	-19,8	+19,4	-27,2	-8,1

По усредненным данным в общей инвалидности вследствие БОД в регионе преобладали инвалиды III группы 85,9%, на долю инвалидов II группы пришлось 12,9% и I группы – 1,4%. При изучении динамики общей инвалидности с учетом ее тяжести выявлена негативная тенденция: установлен рост доли инвалидов I группы – с 1,2% в 2015г. до 1,9% в 2019г.

(прирост составил 58,3%) и незначительное уменьшение доли инвалидов III группы с 85,3% в 2015г. до 84,9% в 2019г. Произошло некоторое уменьшение доли инвалидов II группы с 13,5% в 2015г. до 13,2% в 2019г. (таблица 3.18).

Основной нозологической причиной инвалидности в среднем за 5 лет явилась ХОБЛ (70,1% случаев), второе и третье ранговые места занимали БА и БЭБ (22,5% и 5,1% соответственно). Другие легочные болезни заняли четвертое ранговое место и составили 2,3% (рисунок 3.9).

Таблица 3.18 – Распределение общего числа признанных инвалидами вследствие БОД по группам инвалидности в Республике Башкортостан, 2015-2019 гг. (%)

Годы	I группа	II группа	III группа
2015	1,2	13,5	85,3
2016	1,2	13,1	85,7
2017	1,2	12,7	86,1
2018	1,4	12,1	86,5
2019	1,9	13,2	84,9
M±m	1,4±0,3	12,9±0,5	85,7±0,6
Прирост, %	+58,3	-2,2	-0,5

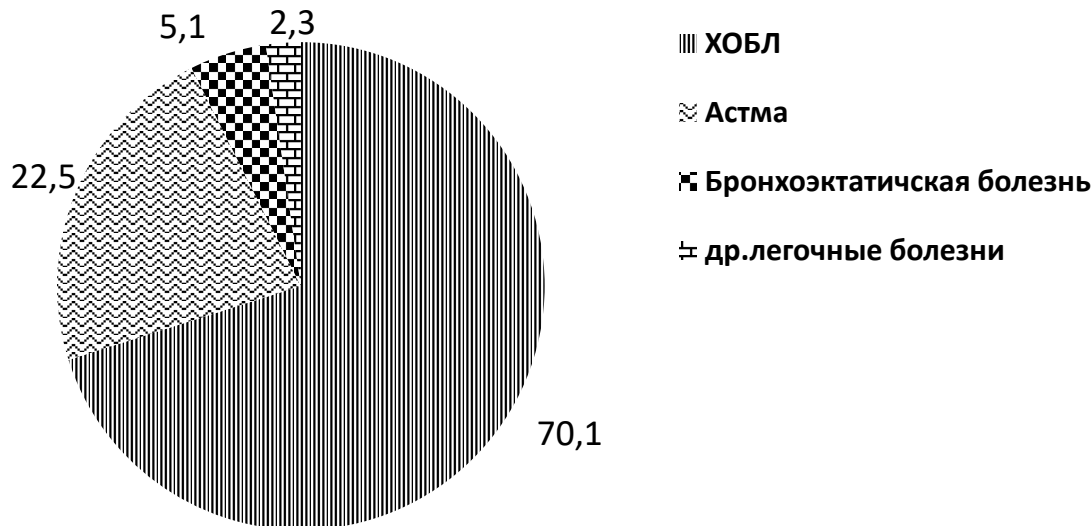


Рисунок 3.9 – Структура общей инвалидности вследствие БОД среди взрослого населения в Республике Башкортостан, в среднем за 2015-2019 гг., %

**Резюме.** В процессе анализа установлено, что в динамике за 2015-2019гг. среди взрослого населения РБ первичная заболеваемость увеличилась на 24,4%, общая заболеваемость на 19,1%, среди городских жителей

первичная заболеваемость возросла на 37,5%, общая заболеваемость на 37,4%. Среди сельских жителей произошло снижение показателей, соответственно на 7,8% и 11,2%. Сравнительная оценка среднегодовых показателей заболеваемости показала, что общая заболеваемость на 7,9% была выше среди сельских жителей. Такие различия в показателях заболеваемости и их динамика свидетельствует о более низкой доступности медицинской помощи сельским жителям.

В результате этого происходит хронизация заболеваний органов дыхания. Одной из причин также является большая распространенность среди сельских жителей факторов риска (частого курения, потребления алкоголя и др.). Как первичная, так и общая заболеваемость выше среди лиц трудоспособного возраста, чем среди лиц старше трудоспособного возраста и среди них выше темп роста этих показателей.

В структуре общей заболеваемости значительную долю занимают бронхит хронический и неуточненный, эмфизема (в 2015г. – 12,5%, в 2019г. – 10,4%), другая хроническая обструктивная легочная болезнь (в 2015г. 4,6%).

Среднегодовой уровень первичной инвалидности вследствие БОД в РБ составил  $1,3 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. взрослого населения, среди сельского населения он был выше, чем среди городского населения и в динамике в течение 5 лет среди городских жителей инвалидность снизилась на 18,2%, среди сельских жителей вырос на 26,7%. В структуре первично признанных инвалидами вследствие БОД III группа составила 85,3%, II группа 12,9% и I группа – 1,8%.

В динамике выявлен некоторый рост доли инвалидов I группы – с 1,5% в 2015г. до 2,2% в 2019г. Уровень общей инвалидности вследствие БОД в среднем составил  $3,7 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. взрослого населения и в динамике он снизился с 3,88 до 3,35 на 10 тыс. взрослого населения, в основном за счет лиц трудоспособного возраста.

## **ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Вопросы по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам в медицинских организациях, в том числе разработка целенаправленных мер по профилактике и ранней диагностике, снижению инвалидизации, увеличению активности жизни инвалидов, их реабилитации, интеграции в семью и общество, возвращения к активной трудовой деятельности, требуют более детального исследования медико-социальных характеристик пациентов, а также изучения организации медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

### **4.1. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с заболеваниями органов дыхания, имеющих инвалидность и не имеющих инвалидность**

Нами дана социально-гигиеническая характеристика инвалидов с болезнями органов дыхания для разработки практических рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи.

Исследованием охвачено 474 пациента с заболеваниями органов дыхания, получавших лечение в пульмонологических отделениях 3-х многопрофильных больниц. Разработана анкета, дополненная данными из медицинской карты пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, содержащая 44 вопроса.

В результате исследования установлено, что среди пациентов с заболеваниями органов дыхания преобладали мужчины 58,4% (277 человек), доля женщин была 41,6% (197 человек). В трудоспособном возрасте находились 48,7% (231 человек) и в возрасте старше трудоспособного возраста - 51,3% (243 человека).

Анализ распределения респондентов по возрасту проводился по



возрастными группами: 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше.

Результаты исследования показали, что наблюдался рост удельного веса респондентов, как среди мужчин, так и среди женщин старших возрастных групп (таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Возрастно-половая структура пациентов с БОД

Возрастные группы, лет	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
20-29	5	1,7±0,78	6	3,0±1,23	11	2,3±0,69
30-39	11	3,9±1,19	13	6,6±1,83	24	5,1±1,01
40-49	44	15,9±2,40	28	14,3±2,69	72	15,2±1,65
50-59	79	28,7±3,22	47	24,0±3,49	127	26,7±2,03
60-69	101	36,5±3,63	64	32,5±4,06	165	34,8±2,19
70 и старше	37	13,3±2,19	39	19,6±3,15	75	15,9±1,68
Всего	277	100	197	100	474	100

Так, среди принявших участие в опросе большинство принадлежали возрастным группам 40-49 лет, 50-59 лет и 60-69 лет, их удельный вес составил соответственно 15,2±1,65%, 26,7±2,03% и 34,8±2,19%.

Доля мужчин в этих возрастных группах преобладала и соответствовала 15,9±2,40%, 28,7±3,22% и 36,5±3,63% (рисунок 4.1).

Удельный вес возрастных групп 20-29 лет, 30-39 лет был невысоким и составил 2,3±0,69% и 5,1±1,01% соответственно, чуть больше среди женщин (3,0±1,23%, 6,6±1,83% соответственно), чем среди мужчин (1,7±0,78; 3,9±1,19).

Среди опрошенных пациентов 234 человека имели инвалидность вследствие болезней органов дыхания. В процессе исследования было установлено, что пациенты, имеющие инвалидность, по медико-социальным характеристикам отличались от пациентов, не являющихся инвалидами.

В связи с этим, нами был выполнен сравнительный анализ медико-социальных данных у 234 пациентов с болезнями органов дыхания, имеющих инвалидность – основная группа (ОГ) и 240 пациентов, не имеющих инвалидность - контрольная группа (КГ).

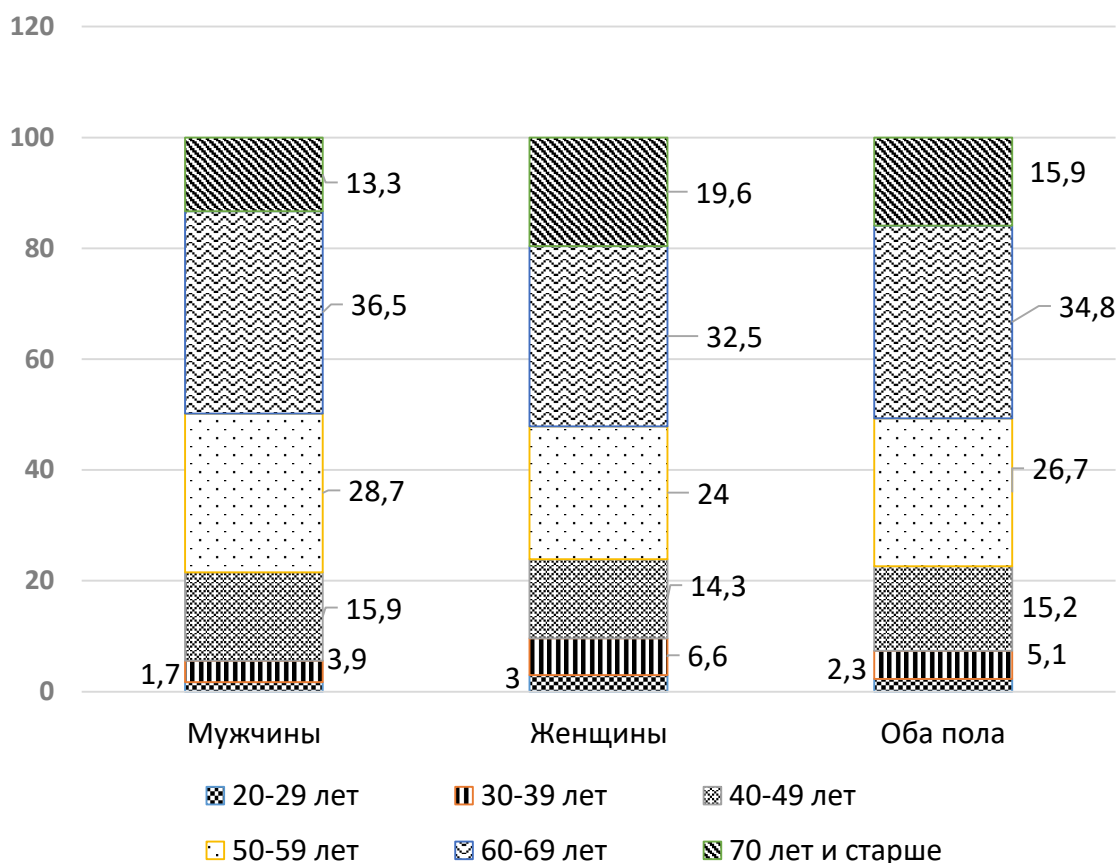


Рисунок 4.1 – Распределение пациентов по возрастным группам среди мужчин, женщин и лиц обоего пола, %

При отборе пациентов в КГ критериями исключения явились: наличие тяжелой сопутствующей патологии, тяжелых осложнений основного заболевания (дыхательная недостаточность III степени, легочно-сердечная недостаточность тяжелой степени).

По уровню образования большая часть пациентов имели среднее общее образование –  $44,1 \pm 2,28\%$  (в ОГ –  $52,7 \pm 3,26\%$ , в КГ –  $30,6 \pm 2,97\%$ ,  $p < 0,05$ ) и среднее профессиональное образование –  $45,1 \pm 2,29\%$  (в ОГ –  $45,1 \pm 3,26\%$ , в КГ –  $45,1 \pm 3,21\%$ ). С высшим образованием были лишь  $10,8 \pm 1,43\%$  опрошенных (в ОГ –  $2,2 \pm 0,96\%$ , в КГ –  $24,3 \pm 2,77\%$ ,  $p < 0,05$ ) (рисунок 4.2).

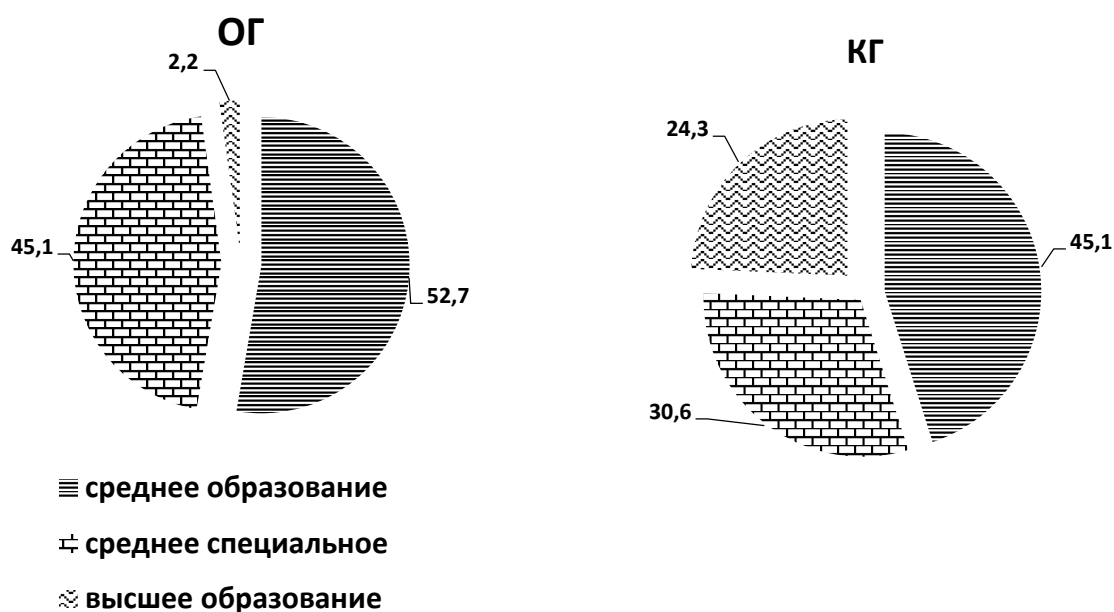


Рисунок 4.2 – Распределение пациентов по уровню образования, %.

Семейный статус является одним из весьма распространенных социально-демографических показателей в современных исследованиях, и может иметь вероятность причины возникновения заболеваний у человека, в том числе и болезней органов дыхания. Поэтому нами был проведен анализ семейного положения респондентов.

Половина опрошенных лиц жили в зарегистрированном браке –  $49,1 \pm 2,3\%$  (в ОГ -  $49,0 \pm 3,27\%$ , в КГ -  $49,1 \pm 3,23\%$ ). Доля опрошенных с неустроенным семейным положением (одинокие) составила –  $29,4 \pm 2,09\%$  (в ОГ-  $32,1 \pm 3,05\%$ , в КГ -  $25,2 \pm 2,8\%$ ). Пятая часть пациентов проживает в гражданском браке ( $21,5 \pm 2,4\%$  опрошенных): в КГ их больше, чем в ОГ ( $25,7 \pm 2,82\%$  против  $18,9 \pm 2,56\%$  опрошенных).

Распределение респондентов с учетом семейного положения представлено на рисунке 4.3.

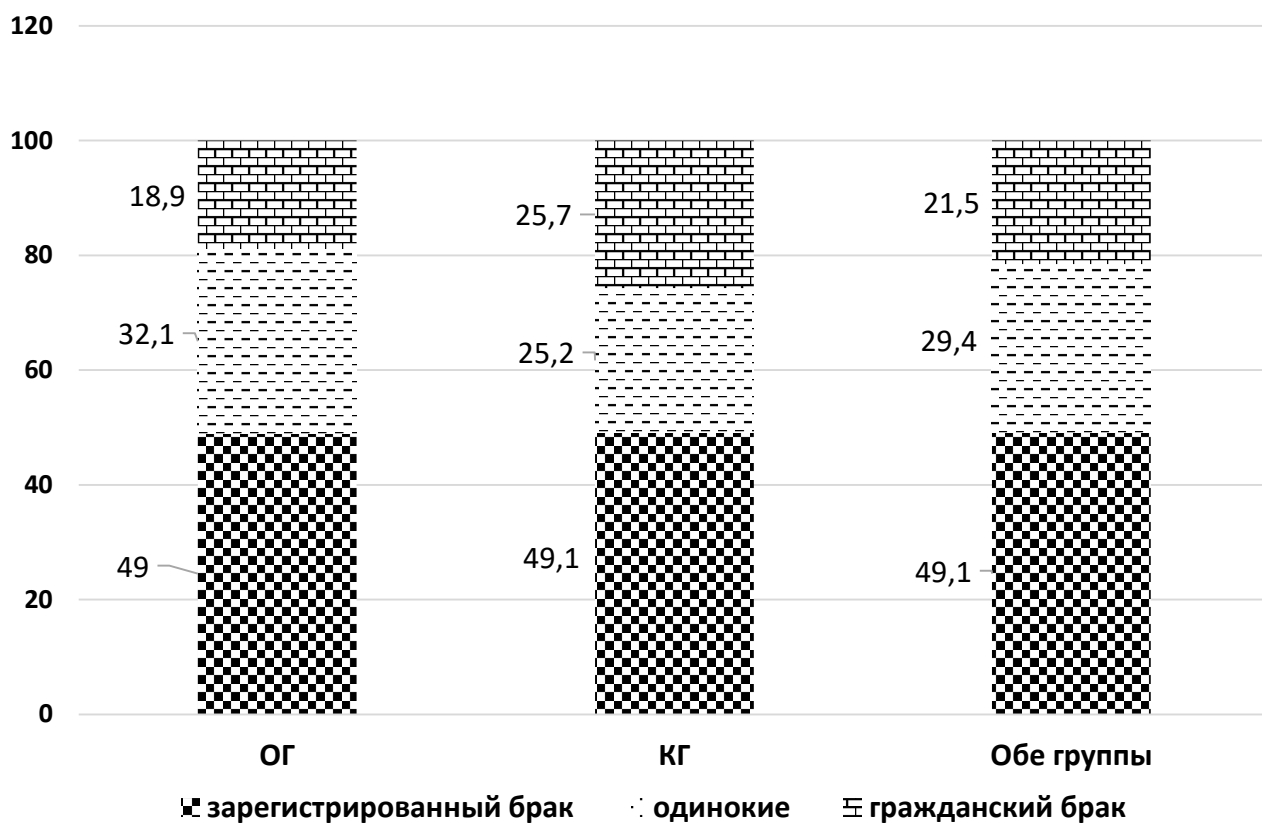


Рисунок 4.3 – Распределение пациентов по семейному положению, %.

Жилищные условия представляют важный фактор качества жизни населения, так как отражают экономические возможности и социальные приоритеты индивидуума (рисунок 4.4).

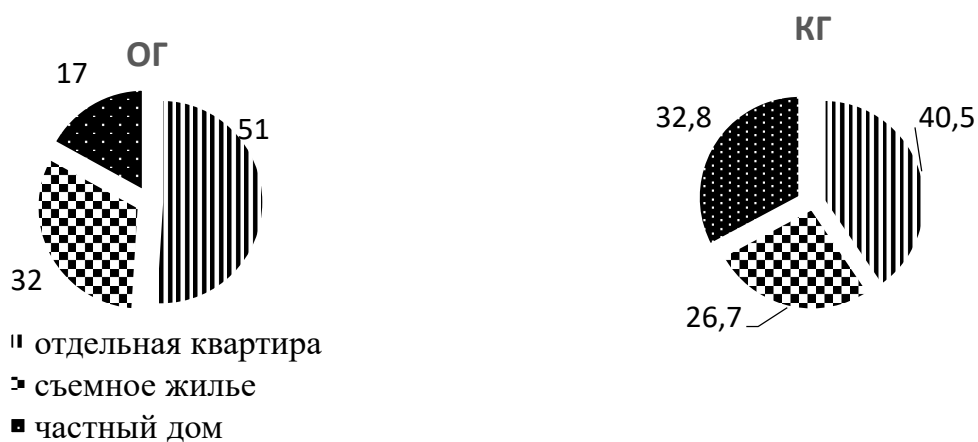


Рисунок 4.4 – Распределение респондентов по жилищным условиям, %.

Как видно из результатов исследования, в целом жилищные условия среди опрошенных пациентов с болезнями органов дыхания можно считать удовлетворительными. Так, почти половина респондентов ( $46,9 \pm 2,3\%$ ) проживала в отдельной квартире, третья часть в съемном жилье ( $30,0 \pm 2,1\%$ ), четвертая часть в частном доме ( $23,1 \pm 1,9\%$ ). Среди пациентов ОГ в квартире проживали  $51,0 \pm 3,3\%$  респондентов, в КГ –  $40,5 \pm 3,17\%$ . Треть среди пациентов ОГ снимали жилье ( $32,0 \pm 3,05\%$ ). Среди пациентов КГ в частном доме жили  $32,8 \pm 3,03\%$  ( $p < 0,05$ ). Меньше всего ( $17,0 \pm 2,6\%$ ) респондентов ОГ проживали в частном доме, в  $26,7 \pm 2,86\%$  пациентов КГ проживали в съемной квартире.

Оценка условий труда, позволяет выделить основные факторы риска, способные оказать повреждающее влияние на здоровье пациентов, поэтому была изучена трудовая занятость пациентов с бронхолегочной патологией, которая показала, что  $61,2 \pm 2,24\%$  респондентов не работали ( $76,5 \pm 2,77\%$  опрошенных из ОГ и  $37,0 \pm 3,12\%$  пациентов из КГ,  $p < 0,01$ ). Удельный вес работающих составил  $38,8 \pm 2,24\%$  ( $23,5 \pm 2,77\%$  из ОГ и  $63,0 \pm 3,12\%$  из КГ,  $p < 0,001$ ). Таким образом, среди пациентов контрольной группы больше работающих лиц, чем среди пациентов ОГ, у которых были ограничения в трудовой деятельности в связи с наличием инвалидности. Как известно, у работающих граждан больше финансовой возможности на приобретение лекарственных препаратов, оздоровительных процедур, на реабилитацию и др.

Поскольку трудовой стаж имеет качественную (характер и условия работы) и количественную (продолжительность работы) характеристику, которые, в свою очередь, существенно влияют на объем прав нетрудоспособных граждан – возможность инвалидов в сфере социального обеспечения, нами был изучен стаж работы пациентов в ОГ и КГ. По общему стажу работы респонденты распределились следующим образом: до 10 лет стаж работы имели  $16,0 \pm 1,68\%$  (ОГ –  $12,9 \pm 2,19\%$ , КГ –  $21,0 \pm 2,63\%$ ), свыше 10

лет –  $84,0 \pm 1,68\%$  (соответственно ОГ -  $87,1 \pm 2,19\%$ , КГ –  $79,0 \pm 2,63\%$ ).

Негативные экономические тенденции последнего времени привели к росту масштабов бедности, снижению реальных доходов населения, отрицательно влияющие на здоровье и наших граждан [49]. В связи с этим изучено материальное положение респондентов, которое представлено на рисунок 4.5.

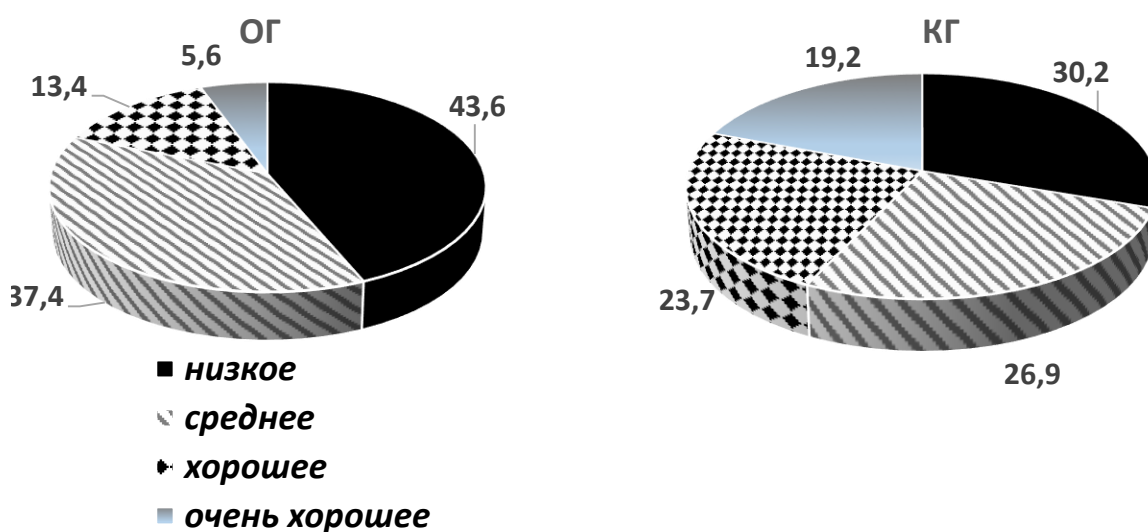


Рисунок 4.5 – Распределение респондентов по уровню материального положения, %.

Большинство опрошенных ( $38,4 \pm 2,23\%$ ) отметили низкий уровень материального положения – средний размер прожиточного минимума которых составил 1-1,5 МРОТ – минимальный размер оплаты труда (среди ОГ -  $43,6 \pm 3,24\%$ , среди КГ -  $30,2 \pm 2,96\%$ ,  $p < 0,05$ ), которые оценили его в размере 1-1,5 минимальных размер.

Средний уровень материального положения был у  $33,3 \pm 2,16\%$  пациентов – средний размер прожиточного минимума – 2-2,5 МРОТ рублей (среди ОГ -  $37,4 \pm 3,16\%$ , среди КГ –  $26,9 \pm 2,86\%$ ). Хорошим считали уровень материального положения  $17,5 \pm 1,75\%$  пациентов (среди ОГ -  $13,4 \pm 2,23\%$ , среди КГ -  $23,7 \pm 2,74\%$ ,  $p < 0,05$ ), которые отметили 3 МРОТ. Очень хорошее

материальное положение (размер прожиточного минимума более 3 МРОТ) всего лишь  $10,8 \pm 1,43\%$  респондентов (среди ОГ –  $5,6 \pm 1,5\%$ , среди КГ –  $19,2 \pm 2,54\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Поскольку многие факторы производственной деятельности и факторы трудовой деятельности оказывают негативное влияние на здоровье работников и могут явиться факторами риска развития бронхолегочной патологии, эти вопросы были включены в анкету. Большинство опрошенных работали в сфере промышленности ( $23,8 \pm 1,96\%$ ), строительства ( $18,8 \pm 1,79\%$ ) и торговли ( $16,6 \pm 1,71\%$ ). Среди опрошенных ОГ большинство работали в сфере промышленности и строительства ( $31,8 \pm 3,04$  и  $26,2 \pm 2,87\%$ ), в КГ в сфере торговли были заняты  $31,6 \pm 3,0\%$  и образования –  $19,2 \pm 2,54\%$  опрошенных пациентов. Малая доля опрошенных среди ОГ работала в общественном питании, образовании и торговле ( $3,2 \pm 1,15\%$ ,  $5,5 \pm 1,49\%$  и  $7,1 \pm 1,68\%$  соответственно). В КГ в сфере транспорта были заняты  $6,2 \pm 1,56\%$  опрошенных, в строительстве –  $7,0 \pm 1,65\%$  и в промышленности –  $11,3 \pm 2,04\%$  (рисунок 4.6).

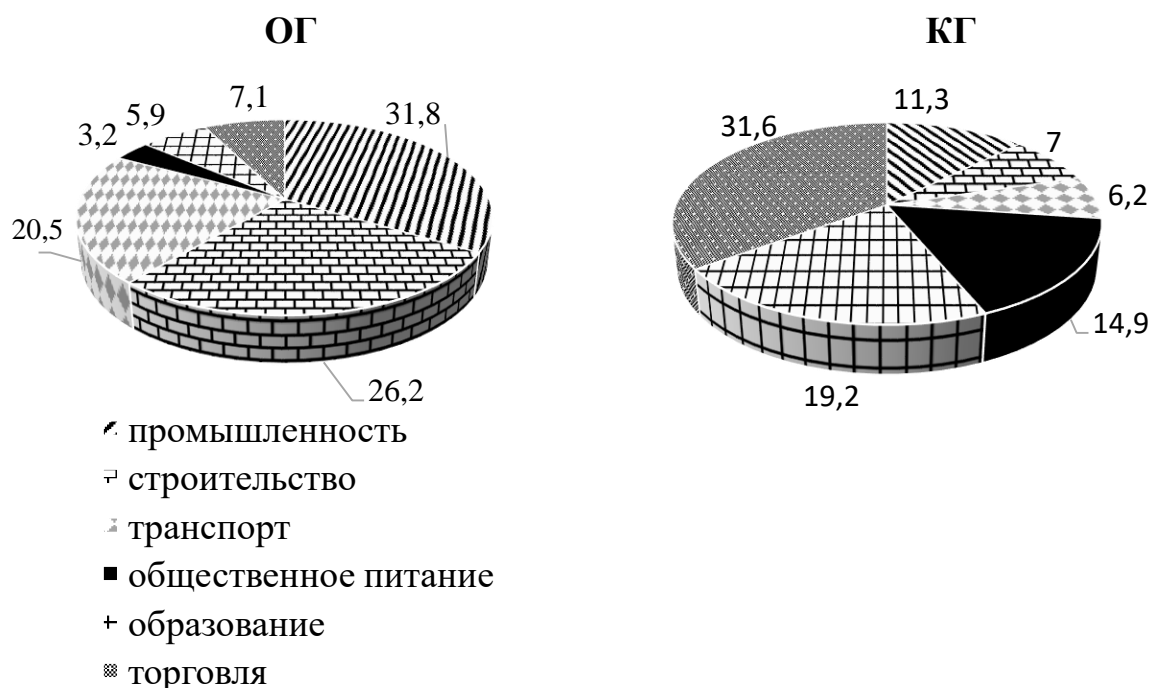
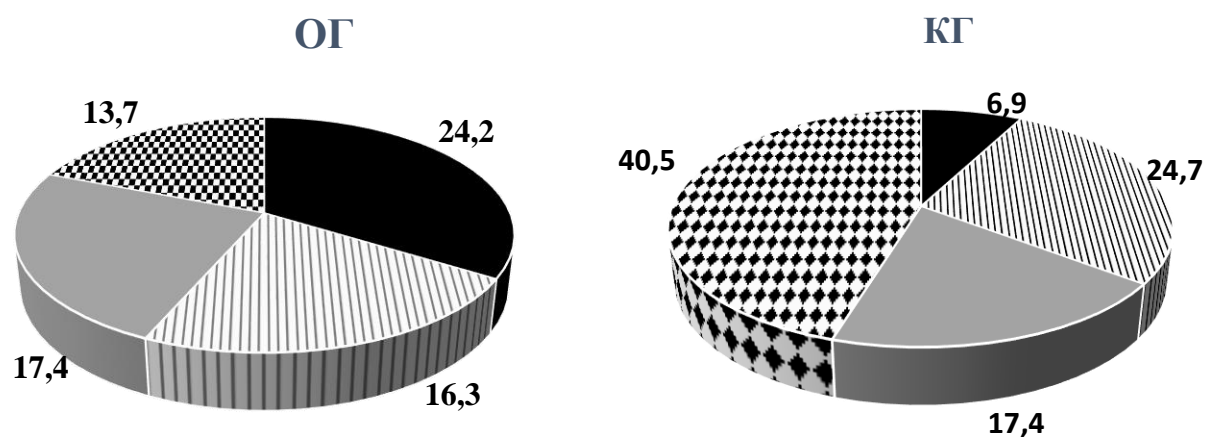


Рисунок 4.6 – Распределение респондентов ОГ и КГ по отраслям производственной деятельности, %.

Анализ основных производственных факторов трудовой деятельности показал, что практически каждый четвертый в производстве отмечал дефицит двигательной активности ( $24,1 \pm 1,96\%$ ). В КГ таких было  $40,5 \pm 3,17\%$ , в ОГ –  $13,7 \pm 2,25\%$  ( $p < 0,05$ ). Каждый пятый из числа опрошенных отметил вынужденное положение тела ( $20,3 \pm 1,85\%$ ): пациенты КГ –  $24,7 \pm 2,78\%$ , ОГ –  $17,4 \pm 2,48\%$ . Частые стрессовые ситуации были у  $21,5 \pm 1,89\%$  опрошенных: среди ОГ – у  $28,4 \pm 2,95\%$ , среди КГ – у  $10,5 \pm 1,98\%$ ,  $p < 0,01$ . Малая доля респондентов КГ (лишь  $6,9 \pm 1,64\%$ ), отмечали как основной фактор трудовой деятельности – высокую степень физического напряжения, а среди опрошенных ОГ таковых было  $24,2 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,05$  (рисунок 4.7).



- Частые стрессовые ситуации
- ▨ Высокая степень физического напряжения
- ▤ Нарушение режима сна и питания
- ▥ Вынужденное положение тела
- Дефицит двигательной активности

Рисунок 4.7 – Распределение опрошенных по наличию производственных факторов трудовой деятельности, %.

Поскольку курение табака является одним из факторов риска бронхолегочной патологии, в этой связи пациентам был задан вопрос об их употреблении табачных изделий. Выяснилось, что большинство респондентов



относились к курящим –  $58,5 \pm 2,3\%$  (почти в два раза больше среди пациентов ОГ, чем КГ:  $65,0 \pm 3,1\%$  и  $54,8 \pm 3,17$  соответственно,  $p < 0,05$ ) (рисунок 4.8).

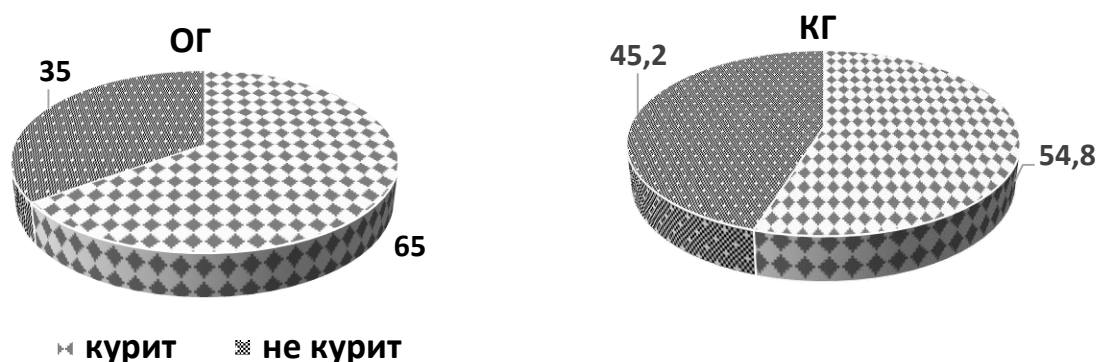


Рисунок 4.8 – Распределение опрошенных по отношению к курению табачных изделий, %.

При этом среди курящих бросили курить за последний год  $66,7 \pm 3,11\%$  (больше в КГ, чем ОГ:  $71,7 \pm 3,61\%$  и  $60,8 \pm 5,39\%$ ), бросили курить за последние 5 лет –  $21,7 \pm 2,72\%$  (доля их в ОГ –  $24,3 \pm 4,74\%$ , в КГ –  $20,0 \pm 3,2\%$ ), никогда не курили всего лишь  $11,6 \pm 2,11\%$  (больше среди пациентов ОГ, чем КГ  $14,9 \pm 3,93\%$  и  $8,3 \pm 2,21\%$  соответственно). Преобладающая доля лиц, бросивших курить за последний год, свидетельствует о том, что ухудшение состояния здоровья в связи с бронхолегочным заболеванием явилось причиной отказа от курения.

Непосредственное воздействие паров спирта, содержащегося в алкогольных напитках, на слизистую оболочку дыхательных путей и ткань легких может приводить к отмиранию и слущиванию эпителия альвеол, бронхиол, бронхов, и к пневмонии (воспалению легких), бронхиту. Поэтому чрезмерное потребление алкогольных напитков повышает риск развития бронхолегочной патологии. Среди пациентов с болезнями органов дыхания продолжали употреблять спиртные напитки –  $21,3 \pm 1,88\%$ , в том числе в КГ –  $30,8 \pm 2,98\%$  и в ОГ –  $15,1 \pm 2,34\%$  ( $p < 0,05$ ). Не употребляли алкоголь  $78,7 \pm 1,88\%$ , в том числе  $84,9 \pm 2,34\%$  в ОГ и  $69,2 \pm 2,98\%$  в КГ ( $p < 0,05$ ) (рисунок 4.9).

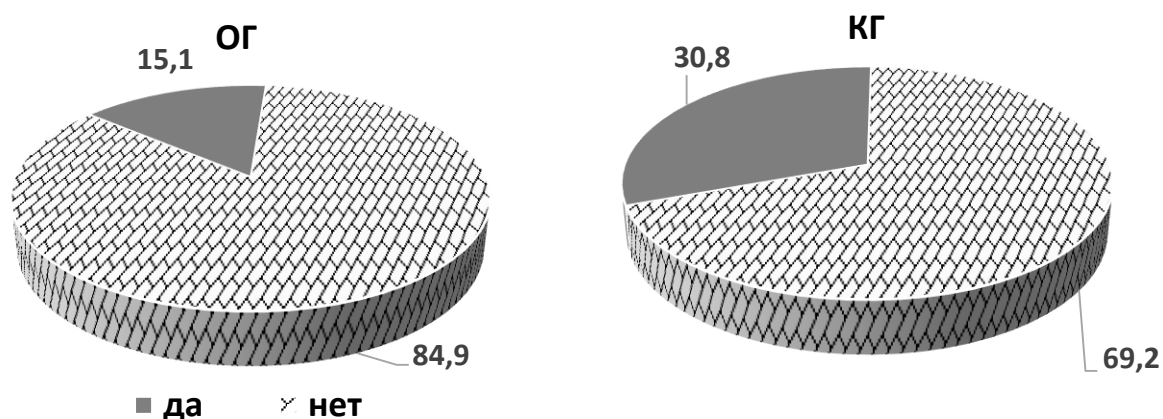


Рисунок 4.9 – Распределение опрошенных по употреблению алкогольных напитков, %.

Социально-гигиеническая характеристика респондентов с болезнями органов дыхания представлена в таблице 4.2.

Таблица 4.2. Социально-гигиеническая характеристика респондентов, %

Показатели:	Обе группы (474чел)		Основная группа (234чел)		Контрольная группа (240чел)		t
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1. Образование</b>							
а. Среднее	209	44,1± 2,28	123	52,7±3,26	73	30,6±2,97	5,01
б. Среднее специальное	214	45,1± 2,29	106	45,1±3,26	108	45,1±3,21	0
в. Высшее	51	10,8± 1,43	5	2,2±0,96	58	24,3±2,77	8,77
<b>2. Семейное положение</b>							
а. Зарегистрированный брак	233	49,1± 2,3	115	49,0±3,27	118	49,1±3,23	0,02
б. Одинокий (ая)	139	29,4± 2,09	75	32,1±3,05	60	25,2±2,8	1,67
в. Незарегистрированный (гражданский) брак	102	21,5± 1,89	44	18,9±2,56	62	25,7±2,82	1,79
<b>3. Жилищные условия</b>							
а. съемное жилье	142	30,0± 2,1	75	32,0±3,05	64	26,7±2,86	1,27
б. отдельная квартира	222	46,9± 2,29	119	51,0±3,27	97	40,5±3,17	2,31
в. частный дом	109	23,1± 1,94	40	17,0±2,46	79	32,8±3,03	4,05
<b>4. Отношение к работе:</b>							
а. не работает	290	61,2± 2,24	179	76,5±2,77	89	37,0±3,12	9,47
б. работает	184	38,8± 2,24	55	23,5±2,77	151	63,0±3,12	9,47

Продолжение таблицы 4.2							
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>5. Стаж работы</b>							
а. до 10 лет	76	16,0±1,68	30	12,9±2,19	50	21,0±2,63	2,37
б. свыше 10 лет	398	84,0±1,68	204	87,1±2,19	190	79,0±2,63	2,37
<b>6. Уровень материального положения</b>							
а. очень хороший	51	10,8±1,43	13	5,6±1,5	46	19,2±2,54	4,61
б. хороший	83	17,5±1,75	31	13,4±2,23	57	23,7±2,74	2,92
в. средний	158	33,3±2,16	88	37,4±3,16	65	26,9±2,86	2,46
г. низкий	182	38,4±2,23	102	43,6±3,24	72	30,2±2,96	3,05
<b>7. Отрасль производственной деятельности</b>							
а. промышленность	113	23,8±1,96	74	31,8±3,04	27	11,3±2,04	5,61
б. строительство	89	18,8±1,79	61	26,2±2,87	17	7,0±1,65	5,81
в. транспорт	71	15±1,64	48	20,5±2,64	15	6,2±1,56	4,66
г. общественное питание	37	7,8±1,23	7	3,2±1,15	36	14,9±2,3	4,55
д. образование	51	10,8±1,43	13	5,5±1,49	46	19,2±2,54	4,65
е. торговля	79	16,6±1,71	17	7,1±1,68	76	31,6±3,0	7,13
ж. предпринимательство	34	7,2±1,19	13	5,7±1,52	24	9,8±1,92	1,67
<b>8. Связь трудовой деятельности с факторами</b>							
а. Дефицит двигательной активности	114	24,1±1,96	32	13,7±2,25	97	40,5±3,17	6,89
б. Высокая степень физического напряжения	82	17,4±1,74	57	24,2±2,8	17	6,9±1,64	5,33
в. Вынужденное положение тела	96	20,3±1,85	41	17,4±2,48	59	24,7±2,78	1,96
г. Нарушение режима сна и питания	79	16,7±1,71	38	16,3±2,41	42	17,4±2,45	0,32
г. Частые стрессовые ситуации	102	21,5±1,89	66	28,4±2,95	25	10,5±1,98	5,038
<b>9. Отношение к табакокурению</b>							
1). курит	244	51,5±2,3	152	65,0±3,12	84	34,8±3,07	6,91
2). не курит:	230	48,5±2,3	82	35,0±3,12	156	65,2±3,07	6,91
а. бросил курить за последний год	153	66,7±3,11	50	60,8±5,39	112	71,7±3,61	1,68
б. бросил курить за последние пять лет	50	21,7±2,72	20	24,3±4,74	31	20,0±3,2	0,75
в. никогда не курил	27	11,6±2,11	12	14,9±3,93	13	8,3±2,21	1,46
<b>10. Употребление спиртных напитков</b>							
1. да	101	21,3±1,88	35	15,1±2,34	74	30,8±2,98	4,14
2. нет	373	78,7±1,88	199	84,9±2,34	166	69,2±2,98	4,14
а. крепкие	245	65,6±2,46	183	91,8±1,94	24	14,7±2,75	22,91
б. некрепкие	128	34,4±2,46	16	8,2±1,94	142	85,3±2,75	22,91

## 4.2. Медико-социальная характеристика инвалидов и не инвалидов с болезнями органов дыхания

Изучены медико-социальные особенности у пациентов с болезнями органов дыхания (КГ) и у инвалидов вследствие болезней органов дыхания (ОГ). При изучении нозологической причины госпитализации в стационарное учреждение выяснили, что наиболее частой была ХОБЛ –  $51,0 \pm 2,3\%$  случаев (у ОГ  $59,0 \pm 3,22\%$ , КГ  $38,0 \pm 3,13\%$ ,  $p < 0,05$ ), с БА –  $40,0 \pm 2,25\%$  (у ОГ  $26,0 \pm 2,87\%$ , КГ  $62,0 \pm 3,13\%$ ,  $p < 0,05$ ) (рисунок 4.10).

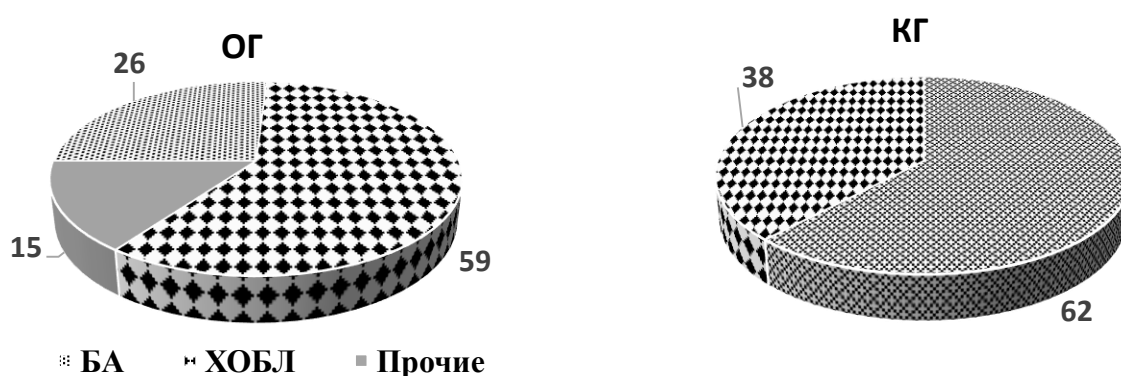


Рисунок 4.10 – Структура бронхолегочной патологии у опрошенных, %  
 Большое значение в прогрессировании респираторных заболеваний имеют сопутствующая хроническая патология. Исследование наличия сопутствующей патологии установило, что у  $97,0 \pm 0,78\%$  респондентов наблюдалась сопутствующая патология (у ОГ –  $95,5 \pm 1,36\%$ , у КГ –  $99,0 \pm 0,64\%$ ).

Заболевания сердечно-сосудистой системы были у  $62,0 \pm 2,26\%$  (в ОГ у  $84 \pm 2,45\%$ , в КГ –  $27,0 \pm 2,88\%$ ). Заболевания позвоночника составили  $19,0 \pm 1,83\%$  (в ОГ –  $7,0 \pm 1,71\%$ , в КГ –  $38,0 \pm 3,15\%$ ), болезни эндокринной системы – у  $12,0 \pm 1,52\%$  (в ОГ –  $1,0 \pm 0,67$ , в КГ –  $28,0 \pm 2,91\%$ ) и патология ЦНС –  $7,0 \pm 1,19\%$  (в ОГ –  $8,0 \pm 1,82\%$ , в КГ –  $6,0 \pm 1,54\%$ ).

Выявлены достоверные различия ( $p < 0,05$ ) в группах наблюдения (ОГ и КГ) по наличию сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, позвоночника и эндокринной системы (рисунок 4.11).

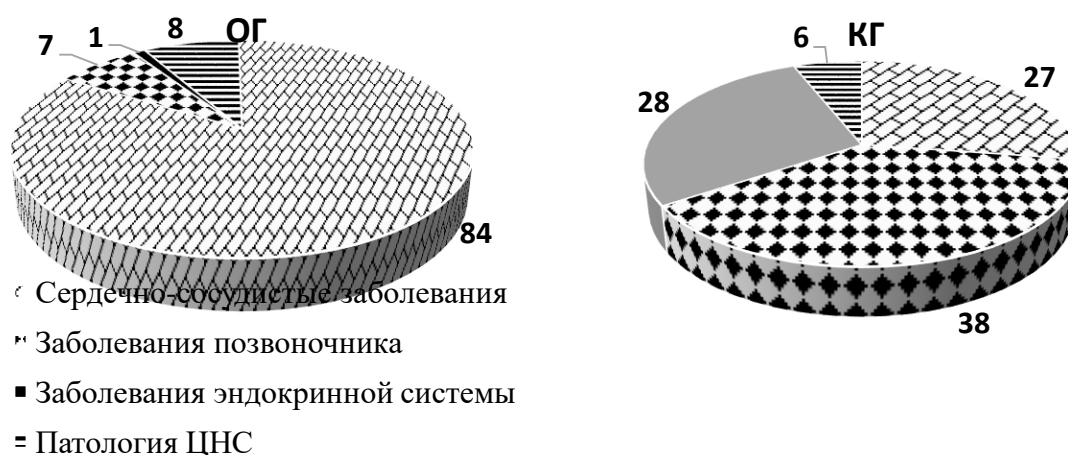


Рисунок 4.11 – Распределение пациентов с болезнями органов дыхания по наличию сопутствующей патологии, %.

Поскольку длительность основного легочного заболевания служит фактором прогноза неблагоприятных исходов, нами было изучено начало легочной патологии. При исследовании длительности основного респираторного заболевания установлено, что наибольший удельный вес ( $38,0 \pm 2,23\%$ ) был отмечен с длительностью основного заболевания до 5 лет; а наименьший ( $27,0 \pm 2,04\%$ ) – с длительностью 5-10 лет. При изучении пациентов с учетом групп наблюдения выявлено у ОГ большинство опрошенных ( $58,0 \pm 3,23\%$ ) длительностью легочной патологии более 10 лет. У этих пациентов отмечались умеренные или тяжелые осложнения основного легочного заболевания (в виде дыхательной недостаточности, либо сочетание легочной с сердечной недостаточностью). В КГ пациентов (не инвалидов) большинство граждан имели длительность легочной патологии до 5 лет ( $82,0 \pm 2,48\%$ ), без тяжелых осложнений основного бронхолегочного заболевания. С учетом групп наблюдения выявлены достоверные различия ( $p < 0,05$ ): длительностью заболевания до 5 лет, от 5 до 10 лет и более 10 лет.

При изучении самооценки состояния здоровья пациентов выяснили, что большинство респондентов оценили свое здоровье как удовлетворительное ( $49,0 \pm 2,3\%$ ) и хорошее ( $38,0 \pm 2,23\%$ ). Достоверные различия ( $p < 0,05$ ) выявлены среди опрошенных ОГ и КГ с хорошим и удовлетворительным

состоянием здоровья. Среди опрошенных ОГ (инвалиды) большинство оценили свое состояние здоровья как хорошее –  $49,0 \pm 3,27\%$ , среди пациентов КГ – большинство были с удовлетворительным состоянием здоровья. Плохое состояние здоровья было у  $14,0 \pm 2,27\%$  опрошенных ОГ и у  $13 \pm 2,17\%$  опрошенных КГ, что было связано в основном с одышкой в покое и при незначительной физической нагрузке, продолжительным кашлем, отсутствием и упадком сил.

Распределение респондентов по оценке состояния здоровья в ОГ (у инвалидов) и КГ (у не инвалидов) представлены на рисунке 4.12.

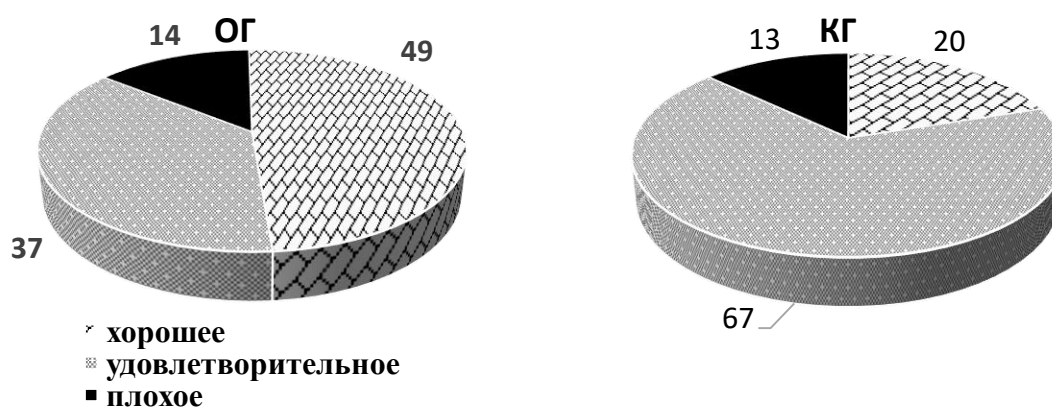


Рисунок 4.12 – Распределение респондентов по состоянию здоровья, %.

Косвенным показателем состояния здоровья пациентов является их обращаемость за помощью в медицинские организации, поэтому нами было проведено изучение обращаемости респондентов с легочной патологией за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Установлено, что  $44,1 \pm 2,28\%$  пациентов с бронхолегочной патологией обращались один раз в 12 месяцев,  $27,3 \pm 2,05\%$  – один раз в 6 месяцев,  $18,7 \pm 1,79\%$  – один раз в 3 месяца. Были пациенты, которые обращались за медицинской помощью один раз в несколько лет, их доля составила  $6,4 \pm 1,12\%$ . Меньше всего респондентов ( $3,5 \pm 0,84\%$ ) обращались за консультацией каждый месяц. В основной группе каждый второй ( $52,0 \pm 3,27\%$ ) обращался за консультативной помощью лишь раз в год, каждый

пятый ( $22,0 \pm 2,71\%$ ) - раз в полгода. Среди опрошенных пациентов ОГ  $15,0 \pm 2,33\%$  получали консультативную помощь раз в три месяца. Большинство пациентов КГ ( $35,0 \pm 3,08\%$ ) обращались в поликлинику за консультативной помощью раз в 6 месяцев;  $31,0 \pm 2,99\%$  КГ - раз в год;  $24,0 \pm 2,76\%$  КГ - раз в три месяца. Меньше всего опрошенных в КГ ( $10,0 \pm 1,94\%$ ) обращались за консультативной помощью каждый месяц. Не оказалось среди пациентов ОГ, которые обращались бы в поликлинику каждый месяц, а в КГ – 1 раз в несколько лет (рисунок 4.13).

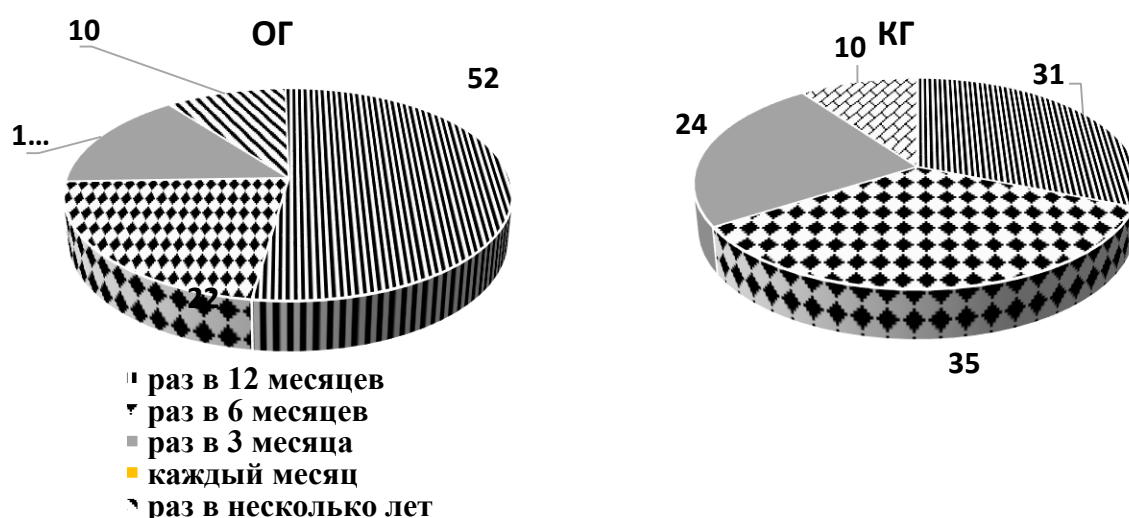


Рисунок 4.13 – Распределение респондентов по частоте обращаемости в АПУ за консультативной помощью, %.

Достоверно значимые различия были выявлены среди групп опрошенных, которые обращались за консультацией один раз в 12 месяцев, один раз в 6 месяцев, каждый месяц, один раз в несколько лет.

В целях оценки состояния здоровья медицинскими работниками в ОГ и КГ ежегодно проводятся профилактические осмотры. Нами было изучено прохождение гражданами ежегодного профилактического осмотра и были выявлены достоверно значимые различия среди групп наблюдений как проходивших медицинский осмотр, так и среди лиц, не проходивших. Так, ежегодный профилактический медицинский осмотр проходили лишь  $42,0 \pm 2,27\%$  респондентов. Однако среди пациентов ОГ большинство не

проходили профилактический осмотр ( $72,0 \pm 2,94\%$ ), а среди пациентов КГ большинство ( $65,0 \pm 3,08\%$ ) отметили регулярное прохождение профилактического осмотра.

У врача терапевта и/или пульмонолога регулярно наблюдались лишь  $48,0 \pm 2,29\%$  пациентов с бронхолегочной патологией (больше среди пациентов КГ, чем среди пациентов ОГ:  $57,0 \pm 3,20\%$  против  $41,0 \pm 3,22\%$  соответственно). Доля пациентов, не наблюдавшихся у терапевта или пульмонолога, составила  $52,0 \pm 2,29\%$ : больше среди пациентов ОГ, чем КГ:  $59,0 \pm 3,22\%$  и  $43,0 \pm 3,20\%$  соответственно. Выявлены достоверно значимые различия у ОГ и КГ как среди регулярно наблюдавшихся у терапевтов и/или пульмонологов, так и не наблюдавшихся у данных специалистов. Итоговая таблица исследования медико-социальных характеристик респондентов с болезнями органов дыхания представлена в таблице 4.3.

**Резюме.** Таким образом, в результате изучения социально-гигиенических особенностей пациентов с болезнями органов дыхания установили, что у инвалидов достоверно большая часть имели среднее общее образование, почти половина жили в зарегистрированном браке, большая часть свои жилищные условия оценили, как удовлетворительные. В тоже время среди инвалидов две трети не работали, половина имели низкий материальный уровень. Ранее большинство работали в промышленности и строительстве, имели плохие условия работы (физический труд, частые стрессы), среди них больше часто курящих и потребляющих алкоголь. Медико-социальная характеристика показала, что пациенты, имеющие инвалидность, страдали ХОБЛ и БА, имели сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистой системы, костно-мышечной системы). При этом их характеризовала низкая медицинская активность (в анамнезе редкая обращаемость за медицинской помощью, отказ от прохождения профилактических медицинских осмотров).



Таблица 4.3. – Характеристика респондентов по состоянию здоровья и медицинской активности

Показатели:	Обе группы (474 чел)		ОГ (234 чел.)		КГ (240 чел)		t критерий
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1. Бронхо-легочная патология</b>							
а. бронхиальная астма	190	40,0±2,25	61	26,0±2,87	149	62,0±3,13	8,48
б. хроническая обструктивная болезнь легких	242	51,0±2,30	138	59,0±3,22	91	38,0±3,13	4,68
в. прочие	43	9,0±1,31	35	15,0±2,33	-	-	6,44
<b>2. Наличие сопутствующей патологии</b>							
а. Сердечно-сосудистые заболевания	285	62,0±2,26	187	84,0±2,45	64	27,0±2,88	15,07
б. Заболевания позвоночника	87	19,0±1,83	16	7,0±1,71	90	38,0±3,15	8,65
в. Заболевания эндокринной системы	55	12,0±1,52	2	1,0±0,67	67	28,0±2,91	9,04
г. Патология ЦНС	32	7,0±1,19	18	8,0±1,82	14	6,0±1,54	0,84
<b>3. Стаж легочной патологии</b>							
а. до 5 лет	180	38,0±2,23	19	8,0±1,77	197	82,0±2,48	24,29
б. от 5 до 10 лет	128	27,0±2,04	80	34,0±3,10	43	18,0±2,48	4,03
в. более 10 лет	166	35,0±2,19	136	58,0±3,23	-	-	17,96
<b>4. Состояние здоровья:</b>							
а. Хорошее	180	38,0±2,23	115	49,0±3,27	48	20,0±2,58	6,96
б. Удовлетворительное	232	49,0±2,30	87	37,0±3,16	161	67,0±3,04	6,84
в. Плохое	62	13,0±1,54	33	14,0±2,27	31	13,0±2,17	0,32
<b>5. Обращения за консультативной помощью</b>							
а. раз в 12 месяцев	209	44,1±2,28	122	52,0±3,27	74	31,0±2,99	4,74
б. раз в 6 месяцев	129	27,3±2,05	51	22,0±2,71	84	35,0±3,08	3,17
в. раз в 3 месяца	89	18,7±1,79	35	15,0±2,33	58	24,0±2,76	2,49
г. каждый месяц	17	3,5±0,84	-	-	24	10,0±1,94	5,15
д. раз в несколько лет	30	6,4±1,12	23	10,0±1,96	-	-	5,10

Продолжение таблицы 4.3							
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>6. Прохождение профилактических осмотров</b>							
а. да	199	42,0±2,27	66	28,0±2,94	156	65,0±3,08	8,69
б. нет	275	58,0±2,27	168	72,0±2,94	84	35,0±3,08	8,69
<b>7. Наблюдение у врача терапевта и/или пульмонолога</b>							
а. да	228	48,0±2,29	96	41,0±3,22	137	57,0±3,20	3,52
б. нет	246	52,0±2,29	138	59,0±3,22	103	43,0±3,20	3,52

## **ГЛАВА 5. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Рассматривая мероприятия медицинской помощи, как процесс улучшающий качество жизни инвалидов, необходимо отметить, что обеспечение необходимой медицинской помощью представляет собой совокупность функционирования органов государственной власти вне зависимости от ведомственной принадлежности, организаций территориального самоуправления, учреждений различного профиля, осуществляющих мероприятия по медицинской помощи и реабилитации пациентов и инвалидов. В данной главе проведен анализ организационной деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь инвалидам вследствие болезней органов дыхания.

### **5.1. Анализ основных показателей пульмонологической службы в Республике Башкортостан**

Оказание медицинской помощи инвалидам в Республике Башкортостан осуществляется в межведомственной системе, включающей медицинские организации, санаторно-курортные учреждения, центры реабилитации. Согласно приказу Минтруда России № 486н, врачи-специалисты по медико-социальной экспертизе в случае признания лиц инвалидов должны разрабатывать индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА). Обязательность разработки ИПРА лицам, признанным инвалидами, регламентирована ст.7 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» №181-ФЗ: «медико-социальная экспертиза – признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая

реабилитацию». В соответствии со ст.11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» «индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации реабилитационных мер...». ИПРА, разработанная инвалиду, представляет собой документ с рекомендованными реабилитационными мероприятиями. Инвалид имеет право отказаться от того или иного мероприятия или от реализации всей программы в целом, однако она является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Статьей 11 ФЗ-181 определено, что ИПРА включает в себя программы по медицинской, профессиональной, социальной реабилитации, физкультурно-оздоровительным мероприятиям и обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации.

Ведущая роль в охране здоровья населения, в том числе и инвалидов, принадлежит амбулаторно-поликлиническим медицинским организациям. При этом, медицинская помощь инвалидам вследствие БОД имеет свои ключевые особенности, так как для данной категории инвалидов характерна полиморбидность, определяющая множественные физические, психические и социальные ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Порядок оказания медицинской помощи инвалидам вследствие БОД предполагает преемственность медицинской и социальной составляющей. Создание системы медицинской помощи для инвалидов может рассматриваться как составляющая совершенствования медико-социальной поддержки инвалидов.

Нормативно-правовая деятельность пульмонологической службы Республики Башкортостан регламентируется следующими документами:

- ✓ Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года №916н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология";
- ✓ Приказом Министерства здравоохранения РБ от 28 декабря 2016 г. №3772-Д «Об организации оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» в медицинских организациях Республики Башкортостан».

Во исполнение указанных приказов утверждены: схема маршрутизации пациентов по профилю "пульмонология" в медицинских организациях РБ; медицинские показания для направления пациентов с патологией органов дыхания на консультацию в кабинеты врача-пульмонолога; зоны ответственности медицинских организаций РБ, оказывающих специализированную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях по профилю "пульмонология" на территории Республики Башкортостан. Медицинская помощь по профилю «пульмонология» оказывается пациентам с хроническими обструктивными болезнями легких, бронхиальной астмой, пневмонией, острым и хроническим бронхитом, бронхоэктатической болезнью, интерстициальными болезнями легких (альвеолит, саркоидоз), плевритами. В основе организации медицинской помощи населению республики в настоящее время лежит принцип системности и осуществляется на трех уровнях (рисунок 5.1).

*I уровень - первичная медико-санитарная помощь:*

- 1.1. Врачи первичного звена в амбулаторных условиях;
- 1.2. Терапевтическое отделение в стационарных условиях (круглосуточного пребывания в центральных городских и районных больницах).

*II уровень – специализированная медицинская помощь (в условиях консультативных кабинетов врачом-пульмонологом):*

2.1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова;

2.2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 21 города Уфа;

2.3. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа.

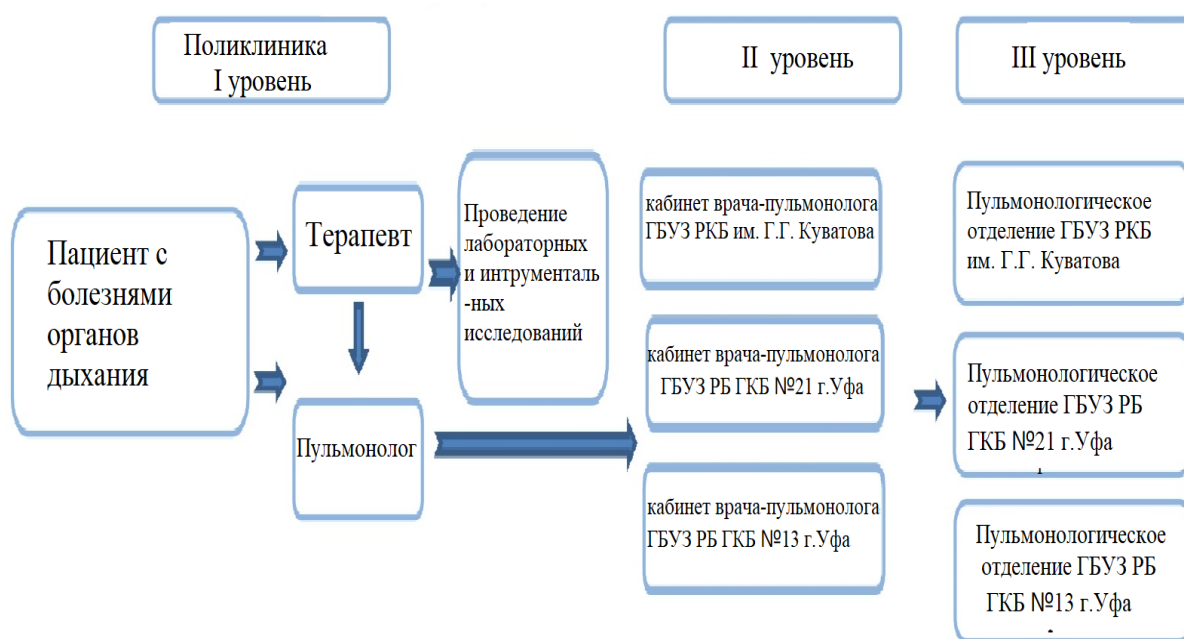


Рисунок 5.1 – Маршрутизация пациентов с БОД в медицинские организации по уровням оказания медицинской помощи.

*III уровень – специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь по профилю "пульмонология" (в условиях пульмонологического отделения стационара):*

3.1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканская клиническая больница имени Г.Г.Куватова;

3.2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13 города Уфа;

3.3. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница № 21 города Уфа.

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает меры по профилактике, диагностике, лечению пульмонологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию и поддержанию здорового образа жизни.

Первичная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара и содержит: первичную доврачебную медико-санитарную помощь; первичную врачебную медико-санитарную помощь; первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Госпитализация пациентов в стационарные условия происходит по направлению врача консультативной поликлиники. Очень важно, чтобы маршрутизация пациентов, получившего стационарное лечение, осуществлялась в соответствии с местом дальнейшего диспансерного наблюдения у врача консультативной поликлиники.

В 2021г. в Республике Башкортостан функционировало 268 коек «пульмонологического» профиля. Обеспеченность населения специализированными койками для лечения болезней органов дыхания составила в 2021г. – 0,65 на 10 тыс. населения (средний показатель по Российской Федерации составил – 0,95 на 10 тыс. населения). В 2020 году аналогичный показатель был – 0,67 (по РФ – 0,97 на 10 тыс.).

В динамике отмечается снижение обеспеченности населения пульмонологические койками.

Укомплектованность кадрами по физическим лицам составляла в 2015г. 49,0%, в 2018г. – 47,0%, в 2021г. – 41,7% соответственно (при некоторой тенденции к снижению на 14,9%). С 2015 по 2021гг. прослеживается рост коэффициента совместительства с 2,0 в 2015г. до 2,2 в 2021г.

Так, анализ кадрового состава пульмонологической службы свидетельствует о наличии острого кадрового дефицита с негативной тенденцией. Число должностей «пульмонологов» в целом по республике в 2021г. штатных – 72, из которых занято лишь 30 единица (таблица 5.1).

Таблица 5.1. – Показатели укомплектованности кадрами в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «пульмонология» Республики Башкортостан в 2015-2021гг.

Показатели укомплектованности кадров (врачи-пульмонологи)	Годы					Динамика 2015-2021, %
	2015	2018	2019	2020	2021	
Число штатных должностей в целом по организации	51	59	66	69	72	+41,2
Число занятых должностей по организации (абсолютное число работающих врачей пульмонологов)	25	28	31	31	30	+20,0
Потребность в кадрах по профилю «пульмонология» (абс.ч.)	26	31	35	38	42	+61,5
Укомплектованность по физическим лицам; всего по медицинским организациям пульмонологической помощи (%)	49,0	47,0	47,0	44,9	41,7	-14,9
Коэффициент совместительства	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	+10,0

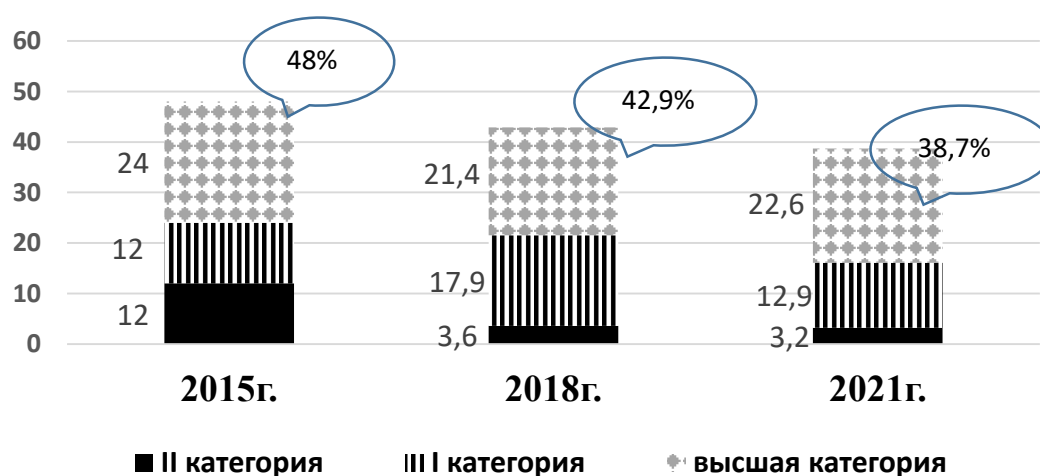


Рисунок 5.2. – Распределение врачей-пульмонологов по квалификационным категориям за 2015, 2018, 2021гг., %.

Уровень аттестации среди врачей пульмонологов достаточно низкий: в 2021г. категорию по специальности «пульмонология» имели лишь 38,7% (в 2015г. – 48,0%, в 2018г. – 42,9%) (рисунок 5.2).



Высшую категорию имели – 22,6% (в 2018г. – 21,4%, в 2015г. – 24,0%); первую – 12,9% (в 2018г. – 17,9%, в 2015г. – 12,0%); вторую – 3,2% (в 2018г. – 3,6%, в 2015г. – 12,0%)

Изучены особенности оказания специализированной медицинской помощи по профилю "пульмонология" в условиях пульмонологических отделений: в РКБ имени Г.Г.Куватова на 40 коек, в ГКБ N 13 г. Уфа на 60 коек и в ГКБ N 21 г. Уфа на 60 коек. Врачебный состав в трех пульмонологических отделениях представлен в количестве 15 человек: по 1 заведующему в каждом отделении и по 4 врача пульмонолога. Отмечается дефицит в количестве 4 врачей-пульмонологов, что свидетельствует о проблемах, которые существуют во всех МО нашей страны – не хватает высококвалифицированных кадров. Кадровый состав пульмонологического отделения медицинских организаций 3 уровня РБ представлен в таблице 5.2.

Таблица 5.2. – Кадровый состав в медицинских организациях 3 уровня (на 2021г.)

Кадровый состав	Медицинские организации			Требования в соответствии с приказом Минздрава РФ от 15.11.2012 №916н
	РКБ имени Г.Г.Куватова	ГКБ №13 г. Уфа	ГКБ №21 г.Уфа	
Заведующий пульмонологическом отделением - врач-пульмонолог	1	1	1	1 на 30 коек
Врач-пульмонолог	4	4	4	1 врач на 15 коек, 1 врач на кабинет реабилитации, 1 врач функциональной диагностики.
Мед.сестра постовая	4	5	6	4,75 м/с на 15 коек,
Мед.сестра процедурной	2	2	2	1 м/с на ингаляционную, 1 м/с на процедурную
Старшая мед.сестра	1	1	1	1 на 30 коек
Сестра-хозяйка	1	1	1	1 на 30 коек;
Санитар	4	3	4	4,75 на 30 коек, 4,75 на 3 койки палаты интенсивной терапии

Рассмотрим численность медицинского персонала пульмонологических стационаров: 7 медицинских сестер и 5 младшего мед. персонала в РКБ имени Г.Г.Куватова (по требованиям приказа должно быть не менее 14 медицинских

сестер и 10 санитаров); 8 и 4 соответственно (должно быть 22 и 15) – в ГКБ №13 г. Уфа; 9 и 5 соответственно (должно быть 22 и 15) - в ГКБ №21 г. Уфа. Так, в РКБ имени Г.Г. Куватова укомплектованность по среднему и младшему медицинскому персоналу составляла в 2021г. – 50,0%, в ГБУЗ РБ ГКБ №13 – 31,6%, в ГБУЗ РБ ГКБ №21 – 36,8%, то есть по среднему и младшему медицинскому персоналу также отмечается дефицит кадров.

В медицинских организациях при пульмонологических отделениях функционируют школы здоровья: в ГБУЗ РБ ГКБ №21 г.Уфа - «Школа для пациентов, страдающих бронхиальной астмой»; в ГБУЗ РБ ГКБ №13 г.Уфа проводятся обучающие семинары для больных с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких в «Астма-школе», «ХОБЛ-школе». В РКБ имени Г.Г.Куватова в «Школе здоровья» проходят лекции и мастер-классы на самые актуальные темы, направленные на профилактику и лечение различных заболеваний, в том числе по темам «Симптомы, лечение, профилактика бронхиальной астмы», «Симптомы, лечение, профилактика хронической обструктивной болезни легких». Однако в связи с пандемией COVID-19 проведение данных школ приостановлены начиная с марта 2020 года, что с высокой степенью вероятности повлияет на дальнейшие мероприятия в отношении инвалидов вследствие БОД.

Изучены некоторые показатели оказания специализированной медицинской помощи больным с БОД. В РКБ имени Г.Г.Куватова и ГБУЗ ГКБ №13 г. Уфы оказывающих специализированную пульмонологическую помощь наблюдается уменьшение общего количества госпитализаций на 5,9% и 7,8% при увеличении средней длительности лечения больного в учреждении (на 7,3% и 18,5% соответственно) и числа дней занятости койки в году (на 5,2% и 7,9% соответственно по учреждениям). В ГБУЗ ГКБ №21 г. Уфы обратная ситуация - увеличение общего количества госпитализаций на 9,9% при уменьшении средней длительности лечения больного в стационаре на 6,5%.

Показатель числа дней занятости койки в году по медицинским организациям увеличился (в РКБ имени Г.Г.Куватова – на 5,2%; в ГКБ №13 г. Уфа – на 7,9%; в ГКБ №21 г.Уфа на 9,0%). Обеспеченность населения больничными койками по МО различается в виду различного числа прикрепленного населения по РБ. Количество летальных исходов и показатель больничной летальности увеличились по всем анализируемым учреждениям (на 23,1%, 15,0% и 14,3% соответственно по медицинским организациям), это, вероятнее всего, можно объяснить ростом числа тяжелых и сложных случаев госпитализации (таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Оказание медицинской помощи больным с БОД в 2019 и 2021гг.

Наименование показателя	ГБУЗ РКБ имени Г.Г.Куватова			ГБУЗ РБ ГКБ №13 г. Уфа			ГБУЗ РБ ГКБ №21 г.Уфа		
	2019г	2021г	Динамика, %	2019г	2021г	Динамика, %	2019г	2021г	Динамика, %
Количество госпитализаций	3876	3648	-5,9	1581	1458	-7,8	1648	1811	+9,9
Число дней занятости койки в году	343,0	361,0	+5,2	164,0	177,0	+7,9	189,0	206,0	+9,0
Обеспеченность населения больничными койками	35,0	33,2	-5,1	2,8	3,6	+28,6	14,6	13,0	-11,0
Летальность больничная (в %)	1,3	1,6	+23,1	4,0	4,6	+15,0	2,1	2,4	+14,3
Количество летальных исходов	48	60	+25,0	38	46	+21,1	44	35	-20,5
Средняя длительность лечения больного в стационаре	10,9	11,7	+7,3	8,1	9,6	+18,5	9,2	8,6	-6,5

Пациенты с пульмонологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний направляются для проведения лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации. Методы лечения,

применяемые на курортах: климатолечение (длительное нахождение в благоприятных лесных и горных зонах благотворно сказывается на организме из-за большого количества отрицательно заряженных ионов), бальнеотерапия (принятие лечебных ванн, способствующих снятию болезненных состояний, укреплению иммунитета), аппаратная физиотерапия, массаж, лечебная физкультура под руководством специалиста, спелеотерапия (регулярное посещение соляных пещер по расписанию, составленному доктором, грязелечение, ингаляции и дыхательная гимнастика, рефлексотерапия, фитолечение.

К важным курортам региона для пациентов с БОД относятся санатории: Санаторий «Красноусольск» РБ, Санаторий «Карагай» РБ, Санаторий «Юматово» РБ, Санаторий «Ай» РБ, Санаторий «Зеленая роща», г. Уфа, Санаторий «Якты-Куль» РБ, Санаторий «Танып» РБ, Санаторий «Янган-Тау» РБ, Санаторий «Ассы» РБ.

Санаторно-курортное лечение пульмонологических пациентов не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, поэтому оказывается на платной основе.

Нами была проведена оценка стоимости 14 дневного пребывания в санаториях Республики Башкортостан, в ходе которой определено, что в 2021г. в среднем стоимость пребывания в санаторно-курортном учреждении составила 43866,7 рублей (при размещении в трехместном номере с подселением и 3-х разовом питании) (таблица 5.4).

Консультации специалистами, методы диагностики и лечебные процедуры, применяемые на курортах, подбираются индивидуально и оплачиваются отдельно.

Таблица 5.4. – Средняя стоимость лечения в санаториях РБ в 2021г.

№ п/п	Наименование санаторно-курортного учреждения	Стоимость 14-дневного лечения в санатории, руб.
1.	Санаторий «Красноусольск» РБ	50400
2.	Санаторий «Карагай» РБ	50400
3.	Санаторий «Юматово» РБ	37800
4.	Санаторий «Ай» РБ	37800
5.	Санаторий «Зеленая роща», г. Уфа	57400
6.	Санаторий «Якты-Куль» РБ	37660
7.	Санаторий «Таныш» РБ	42980
8.	Санаторий «Янган-Тау» РБ	44800
9.	Санаторий «Ассы» РБ	35560
10.	Средняя стоимость	43866,67

## 5.2 Анализ оказания медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания до наступления пандемии COVID-19

Проведено изучение оказания медицинской помощи инвалидам вследствие бронхолегочной патологии за 2019г. то есть до наступления пандемии коронавирусной инфекции.

Проанализированы протоколы освидетельствования инвалидов в бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан и медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях за 2019г. у 132 инвалидов.

Характеризуя обследованных следует отметить, что среди них доля мужчин составила 74,21%, доля женщин – 25,8%. Средний возраст обследованных пациентов составил  $61,2 \pm 3,1$  года, средний возраст мужчин –  $62,3 \pm 2,9$  года, женщин –  $58,8 \pm 3,4$  года ( $p < 0,05$ ) (таблица 5.5).

Большинство больных были в возрастных группах 61-70 лет (44,7%). Следует отметить, что в возрастной группе 41-50 лет находилось 16,4%.

Изучена структура бронхолегочной патологии инвалидов, которым была оказана медицинская помощь.

Таблица 5.5 – Медико-социальная характеристика пациентов с БОД (%)

Показатели		(N=132)
Распределение		
по полу:	мужчины	74,2
	женщины	25,8
по возрасту:	18-30 лет	-
	31-40 лет	2,3
	41-50 лет	13,6
	51-60 лет	26,5
	61-70 лет	44,7
	71 и старше лет	12,9
	по группам инвалидности	I группа
II группа		14,4
III группа		85,6

В структуре заболеваний: 65,2% - большинство (85 человек) составляли инвалиды вследствие ХОБЛ. Инвалиды с БА составили 24,2% (32 человека). Меньше всего было инвалидов с БЭБ – 10,6% (14 человек) (рисунок 5.3).

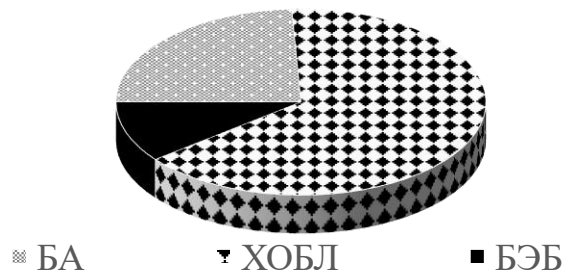


Рисунок 5.3 - Структура по заболеваниям обследованных с БОД %.

Большинство обследованных были с III группой инвалидности (85,6%). Признанных инвалидами II группы было 14,4%. Пациентов с тяжелой I группой инвалидностью среди обследованных не было.

Инвалиды вследствие БОД, имея стойкие нарушения дыхательной функции, чаще нуждаются в госпитализации в стационарные условия. В связи с этим, в нашем исследовании проведено изучение случаев стационарного лечения у инвалидов с болезнями органов дыхания (таблица 5.6).

Так, в результате анализа медицинских документов установлено, что в 2019г. 100,0% инвалидов получили стационарное лечение (168,9

госпитализаций на 100 инвалидов). Инвалиды с бронхиальной астмой госпитализировались 64 раза – в среднем 200,1 случая на 100 пациентов – инвалидов, с хронической обструктивной болезнью легких 138 раз, в среднем 160,5 случая на 100 инвалидов.

Таблица 5.6 – Показатели стационарного лечения инвалидов в 2019г.

Заболевания	Всего госпитализаций, абс.ч.	Кол-во госпитализаций (на 100 пациентов)	Всего койко-дней, проведенных в стационаре абс.ч.	Средняя длительность лечения
Бронхиальная астма	64	200,0	665	20,7
Хроническая обструктивная болезнь легких	138	160,5	1423	16,5
Бронхоэктатическая болезнь	21	150,0	235	16,8
Всего	223	168,9	2323	17,6

Меньше всего госпитализаций было у инвалидов с бронхоэктатической болезнью легких – 21 раз, в среднем 150,2 случая на 100 инвалидов.

Анализ проведенных койко-дней в стационарных условиях показал, что в 2019г. больными было проведено в целом 2323 дня (средняя длительность лечения 17,6 дня): в том числе при ХОБЛ – 1423 дня (средняя длительность лечения 16,5 дня), с бронхиальной астмы – 665 дней (20,7 дня), БЭБ – 235 дней (16,8 дня).

Таким образом, пациенты с бронхиальной астмой чаще получали стационарное лечение и более продолжительное время находились в стационаре и получали лечение.

Приказом Минтруда России, Минздрава России №402н/631н утвержден перечень медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, в который входят основные и дополнительные методы обследования.

К основным методам относятся:

1. Консультация врача-терапевта или врача общей практики (семейного врача) или врача-пульмонолога (давностью не более 1 месяца с даты проведения). Консультация необходима в целях выявления формы и тяжести течения, активности процесса, наличия и частоты обострений, распространенности патологического процесса, включения органов-мишеней, наличия осложнений, степени выраженности дыхательной недостаточности.

2. Общий (клинический) анализ крови (давностью не более 1 месяца с даты проведения); биохимический (общеклинический) анализ крови с обязательным указанием уровней общего белка и его фракций, серомукоида, холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов, глюкозы (давностью не более 1 месяца с даты проведения).

3. Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях с описанием результатов (давностью не более 2 месяцев с даты проведения).

4. Исследование ФВД (базисные пробы и пробы с бронхолитиком) (давностью не более 2 месяцев с даты проведения);

5. Пульсоксиметрия (давностью не более 2 месяцев с даты проведения).

В случае необходимости уточнения характера поражения органов дыхания или получения дополнительных сведений по сопутствующим заболеваниям необходимы дополнительные медицинские обследования: рентгенография, КТ или МРТ органов грудной клетки (давностью не более 3 месяцев с даты проведения); при наличии признаков анатомической обструкции дыхательных путей - бронхоскопия (давностью не более 3 месяцев с даты проведения); при поражениях миокарда вследствие легочной гипертензии и(или) правосердечной недостаточности, в том числе с нарушениями сердечного ритма - ЭКГ в динамике, Эхо КГ (протокол исследования) (давностью не более 2 месяцев с даты проведения); при бронхоэктатической болезни и интерстициальных болезнях легких - тест с 6-минутной ходьбой (давностью не более 2 месяцев с даты проведения); при интерстициальных болезнях легких по медицинским показаниям -



бодиплетизмография и диффузионный тест (давностью не более 2 месяцев с даты проведения).

Проведено изучение медицинских обследований, консультаций, полученных в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях г. Уфы инвалидами вследствие БОД в 2019г.

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан, является Порядок проведения диспансерного наблюдения.

Инвалиды вследствие болезней органов дыхания подлежат ежегодному диспансерному наблюдению: у терапевта (один раз в три месяца), у пульмонолога (один раз в шесть месяцев). С бронхиальной астмой дополнительное наблюдение у аллерголога один раз в год.

Нами были изучены консультации, данные врачами специалистами, для инвалидов с БОД, которые показали, что в течение 2019г. к врачам-специалистам с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья, коррекции лечения, а также с целью подготовки документов для прохождения медико-социальной экспертизы обращались все обследованные инвалиды (таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Количество консультаций врачами-специалистами инвалидам вследствие БОД в 2019г.

Заболевания	Всего консультаций врачом-терапевтом, абс.ч.	Количество консультаций врачом-терапевтом (на 100 пациентов)	Всего количество консультаций врачом-пульмонологом абс.ч.	Количество консультаций врачом-пульмонологом (на 100 пациентов)
Бронхиальная астма	84	262,5	28	116,7
Хроническая обструктивная болезнь легких	312	362,8	88	120,5
Бронхоэктатическая болезнь	32	228,6	10	111,1
Всего	428	324,2	126	118,9

Все инвалиды были консультированы врачами-терапевтами (428 консультаций): с ХОБЛ составили – 72,9%, с БА – 19,6%, с БЭБ – 7,5%.

Для динамического наблюдения врач-терапевт должен был консультировать один раз в три месяца, то есть 4 раза за год, а фактически получилось, что 324,2 консультации на 100 инвалидов: с ХОБЛ было 312 консультаций или 362,8 случая на 100 инвалидов (около 3 консультаций в год); с БА – 84 случая или 262,5 случая на 100 пациентов (около 2 консультаций в год); с БЭБ – 32 случая или 228,6 случая на 100 пациентов (2 консультации в год). Однако частота консультаций была ниже, требуемых по нормативным документам.

Врачами-пульмонологами должна быть одна консультация в шесть месяцев, то есть две консультации за год. Обследованным инвалидам лишь 85,6% были даны консультации пульмонологами (113 консультаций или 85,6 консультаций на 100 инвалидов), в том числе с ХОБЛ – 68 консультаций или 79,1 на 100 инвалидов; с БА – 33 или 103,1 на 100 инвалидов; с БЭБ – 12 консультаций – 85,7 на 100 пациентов.

Анализ объема и видов проведенных обследований инвалидам с БОД показал, что хотя все 100,0% инвалидов получили то или иное обследование, однако частота их была ниже, чем предусмотрено (таблица 5.8).

Таблица 5.8 – Количество обследований инвалидов в течение 2019г. в зависимости от заболевания.

Болезни органов дыхания	Показатели			
	Всего лабораторных методов исследования (абс.ч)	Кол-во лабораторных методов исследования (на 100 пациентов)	Всего инструментальных методов исследования (абс.ч.)	Кол-во инструментальных методов исследования (на 100 пациентов)
БА	154	481,3	70	218,8
ХОБЛ	388	451,2	188	218,6
БЭБ	62	442,9	29	207,1
Всего	604	457,6	287	217,4

В 2019г. инвалидам было выполнено 604 лабораторных метода обследования (457,6 на 100 инвалидов): общий (клинический) анализ крови (давностью не более 1 месяца с даты проведения); биохимический (общеклинический) анализ крови (давностью не более 1 месяца с даты проведения); общий анализ мочи: в среднем количество лабораторных обследований на 100 инвалидов с БА – 481,3; с ХОБЛ – 451,2; с БЭБ – 442,9 обследования.

Установлено, что всем инвалидам (100,0%) были выполнены инструментальные методы исследований в АПУ, но не в полном объеме: чаще всего выполнялась спирография (33,8%), ЭХО – кардиография (25,7%), Р – графия органов грудной клетки (18,4%), МРТ ОГК (11,2%) и КТ ОГК (7,4%), прочие исследования – 3,5%. Количество инструментальных методов составило всего 287 обследования (или 217,4 на 100 инвалидов), в том числе с БЭБ – 207,1 исследований; с ХОБЛ – 218,6; с БА – 218,8 исследований на 100 инвалидов.

У половины инвалидов (50,8% - 67 человек) были сопутствующие заболевания: болезни костно-мышечной системы (в частности сколиоз, остеохондроз – у 31 инвалида (43,3%), болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца у 19 инвалидов (24,7%), болезни нервной системы (поражения головного мозга) у 17 инвалидов (18,9%), туберкулез – 6,7%, прочие заболевания 6,4%

В наших исследованиях 46 инвалидам с БОД (34,8%) были даны 57 консультаций врачами прочих клинических специальностей (кардиологом, аллергологом, хирургом, травматологом) или 43,2 консультации на 100 инвалидов: в том числе 27 инвалидам с ХОБЛ (31,4%) – 34 консультации (39,5 консультаций на 100 инвалидов), 14 инвалидам с БА (43,8%) – 17 консультаций (53,1 на 100 инвалидов), 5 инвалидам с БЭБ (35,7%) – 6 консультаций (42,9 на 100 инвалидов).

Однако 11 инвалидам (16,4%) с сопутствующими заболеваниями не было проведено никаких обследований по сопутствующему заболеванию. Например, у 5 инвалидов с патологией нервной системы не проведена консультация невролога, ЭЭГ, ЭНМГ и прочие; у 3 инвалидов с сопутствующей патологией костно-мышечной системы (остеохондроз) не выполнено обследование R-графия позвоночника, консультации невролога, ортопеда, травматолога; у 3 инвалидов с ишемической болезнью сердца не проведена ЭХО-кардиография и отсутствовала консультация врача кардиолога.

Как отмечалось выше, согласно порядкам оказания медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями органов дыхания предусматривается проведение восстановительных реабилитационных мероприятий.

Нами были изучены реабилитационные мероприятия, полученные инвалидами с целью улучшения состояния здоровья и профилактики осложнений респираторного заболевания, которые показали, что в течение 2019 года большинство инвалидов получали те или иные реабилитационные мероприятия (таблица 5.9).

Таблица 5.9 – Проведенные реабилитационные мероприятия инвалидами вследствие БОД в 2019 г. (на 100 инвалидов)

БОД	Показатели					
	ЛФК	Массаж	Фитотерапия	Физиотерапия	Небулайзерная терапия	Медико-психологическое консультирование
БА	565,6	15,6	125,0	112,5	234,4	-
ХОБЛ	558,1	8,1	77,9	94,2	247,7	11,6
БЭБ	464,3	-	35,7	107,1	200,0	-
Всего	550,0	9,1	84,8	100,0	239,4	7,6

Реабилитационные мероприятия включали: лечебную физическую культуру, массаж грудной клетки, физиотерапию, фитотерапию,

небулайзерная терапия (в том числе с применением бронхолитиков), дыхательные тренажеры.

Важным реабилитационным мероприятием при болезнях органов дыхания является лечебная физическая культура, которая была проведена всем нашим обследованным инвалидам. ЛФК оказывает общеукрепляющее действие на организм, улучшает функцию внешнего дыхания, ускоряет процессы рассасывания при воспалении и стимулирует иммунитет, уменьшает проявление бронхоспазма и нормализует акт дыхания, увеличивает силу дыхательных мышц и подвижность грудной клетки, облегчает отделение мокроты, стимулирует кровообращение и лимфообращение.

В 2019г. 70,0% инвалидам было проведено – 726 курсов ЛФК (550,0 на 100 инвалидов), в том числе 181 курс лечебной физической культуры инвалидам с БА (565,6 на 100 пациентов), с 480 курсов с ХОБЛ (558,1 на 100 инвалидов) и 65 курсов для пациентов-инвалидов с бронхоэктатической болезнью (464,3 курса на 100 инвалидов).

Фитотерапия - древнейший метод лечения лекарственными растениями, который рассматривается как одно из значимых направлений современной медицины. Многообразие спектра химических природных соединений, содержащихся в растениях, и уникальное, сложное сочетание фармакотерапевтических свойств растительных лекарственных форм позволяет составлять лечебные программы, предусматривающие многостороннее, оптимальное воздействие при многих легочных заболеваниях, с учетом всех причин и механизмов их развития. Чай, настои, отвары лечебных трав широко применялись инвалидами как в стационаре, так и в домашних условиях.

Половине инвалидам вследствие болезней органов дыхания (67 пациентам) было проведено – 112 курсов фитотерапии: в среднем число курсов на 100 пациентов составило 84,8.

В наших исследованиях 23 инвалидам с бронхиальной астмой (71,9%) проведено 40 курсов фитотерапии или 125,0 курса на 100 инвалидов; 39 инвалидам с ХОБЛ (45,3%) – 67 курсов или 77,9 на 100 инвалидов; и 5 с бронхоэктатической болезнью (35,7%) – 5 курсов или 35,7 курсов на 100 инвалидов.

Физиотерапевтические процедуры в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях в комплексной медицинской реабилитации позволяют замедлить прогрессирование болезни, уменьшить частоту и тяжесть обострения, также их назначение возможно с первых дней заболевания на фоне медикаментозной терапии. Всего в 2019г. проведено 82 инвалидам (62,1%) - 132 курса физиотерапии, в среднем 100,0 курса на 100 инвалидов, показатель с бронхиальной астмой составил – 112,5 (18 инвалидам – 36 курсов), с ХОБЛ – 94,2 (52 инвалидам – 81 курс) и с бронхоэктатической болезнью – 107,1 курс на 100 инвалидов (12 инвалидам с БЭБ - 15 курсов).

Небулайзерная терапия – процедура распыления лекарственного раствора до аэрозоля и подача его в дыхательные пути больного. Для небулайзерной терапии используют: многие препараты: для разжижения мокроты и улучшения отхаркивания; препараты, расширяющие бронхи (бронходилататоры); гормональные препараты, обладающие противовоспалительным и противоотечным действием; щелочные и солевые растворы (0,9% физиологический раствор, минеральная вода «Боржоми», которые способствуют разжижению мокроты, улучшению ее отхождения).

В 2019г. все инвалиды вследствие болезней органов дыхания получили небулайзерную терапию (100,0 %) (как в стационарных условиях, так и в домашних – после рекомендаций врачами пульмонологами или терапевтами), их число составило 316 курсов данной терапии, (на 100 пациентов показатель составил 239,4 курса); с бронхиальной астмой – 234,4 на 100 инвалидов (75 курсов), с ХОБЛ – 247,7 (213 курсов) и с бронхоэктатической болезнью – 200,0 (28 курсов).

Массаж грудной клетки, как один из составляющих комплексного метода лечения был проведен лишь 12 инвалидам – 12 курсов массажа (9,1% из всех исследованных инвалидов): на 100 пациентов показатель составил 9,1 курс: в том числе показатель с бронхиальной астмой составил 15,6 на 100 инвалидов (5 инвалидам проведено 5 курсов); с ХОБЛ – 8,1 на 100 инвалидов (7 инвалидам – 7 курсов массажа).

В современных условиях происходит стремительное развитие информационных технологий, включая мобильную связь, интернет, которые стали доступными и ежедневно используемыми большей частью населения и которые дают возможность для регулярного длительного профилактического консультирования, и в конечном итоге способствуют увеличению вероятности успешного достижения целей контроля факторов риска респираторных заболеваний. Нами были изучены профилактические подходы с использованием медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий. Так, в 2019г. было проведено всего 10 медико-психологических консультаций (7,6%) в стационарных условиях инвалидам с ХОБЛ (показатель на 100 инвалидов составил 11,6).

Таким образом, изучение проведенных мероприятий свидетельствуют, что инвалидам с ХОБЛ чаще, чем другим инвалидам были проведены медицинские реабилитационные мероприятия и поскольку они назначались комплексно (в сочетании нескольких процедур), то позволили добиться более успешных результатов реабилитации, улучшения состояния здоровья, недопущение осложнений респираторного заболевания.

### 5.3. Анализ оказания медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания в период развития пандемии COVID-19

В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в 2020г. из-за вспышки новой коронавирусной инфекции, в целях предупреждения ее распространения на территории Российской Федерации, в том числе и в регионе, были введены ряд ограничительных мер в медицинские учреждения.

Несомненно, пандемия повлияла на оказание медицинской помощи инвалидам. Нами были изучены показатели группы инвалидности и реабилитации инвалидов в 2021г (таблица 5.10).

Таблица 5.10 – Показатели инвалидности в 2019г. и 2021г.

Группа инвалидности	2019г.		2021г.		Выборка 2021г.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
1 группа	0	0	5	3,8	0	0
2 группа	19	14,4	16	12,1	21	15,1
3 группа	113	85,6	111	84,1	118	84,9
Всего	132	100,0	127	100,0	139	100,0

Переболели вирусной пневмонией 87,9% инвалидов (116 человек), из них 9 пациентов – умерли, летальность составила 7,8%. В связи с ухудшением состояния здоровья 5 инвалидам – 3,8% (3 пациентов со 2 группой и 2 пациентов с 3 группой) усилили группу инвалидности. В виду тяжести их состояния и отказа от участия, эти инвалиды не вошли в наше исследование.

В виду ухудшения состояния инвалидам 3 группы, группа инвалидности была усилена до 2-й. Реабилитированных (по группе) среди наших пациентов не было. Для однородности выборок 2019 и 2021г. нами было добавлено еще 21 инвалид (с 3 группой инвалидностью). Таким образом, выборки 2019г. и 2021г. были практически идентичны по медико-социальным характеристикам и нозологическим заболеваниям.

Нами изучены медицинские документы у 139 инвалидов, проходивших освидетельствование в городских бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан (протоколы и акты освидетельствования) и



медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях за 2021г.

В структуре заболеваний: 64,8% - большинство (90 человек) составляли инвалиды вследствие хронической обструктивной болезни легких. Инвалиды с бронхиальной астмой составили 24,5% (34 человека). Меньше всего было инвалидов с бронхоэктатической болезнью легких - 10,7% (15 человек).

Большинство обследованных были с III группой инвалидности (84,9%). Признанных инвалидами II группы было 15,1%.

Результаты исследования свидетельствуют, что в 2021г. значительно снизился уровень госпитализации инвалидов. Так, 40,3% инвалидов (56 человек) получили стационарное лечение (78 случаев и 139,2 на 100 инвалидов с данной патологией), в том числе с БА 55,6% (19 человек) инвалидов лечились в стационарных условиях (всего 27 госпитализаций – 142,1 случая на 100 инвалидов); 32 инвалида с хронической обструктивной болезнью легких, соответственно 38 госпитализаций (118,7 случая на 100 инвалидов); 5 инвалидов – 13 случаев стационарного лечения было с бронхоэктатической болезнью легких (в среднем 260,0 случай на 100 инвалидов).

В 2021г. было проведено 575 койко-дней в стационарных условиях со средней длительностью пребывания 10,2 койко-дня, в том числе при лечении пациентов по поводу ХОБЛ средняя длительность пребывания в стационаре составила 12,1 койко-дня, по поводу БЭБ – 9,1 койко-дня, с бронхиальной астмой – 8,5 койко-дня.

В 2021г. врачами-терапевтами консультированы 56,8% инвалидов - 79 инвалидам даны 182 консультации, в среднем 130,9 на 100 инвалидов, в том числе 40 инвалидам с ХОБЛ (44,4%) были даны 104 консультации (с ХОБЛ показатель составил – 104 консультации (115,6 на 100 инвалидов), 9 инвалидам с БЭБ (60,0%) – 17 консультаций (113,3 на 100 инвалидов), 29 инвалидам с БА – лишь 64 консультаций (188,2 случая на 100 инвалидов).

Врачами пульмонологами были консультированы лишь четвертая часть инвалидов (25,2% - 35 человек) – 49 консультаций или 140,0 консультаций на 100 инвалидов, в том числе 18 инвалидам с ХОБЛ (20,0%) – 28 консультаций (155,5 на 100 инвалидов), 5 инвалидам с БЭБ (33,3%) – 6 консультаций (120,0 на 100 инвалидов), 12 инвалидам с БА (35,3%) 15 консультаций (125,0 консультаций на 100 инвалидов) (таблица 5.11).

Таблица 5.11 – Количество консультаций врачами-специалистами в 2021г.

Болезни органов дыхания	Показатели			
	Всего консультаций врачом-терапевтом, абс. ч.	Количество консультаций терапевтом на 100 пациентов	Всего количество консультаций пульмонологами, абс.ч.	Количество консультаций пульмонологом на 100 пациентов
БА	64	188,2	15	125,0
ХОБЛ	104	115,6	28	155,5
БЭБ	17	113,3	6	120,0
Всего	182	130,9	49	140,0

У половины инвалидов – 51,1% (71 человек) человек были сопутствующие заболевания, однако консультации по сопутствующим заболеваниям в 2021 г. не были проведены.

Анализ объема и видов проведенных обследований инвалидам с БОД показал, что 38,1% инвалидов (53 инвалида) получили лабораторное исследование, их количество составило – 59 лабораторных исследований – 111,3 на 100 инвалидов, в том числе 19 инвалидам с бронхиальной астмой (55,9%) – 22 исследований (115,7 на 100 инвалидов), 26 инвалидам с ХОБЛ (28,9%) – 28 исследований (107,7 на 100 инвалидов), 8 инвалидам с бронхоэктатической болезнью (53,3%) – 9 исследований (112,5 на 100 инвалидов).

Установлено, что 41,7% инвалидам были выполнены необходимые инструментальные методы исследования (58 инвалидов – 63 исследования или 108,6 на 100 инвалидов): в том числе 18 инвалидам с БА (52,9%) 21 инструментальное исследование или 128,5 на 100 инвалидов, 27 инвалидам с ХОБЛ (30,0%) – 29 исследований (107,4 на 100 инвалидов), 13 инвалидам с

БЭБ (86,7%) – 13 методов исследования (100,0 на 100 инвалидов) (таблица 5.12).

Таблица 5.12 - Количество обследований в 2021г.

БОД	Число обследований			
	Всего лабораторных методов исследования абс.ч (%)	Кол-во лабораторных методов исследования на 100 пациентов	Всего инструментальных методов исследования абс.ч (%)	Кол-во инструментальных методов исследования на 100 пациентов
БА	22	115,7	21	128,5
ХОБЛ	28	107,7	30	107,4
БЭБ	9	112,5	7	100,0
Всего	59	111,3	58	108,6

Реабилитационные мероприятия получили не все инвалиды (63 инвалида - 45,8%). Так, ЛФК проведено лишь 43 инвалидам – 30,9%. Небулайзерную терапию пациенты получали в домашних условиях. Использовали терапию 58,9% инвалидов.

Фитотерапия, физиотерапевтические процедуры, массаж грудной клетки, медико-психологического консультирование в 2021г. инвалидам не были проведены.

#### **5.4. Удовлетворенность инвалидов условиями оказания медицинской помощи**

Одним из критериев доступности и качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов условиями организацией медицинской помощи. В связи с этим для оценки удовлетворенности инвалидов организацией медицинской и медико-социальной помощи было проведено анкетирование 565 инвалидов в 2019г. и 596 инвалидов в 2021гг.

Опрос проводился как при обращении пациентов-инвалидов в АПУ, так и в режиме телефонной связи. Всего в исследовании участвовали 1161 инвалидов. Анкета состояла из 19 вопросов.

Изучение возраста опрошенных показало, что большинство пациентов - 51,1% составили лица в возрасте 26-60 лет, 32,4% пациентов — это лица от 60 лет и старше, 16,5% - в возрасте от 18 до 25 лет.

Распределение по полу показало, что женщин было 55,0%, мужчин – 45,0%. Распределение по роду деятельности показало, что большинство из опрошенных не работали (53,2%), в рабочих специальностях были заняты на момент опроса было 24,2%, служащих было 8,5%, предпринимателей – 5,3% (таблица 5.13).

Таблица 5.13 – Распределение инвалидов по характеристикам

Пол:	Удельный вес, %
мужской	45,0
женский	55,0
Возраст:	
18-25	16,5
26-60	51,1
60 лет и старше	32,4
Род занятий:	
Не работали	53,2
служащий	8,5
предприниматель	5,3
рабочий	24,2
Прочие	8,8

Были проанализированы критерии оценки качества оказания медицинской помощи:

- ✓ открытость и доступность информации об организации (информационные стенды, официальные сайты организации);
- ✓ комфортность условий предоставления помощи и доступность ее получения;
- ✓ время ожидания предоставления медицинской помощи;
- ✓ доброжелательность, вежливость, компетентность работников организации;
- ✓ удовлетворенность оказанными медицинскими услугами.

Показатели удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи представлены в таблице 5.14.

Таблица 5.14 – Показатели удовлетворенности условиями оказания МП

Показатели:	2019г. (565чел)		2021г. (596чел)	
	абс.ч	%	абс.ч	%
1	4	5	6	7
1. Удовлетворенность информацией о деятельности учреждения, размещенной на стендах в помещении МО				
а). Удовлетворен(а)	466	82,5	172	28,8
б). Не удовлетворен(а)	99	17,5	424	71,2
2. Удовлетворенность информацией о деятельности учреждения, размещенной на официальном сайте МО				
а). Удовлетворен(а)	485	85,8	452	75,8
б). Не удовлетворен(а)	80	14,2	144	24,2
3. Удовлетворенность доступностью консультации по телефону горячей линии				
а). Удовлетворен(а)	528	93,5	272	45,7
б). Не удовлетворен(а)	37	6,5	324	54,3
4. Удовлетворенность доступностью получения медицинской услуги посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг ( <a href="http://www.gosuslugi.ru">www.gosuslugi.ru</a> )				
а). Удовлетворен(а)	-	-	309	51,9
б). Не удовлетворен(а)	-	-	287	48,1
5. Своевременно ли Вам была предоставлена медицинская помощь в организации, в которую Вы обратились				
а). Да (услуга предоставлена своевременно)	528	93,5	32	5,4
б). Нет (услуга предоставлена с опозданием)	37	6,5	564	94,6
6. Удовлетворены ли Вы доступностью медицинской помощи для инвалидов				
а). Удовлетворен(а)	529	93,7	21	3,5
б). Не удовлетворен(а)	36	6,3	575	96,5
7. Удовлетворены ли Вы посещением врача на дому				
а). Удовлетворен(а)	473	83,8	223	37,4
б). Не удовлетворен(а)	92	16,2	373	62,6
8. Удовлетворены ли Вы обеспечением лекарственными препаратами				
а). Удовлетворен(а)	417	73,8	94	15,8
б). Не удовлетворен(а)	148	26,2	502	84,2
9. Удовлетворены ли Вы охватом реабилитации (ЛФК, физиотерапия, психологическое консультирование, массаж, фитотерапия)				
а). Удовлетворен(а)	517	91,5	44	5,4
б). Не удовлетворен(а)	80	8,5	552	92,6
10. Удовлетворены ли Вы диспансерным наблюдением				
а). Удовлетворен(а)	490	86,7	211	37,4
б). Не удовлетворен(а)	75	13,3	254	62,6
11. Удовлетворены ли Вы доброжелательностью, вежливостью работников организации				
а). Удовлетворен(а)	565	100,0	573	96,9
б). Не удовлетворен(а)	0	-	23	3,1

Так, в 2019г. 82,5% инвалидов отметили, что полностью удовлетворены информацией на стендах учреждения; 17,5% - не удовлетворены. В 2021г.

пациентов, удовлетворенных информацией, было – 28,8%; не удовлетворенных – 71,2%.

Оценка удовлетворенности качеством, полнотой и доступностью информации о деятельности учреждения на официальном сайте показала, что в 2019г. - 85,8% полностью удовлетворены, 14,2% - не удовлетворены. В 2021г. удовлетворены – 75,8%; не удовлетворены – 24,2%.

Информирование граждан предоставленной медицинской помощи по телефону, оценка удовлетворенности консультацией по телефону показала, что в 2019г. 93,5% были полностью удовлетворены, 6,5% - не удовлетворены. В 2021г. - были полностью удовлетворены лишь 45,7%; не удовлетворенных лиц было - 54,3% опрошенных.

Проведение консультативной помощи врачами возможно через запись посредством Единого портала госуслуг, поэтому изучена доступность консультации посредством Единого портала государственных услуг Российской Федерации и выявлено, что в 2019г. – порталом госуслуг опрошенные инвалиды не пользовались. В 2021г. им полностью удовлетворены 51,9% опрошенных.

Оценка ожидания предоставления медицинской помощи показала, что в 2019г. 93,5% пациентам медицинская помощь была предоставлена своевременно. Однако 6,5% опрошенных медицинская помощь была предоставлена с опозданием более 30 дней. При этом опоздание было связано с трудностями при оформлении документов медицинской организацией, необходимость прохождения дополнительных видов обследования, сложности проезда в МО, система записи на обследование или консультацию к врачам.

В 2021г. 94,6% опрошенным медицинская помощь была предоставлена с опозданием более 30 дней. При этом опоздание было связано с введением ограничительных мер в период пандемии COVID-19 (с системой записи на обследование или консультацию к врачам – невозможно дозвониться или нет записи на прием).

Обращает на себя внимание, что в 2019г. 93,7% инвалидов были полностью удовлетворены доступностью медицинской помощи для инвалидов. В 2021г. только 3,5% опрошенных инвалидов были полностью удовлетворены доступностью медицинской помощи для инвалидов.

Оценка удовлетворенности посещением врача на дому показала, что в 2019г. удовлетворенных лиц было 83,8%, в 2021г. неудовлетворенных было гораздо больше (62,6%).

Удовлетворенность обеспечением лекарственными препаратами в 2019г. была у 73,8%, а в 2021г. лишь у 15,8%. Доля пациентов, которые были не удовлетворены – в 2019г. составила всего 26,2%, а в 2021г. – 84,2% инвалидов. Оценка удовлетворенности охватом реабилитационными мероприятиями показала, что в 2019г. удовлетворенных было 91,5%. В период пандемии доля удовлетворенных составила всего 5,4%. Диспансерным наблюдением были удовлетворены в 2019г. 86,7%, в 2021г. – всего 37,4% инвалидов.

Проведена оценка доброжелательности, вежливости, компетентности медицинских работников организации, которая показала, что в 2019г. – 100,0% опрошенных полностью удовлетворены работниками. В 2021г. – 96,1% опрошенных лиц полностью удовлетворены работниками, 3,9% – не удовлетворены.

Недоброжелательного обращения специалистов отметили в 2021г. - 3,9% инвалидов (23 человека) и указали на недоброжелательное обращение со стороны администратора (12 чел.), специалиста телефона горячей линии (7 чел.), врача (4 чел.).

В 2019г. 5,1% инвалидов (29 человек) отметили трудности при получении медицинской помощи по причине сложностей в получении направления на обследование/консультацию. В 2021г. во время пандемии коронавирусной инфекции у 78,4% (467 инвалидов) были сложности при получении медицинской помощи. Почти половина опрошенных инвалидов (48,8% - 228 человек) отметили - трудности в получении направления на

обследование/консультацию (из-за ограничительных мер по предупреждению распространения пандемии COVID-19). Трудности в системе записи на консультацию/обследование отметили - 27,4% анкетированных (128 человек). У 14,7% были сложности при получении медицинской помощи из-за длительности ожидания приема. Сложность проезда в МО отметили 5,4% инвалидов, 2,4% были недовольны процедурой прохождения обследования/консультации и 1,3% опрошенных не удовлетворены отношением сотрудников МО.

Общая удовлетворенность предоставленной медицинской помощи показала, что в 2019г., в целом, пациенты были удовлетворены оказанием медицинской помощи; отношением специалистов; информированием о порядке проведения обследования/консультации, разъяснениями данными врачами специалистами по результатам обследования/консультации. По бальной системе оценок результаты выглядели следующим образом: в 2019г. - 5 баллов – 72,1%, 4 балла – 25,3%, 3 балла – 2,6% опрошенных. 1 или 2 балла среди анкетированных не было отмечено. В 2021г. – большинство отметили – 3 балла (75,8%), 4 балла – 15,3%, 2 балла – 5,6%, 1 балл – 3,3%.

Рассчитан общий индекс удовлетворенности пациентами медицинской помощью, который был достаточно высокий в 2019г. и составил 4,72 балла (из 5 баллов); в 2021г. – индекс составил – 3,0 балла. Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи показал, что в 2019г. более 80,0% инвалидов были удовлетворены медицинской помощью, в 2021г. – более половины инвалидов не были удовлетворены оказанием медицинской помощи, доступностью консультацией по телефону (в виду постоянной перегруженности телефонной линии).

В 2021г. 94,6% опрошенных медицинская помощь была предоставлена с опозданием более 30 дней, 62,6% опрошенных не удовлетворены посещением врача на дому, 84,2% - не удовлетворены обеспечением лекарственными препаратами, 62,6% не удовлетворены охватом реабилитации и диспансерным



наблюдением. Общий индекс удовлетворенности пациентами медицинской помощью был достаточно высоким в 2019г. и составил 4,72 балла (из 5 баллов); в 2021г. – индекс был низкий и составил – 3,0 балла (из 5 баллов).

### **5.5. Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания и оценка их эффективности**

В целях совершенствования организации медицинской помощи при различных бронхолегочных заболеваниях, приводящих к инвалидности, были реализованы мероприятия по совершенствованию медицинской помощи в ГКБ №21 г.Уфа, ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Так, с целью совершенствования медицинской помощи инвалидам вследствие БОД нами выполнены следующие мероприятия и оценены их результаты.

1. Были организованы телемедицинские консультации врачей по вопросам экспертизы трудоспособности пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания. В 2020-2021гг. было проведено 298 ТМК, что позволило сократить сроки ожидания проведения МСЭ (с 25,5 до 14,2 дня), время проведения медико-социальной экспертизы (с 15 мин. до 7,4 мин.), что позволит обеспечить своевременное получение мер социальной помощи инвалидам. Обучением были охвачены 57 врачей клинического профиля. В 2021г. проведено 12 семинаров для врачей врачебных комиссий, что позволило уменьшить количество документов с дефектами оформления (с  $98,3 \pm 0,7\%$  до  $32,3 \pm 2,8\%$ ).

2. Организовано проведение информирования инвалидов о соблюдении режима лечения и профилактики осложнений основного заболевания и возникновения сопутствующих заболеваний.

Для этого через мессенджер Whatsapp разослана соответствующая программа информирования и организована возможность ответа на вопросы пациентов врачами терапевтами-участковыми. Из 139 инвалидов, включенных в наше исследование, 78,0% согласились с нашими предложениями и выполняют рекомендации.

3. Поэтапно внедрено межведомственное электронное взаимодействие между медицинскими организациями, учреждениями медико-социальной экспертизы и реабилитационными учреждениями с использованием реестра электронных медицинских документов (РЭМД), а также информационной системы учреждений МСЭ (ФГИС ЕАВИИАС МСЭ), что позволило ускорить процессы передачи, архивирования, защиты персональных данных.

4. Сформирован единый регистр инвалидов вследствие БОД, который включен в федеральную государственную информационную систему - федеральный реестр инвалидов. Организовано ведение электронного учета всех инвалидов, что обеспечило контроль индивидуальных программ реабилитации.

На 01.01.2022 года в Республике Башкортостан зарегистрировано 11565 инвалидов вследствие БОД (рисунок 5.4).



Рисунок 5.4. – Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие БОД

В период с 2019 к системе РЭМД были подключены 18788 автоматизированных рабочих мест, в 2021г. – их число составило – 25650 (+36,5%), что позволило ускорить процесс передачи, архивирования, защиты персональных данных (рисунок 5.5).

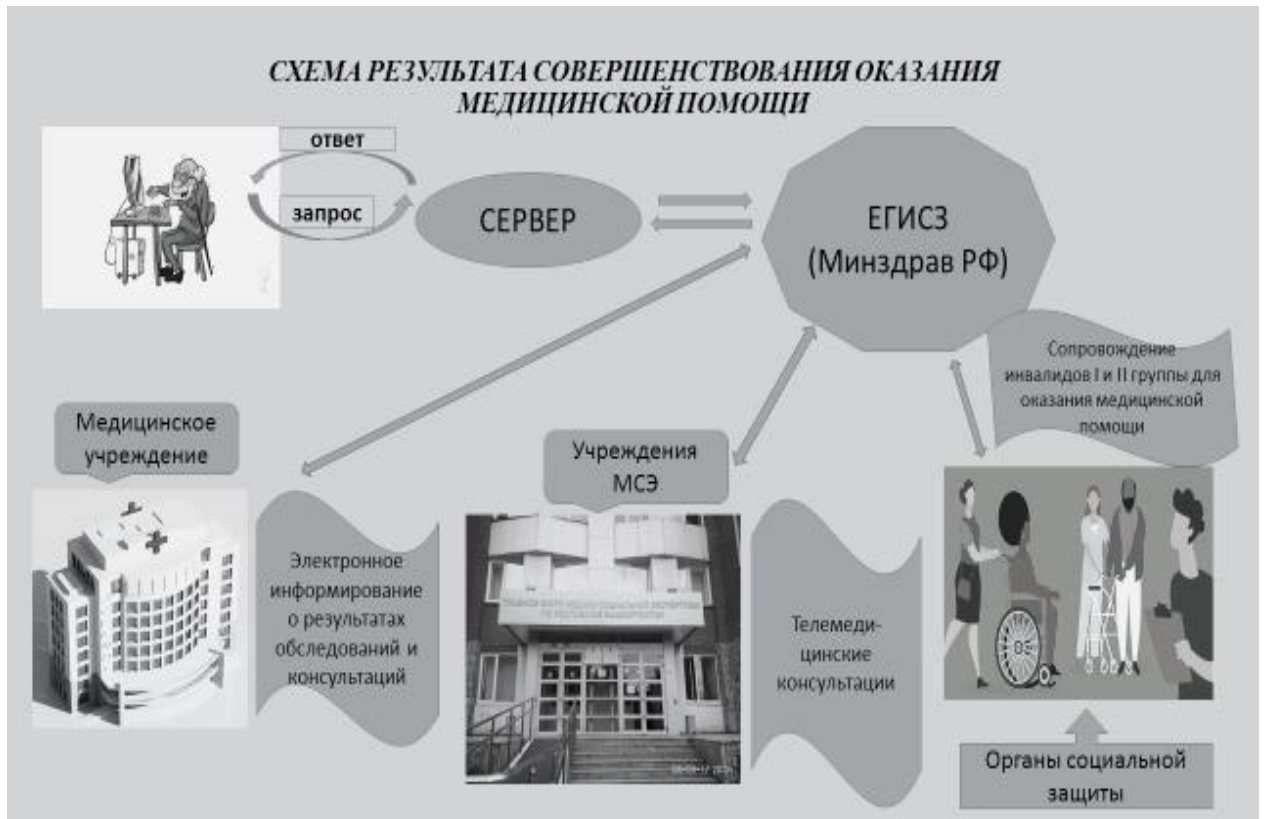


Рисунок 5.5 –Схема совершенствования оказания медицинской помощи

Организована система телемедицинских консультаций врачами МСЭ врачей поликлиник при направлении пациентов с заболеваниями органов дыхания на медико-социальную экспертизу. В 2019 г. не было организовано ТМК, а в 2020-2021гг. было проведено 298 ТМК.

Организовано консультирование врачами-пульмонологами и терапевтами в поликлиниках пациентов с БОД с использованием ТМК. При этом особое внимание обращалось на контроль выполнения всех назначенных лечебно-диагностических мероприятий, получение и использование технических средств реабилитации. Для повышения квалификации врачей по вопросам экспертизы трудоспособности в 2021 г. проведено 12 семинаров для врачей врачебных комиссий.

Сформирован единый регистр инвалидов вследствие заболеваний органов дыхания и включен в федеральную государственную информационную систему - федеральный реестр инвалидов (ФГИС ФРИ). Организовано ведение электронного учета всех инвалидов, что обеспечило контроль индивидуальных программ реабилитации. На 01.01.2022 года в Республике Башкортостан 11565 инвалидов с БОД.

Проведена оценка показателей, характеризующих эффективность мер по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания.

Оценка правильности оформления формы 088/у (направление на МСЭ) пациентов с БОД за 2019г. (298 направлений) и после 12 обучающих онлайн семинаров за 2021г (285 направлений). Приказом Минтруда и Минздрава РФ «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения» утверждена форма направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядок ее заполнения от 01.02.2021 №27н/36н.

Анализ показал, что в 2019г.  $98,3 \pm 0,7\%$  направлений были с замечаниями, однако после проведения с врачами обучающих семинаров в 2021г. их доля снизилась и составила  $32,3 \pm 2,8\%$ . Так, в 2019г. в  $29,2 \pm 2,6\%$  случаях отсутствовали общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи (в 2021г. –  $6,3 \pm 1,4\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Консультации врача-пульмонолога в 2019г. не было в  $13,1 \pm 2,0\%$  направлениях на МСЭ (в 2021г. –  $4,2 \pm 1,2\%$ ,  $p < 0,05$ ), описание рентгенографии легких – в  $14,4 \pm 2,0\%$  случаях (в 2021г. –  $4,9 \pm 1,3\%$ ,  $p < 0,05$ ), исследование уровня кислорода крови (пульсоксиметрия) – в  $4,0 \pm 1,1\%$  случаях (в 2021г. –  $4,6 \pm 1,2\%$ ,  $p > 0,05$ ), электрокардиограммы – в  $2,3 \pm 0,9\%$  случаях (в 2021г. –  $3,2 \pm 1,0\%$ ,  $p > 0,05$ ), КТ исследования – в  $1,3 \pm 0,7\%$  случаях (в 2021г. –  $1,1 \pm 0,6\%$ ,  $p > 0,05$ ) и МРТ – в  $1,3 \pm 0,7\%$  случаях (в 2021г. –  $0,4 \pm 0,4\%$ ,  $p > 0,05$ ).

Поэтому в связи с отсутствием информации о проведенных обследованиях, врачи-специалисты медико-социальной экспертизы были вынуждены направлять пациентов на дополнительное обследование, что приводило к увеличению сроков проведения медико-социальной экспертизы (до 30 дней и более).

Для определения стойкости нарушенных функций и клинко-функциональных данных необходима четкая картина подробного анамнеза заболевания с детальным описанием развития заболевания, проведение стационарных лечений, реабилитационных мероприятий. Эта информация должна быть отражена в пункте 23 формы 088/у . Однако в 2019г. в  $7,0 \pm 1,5\%$  случаях не было описано стационарное лечение (в 2021г. –  $0,7 \pm 0,5\%$ ,  $p < 0,05$ ). В  $2,0 \pm 0,8\%$  случаях у пациентов было отражено лишь одно стационарное лечение, а фактически у них было проведено 2 стационарных лечения с интенсивной комплексной терапией (в 2021г. этот показатель составил –  $1,4 \pm 0,7\%$ ,  $p > 0,05$ ). В  $6,4 \pm 1,4\%$  случаях даты стационарных лечений не совпадали с фактическими датами (в 2021г. –  $0,7 \pm 0,5\%$ ,  $p < 0,05$ ). В  $8,4 \pm 1,6\%$  направлений анамнез заболевания (п.23) не был оформлен (в 2021г. –  $1,8 \pm 0,8\%$ ,  $p < 0,05$ ) (таблица 5.15).

В связи с кратким и недостоверным описанием анамнеза заболевания врачам по МСЭ приходилось затрачивать дополнительное время на изучение «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Важным моментом в предоставленной медицинской помощи являются мероприятия по обеспечению лекарственными препаратами, которые должны быть отражены в пункте 34 направления на медико-социальную экспертизу. Так, в  $6,0 \pm 1,4\%$  случаях не заполнен пункт 34 (в 2021г. –  $0,7 \pm 0,5\%$ ,  $p < 0,05$ ). Однако при изучении медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, у данных пациентов имелись

рецепты на получение лекарственных препаратов, что подтверждало их регулярный прием.

Таблица 5.15 – Результаты оценки направлений на МСЭ в 2019 и 2021гг.

Показатели	2019г. (N=298)		2021г. (N=285)		p
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	
1. Отсутствие общего (клинического) анализа крови, анализа крови биохимического общетерапевтического, общего (клинического) анализа мочи	87	29,2±2,6	18	6,3±1,4	p<0,001
2. Отсутствие консультации врача пульмонолога	39	13,1±2,0	12	4,2±1,2	p<0,05
3. Отсутствие описания рентгенографии легких	43	14,4±2,0	14	4,9±1,3	p<0,05
4. Отсутствие исследования уровня кислорода крови (пульсоксиметрия)	12	4,0±1,1	13	4,6±1,2	p>0,05
5. Отсутствие электрокардиограммы	7	2,3±0,9	9	3,2±1,0	p>0,05
6. Отсутствие КТ исследования	4	1,3±0,7	3	1,1±0,6	p>0,05
7. Отсутствие МРТ	4	1,3±0,7	1	0,4±0,4	p>0,05
8. Не описано стационарное лечение	21	7,0±1,5	2	0,7±0,5	p<0,05
9. Описано лишь одно стационарное лечение (а по факту было два)	6	2,0±0,8	4	1,4±0,7	p>0,05
10. Не совпадение дат стационарных лечений	19	6,4±1,4	2	0,7±0,5	p<0,05
11. Не описан анамнез заболевания	25	8,4±1,6	5	1,8±0,8	p<0,05
12. Не отражены лекарственные препараты	18	6,0±1,4	2	0,7±0,5	p<0,05
13. Не указан адрес и телефон	4	1,3±0,7	4	1,4±0,7	p>0,05
14. Не совпадение паспортных данных	4	1,3±0,7	3	1,1±0,6	p>0,05

В 1,3±0,7% случаях в направлениях на МСЭ не указан адрес места жительства (пункт 11) и контактный телефон (пункт 14) (в 2021г. – 1,4±0,7%, p>0,05). В 2019г. в 1,3±0,7% случаях были выявлены опечатки в фамилиях пациентов, которые не совпадали с паспортными данными (в 2021г. – 1,1±0,6%, p>0,05).

Таким образом, после проведения обучающих семинаров с врачами – специалистами амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, качество оформления направления на МСЭ значительно повысилось, что привело к улучшению качества проведения медико-социальной экспертизы и ускорило сроки получения пациентами мер социальной помощи.

Оценка эффективности проведена путем выборки данных из базы данных ЕАВИИАС МСЭ в 2021г. до внедрения мероприятий и после внедрения мероприятий по совершенствованию медицинской помощи (таблица 5.16).

Таблица 5.16 – Результаты эффективности мероприятий

Показатели	До внедрения мероприятий, %	После внедрения мероприятий, %	p
1. Срок проведения медицинских обследований для направления на МСЭ			
- более 30 дней	94,2±1,4	28,1±2,8	p<0,01
- 20-30 дней	5,8±1,4	67,3±2,9	p<0,01
- 10-20 дней	-	4,6±1,3	p>0,05
2. Срок проведения МСЭ			
- более 30 дней	42,4±3,0	-	p>0,05
- 20-30 дней	49,6±3,0	32,3±2,9	p<0,01
- 10-20 дней	8,0±1,6	67,7±2,9	p<0,01
3. Доля принятых экспертных решений по направлениям, поступившим в электронном виде	48,6±3,0	98,5±0,7	p<0,01
4. Количество возвращенных направлений на доработку	16,5±2,2	4,2±1,2	p<0,01
5. Количество пациентов, которым проведены реабилитационные мероприятия (лечебную физическую культуру, массаж грудной клетки, физиотерапию, фитотерапию, небулайзерная терапия)	47,1±3,0	88,6±2,0	p<0,01

Оценка сроков проведения медицинских обследований для направления на МСЭ (которая не должна превышать 30 дней) показала, что большинство медицинских обследований (92,4±1,4%) были проведены в срок более 30 дней, а после проведения ТМК с врачами поликлиник большинство обследований (67,3±2,9%) были выполнены в срок 20-30 дней (p<0,01).

Изучение сроков проведения медико-социальной экспертизы (которая по не должна превышать также 30 дней) показало, что большинство МСЭ



(49,6±3,0%) были проведены в срок 20-30 дней, а после внедрения мероприятий у 67,7±2,9% пациентов срок проведения МСЭ составил 10-20 дней. Среднее количество дней проведения МСЭ снизилось с 25,5 до 14,2 дня. До внедрения мероприятий доля принятых экспертных решений по электронным направлениям составляла 48,6±3,0%, после внедрения 98,5±0,7% направлений поступило в электронной форме ( $p < 0,01$ ). Доля возвращенных направлений на доработку в связи с выявленными дефектами оформления направлений на МСЭ составила 16,5±2,2%, после внедрения мероприятий – 4,2±1,2% ( $p < 0,01$ ). После внедрения мероприятий доля пациентов, получивших медицинскую реабилитацию, достигла 88,6±2,0% ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, предлагаемая программа комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи инвалидам является достаточно эффективной и позволяет создать современную организационную систему взаимодействия медицинских организаций здравоохранения и учреждений медико-социальной экспертизы, которое позволит повысить качество предоставления медицинских услуг на ранке.

Предложенные мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи позволили:

- переход на межведомственное электронное взаимодействие между медицинскими организациями, учреждениями медико-социальной экспертизы и реабилитационными учреждениями с использованием реестра электронных медицинских документов;
- формирование единого регистра инвалидов с заболеваниями БОД и рекомендованными реабилитационными мероприятиями позволило мониторить показатели инвалидности и исполнения индивидуальных программ реабилитации.
- проведение семинаров для врачей поликлиник позволило уменьшить количество документов с дефектами оформления (с 85,0% до 12,0%).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время в различных регионах Российской Федерации нарастает проблема инвалидности: необходимость финансовой поддержки людей с инвалидностью, обеспечение медицинской помощью и техническими средствами реабилитации, доступности медицинской помощи и прочими услугами.

В последнее время в Российской Федерации наблюдается снижение числа лиц с инвалидностью, так на 01.01.2022г. по данным Пенсионного фонда России инвалиды составляли 9,03% населения страны, а на 01.01.2018г. – 9,96% [206], это связано со значительными изменениями нормативно правовой базы установления инвалидности. Однако потребность в медицинской помощи данной категории в 5 раз больше аналогичного показателя для всего населения и инвалиды в 100% случаях нуждаются в проведении медицинской реабилитации.

В последние тридцать лет отечественное здравоохранение претерпевает множество реформаторских преобразований, значительные изменения которых коснулись системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Основополагающая роль принадлежит процессам государственной политики здравоохранения, которые связаны с выделением приоритетных направлений развития здравоохранения, особенно в формировании цифровизации.

Специфичность развития процессов в современном здравоохранении требуют эффективных решений в организации ПМСП, с детализацией научного обоснования и перспективным принятием мер по ее совершенствованию. В рамках такого подхода должен осуществиться переход от системы организации ПМСП по обращаемости к системе индивидуального управления здоровьем каждого человека на протяжении всей жизни, обеспечивая широкую доступность медицинской помощи и прочих услуг для граждан с ограниченными возможностями здоровья.

Результаты проведенного исследования показывают, что инвалидам с БОД в режиме возможностей МО (обеспеченность кадрами, материальная

оснащенность, приоритет обращаемости); характеризуется преобладанием экстенсивных показателей и формальным подходом к преобразованиям отрасли, в том числе и мероприятиям, связанным с ними; не в достаточном объеме использует потенциальные возможности межведомственного взаимодействия, включая административный аппарат; не в полной мере использует возможности государственной политики в области охраны здоровья населения; базируется на административно-бюрократических и строго нормативных принципах.

В ходе проведенного научного исследования были выявлены основные проблемы при оказании инвалидам с БОД медицинской помощи. Комплексные проблемы современного здравоохранения заключаются в следующем: низкая доступность МП; недостаточная ресурсная оснащенность; несбалансированность сети МО; неэффективное использование доступных ресурсов здравоохранения.

В настоящем исследовании проведен анализ показателей заболеваемости и инвалидности в Республике Башкортостан в динамике за пять лет (2015-2019 гг.). Число впервые ежегодно регистрируемых больных среди взрослого населения с болезнями органов дыхания увеличилось на 19,0%, показатель заболеваемости БОД на 100 тыс. взрослого населения достоверно возрос на 24,4%. По прогнозу на 2024г. уровень первичной заболеваемости в исследуемом регионе среди взрослого населения БОД по отношению к 2015г. увеличится на 55,6% ( $r_{xy}=0,94$ ,  $R^2=0,88$ ,  $p<0,05$ ). В среднем за пять лет, первичная заболеваемость БОД в Республике Башкортостан формировалась преимущественно городскими жителями. Уровень первичной заболеваемости на 100 тыс. среди сельских жителей была выше, чем среди городских жителей. В динамике за 2015-2019 гг. в регионе показатель первичной заболеваемости БОД среди городских жителей достоверно возрос на 37,5%. Уровень первичной заболеваемости БОД в РБ был выше среди лиц трудоспособного возраста. В динамике уровень

первичной заболеваемости БОД в регионе достоверно вырос в трудоспособном возрасте с темпом прироста 32,4% – с 15971,9 в 2015г. до 21188,6 в 2019г. и в старше трудоспособном возрасте – прирост составил 6,5% – с 13316,8 в 2015г. до 14188,4 случаев в 2019г. на 100 тыс. соответствующего населения.

В структуре первичной заболеваемости болезнями органов дыхания в Республике Башкортостан в 2015 и в 2019 годах ведущее место занимали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей; на втором месте – были бронхит хронический и неуточненный, эмфизема. Далее ранговые места были неоднообразны, различны по исследуемым годам.

В среднем за пять лет уровень общей заболеваемости БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил –  $23407,8 \pm 2195,1$  на 100 тыс. человек, в старше трудоспособном возрасте составил –  $22152,1 \pm 570,3$  случая на 100 тыс. соответствующего населения.

С 2015 по 2019 гг. уровень общей заболеваемости БОД в регионе достоверно вырос в трудоспособном возрасте с темпом прироста 27,7% с 20152,9 в 2015г. до 25736,0 в 2019г. и в старше трудоспособном возрасте – прирост составил 1,3% – с 22228,9 в 2015г. до 22513,5 случаев в 2019г. на 100 тыс. соответствующего населения.

В Республике Башкортостан уровень первичной инвалидности вследствие БОД составил 1,2 на 10 тыс. взрослого населения, однако по прогнозу на 2024 г. он по отношению к 2015г. увеличится с до 1,4 случая на 10 тыс. взрослого населения ( $r_{xy}=0,04$ ,  $R^2=0,016$ ,  $p<0,05$ ), прирост составит 16,7%). В среднем за пять лет среди лиц, первично признанных инвалидами вследствие БОД, формировался преимущественно за счет городского населения. Уровень первичной инвалидности вследствие БОД среди сельского населения была выше, чем среди городского населения (в среднем  $1,7 \pm 0,2$  против  $1,1 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. соответствующего населения). В динамике за 2015-2019 гг. в регионе уровень первичной инвалидности вследствие БОД среди городских жителей

снизились на 18,2% ( $p < 0,05$ ), среди сельских жителей вырос на 26,7%. В среднем уровень первичной инвалидности вследствие БОД в регионе в трудоспособном возрасте составил  $0,8 \pm 0,1$  на 10 тыс. человек, в старше трудоспособном составил –  $2,3 \pm 0,3$  на 10 тыс. человек. В структуре первично признанных инвалидами вследствие БОД инвалиды III группы составили большинство лиц.

В результате изучения социально-гигиенических особенностей пациентов с болезнями органов дыхания установили, что у инвалидов достоверно большая часть имели среднее общее образование (в ОГ –  $52,7 \pm 3,26\%$ , в КГ –  $30,6 \pm 2,97\%$ ,  $p < 0,05$ ). Наибольший состав опрошенных (почти половина) жили в зарегистрированном браке (в ОГ -  $49,0 \pm 3,27\%$ , в КГ -  $49,1 \pm 3,23\%$ ). В целом условия жилья среди опрошенных пациентов с болезнями органов дыхания достаточно удовлетворительные: почти половина респондентов проживала в отдельной квартире, в ОГ  $51,0 \pm 3,27\%$  респондентов, в КГ –  $40,5 \pm 3,17\%$ .

В ОГ достоверно большая часть респондентов не работали ( $76,5 \pm 2,77\%$ ,  $p < 0,05$ ), а в КГ большинство были заняты работой -  $63,0 \pm 3,12\%$  ( $p < 0,05$ ). Опрос показал, что большинство респондентов были со стажем работы свыше 10 лет (в ОГ -  $87,1 \pm 2,19\%$ , в КГ -  $79,0 \pm 2,63\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Низкий уровень материального положения отметили  $43,6 \pm 3,24\%$  среди пациентов ОГ, доля их в КГ составила  $30,2 \pm 2,96\%$  ( $p < 0,05$ ). Среди опрошенных ОГ большинство работали в промышленности и строительстве ( $31,8 \pm 3,04$  и  $26,2 \pm 2,87\%$ ), в КГ соответственно - в торговле  $31,6 \pm 3,0\%$  и образовании -  $19,2 \pm 2,54\%$ .

Каждый пятый отметил вынужденное положение тела на работе – в КГ  $24,7 \pm 2,78\%$ , в ОГ -  $17,4 \pm 2,48\%$ . Частые стрессовые ситуации были среди респондентов ОГ - у  $28,4 \pm 2,95\%$ , среди КГ - у  $10,5 \pm 1,98\%$ ,  $p < 0,05$ . Малая доля респондентов КГ (лишь  $6,9 \pm 1,64\%$ ), отмечали как основной фактор трудовой деятельности высокую степень физического напряжения, а среди опрошенных ОГ таковых  $24,2 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,05$ .

Выяснилось, что достоверно выше число курящих в ОГ (почти в два раза больше пациентов ОГ, чем КГ:  $65,0 \pm 3,12\%$  и  $34,8 \pm 3,07\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). При этом в структуре «некурящих»: большинство бросили курить за последний год – в КГ  $71,7 \pm 3,61\%$  и в ОГ –  $60,8 \pm 5,39\%$ .

Среди пациентов с болезнями органов дыхания большинство ранее употребляли алкоголь в ОГ  $84,9 \pm 2,34\%$  и в КГ  $69,2 \pm 2,98\%$ ,  $p < 0,05$ .

Анализ медико-социальных особенностей у основной (инвалидов) и контрольной групп (не инвалидов) показал, что при изучении нозологической причины госпитализации наиболее частой была ХОБЛ – в ОГ  $59,0 \pm 3,22\%$ , БА у КГ –  $62,0 \pm 3,13\%$ , при  $p < 0,05$ .

Длительность бронхолегочной патологии более 10 лет в ОГ составил у  $58,0 \pm 3,23\%$  ( $p < 0,05$ ). Напротив, в КГ  $82,0 \pm 2,48\%$  пациентов были со стажем легочной патологии до 5 лет. Таким образом, у инвалидов достаточно длительный стаж легочной патологии и уже имеются серьезные осложнения основного заболевания.

Опрос показал, что половина пациентов ОГ ( $52,0 \pm 3,27\%$ ,  $p < 0,05$ ) обращались в поликлинику за консультативной помощью раз в 12 месяцев, в КГ – раз в 6 месяцев  $35,0 \pm 3,08\%$ .

Большинство пациентов ОГ не проходили ежегодные профилактические осмотры ( $72,0 \pm 2,94\%$ ,  $p < 0,05$ ), в КГ напротив большинство опрошенных ( $65,0 \pm 3,08\%$ ) отметили регулярное прохождение профилактического осмотра.

У врача терапевта и/или пульмонолога не наблюдались больше половины опрошенных ОГ ( $59,0 \pm 3,22\%$ ), а среди КГ – большинство ( $57,0 \pm 3,20\%$ ) наблюдались у данных специалистов.

Анализ пульмонологической службы свидетельствует о наличии кадрового дефицита с негативной тенденцией: по врачебному составу дефицит в количестве 4 врачей–пульмонологов. Укомплектованность по среднему и младшему медицинскому персоналу в РКБ им. Г.Г.Куватова составляла в 2021г. –  $50,0\%$ , в ГКБ №13 –  $31,6\%$ , в ГКБ №21 –  $36,8\%$ .

Изучены некоторые показатели оказания специализированной медицинской помощи больным с БОД. В 2021г. в медицинских организациях, оказывающих специализированную пульмонологическую помощь, наблюдается уменьшение общего количества госпитализаций при увеличении средней длительности лечения больного в учреждении. В связи с ростом тяжелых и сложных случаев пульмонологической госпитализации в анализируемых МО отмечается рост количества летальных исходов и показателя больничной летальности увеличились.

Пациенты с пульмонологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний направляются для проведения лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Санаторно-курортное лечение пульмонологических пациентов оказывается на платной основе, средняя стоимость 14 дневного пребывания в санаторно-курортном учреждении составила в 2021г. - 43866,7 рублей (при размещении в трехместном номере с подселением и 3-х разовом питании). В виду этого, эта услуга недоступна многим и соответственно невозможно провести массовое оздоровление больных в новых экономических условиях.

Анализ оказания медицинской помощи инвалидам с болезнями органов дыхания показал следующее. Все инвалиды-пациенты получали стационарное лечение, на 100 инвалидов это составило 168,9 случая госпитализаций. Вследствие бронхиальной астмы в среднем было 200,1 случая госпитализации на 100 инвалидов, с хронической обструктивной болезнью легких – 160,5 случая на 100 инвалидов, с бронхоэктатической болезнью легких – 150,2 случая на 100 инвалидов, со средней длительностью лечения при бронхиальной астме 20,7 койко-дня, при ХОБЛ – 16,5 и при БЭБ – 16,8 койко-дня.

Установлено, что меньше чем предусмотрено по нормативным документам, регламентирующим диспансерное наблюдение таких больных и лечебно-диагностические мероприятия. Например, консультаций врачей-

терапевтов инвалидам с ХОБЛ было дано 362,8 на 100 инвалидов (около 3 консультаций в год); с БА –262,5 случая на 100 пациентов (около 2 консультаций в год); с БЭБ –228,6 случая на 100 пациентов (2 консультации в год). В более чем 2 раза меньше нормативов было выполнено консультации врачами-пульмонологами (85,6 консультаций на 100 пациентов – лишь 85,6% инвалидов были проконсультированы данными врачами специалистами), с ХОБЛ – показатель составил 79,1 консультаций на 100 инвалидов; с БА –103,1 консультаций на 100 инвалидов; с БЭБ – 85,7 консультаций на 100 пациентов.

К врачам-специалистам с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья, коррекции лечения, а также с целью подготовки документов для прохождения медико-социальной экспертизы обращались все 100,0% инвалиды. Анализ проведенных обследований инвалидами с БОД показал, что все инвалиды получили то или иное обследование и число обследований составило 567,4 на 100 инвалидов.

Инвалидам было выполнено 297 лабораторных методов обследований (222,7 на 100 инвалидов), общий (клинический) анализ крови (давностью не более 1 месяца с даты проведения); биохимический (общеклинический) анализ крови (давностью не более 1 месяца с даты проведения); общий анализ мочи, количество обследований на 100 инвалидов с БА – 275,0; с ХОБЛ – 208,1, с БЭБ – 214,3 обследований.

Установлено, что всем инвалидам были выполнены необходимые инструментальные методы исследования: чаще всего спирография (34,8%), ЭХО – кардиография (25,7%), R – графия органов грудной клетки (19,4%), МРТ ОГК (11,2%) и КТ ОГК (8,9%). Количество инструментальных методов обследования составило всего 452 (или 342,4 на 100 инвалидов).

У половины обследованных инвалидов (50,8%) имелись сопутствующие заболевания, по которым не были проведены необходимые обследования и консультации специалистов.



В период пандемии основные показатели оказания медицинской помощи инвалидам ухудшились. Так, в 2021г. значительно снизился уровень госпитализации инвалидов. Только 40,3% инвалидов получили стационарные лечения, чаще инвалиды с БЭБ. Они в стационаре провели 575 койко-дней со средней длительностью пребывания 10,2 койко-дня, в том числе при лечении пациентов по поводу ХОБЛ средняя длительность пребывания в стационаре составила 12,1 койко-дня, по поводу БЭБ – 9,1 койко-дня, с бронхиальной астмой – 8,5 койко-дня.

В 2021г. врачами-терапевтами консультированы 56,8% инвалидов, чаще инвалиды с БА. Врачами пульмонологами были консультированы лишь четвертая часть инвалидов (25,2%), чаще инвалиды с БА. У половины инвалидов – 51,1% были сопутствующие заболевания, однако консультации по сопутствующим заболеваниям не были проведены.

Анализ объема и видов проведенных обследований инвалидам с БОД показал, что 38,1% инвалидов получили лабораторные исследования, чаще инвалиды с БЭБ, 41,7% - инструментальные методы исследования, чаще инвалиды с БА. Реабилитационные мероприятия получили не все инвалиды (63 инвалида - 45,8%). Так, ЛФК проведено лишь 43 инвалидам – 30,9%.

Небулайзерную терапию пациенты получали дома и ею воспользовались 58,9% инвалидов. Фитотерапия, физиотерапевтические процедуры, массаж грудной клетки, медико-психологическое консультирование в 2021г. в виду ограничительных мер по COVID-19 инвалидам не были проведены.

Анализ удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи показал, что в 2019г. более 80,0% инвалидов были удовлетворены медицинской помощью, в 2021г. – более половины инвалидов не были удовлетворены оказанием медицинской помощи, доступностью консультацией по телефону (в виду постоянной перегруженности телефонной линии). Однако доступностью порталом госуслуг были удовлетворены

половина инвалидов в 2021г., в то время как в 2019г. портал не имел такого широкого применения.

Так, в 2021г. 94,6% опрошенным медицинская помощь была предоставлена с опозданием более 30 дней, 62,6% опрошенных - не удовлетворены посещением врача на дому, 84,2% - не удовлетворены обеспечением лекарственными препаратами, 92,6% и н 62,6% не удовлетворены охватом реабилитации и диспансерным наблюдением.

В 2021г. во время пандемии коронавирусной инфекции у 78,4% (467 инвалидов) были сложности при получении медицинской помощи. Почти половина опрошенных инвалидов (48,8% - 228 человек) отметили - трудности в получении направления на обследование/консультацию (из-за ограничительных мер по предупреждению распространения пандемии COVID-19).

Трудности в системе записи на консультацию/обследование отметили - 27,4% анкетизируемых (128 человек). У 14,7% были сложности при получении медицинской помощи из-за длительности ожидания приема.

Сложность проезда в МО отметили 5,4% инвалидов, 2,4% были недовольны процедурой прохождения обследования/консультации и 1,3% опрошенных не удовлетворены отношением сотрудников МО.

Общий индекс удовлетворенности пациентами медицинской помощью был достаточно высоким в 2019г. и составил 4,72 балла (из 5 баллов); в 2021г. – индекс был низкий и составил – 3,0 балла (из 5 баллов).

В связи с загруженностью работы учреждений оказанием медицинской помощи пациентам с Ковид-19, не все мероприятия по совершенствованию медицинской помощи инвалидам с заболеваниями органов дыхания, предложенные нами, были реализованы. Однако внедрена организация ТМК консультаций врачей поликлиник врачами МСЭ, проводилась онлайн школа здоровья с пациентами. Проводился семинар для врачей поликлиник по правилам оформления направлений на МСЭ.

## ВЫВОДЫ

1. Первичная заболеваемость взрослого населения БОД в Республике Башкортостан за 2015-2019гг. возросла на 24,4%, общая заболеваемость на 13,8%. Среди сельского населения среднегодовой уровень общей заболеваемости на 7,9% был выше, чем среди городского населения, что связано с большей распространенностью среди сельских жителей хронических заболеваний органов дыхания и факторов их риска. В течение пяти лет первичная и общая заболеваемость сельского населения снизились на 7,8% и 11,2% соответственно, среди городского населения, напротив, возросли на 37,5% и 37,4% соответственно. В динамике среди лиц трудоспособного возраста отмечается рост как первичной, так и общей заболеваемости, среди лиц старше трудоспособного возраста, напротив, произошло некоторое их снижение. В структуре общей заболеваемости взрослого населения 64,6% составили ОРИ верхних дыхательных путей, 10,4% – хронический бронхит, 2,1% – пневмония, 4,2% – астма, 4,1% – ОРИ нижних дыхательных путей.

2. Среднегодовой уровень первичной инвалидности взрослого населения вследствие БОД составил  $1,3 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. соответствующего населения, общей инвалидности  $3,7 \pm 0,2$  случая на 10 тыс. взрослого населения. Показатели инвалидности были выше среди сельского населения, чем среди городского населения. В общей совокупности инвалидов преобладала III группа – 85,3%, на долю инвалидов II группы приходился 12,9% и I группы – 1,8%. В динамике произошел рост доли инвалидов I группы.

3. Медико-социальная характеристика пациентов с БОД показала, что среди них 58,4% составили мужчины, половина были в трудоспособном возрасте, 10,8% с высшим образованием, треть были одинокими, жили в съемном жилье, 61,2% не работали, половина имели инвалидность. Среди пациентов, имеющих инвалидность (ОГ), достоверно больше, чем среди пациентов, не имеющих инвалидность (КГ), лиц с низким материальным

положением, более длительным стажем работы, ранее работавших в промышленной и строительной отрасли, не проходивших ежегодный медицинский осмотр, часто куривших и потреблявших алкоголь.

4. Изучение организации медицинской помощи показало, что более 90,0% инвалидов получали лечебно-профилактическую помощь, предусмотренную нормативными документами, регламентирующих диспансерное наблюдение больных, но в недостаточном объеме: на 100 инвалидов выполнено лишь 290,3 консультаций врачей-терапевтов, 222,7 лабораторных исследований, 342,4 инструментальных исследований. Все инвалиды получали стационарное лечение, с частотой 168,9 случая госпитализаций на 100 инвалидов со средней длительностью лечения 17,6 койко-дня, чаще госпитализировались инвалиды с бронхиальной астмой (200,1 случая госпитализации на 100 инвалидов) со средней длительностью лечения 20,7 койко-дня.

5. В период пандемии коронавирусной инфекции основные показатели оказания медицинской помощи инвалидам ухудшились. По данным наблюдений за 2021г. только 40,3% инвалидов получили стационарное лечение, со средней длительностью пребывания 10,2 койко-дня, врачами-терапевтами консультированы половина инвалидов, врачами-пульмонологами – четвертая часть, лишь 38,1% инвалидам выполнены лабораторные исследования, 41,7% – инструментальные методы исследования, 45,8% – реабилитационные методы лечения. У половины инвалидов были сопутствующие заболевания, консультации по ним не были проведены.

6. Разработан перечень мероприятий по совершенствованию медицинской помощи инвалидам вследствие заболеваний органов дыхания. Адаптирована школа здоровья для онлайн общения с инвалидами по выполнению режима лечения и профилактики обострений и осложнений основного заболевания. Специалистами бюро медико-социальной экспертизы проведены обучающие семинары с врачами поликлиник по вопросам

экспертизы трудоспособности, разработаны рекомендации по выполнению порядка оказания медицинской помощи инвалидам с заболеваниями органов дыхания и заполнению медицинских документов пациентов при направлении на МСЭ. Внедрен электронный документооборот между бюро медико-социальной экспертизы и поликлиниками.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Главным врачам медицинских организаций:

1. Укомплектовать медицинские организации врачами-пульмонологами.
2. Организовать работу медицинских организаций согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «Пульмонология».
3. В поликлиниках организовать школы здоровья в режиме дистанционного онлайн обучения для пациентов с пульмонологическими заболеваниями.
4. Проводить регулярный ежегодный независимый мониторинг удовлетворенности инвалидов условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках.
5. Для инвалидов I и II групп организовать сопровождение для своевременного обеспечения их лекарственными препаратами, прохождения медицинского осмотра и проведения обследований (в том числе консультаций врачей).
6. С целью профилактики болезней органов дыхания и повышения медицинской активности населения проводить санитарно-гигиеническое образование населения.

Руководителям бюро медико-социальной экспертизы:

1. Внедрить телемедицинские консультации врачей поликлиник по вопросам отбора на медико-социальную экспертизу.
2. Повысить качество оценки результатов реабилитационных мероприятий инвалидам вследствие заболеваний органов дыхания.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПМО – амбулаторно-поликлинические медицинские организации

БА – бронхиальная астма

БОД – болезни органов дыхания

БЭБ – бронхоэктатическая болезнь

ВПИ – впервые признанные инвалидами

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации

ЕАВИИАС МСЭ – единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению медико-социальной экспертизы

ЛФК – лечебная физическая культура

МСЭ – медико-социальная экспертиза

МП – медицинская помощь

ППИ – повторно признанные инвалидами

РБ – Республика Башкортостан

РФ – Российская Федерация

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ОРИ – острые респираторные инфекции

МО – медицинская организация

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев, А.Ю. Влияние табакокурения на показатели качества жизни у работников нефтедобывающей промышленности, страдающих хронической обструктивной болезнью легких / А.Ю. Абдуллаев // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 7–10.
2. Авдеев, С.Н. Воспаление дыхательных путей у больных ХОБЛ и новые возможности противовоспалительной терапии / С.Н. Авдеев // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2012. – №3. – С. 28-36.
3. Авдеев, С.Н. Значение обострений для пациентов с ХОБЛ / С.Н. Авдеев // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – № 29. – С. 36–41.
4. Авдеев, С.Н. Опросник ACQ – новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2011. – № 2. – С. 93–99.
5. Айсанов, З.Р. Новые принципы диагностики хронической обструктивной болезни легких / З.Р. Айсанов, Е.Н. Калманова // Фарматека. – 2012. – № 15 (248). – С. 62–66.
6. Акулин, И.М. Особенности организации медицинской помощи при хронической обструктивной болезни легких / И.М. Акулин, Л.В. Куколь, С.А. Пупышев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 1 (24). – С. 21–27.
7. Алексеев, М.А. Влияние условий и образа жизни инвалидов по оценке медико-социальной помощи и качества доступности среды / М.А. Алексеев, К.Е. Моисеева, Ш.Д. Харбедия // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 2. – С. 80-85.
8. Анализ различных видов помощи при отказе от табакокурения / О.Н. Титова, О.А. Суховская, П.А. Пирумов [и др.] // Вестник СПбГУ. Сер. 11: Медицина. – 2011. – Вып. 1. – С. 49–55.



9. Анализ респираторной симптоматики и факторов риска развития хронической обструктивной болезни легких у мужчин трудоспособного возраста Санкт-Петербурга / Н.А. Кузубова, Е.А. Киселева, О.Н. Титова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 4. – С. 15–20.
10. Анализ состояния здоровья населения по результатам проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013-2014 гг. / В.И. Орел, С.И. Беженар, Н.А. Гурьева, В.Т. Данилов // Профилактическая и клиническая медицина. – 2016. – № 2 (59). – С. 31–36.
11. Анализ эффективности отказа от курения больных с хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от наличия депрессивных симптомов / В.Д. Куликов, О.Н. Титова, О.А. Суховская [и др.] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2013. – № 2. – С. 18–20.
12. Аналитический доклад «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском здравоохранении» / под.ред. Стародубова В.И., ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – М., 2020. – 45 с.
13. Архипов, В.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА / В.В. Архипов, Е.В. Григорьева, Е.В. Гавришина // Пульмонология. – 2011. – № 6. – С. 87–93.
14. Архипов, В.В. Хроническая обструктивная болезнь легких: фармакоэкономические аспекты / В.В. Архипов // Пульмонология. – 2010. – № 4. – С. 99–104.
15. Аскарлов, Р.А. Динамика заболеваемости населения в регионах Республики Башкортостан (по данным социально-гигиенического мониторинга за 2000-2013 гг.) / Р.А. Аскарлов, З.Ф. Аскарлова, А.О. Карелин // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 59 (6). – С. 33–40.
16. Ахметбаева, Л.Р. Оценка качества жизни населения крупнейшего города (на примере города Казани) / Л.Р. Ахметбаева, Р.Р. Хабибрахманова // Основы экономики, управления и права. – 2013. – № 4(10). – С. 10–15.

17. Ахунова, Э.Р. Медико-социальная характеристика и особенности качества жизни, связанного со здоровьем, работающих и неработающих пожилых людей / Э.Р. Ахунова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 98.
18. Бабанов, С.А. Хроническая обструктивная болезнь легких / С.А. Бабанов // Терапевт. – 2010. – № 4. – С. 59–67.
19. Барабанова, Е.Н. GOLD (2017): что и почему изменилось в глобальной стратегии лечения хронической обструктивной болезни легких / Е.Н. Барабанова // Пульмонология. – 2017. – Т. 27, № 2. – С. 274–282.
20. Бегимбетова, Р.С. Динамика качества жизни при ранних стадиях хронической обструктивной болезни легких / Р.С. Бегимбетова, Л.М. Тулегенова, С.С. Салимова // Клиническая медицина Казахстана. – 2013. – № 2 (28). – С. 8.
21. Белевский, А.С. Синдром перекреста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (по материалам совместного документа рабочих групп экспертов GINA и GOLD) / А.С. Белевский // Практическая пульмонология. – 2014. – № 12. – С. 12–19.
22. Белевский, А.С. САТ-тест – диалог на одном языке с пациентом / А.С. Белевский // Сборник резюме 19-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2009. – С. 225.
23. Биличенко, Т.Н. Смертность от болезней органов дыхания в 2014-2015 годах и пути ее снижения / Т.Н. Биличенко, Е.В. Быстрицкая, А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2016. – Т. 26, № 4. – С. 389–397.
24. Биличенко, Т.Н. Разработка индикаторов (критериев) для оценки качества и эффективности медицинской и пульмонологической помощи в медицинских учреждениях России / Т. Н. Биличенко, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2013. – № 5. – С. 25–30.
25. Биличенко, Т.Н. Основные итоги развития специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории Российской

- Федерации за период 2004-2010 гг. / Т.Н. Биличенко, А.Г. Чучалин, И.М. Сон // Пульмонология. – 2012. – № 3. – С. 7–12.
26. Будневский А.В. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой / А.В. Будневский, С.А. Кожевникова, В.Т. Бурлачук // Пульмонология. – 2013. - №1. – С. 54-58.
27. Васильева, О.С. Хроническая обструктивная болезнь легких как профессиональное заболевание: факторы риска и проблема медико-социальной реабилитации больных / О.С. Васильева, Н.Ю. Кравченко // Российский медицинский журнал. – 2015. – Т. 21, № 5. – С. 22–26.
28. Вероятные факторы риска развития ХОБЛ у женщин / Н.А. Кузубова, Е. А. Киселева, О. Н. Титова [и др.] // Вестник СПбГУ. – Сер. 11. – 2013. – Вып. 2. – С. 47–57.
29. Вишняков, Н.И. Анализ посещений к участковым терапевтам городской поликлиники / Н.И. Вишняков, С.М. Сафонов, К.И. Шапиро // Экономика, менеджмент и маркетинг в военном и гражданском здравоохранении: материалы Всероссийской конференции (24 октября 2013 г., ВМА, Санкт-Петербург). – СПб., 2013. – С. 60–61.
30. Влияние качества медицинской помощи на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в Бурятии / Е.В. Григорьева, Т.В. Малгатаева, Н.С. Жаркова [и др.] // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук . – 2009. – № 3 (67). – С. 248–250.
31. Влияние медицинской и социальной реабилитации на качество жизни детей группы медико-социального риска / И.Л. Самодова, В.С. Лучкевич, Г.Н. Мариничева [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 1. – С. 60–63.
32. Влияние табакокурения на риск формирования болезней органов дыхания / Н. А. Кузубова, Е. А. Киселева, О. Н. Титова [и др.] // Врач. – 2012. – № 5. – С. 86–88.

33. Волкова, Л.И. Влияние коморбидных состояний на толерантность к физической нагрузке у больных хронической обструктивной болезнью легких / Л.И. Волкова, Л.В. Тимофеева // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 1. – С. 25–28.
34. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М. : Российское респираторное общество, 2014. – 92 с.
35. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.
36. Гнатюк, О.П. Влияние кадровой обеспеченности учреждений здравоохранения Хабаровского края на показатели заболеваемости хроническим бронхитом и хронической обструктивной болезнью легких [Электронный ресурс] / О.П. Гнатюк // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 2. – Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/voz/20112/2011204.aspx>.
37. Гнатюк, О.П. Организационные и методические аспекты раннего выявления хронического бронхита и ХОБЛ / О.П. Гнатюк, Н.А. Капитоненко, Л.Г. Манаков // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. – № 44. – С. 14–19.
38. Гнатюк, О.П. Эпидемиология, диагностика и профилактика хронического бронхита и ХОБЛ: медико-социальные и организационно-методические аспекты: дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.06 / Гнатюк Олег Петрович. – Хабаровск, 2012. – 404 с.
39. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. – М., 2017. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>.

40. Государственный доклад «О состоянии реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 год.» / Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российская Академия медицинских наук. – М., 2016. – 215 с.
41. Государственный доклад Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге» в 2014 год [Электронный ресурс]. – СПб., 2015. – Режим доступа: [http://78.rospotrebnadzor.ru/c/document\\_library/get\\_file?uuid=1a0fa00d-ba44-4f03-b8dd-b77871ca5b31&groupId=10156](http://78.rospotrebnadzor.ru/c/document_library/get_file?uuid=1a0fa00d-ba44-4f03-b8dd-b77871ca5b31&groupId=10156).
42. Гришина Л.П. Анализ первичной инвалидности с учетом причины среди взрослого населения Российской Федерации и субъектов в 2015 г./ Л.П. Гришина, З.М. Волкова, Н.Б. Верегина // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 2. – С. 74-85.
43. Гурьянов М.С., Распространенность курения среди медицинских работников / М.С. Гурьянов, И.А. Камаев, А.А. Иванов // Вестник РУДН. Серия Медицина. – 2010. - №4. – С. 511-514.
44. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение I. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Р.В. Коротких [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 3–8.
45. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации / под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014 – 112с.
46. Добрых В.А. Хронический бронхит и ХОБЛ в условиях Приамурья: факторы риска, распространенность, новые аспекты диагностики / В.А. Добрых, И.Е. Мун, Е.В. Медведева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. - №3. – С. 12-15.

47. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2014 «Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность» [Электронный ресурс]. – [Б.м.]: Всемирная организация здравоохранения, 2014. – Режим доступа: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/ru/>.
48. Доклад об экологической ситуации в Санкт-Петербурге в 2015 году/ под ред. И.А. Серебрицкого. – СПб.: Сезам-принт, 2016. – 168 с.
49. Дымочка М.А. Первичная инвалидность взрослого населения в Российской Федерации за период 2012-2017 гг. / М.А. Дымочка, Н.Б. Верегина // Медико-социальные проблемы инвалидности. – М., 2018. – С. 8-16.
50. Емельянова А.В. Эффективность и безопасность ингаляционного глюкокортикостероида циклесонида у больных бронхиальной астмой / А.В. Емельянов // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2012. - №3. – С. 19-22.
51. Ермаков, Г.И. Объективные и субъективные показатели качества жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких и их взаимосвязь / Г.И. Ермаков // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 3. – С. 71–73.
52. Ермаков, Г. И. Хроническая обструктивная болезнь легких: некоторые аспекты патогенеза, терапии и профилактики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Ермаков Геннадий Иванович. – Ижевск, 2012. – 43 с.
53. Жестков А.В. Клинико-иммунологические особенности заболеваний легких / А.В. Жестков, В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т.4, №4, - С.38-42.
54. Заболеваемость взрослого населения России в 2016 году: статистические материалы, часть III / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – М., 2017. – 161 с.

55. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2016 году: Статистические материалы, часть VII / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – М., 2017. – 184 с.
56. Загидуллин Ш.З. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш.З. Загидуллин, Е.С. Галимова, О.А. Суховская // Пульмонология. – 2013. №1. – С. 49-53.
57. Задесенец, Е. Е. Методология измерения и оценки качества жизни населения России / Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский, И.В. Пенова // Мир измерений. – 2010. – №2. – С. 37–44.
58. Запарий С.П. Основные показатели первичной и повторной инвалидности взрослого населения в отдаленных районах Омской области за период 2011-2012 гг. / С.П. Запарий, А.К. Иванчиков, Е.В. Шамшева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2013. – № 4. – С. 104-106.
59. Захарова, И.А. Хронические неспецифические заболевания легких у лиц молодого возраста. Распространенность, особенности клинико-функционального статуса и качества жизни: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.25 / Захарова Инна Александровна. – Челябинск, 2017. – 292 с.
60. Захарова, И. А. Распространенность хронической обструктивной болезни легких среди лиц молодого возраста, проживающих в крупном промышленном городе / И. А. Захарова // Врач-аспирант. – 2014. – № 1.1 (62). – С. 222–224.
61. Захарова, И. А. Прогнозирование развития хронического бронхита у лиц молодого возраста / И. А. Захарова // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 6 (90). – С. 79–82.
62. Золотарев, И.Н. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / И.Н. Золотарев, В.Т. Бурлачук // Медицина и качество жизни. – 2010. – № 4. – С. 37.

63. Иванова, Е.В. Заболеваемость и смертность населения трудоспособного возраста России по причине болезней органов дыхания в 2010-2012 гг. / Е.В. Иванова, Т.Н. Биличенко, А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2015. – Т 25, № 3. – С. 291–297.
64. Игнатова, Г.Л. Выявление распространенности хронической обструктивной болезни легких среди лиц молодого возраста / Г.Л. Игнатова, И.А. Захарова // Пульмонология. – 2014. – № 1. – С. 48–51.
65. Игнатова Г.Л. Возможности профилактики инфекции дыхательных путей / Г.Л. Игнатова, В.Н. Антонова, О.В. Родионова // Consilium medicum. – 2015. – Т. 17, №11. – С. 20-24.
66. Игнатова, Г. Л. Результаты амбулаторного анкетирования респондентов молодого возраста с целью раннего выявления хронического бронхита / Г. Л. Игнатова, И. А. Захарова, И. В. Дроздов // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 35–38.
67. Изучение качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш.З. Загидуллин, Е.С. Галимова, О.А. Суховская [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 1. – С. 20.
68. Илькович, М.М. Пульмонология в Ленинграде – Санкт-Петербурге: путь длиною в 50 лет: Актовая речь / М.М. Илькович. – СПб. : РИЦ СПбГУ, 2016. – 14 с.
69. Исследование качества жизни пациентов хронической обструктивной болезнью легких до и после стационарного лечения / Л.И. Светый, В.А. Лопухова, И.В. Тарасенко, М.С. Шеховцова [и др.] // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. – 2013. – Т. 15, №1–4. – С. 356–357.
70. Использование показателей качества жизни населения как интегрального критерия оценки эффективности медико-профилактических программ / В.С. Лучкевич, Г.Н. Мариничева, И.Л. Самодова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2017. – № 96 (4). – С. 319–324.
71. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2013 году и основные задачи на 2014 год / под ред. В.М. Колабутина. — СПб., 2014. — 260 с.



72. Кавокин С.Н. Совершенствование системы освидетельствования и комплексной реабилитации инвалидов как обязательное условие реализации требований конвенции о правах инвалидов / С.Н. Кавокин // Уровень жизни населения регионов России. – 2013. – № 11 (189). – С. 102-106.
73. Казанцев, В.А. Антибактериальная терапия обострений нетяжелой хронической обструктивной болезни легких / В.А. Казанцев, И.А. Гучев // Пульмонология. – 2014. – № 4. – С. 105–111.
74. Карпикова, И.С. Оценка результатов и перспектив деятельности регионального здравоохранения как фактора формирования качества жизни населения: мнение экспертов / И.С. Карпикова, Н.И. Школьная // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2012. – № 2. – С. 183–188.
75. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких: монография / Г.И. Ермаков, Н.С. Стрелков, Л.Ф. Молчанова [и др.]. – Ижевск, 2010. – 140 с.
76. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в разные фазы заболевания / К.В. Асямов, А.В. Николаев, С.Б. Шустов, М.А. Харитонов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 143.
77. Качество жизни как показатель степени адаптации к болезни на примере бронхиальной астмы у детей и хронической обструктивной болезни легких у взрослых / М.К. Ермакова, Н.Р. Капустина, Г.И. Ермаков [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 1. – С. 65–71.
78. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и определяющие его факторы / А. А. Некрасов, А. Н. Кузнецов, О. В. Мельниченко [и др.] // Пульмонология. – 2011. – № 5. – С. 48–52.
79. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : Атмосфера, 2004. – 256 с.

80. Качество жизни у больных бронхиальной астмой, прошедших обучение с астма-школе / Е.Л. Лазуткина [и др.] // Сборник тезисов 15-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2005. – С. 226.
81. Клинико-функциональные и молекулярно-генетические особенности хронической обструктивной болезни легких в условиях высокого профессионального риска / Л.А. Шпагина, М.И. Воевода, С.В. Бобров [и др.] // Пульмонология. – 2012. – № 4. – С. 78-84.
82. Ковалькова, Н.А. Распространенность бронхообструктивного синдрома и его ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в городской сибирской популяции : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.04 / Ковалькова Наталья Алексеевна. – Новосибирск., 2014. – 22 с.
83. Колосов, В.П. Частота симптомов хронических респираторных заболеваний в популяции взрослого населения Амурской области: результаты исследовательского проекта WHO-GARD / В.П. Колосов, Л.Г. Манаков // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2014. – № 2 (56). – С. 20–23.
84. Колосов, В.П. Респираторное здоровье населения и основные направления оптимизации пульмонологической помощи на территории Дальневосточного федерального округа / В.П. Колосов, Л.Г. Манаков // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2011. – № 40. – С. 9–15.
85. Колосов, В.П. Скрининговая оценка хронических респираторных заболеваний: итоги реализации I этапа проекта ВОЗ – GARD на территории Амурской области / В.П. Колосов, Л.Г. Манаков, Ю.М. Перельман // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. – № 46. – С. 8–18.
86. Колосов, В.П. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких : монография / В.П. Колосов, А.Ю. Трофимова, С.В. Нарышкина. – Благовещенск, 2011. – 132 с.
87. Концевая А.В. Экономический ущерб от болезней органов дыхания и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2016

- году / А.В. Концевая, Д.К. Муканаева, Ю.А. Баланова, М.Б. Худяков, О.М. Драпкина // Пульмонология. – 2019. – 29 (2). – С. 159-166.
88. Корицина Г.Ф. Анализ генетических факторов, вовлеченных в развитие хронической обструктивной болезни легких: оценка вклада генов биотрансформации ксенобиотиков и антиоксидантной защиты / Г.Ф. Корицина, Л.З. Ахмадишина, Ш.З. Загидуллин // Пульмонология. – 2013. - №1. – С. 25-31.
89. Косарев, В.В. ХОБЛ: факторы риска, профилактика и лечение / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Вестник семейной медицины. – 2010. – № 1. – С. 10–13.
90. Краткий статистический сборник / Петростат. – СПб., 2014. – 111с.
91. Кривохиж, В.Н. Медико-социальная и клиническая характеристики детей в очагах туберкулезной инфекции / В.Н. Кривохиж, С.В. Михайлова // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблема и пути их решения. – 2016. – Т. 11, № 1. – С. 75–79.
92. Крылова, Ю.Г. Особенности применения программы легочной реабилитации у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Ю.Г. Крылова, В.И. Трофимов, А.А. Потапчук // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 4 (22). – С. 34–37.
93. Крысанов, И.С. Анализ стоимости хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации / И.С. Крысанов // Качественная клиническая практика. – 2014. – № 2. – С. 51–56.
94. Кузубова, Н.А. / Совершенствование организации и качества пульмонологической помощи взрослому населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.16 / Кузубова Наталья Анатольевна. – СПб., 2010. – 39 с.
95. Курбатова, А.А. Анализ эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных бронхиальной астмой с частыми острыми респираторными вирусными инфекциями / А.А. Курбатова, А.В. Будневский // Врач-Аспирант. – 2013. – № 3.2 (58). – С. 283–290.

96. Кытикова, О.Ю. Влияние хронической обструктивной болезни легких на качество жизни больных разных возрастных групп / О.Ю. Кытикова, Т.А. Гвозденко // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2015. – № 55. – С. 35–38.
97. Лакоценина, О.Ю. Медико-социальная реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных условиях / О.Ю. Лакоценина // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2014. – № 52. – С. 47–51.
98. Легочная реабилитация больных ХОБЛ / Я.И. Старцева, Н.А. Кузубова, О. Н. Титова [и др.] // Врач. – 2011. – № 3. – С. 60–62.
99. Лещенко И.В. Оценка эффективности и безопасности применения длительно действующих бронходилататоров у больных хронической обструктивной болезнью легких при обострении и в отдаленном периоде / И.В. Лещенко, Н.А. Эсаулова // Дыхание & пульмонология и отоларингология. - 2013. - №3. – С. 19-22.
100. Лещенко, И.В. Хроническая обструктивная болезнь легких: проблемные вопросы клинической эпидемиологии, факторов риска и базисной терапии (обзор литературы) / И.В. Лещенко, И.И. Баранова // Consilium Medicum. – 2016. – № 18 (11). – С. 8–18.
101. Линденбратен, А. Л. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и проблемы управления качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С. 3–6.
102. Лопухова, В.А. Исследование качества жизни пациентов с бронхиальной астмой и больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне комбинированной терапии / В.А. Лопухова, И.В. Тарасенко // Вестник ВолгГМУ. – 2011. – №3 (39). – С. 94–96.
103. Лученко, М.Т. Медицинская социология / М.Т. Лученко, В.А. Труфакин. – Благовещенск: Изд-во АмГУ, 2009. – 346с.

104. Лучкевич, В.С. Медико-социальный анализ влияния показателей медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения на основные характеристики здоровья и качества жизни городских и сельских жителей / В.С. Лучкевич, А. В. Зелионко // Известия Самарского научного центра Российской академии наук . – 2016. – Т. 18, № 2–3. – С. 752–759.
105. Лучкевич, В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ: Актовая речь / В. С. Лучкевич. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011. – 86 с.
106. Лучкевич, В.С. Особенности влияния экологических факторов риска на качество жизни городских жителей с хроническими заболеваниями органов дыхания / В.С. Лучкевич, Е.А. Абумуслимова, Т.В. Самсонова // Экология и развитие общества. – 2017. – № 3 (22). – С. 36–42.
107. Макарова И.В. Оптимизация ингаляционной терапии у больных бронхиальной астмой / И.В. Макарова // Лечебное дело. – 2008. - №3. – С. 75-79.
108. Малинникова, Е.Ю. Новая коронавирусная инфекция. Сегодняшний взгляд на пандемию XXI века / Е.Ю. Малинникова // Инфекционные болезни. - 2020 - №2 (9). – С. 18-32.
109. Манаков, Л.Г. Информационно-аналитическое обеспечение управления пульмонологической помощью на региональном уровне (методические рекомендации) / Л.Г. Манаков, С.Д. Тарасюк, С.Ю. Казакова - Благовещенск, 2014. – 28 с.
110. Манаков, Л.Г. Программа экспертной оценки состояния респираторного здоровья, организации и качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля на региональном уровне (организационно-технологическая модель) /Л.Г. Манаков, А.А. Серова – Благовещенск, 2012. – 15 с.
111. Манаков, Л.Г. Факторы риска формирования хронических респираторных заболеваний на территории Амурской области / Л.Г. Манаков,

- В.П. Колосов // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2014. – № 2(56). – С. 23–25.
112. Манаков, Л.Г. Организационно-методические механизмы оптимизации пульмонологической помощи населению (обзор литературы) // Л.Г. Манаков, С.Д. Тарасюк // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2011. – № 41. – С. 73–78.
113. Мариничева, Г.Н. Качество жизни и здоровье населения Санкт-Петербурга: монография / Г.Н. Мариничева, В. С. Лучкевич, И. Л. Самодова. – СПб., 2011. – 152 с.
114. Масленникова, Г.Я. Российский опыт по снижению бремени неинфекционных заболеваний и предложения для международного сотрудничества / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. 19, № 4. – С. 4–6.
115. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496 с.
116. Методологические стандарты разработки новых инструментов оценки симптомов в клинической медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, С. А. Калядина [и др.] // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2010. – № 15–16. – С. 6–11.
117. Мещерякова, Н.Н. Депрессивные изменения у больных хронической обструктивной болезнью легких и влияние на них методов легочной реабилитации / Н. Н. Мещерякова, А. С. Белевский // Пульмонология. – 2015. – Т. 25, № 1. – С. 64–67.
118. Мирцхулава, Н.Г. Зависимость качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких от спектра базисной терапии / Н. Г. Мирцхулава, К. Л. Военбранд, А. В. Швайка // Пульмонология. – 2013. – № 4. – С. 56–59.

119. Многоликая бронхиальная астма, диагностика, лечение и профилактика / под ред. Г.Б. Федосеева, В.И. Трофимова, М.А. Петровой. – СПб. : Норд-медиздат, 2011. – 344 с.
120. Молчанова, Л.Ф. Оценка социально-экономической эффективности лечения больных бронхиальной астмой в амбулаторно-поликлинических условиях / Л.Ф. Молчанова, И.В. Жукова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 4. – С. 76–80.
121. Мурзаев, П.А. Совершенствование организации и качества пульмонологической помощи взрослому населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03, 14.01.25 / Мурзаев Паражитдин Азимович. – М., 2010. – 23 с.
122. Нарушения функции внешнего дыхания при различных формах легочной патологии / С.Б. Шустов, И.Г. Куренкова, М.А. Харитонов [и др.] // Пульмонология. – 2017. – № 3 (27). – С. 410–418.
123. Невзорова В.А. Полиморфизм генов глутатионтрансферазы GSTP1 и микросомальной эпоксидгидролазы EPHX1 у курильщиков и при ранних стадиях хронической обструктивной болезни легких. / В.А. Невзоров, С.Е. Вахрушева, Т.В. Тилик // Пульмонология. – 2013. - №1. – С. 32-37.
124. Ненашева Н.М. Эффективная защита слизистой носа у больных аллергическим ринитом / Н.М. Ненашева // Эффективная фармакотерапия. – 2012. - №37. – С. 10-16.
125. Ненашева Н.М. Возможности терапии тяжелой бронхиальной астмы: реальности и перспективы / Н.М. Ненашева // Медицинский совет. – 2013. - №6. – С. 16-26.
126. Ненашева Н.М. Персонализированная терапия бронхиальной астмы: реалии и перспективы / Н.М. Ненашева // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2013. - №4. – С.12-18.
127. Новые возможности в профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких. Заключение группы специалистов

- Российского респираторного общества / С.Н. Авдеев, З.Р. Айсанов, А.С. Белевский [и др.] // Пульмонология. – 2017. – № 1 (27). – С. 108–113.
128. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2016 году: статистические материалы, часть IV / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – М., 2017. – 160 с.
129. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / под. ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.
130. Овакимян, К.В. Распространенность хронических респираторных симптомов в общей врачебной практике / К.В. Овакимян // Российский семейный врач. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 29–33.
131. Овсянников, Н.В. Фармакоэкономический анализ прямых затрат, связанных с оказанием медицинской помощи взрослым больным бронхиальной астмой в г. Омске [Электронный ресурс]/ Н.В. Овсянников, В.А. Ляпин, Н.С. Антонов // Управление экономическими системами : электронный научный журнал. – 2012. – Режим доступа: <http://uecs.ru/uecs-39-392012/item/1167-2012-03-26-12-00-31>.
132. Овчаренко, С.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: руководство для практикующих врачей / С.И. Овчаренко, И.В. Лещенко; под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2016. – С. 192.
133. Овчаренко, С.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления / С.И. Овчаренко // Пульмонология. – 2011. – № 6. – С. 16–19.
134. Овчаренко С.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия (обзор литературы) / С.И. Овчаренко, З.Н. Нерсесян // Consilium medicum. – 2012. – Т.14, №11. – С. 51-54.



135. Огородова, Л.М. Оценка эффективности ведения больных бронхиальной астмой на уровне первичного звена здравоохранения / Л.М. Огородова, О.С. Кобякова, Л.В. Абашина // Пульмонология. – 2010. – № 3. – С. 39.
136. Огородова Л.М. Молекулярно-генетические аспекты различных фенотипов хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы / Л.М. Огородова // Пульмонология. -2013. - №1. - С. 5-11.
137. Орел, В.И. Региональный опыт оказания медико-социальной помощи в условиях реформы здравоохранения / В.И. Орел, В.И. Смирнова, В.В. Орел // Экономика, менеджмент и маркетинг в военном и гражданском здравоохранении: материалы Всероссийской конференции (24 октября 2013 г., ВМА, Санкт-Петербург). – СПб., 2013. – С. 25–26.
138. Организационные аспекты назначения длительной кислородотерапии в условиях Санкт-Петербурга / О.Н. Титова, В.А. Волчков, Н.А. Кузубова, А.Г. Козырев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 2. – С. 35–38.
139. Орлова, Г.П. Современные подходы к лечению интерстициальных заболеваний легких, вызванных воздействием экзогенных факторов / Г.П. Орлова // Актуальные вопросы пульмонологии у работающего населения – инновации и перспективы: материалы Всероссийской научно-практической конференции (29-30 мая 2017 г., НГМУ, Новосибирск). – Новосибирск, 2017. – С. 76–82.
140. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи больным хронической обструктивной болезнью легких пожилого возраста / А.В. Будневский, Л.В. Трибунцева, А.Н. Попова [и др.] // Врач-аспирант. – 2012. – № 3.4 (52). – С. 571–574.
141. Организация лечения больных пульмонологического профиля с хронической гипоксемической дыхательной недостаточностью в Санкт-Петербурге: первый опыт / О.Н. Титова, В.М. Колабутин, Н.А. Кузубова, В.А. Волчков, А.Г. Ко-зырев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 59 (6). – С. 30–33.

142. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни: методические рекомендации / О.С. Мишина. – М. : РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2018. – 40 с.
143. Организация помощи в отказе от табакокурения в Санкт-Петербурге: проблемы и пути решения / О.Н. Титова, Т.Н. Засухина, В.Д. Куликов [и др.], // Медицинский альянс. – 2016. – № 2. – С. 71–75.
144. Основные причины неудовлетворенности больных качеством предоставляемых услуг при прохождении лечения в условиях круглосуточного стационара / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, М.Г. Хведелидзе, Ш.Д. Харбедия // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №6. – С. 190.
145. Организация проведения диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения: методические рекомендации / С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина [и др.]. – М., 2017. – 83 с.
146. Особенности качества жизни больных с хроническими заболеваниями легких и их динамика в процессе стационарного лечения / Т.В. Самсонова, В.С. Лучкевич, И.Л. Самодова, Д.Л. Логунов // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – №1 (45). – С. 91–94.
147. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш.З. Загидуллин, Е.С. Галимова, О.А. Суховска [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 49–53.
148. Пайков А.Ю. Характеристика инвалидности взрослого населения вследствие болезней органов дыхания в Ростовской области / А.Ю. Пайков, Н.С. Запарий, А.В. Аболь // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. – 2021. - №3. – С. 9-17.
149. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 №8) [Электронный ресурс].

- М., 2017. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_222124/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_222124/)
150. Петрова, Н.Г. О программе охраны здоровья работающего населения / Н.Г. Петрова // Исследования, разработки и методы в области медицины и фармацевтики: сборник научных трудов по материалам I Международной научно-практической конференции. – Саратов. – 2017. – С. 23–29.
151. Полунина, Н.В. Влияние уровня образования и медицинской грамотности на эффективность реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инсульт / Н.В. Полунина, Е.В. Костенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – № 3–2. – С. 48–54.
152. Полунина, Н.В. Информированность врачей педиатров по этическим правовым вопросам оказания медицинской помощи / Н.В. Полунина, И.А. Шмелев, О.Е. Коновалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 24. – С. 132-136.
153. Похазникова, М.А. Распространенность пассивного курения и других факторов риска хронической обструктивной болезнью легких в Санкт-Петербурге / М.А. Похазникова, О.Ю. Кузнецова, А.К. Лебедев // Российский семейный врач. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 21–28.
154. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» // Российская газета. – 2013. – 11 апреля. - №78/1.
155. Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1214н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких» // Российская газета. – 2013. – 11 июня. - №124/1.
156. Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» // Российская газета. – 2022. – 25 апреля. - №90/1.

157. Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1455н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом бронхите» // Российская газета. – 2013. – 17 июня. - №128/1.
158. Приказ Минздравсоцразвития России от 17 сентября 2007 г. № 600 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным астмой» // Здравоохранение. – 2008. - №1.
159. Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_284986/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284986/).
160. Провоторов В.М. Гендерные аспекты ХОБЛ с синдромом анемии / В.М. Провоторов, М.И. Ульянова // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т.19, №2. – С.196-197.
161. Пронина Е.Ю. Вершина айсберга: эпидемиология ХОБЛ (обзор литературы) / Е.Ю. Пронина // Вестник современной клинической медицины. - №2011. – Т. 4. – С. 18-23.
162. Протасов, А.Д. Оценка качества жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / А.Д. Протасов, А.И. Жестков, И.Ю. Шанина // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91, № 5. – С. 620–1.
163. Протасов, А.Д. САТ-тест в оценке показателей качества жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / А.Д. Протасов, А.В. Жестков, И.Ю. Шанина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 588–592.
164. Профилактика хронических бронхо-легочных заболеваний в практике врача-терапевта. «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации / под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. – М., 2013. – С. 89–96.
165. Пузин С.Н. Аспекты реабилитации инвалидов пожилого возраста в Российской Федерации / С.Н. Пузин, М.А Шургая, М.А Шкурко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2016. – № 3. – С. 116-122.

166. Пузин С.Н. Инвалидность XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / С.Н. Пузин, М.А Шургая, С.С. Маметов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – № 1-2. – С. 10-17.
167. Пульмонологическая реабилитация: современные программы и перспективы / Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 6. – С. 99–105.
168. Распространенность бронхообструктивного синдрома в открытой популяции г. Новосибирска / Н.А. Ковалькова, Н.И. Логвиненко, М.И. Воевода, С.К. Малютина // Якутский медицинский журнал. – 2013. – № 4 (44). – С. 22–24.
169. Распространенность курения как фактора риска хронической обструктивной болезни легких в Санкт-Петербурге / М. А. Похазникова, О. Ю. Кузнецова, А. К. Лебедев [и др.] // Российский семейный врач. – 2014. – № 4. – С. 24–32.
170. Распространенность респираторных симптомов и возможности выявления хронической обструктивной болезни легких в шахтерском городе Кузбасса / А.Л. Ханин, Т.И. Чернушенко, Г.В. Морозова, И.А. Савельева // Пульмонология. – 2012. – № 3. – С. 59–62.
171. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
172. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, Ю.Г. Трегубов, Д.В. Голикова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 4. – С. 3–7.
173. Российский статистический ежегодник. 2020: статистический сборник / Росстат. – М., 2021. – 725 с.

174. Российское респираторное общество: Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. – 2014. – 41 с.
175. Российское респираторное общество: Бронхиальная астма: клинические рекомендации [Электронный ресурс] / МОО Российской респираторное общество, ММО Педиатрическое респираторное общество. – 2016. – Режим доступа: [spulmo.ru/download/Рекомендации %20по %20БА %20декабрь2016.pdf](http://spulmo.ru/download/Рекомендации%20по%20БА%20декабрь2016.pdf).
176. Российское респираторное общество: Методические рекомендации по использованию метода спирометрии [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: [http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/ ?clear\\_cache=Y](http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/?clear_cache=Y).
177. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации: в трех томах / под ред. С.Н. Пузина, А.В. Гречко. – М.: ТОНЧУ, 2018.
178. Самсонова, Т.В. Качество жизни как показатель эффективности стационарного лечения городских жителей с заболеваниями органов дыхания / Т.В. Самсонова, В.С. Лучкевич // Врач-аспирант. – 2016. – №1 (74). – С. 40–48.
179. Самсонова, Т.В. Медико-социальные особенности и динамика показателей качества жизни у городских жителей при формировании заболеваний органов дыхания на территориях экологического риска / Т.В. Самсонова, В.С. Лучкевич, Е.А. Абумуслимова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5(2). – С.516-521.
180. Самсонова, Т.В. Медико-социальные особенности формирования групп риска и качества жизни городских жителей с заболеваниями органов дыхания / Т.В. Самсонова, Е.А. Абумуслимова, А.А. Горшков // Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – № 3 (56). – С. 40–46.

181. Самсонова, Т.В. Курение как фактор риска формирования бронхолегочной патологии / Т.В. Самсонова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 2 (39). – С. 264–265.
182. Семенюк, С.А. Эффективность обучения больных ХОБЛ / С.А. Семенюк, А.С. Белевский, Н.Н. Мещерякова // Пульмонология. – 2007. – № 6. – С. 43–46.
183. Серова, А.А. Медико-социальная оценка респираторного здоровья и качества пульмонологической помощи населению (на примере Амурской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Серова Ася Александровна. – Хабаровск, 2012. – 23 с.
184. Скворцова, В.И.: интервью каналу «Россия-24» в рамках ПМЭФ-2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/06/02/5560-ministr-veronika-skvortsova-dala-intervyu-kanalu-rossiya-24-v-ramkah-pmef-2017>
185. Смирнова, Е.Н. Психические особенности и качество жизни больных с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией / Е.Н. Смирнова, Л.Е. Смирнова // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 173–174.
186. Сон, И.М. Современные особенности заболеваемости взрослого населения / И.М. Сон, С.А. Леонов, Е.В. Огрызко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 1. – С. 3–6.
187. Справочник по пульмонологии / под ред. А.Г. Чучалина, М.М. Ильковича. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 928 с.
188. Сравнительный анализ клинических и функциональных особенностей респираторного здоровья у мужчин и женщин молодого возраста, проживающих в крупном промышленном городе / Г.Л. Игнатова, И.А. Захарова, О.В. Родионова [и др.] // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2013. – № 13 (3). – С. 88–93.

189. Стародубов, В.И. Как анализировать системы здравоохранения и формировать стратегии / В.И. Стародубов, Г.Э. Улумбекова // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 1(3). – С. 33–52.
190. Стекольников, Л.В. Болезни органов дыхания как причины смертности населения трудоспособного возраста / Л.В. Стекольников // Вестник Чувашского университета. – 2012. - № 3. – С. 507-512.
191. Стратегия экономического и социального развития Санкт-Петербурга на период до 2030 года, утвержденная постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 13 мая 2014 года № 355 «О стратегии экономического и социального развития Санкт-Петербурга на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://spbstrategy2030.ru/?page\\_id=102](http://spbstrategy2030.ru/?page_id=102)
192. Тарасюк, С.Д. Медико-социальная оценка доступности и качества медицинской помощи больным хроническими заболеваниями бронхолегочной системы / С.Д Тарасюк // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2014. – № 2 (56). – С. 18–20.
193. Тарасюк, С.Д. Медико-социальная оценка условий оказания пульмонологической помощи и организационно-методических механизмов ее управления в системе первичной медико-санитарной помощи / С.Д. Тарасюк, Л.Г. Манаков // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2014. – Вып. 51. – С. 54–61.
194. Тарасюк, С.Д. Организационно-методические механизмы повышения эффективности медицинской помощи больным пульмонологического профиля: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.25, 14.02.03 / Тарасюк Сергей Дмитриевич. – Благовещенск, 2016. – 197 с.
195. Тарасюк, С.Д. Информационно-аналитическое обеспечение управления пульмонологической помощью на региональном уровне / С.Д Тарасюк, Л.Г. Манаков // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 7. – С. 94–103.



196. Тарасюк, С.Д. Оценка качества пульмонологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (обзор литературы) / С.Д Тарасюк, Л.Г. Манаков, А.А. Серова // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2011. – Вып. 39. – С. 77–85.
197. Титова, О.Н. Влияние различных факторов риска на течение и прогноз бронхиальной астмы / О.Н. Титова, А. Козырев, О. Суховская // Врач. – 2013. – № 6. – С. 85–87.
198. Титова, О.Н. Реабилитационное лечение больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хронической дыхательной недостаточностью / О.Н. Титова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – Сер. 11. – 2007. – Вып. 2. – С. 26–35.
199. Трибунцева, Л.В. Роль компьютерной системы мониторинга в оценке эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных бронхиальной астмой / Л.В. Трибунцева, А.А. Курбатова, А.В. Будневский // Врач-Аспирант. – 2013. – № 5.1 (60). – С. 191–195.
200. Трофимов, В.И. OVERLAP-синдром: перекрестный синдром ХОБЛ-астма / В.И. Трофимов, Ж.А. Миронова, В. Белаш // Врач. – 2013. – № 2. – С. 20–21.
201. Улумбекова, Г.Э. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровье населения в Российской Федерации / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, Е.А. Чабан // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2016. – № 2 (24). – С. 107–120.
202. Улумбекова, Г.Э. Технологии организации медицинской помощи во время и после эпидемии COVID-19 / Г.Э. Улумбекова, И.Ю. Худова // ОРГЗДРАВ: новости, мнение, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. Т. 6, №4. – С.4-22.
203. Фархутдинова У.Р. Результаты муколитической терапии у больных хронической обструктивной болезнью легких / У.Р. Фархутдинова, В.В.

- Петряков, Р.Р. Фархутдинов // *Consilium medicum*. – 2013. Т.15, №3. – С. 29-30.
204. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. – Российское респираторное общество. – М., 2013. – 43 с.
205. Федеральные клинические рекомендации Российского респираторного общества по использованию метода спирометрии. / А.Г. Чучалин, З.Р. Айсанов, С.Ю. Чикина [и др.] // *Пульмонология*. – 2014. – № 6. – С. 11–24.
206. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http:// sfri.ru](http://sfri.ru) .
207. Фридман, И.Л. Качество жизни больных бронхиальной астмой средней степени тяжести / И. Л. Фридман // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2012. – № 1. – С. 16–19.
208. Фролова, Э.Б. Изучение качества жизни больных ХОБЛ в сочетании с ХСН на основании использования опросника SF-36 / Э.Б. Фролова, М.Ф. Яушев // *Вестник современной клинической медицины*. – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 21–25.
209. Фукс, А.С. Методические подходы к формированию стратегического (долгосрочного) прогноза развития здравоохранения субъекта Российской Федерации / А.С. Фукс, В.О. Щепин, В.Б. Филатов // *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. – 2017. – № 2 – С. 68–73.
210. Ханин, А.Л. Проблемы болезней органов дыхания и возможные пути их решения на уровне муниципального здравоохранения / А.Л. Ханин, Т.И. Чернушенко // *Пульмонология*. – 2011. – № 2. – С. 115–118.
211. Храмцова, В.В. Влияние личностных особенностей на качество жизни пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии / В.В. Храмцова // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. – 2014. – № 1. – С. 70–72.

212. Хроническая обструктивная болезнь легких: Проект клинических рекомендаций [Электронный ресурс]. – Российское респираторное общество, 2016. – Режим доступа: [http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/?clear\\_cache=Y](http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/?clear_cache=Y).
213. Хроническая обструктивная болезнь легких и артериальная гипертензия – метафизика и диалектика / В.В. Ли, В.С. Зодионченко, Т.В. Адашева [и др.] // CardioСоматика. – 2013. – № (1). – С. 5–10.
214. Хроническая обструктивная болезнь легких от воздействия производственных аэрозолей / О. С. Васильева, А. А. Гусаков, Е. Е. Гущина [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 3. – С. 49–55.
215. Хроническая обструктивная болезнь легких: проблемы сегодняшнего дня / А.С. Белевский, А.А. Визель, С.К. Зырянов [и др.] // Практическая пульмонология. – 2015. – Т. 25, № 3. – С. 18–23.
216. Цветкова, О.А. Хроническая обструктивная болезнь легких у женщин / О.А. Цветкова, М.Х. Мустафина // Пульмонология. – 2010. – № 1. – С. 111–118.
217. Чучалин, А.Г. История становления и развития пульмонологии в России / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2017. – Т. 27, № 2. – С. 143–153.
218. Чучалин, А.Г. Клиническая медицина XXI века – 4П. Прогноз. Профилактика. Партнерство. Персонализация / А.Г. Чучалин // Медицинская этика. – 2016. – Т. 4. – № 1. – С. 9–26.
219. Чучалин, А.Г. Кашель: монография / А.Г. Чучалин, А.В. Абросимов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 160.
220. Чучалин, А.Г. Пульмонология: национальное руководство / под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с.
221. Чучалин, А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А.Г. Чучалин // Терапевтический архив. – 2013. – № 8. – С. 43–48.

222. Чучалин, А.Г. COVID-19 и безопасность человека / А.Г. Чучалин // Терапевтический архив. – 2021. – № 3. – С. 253-254.
223. Шамин, А.С. Система организации медицинской помощи и управление эффективностью лечения больных хронической обструктивной болезнью легких в г. Челябинск / А.С. Шамин, Ю.А. Тюков, Л.В. Рябова // Наука и бизнес: пути развития. – 2014. – № 3(33). – С. 7–10.
224. Шмелев, Е.И. Факторы риска хронической обструктивной болезни легких, не связанные с курением / Е.И. Шмелев // Хроническая обструктивная болезнь легких: под. ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2015. – 586 с.
225. Шмелев, Е.И. Лечение обострений ХОБЛ в амбулаторных условиях / Е.И. Шмелев // Справочник поликлинического врача. – 2015. – № 11–12. – С. 16–19.
226. Шургая М.А. Инвалидность вследствие класса болезней органов дыхания у граждан пожилого возраста / М.А. Шургая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021.– 3. – С.69-74.
227. Щепин, В.О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 3–8.
228. Щепин, В.О. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – С. 15–18.
229. Щепин, В.О. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности / В.О. Щепин, А.С. Дьячкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 4. – С. 23–26.

230. Щепин, О.П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 1 (23). – С. 3–7.
231. Щепин, О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 6 (23). – С. 3-6.
232. Экспертиза качества медицинской помощи как составная часть оценки качества во фтизиатрии / С.М. Михайлов, М.А. Карачевцева, Н.В. Кечаева, О.П. Соколова // Медицинский альянс. – 2015. – № 3. – С. 32-35.
233. Эпидемиологические особенности болезней органов дыхания на территории Дальневосточного региона / Л.Г. Манаков [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2009. – Вып. 33. – С. 34–38.
234. Эпидемиологическая ситуация с ХОБЛ в республике Татарстан (1996–2014 гг.) / Е. Ю. Пронина, И. Д. Решетникова, Р. С. Фассахов, О. Е. Богоутдинова // XXV Национальный конгресс по болезням органов дыхания под. ред. акад. А.Г. Чучалина. – М. : ДизайнПресс, 2015. – С. 292.
235. Юнусова, М.А. Влияние протоколов (стандартов) на качество оказания помощи больным ХОБЛ и результаты скрининга больных с бронхообструктивным синдромом в республике Татарстан: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.43 / Юнусова Марина Александровна. – Самара, 2009. – 30 с.
236. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев // Спб., 2002, 266с.
237. Яблонский, П.К. Российская фтизиатрия сегодня – выбор пути развития / П.К. Яблонский // Медицинский альянс. – 2013. – № 3. – С. 5–24.
238. Airways-ICPS (European innovation partnership on active and healthy ageing) from concept to implementation / J. Bousquet, E. Bateman, N.H. Chavannes, A.A. Cruz [at all.] // Eur. Respir. J. – 2016. – Vol. 47, № 4. – P. 1028–1033.

239. A review of National Guidelines for management of COPD in Europe / M. Miravittles, C. Vogelmeier, N. Roche, D. Halpin [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2013. – Vol. 47, № 2. – P. 625–637.
240. Asthma, COPD and Asthma-COPD Overlap Syndrome [Электронный ресурс] // Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [website]. – URL: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) (Accessed July 15, 2017).
241. Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study / G.E. Silva, D.L. Sherrill, S. Guerra, R.A. Barbee // *Chest.* – 2004. – Vol. 126. – P. 59–65.
242. Almagro, P. Short- and medium-term prognosis in patients hospitalized for COPD exacerbation: the CODEX index / P. Almagro, J.B Soriano, F.J Cabrera // *Chest.* – 2014. – Vol. 145. – P. 972–980.
243. American Thoracic Society Documents. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement: Asthma control and exacerbations. Standardizing Endpoints for clinical Asthma Trials and Clinical practice // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2009. – Vol. 180. – P. 59–99.
244. An official American Thoracic Society / European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation / M.A. Spruit, S.J. Singh, C. Garvey [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol. 188. – P. 13–64.
245. Austin, M.A. Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting: randomized controlled trial / M.A. Austin, K.E Wills, L. Blizzard // *BMJ.* – 2010. – Vol. 341. – P. 5462.
246. Barners, P.J. Systemic manifestations and comorbidities of COPD / P.J. Barners, B.R Celli // *Eur. Respir. J.* – 2009. – Vol. 33. – P. 1165–1185.
247. Bertholon, J.F. Electronic cigarettes: a short review / J.F. Bertholon, M.H. Becquemin, I. Annesi-Maesano // *Respiration.* – 2013. – Vol. 86. – P. 433–438.
248. Bhatt, S.P. Comparison of spirometric thresholds in diagnosing smoking-related airflow obstruction / S.P. Bhatt, J.C. Sieren, M.T. Dransfield // *Thorax.* – 2014. – Vol. 69. – P. 409–414.

249. Bischoff, E.W. Effects of written action plan adherence on COPD exacerbation recovery / E.W. Bischoff, D.H. Hamd, M. Sedeno // *Thorax*. – 2011. – Vol. 66. – P. 26–31.
250. Blanc, P.D. Occupational exposures and COPD: an ecological analysis of international data / P.D. Blanc, A.M. Menezes, E. Plana // *Eur. Respir. J.* – 2009. – Vol. 33, № 2. – P. 298–304.
251. Bourbeau, J. Self-management and behaviour modification in COPD / J. Bourbeau, D. Nault, T. Dang-Tan // *Patient Educ. Couns.* – 2004. – Vol. 53. – P. 271–277.
252. Bowler, R.P. Prediction of acute respiratory disease in current and former smokers with and without COPD / R.P. Bowler, V. Kim, E. Regan // *Chest*. – 2014. – Vol. 146. – P. 941–950.
253. Buist A.S. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study / A.S. Buist, M.A. McBurnie, W.M. Vollmer // *Lancet*. – 2010. – Vol. 370, №51. – P. 741–750.
254. Carolan, B.J. Clinical phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease and asthma: recent advances / B.J. Carolan, E.R. Sutherland // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2013. – Vol. 131. – P. 627–634.
255. Cause-specific mortality adjudication in the UPLIFT COPD trial: findings and recommendations / L.P. McGarvey, D. Magder, S. Kesten [et al.] // *Respir. Med.* – 2012. – Vol. 106 (4). – P. 515–521.
256. Consensus document on the overlap phenotype COPD-asthma in COPD / J.J. Soler-Cataluna, B. Cosio, J.L. Izquierdo [et al.] // *Arch. Bronconeumol.* – 2012. – Vol. 48. – P. 331–337.
257. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation / A.G. Chuchalin, N. Khaltaev, N.S. Antonov [et al.] // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2014. – Vol. 9. – P. 963–974.

258. Chronic obstructive respiratory diseases and risk factors in primary care in the Russian Federation / A.G. Chuchalin, N. Khaltayev, N.S. Antonov [et al.] // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2012. – Vol. 9. – P. 942–957.
259. Chuchalin, A. Professional development of Russian HELS' Management and faculty in CDIO Standards application / A. Chuchalin, J. Malmqvist, M. Tayurskaya // *Eur. J. Eng. Edu.* – 2016. – Vol. 41, № 4. – P. 426–437.
260. Clini, E.M. Effects of early inpatient rehabilitation after acute exacerbation of COPD / E.M Clini, E. Crisafulli, S. Costi // *Respir. Med.* – 2009. – Vol. 103, № 10. – P. 1526–1531.
261. Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease / L.E. Vanfleteren, M.A. Spruit, M. Groenen [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol. 187. – P. 728–735.
262. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study / B. Lamprecht, M.A. McBurnie, W.M. Vollmer [et al.] // *Chest.* – 2011. – Vol. 139. – P. 752–763.
263. Cote, C.G. The modified BODE index: validation with mortality in COPD / C.G. Cote, V.M Pinto-Plata, J.M. Marin // *Eur. Respir. J.* – 2008. – Vol. 32. – P. 1269–1274.
264. De Marco, R. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults / R. De Marco, S. Accordini, A. Marcon // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2011. – Vol. 183. – P. 891–897.
265. Divo, M.J. Ageing and the epidemiology of multimorbidity / M.J. Divo, C.H. Martinez, D.M. Mannino // *Eur. Respir. J.* – 2014. – Vol. 44. – P. 1055–1068.
266. Dodd, J.W. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study / J.W. Dodd, L. Hogg, J. Nolan // *Thorax.* – 2011. – Vol. 66. – P. 425–429.
267. Drazen, J.M. Ageing and multimorbidity / J.M. Drazen, L.M. Fabbri // *Eur. Respir. J.* – 2014. – Vol. 44. – P. 557.



268. Efficacy and costs of nutritional rehabilitation in muscle-wasted patients with chronic obstructive pulmonary disease in a community-based setting: a prespecified subgroup analysis of the INTERCOM trial / C.R. Van Wetering, M. Hoogendoorn, R. Broekhuizen, [et al.] // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* – 2010. – Vol. 11. – P. 179–187.
269. Eisner, M.D. An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease / M.D. Eisner, N. Anthonisen, D. Coultas // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2010. – Vol. 182. – P. 693–718.
270. Electronic cigarettes. A position statement of the forum of international respiratory societies / D.E. Schraufnagel, F. Blasi, M.B. Drummond [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2014. – Vol. 190. – P. 611–618.
271. Esteban, C. Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD / C. Esteban, J.M Quintana, M. Aburto // *Eur. Respir. J.* – 2010. – Vol. 36. – P. 292–300.
272. Exacerbation-like respiratory symptoms in individuals without chronic obstructive pulmonary disease: results from a population-based study / W.C. Tan, J. Bourbeau, P. Hernandez [et al] // *Thorax.* – 2014. – Vol. 69. – P. 709–717.
273. Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: a prospective study in primary care / M. Monteagudo [et al.] // *Respir. Med.* – 2013. Vol. 107, №10. – P.1589–1597.
274. Faner, R. Network medicine, multimorbidity and the lung in the elderly / R. Faner, T. Cruz, A. López-Giraldo // *Eur. Respir. J.* – 2014. – Vol. 44. – P. 775–788.
275. Fattahi, F. Atopy is a risk factor for respiratory symptoms in COPD patients: results from the EUROSCOP study / F. Fattahi, N.H. ten Hacken, C.G. Löfdahl // *Eur. Respir. J.* – 2013. – Vol. 14. – P. 10–15.
276. Fishwick, D. COPD Standard Collaboration Group. Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a standard of care / D. Fishwick, D. Sen, C. Barber // *Occup. Med. (Lond).* – 2015. – Vol. 65(4). –P. 270–282.

277. Foreman, M.G. Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPDGene Study / M.G. Foreman, L. Zhang, J. Murphy // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2011. – Vol. 184. – P. 414–420.
278. Forey, B.A. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema / B.A. Forey, A.J. Thornton, P.N. Lee // *BMC Pulm. Med.* – 2011. – Vol. 11. – doi: 10.1186/1471-2466-11-36.
279. Garvey, C. Depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease / C. Garvey // *Postgrad. Med.* – 2012. – Vol. 24, № 3. – P. 101–109.
280. Global strategy for asthma management and prevention [Электронный ресурс] // Global Initiative for asthma [website]. – 2017. – URL: <http://ginasthma.org/2017-online-appendix-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>.
281. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Электронный ресурс] // Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [website]. – 2017. – URL: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>.
282. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Электронный ресурс] // Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [website]. – 2016. – URL: <http://goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016/>.
283. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary / J. Vestbo, S.S. Hurd, A.G. Agustí [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol. 187. – P. 347–365.
284. Guan, W.J. Clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China / W.J. Guan, Z. Ni, Y. Hu // *N. Engl. J. Med.* – 2020. – Vol. 382. – P. 1708-1722.

285. Han, M.K. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: the future of COPD / M.K Han, A. Agusti, P.M. Calverley // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2010. – Vol. 182. – P. 598–604.
286. Hanania, N.A. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort / N.A. Hanania, H. Mullerova, N.W. Locantore // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2011. – Vol. 183. – P. 604–611.
287. Jha, P. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco / P. Jha, R. Peto // *N. Engl. J. Med.* – 2014. – Vol. 370. – P. 60–68.
288. Jones, P.W. Comparison of demographic data of patients with COPD treated in primary care by country in European Health-related Quality of Life in COPD study / P.W. Jones, G. Brusselle, T. van der Molen // *Eur. Resp. J.* – 2010. – Vol. 36 (Suppl. 54). – P. 4233.
289. Kardos, P. Primary care physician assessment of COPD severity: European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy // *Eur. Resp. J.* – 2010. – Vol. 36, suppl. 54. – P. 4228.
290. Overlap syndrome of asthma and COPD predicts low quality of life / P. Kauppi, H. Kupiainen, A. Lindqvist [et al.] // *J. Asthma.* – 2011. – Vol. 48. – P. 279–285.
291. Khaltaev, N. Asthma and rhinitis in primary health care and in population of two remote districts of Ryazan Oblast, Russian Federation / N. Khaltaev, V. Abrosimov, A. Chuchalin // *Int. J. Immunoreh.* – 2010. – Vol. 12, № 1. – P. 25–27.
292. Lopez Valera, M.V. Sex – related differences in COPD in five Latin American cities: epy PLATINO study / M.V. Valera Lopez, M. Montes de Oca, R.J. Halbert // *Eur. Respir. J.* – 2010. – Vol. 36, №5. – P. 1034-1041.
293. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care: summary of updated NICE guidance / J. O'Reilly, M.M. Jones, J. Parnham [et al.] // *BMJ.* – 2010. – Vol. 340. – P. 3134.
294. Masoli, M. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report / M. Masoli, D. Fabian, S. Holt // *Allergy.* – 2009. – Vol. 59, № 5. – P. 469-478.

295. Menezes, A.M. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study / A.M. Menezes, R Perez-Padilla, J.R. Jardim // *Lancet*. – 2010. – Vol. 366. – P. 1875-1881.
296. Mohamed Hoesein, F.A. Lower limit of normal or FEV(1)/FVC <0.70 in diagnosing COPD : An evidence based review / F.A. Mohamed Hoesein, P. Zanen, J.W. Lammers // *Respir. Med.* – 2011. – Vol. 105. – P. 907–915.
297. Multicomponent indices to predict survival in COPD: the COCOMICS study / J.M. Marin, I. Alfageme, P. Almagro [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2013. – Vol. 42. – P. 323–332.
298. Nici, L. Pulmonary rehabilitation: today and tomorrow / L. Nici, R. ZuWallack // *Breathe*. – 2010. – Vol. 6. – P. 305–311.
299. Nocturnal noninvasive positive pressure ventilation in stable COPD: a systematic review and individual patient data meta-analysis / F.M. Struik, Y. Lacasse, R.S. Goldstein [et al.] // *Respir. Med.* – 2014. – Vol. 108. – P. 329–337.
300. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicentre, randomised, controlled clinical trial / T. Kohnlein, W. Windisch, D. Kohler [et al.] // *Lancet Respir. Med.* – 2014. – Vol. 2. – P. 698–705.
301. Nordic walking improves daily physical activities in COPD: a randomised controlled trial / M.K. Breyer, R. Breyer-Kohansal, G.S. Funk [et al.] // *Respir. Res.* – 2010. – Vol. 11. – P. 112.
302. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease / I.M. Ferreira, D. Brooks, J. White, R. Goldstein // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2012. – Vol. 12. – P. CD000998.
303. Nussbaumer-Ochsner, Y. Systemic manifestations of COPD / Y. Nussbaumer-Ochsner, K.F. Rabe // *Chest*. – 2011. – Vol. 139. – P. 165–173.
304. Occupation and three-year incidence of respiratory symptoms and lung function decline: the ARIC Study / M.C. Mirabelli, S.J. London, L.E. Charles [et al.] // *Respir. Res.* – 2012. – Vol. 13. – P. 24.

305. Outdoor air pollution and respiratory health in patients with COPD / J.L. Peacock, H.R. Anderson, S.A. Bremner [et al.] // *Thorax*. – 2011. – Vol. 66. – P. 591–596.
306. Oxygen therapy for patients with COPD: current evidence and the longterm oxygen treatment trial / J.K. Stoller, R.J. Panos, S. Krachman [et al.] // *Chest*. – 2010. – Vol. 138. – P. 179–187.
307. Physical activity is the strongest predictor of all cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study / B. Waschki, A. Kirsten, O. Holz [et al.] // *Chest*. – 2011. – Vol. 140. – P. 331–342.
308. Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low resource settings. – Geneva: World Health Organization, 2012. – 68 p.
309. Primary care burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland / N.M. Hawkins, P.S. Jhund, C.R. Simpson [et al.] // *Eur. J. Heart. Fail.* – 2010. – Vol. 12. – P. 17–24.
310. Pruss-Ustun, A. The impact of the environment on health by country: a meta-synthesis / A. Pruss-Ustun, S. Bonjour, C. Corvalan // *Environ. Health*. – 2008. – Vol. 7. – P. 7.
311. Pulmonary rehabilitation in COPD: Effects of two aerobic exercise intensity in patient-centered outcomes – a randomized study / C. Santos, J. Santos, L. Morais [et al.] // *Chest*. – 2011. – Vol. 140. – P. 853–853.
312. Relationship between depression in patients with COPD and the percent of predicted FEV(1), BODE index, and health-related quality of life / A. Iguchi [et al.] // *Respir. Care*. – 2013. – Vol. 58, № 2. – P. 334–339.
313. Reliability and validity of the clinical COPD questionnaire and chronic respiratory questionnaire / A.A. Reda, D. Kotz, J.W. Kocks [et al.] // *Respir. Med.* – 2010. – Vol. 104. – P. 1675–1682.
314. Rostron, B.L. Estimation of cigarette smoking-attributable morbidity in the United States / B.L. Rostron, C.M. Chang, T.F. Pechacek // *JAMA Intern Med.* – 2014. – Vol. 174. – P. 1922–1928.

315. Salvi, S.S. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers / S.S. Salvi, P.J. Barnes // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374. – P.733–743.
316. Scaling up strategies of the chronic respiratory disease programme of the European innovation partnership on active and healthy ageing (Action plan B3: Area 5) / J. Bousquet, A. Bedbrook, D.J. Costa [et al.] // *Clin. Trans. Allergy*. – 2016. – Vol. 6, № 1. – P. 29.
317. The Global Alliance against Respiratory Diseases (GARD) country report / A. Yorgancioglu, A.A. Cruz, J. Boucquet [et al.] // *Prim. Care Respir. J.* – 2014. – Vol. 23, № 1. – P. 98–101.
318. The prognostic importance of lung function in patients admitted with heart failure / K.K. Iversen, J. Kjaergaard, D. Akkan [et al.] // *Eur. J. Heart Fail.* – 2010. – Vol. 12, № 7. – P. 685–691.
319. The patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS): Progress of an NIH roadmap cooperative group through its first two years / D. Cella, S. Yount, N. Rothrock [et al.] // *Med. Care*. – 2007. – Vol. 45. – P. 3–11.
320. The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort / R. Kohansal, P. Martinez-Cambor, A. Agusti [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2009. – Vol. 180. – P. 3–10.
321. Treatment of COPD by clinical phenotypes: putting old evidence into clinical practice / M. Miravittles, J.J. Soler-Cataluna, M. Calle, J.B. Soriano // *Eur. Respir. J.* – 2013. – Vol. 41. – P. 1252–1256.
322. Vieira, D.S. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients / D.S. Vieira, F. Maltais, J. Bourbeau // *Curr. Opin. Pulm. Med.* – 2010. – Vol. 16. – P. 134–143.
323. Vijayan, V.K. Chronic obstructive pulmonary disease / V.K. Vijayan // *Indian J. Med. Res.* – 2013. – Vol. 137, №2. – P. 251–269
324. Zhao, Q. The impact of COPD and smoking history on the severity of Covid-19: A systemic review and meta-analysis / Q. Zhao, M. Meng, R. Kumar // *J. Med. Virol.* – 2020. – Vol. 92, № 10. – P. 1915-1921.



## Приложение 2

## АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Исследование, в котором мы предлагаем Вам принять участие «Научное обоснование мероприятий по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания, позволит изучить вопросы состояния здоровья, медицинского и социального обслуживания, реабилитации инвалидов, и повысить качество их жизни. Для этого просим Вас помочь нам, ответив на вопросы анкеты. Данный вопросник является строго конфиденциальным и гарантирует сохранность ваших ответов.

Выберите каждый раз наиболее подходящий Вам ответ и обведите кружком нужный пункт и допишите ответ в свободном месте.

1.	Вопросы	Ответы
2.	Пол	1) Муж. 2) Жен
3.	Укажите возраст	Сколько полных лет
4.	Группа инвалидности	1. 2. 3.
5.	Сколько лет находитесь на инвалидности (укажите)	
6.	Ваше образование	1. Среднее общее 2. Среднее профессиональное 3. высшее
7.	В каком возрасте впервые определили вам инвалидность	Укажите
8.	В какой отрасли работали до выхода на инвалидность	1. промышленность 2. здравоохранение 3. транспорт 4. общественное питание 5. образование 6. торговля 7. юриспруденция 8. туризм 9. жилищно-коммунальное хозяйство 10. предприниматель 11. прочее (укажите)
9.	Кем работали до выхода на инвалидность	Укажите профессию
10.	Семейное положение	1. состою в браке 2. не состою в браке 3. живу в гражданском браке 4. разведен (а) 5. вдовый (я)
11.	Продолжали работать после выхода на инвалидность	1. да 2. нет
12.	Были ли переведены на другую работу в связи с инвалидностью	1. да 2. нет
13.	Каковы ваши жилищные условия	1. хорошие 2. удовлетворительные 3. плохие



14.	Где живете	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. в частном доме</li> <li>2. коттедже</li> <li>3. в собственной квартире</li> <li>4. в коммунальной квартире</li> <li>5. в общежитии</li> <li>6. другое (укажите)</li> </ol>
15.	Как вы оцениваете свое материальное положение	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. достаточное (значительно больше прожиточного минимума)</li> <li>2. чуть больше прожиточного минимума</li> <li>3. на уровне прожиточного минимума</li> <li>4. ниже прожиточного минимума</li> <li>5.</li> </ol>
16.	В каком возрасте вы заболели болезнями органов дыхания и что явилось причиной (условия труда, условия быта, курение, алкоголь, наследственность, хронические заболевания, перенесенные ГРИПП, ОРВИ)	Укажите
17.	Сколько лет вы болеете болезнями органов дыхания	Укажите
18.	Какое заболевание стало причиной	
19.	Первоначально какое было заболевание	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пневмония</li> <li>2. Бронхит</li> <li>3. Бронхоэктатическая болезнь</li> <li>4. Бронхиальная астма</li> <li>5. Другое (укажите)</li> </ol>
20.	Курите ли вы в настоящее время	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. нет</li> </ol>
21.	Если курите, то сколько сигарет в день выкуриваете?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. До 10</li> <li>2. До 20</li> <li>3. Больше 20</li> </ol>
22.	Если сейчас не курите, курили ли до заболевания	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. нет</li> </ol>
23.	Если курили раньше, сколько лет вы курите?	укажите
24.	Употребляете ли Вы спиртные напитки:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. да</li> <li>2. нет</li> </ol>
25.	Если употребляете, то как часто	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ежедневно,</li> <li>2. 1 раз в неделю,</li> <li>3. несколько раз в неделю,</li> <li>4. 1 раз в месяц,</li> <li>5. несколько раз в месяц, по праздникам)</li> </ol>
26.	Какие спиртные напитки предпочитаете	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. крепкие (водка, виски, коньяк)</li> <li>2. не крепкие (вино, шампанское)</li> <li>3. предпочитаю пиво</li> </ol>

27.	Если в настоящее время не употребляете алкоголь, употребляли ли до заболевания	1. да 2. нет
28.	Если употребляли, то как часто	1. ежедневно, 2. 1 раз в неделю, 3. несколько раз в неделю, 4. 1 раз в месяц, 5. несколько раз в месяц, по праздникам)
29.	У какого специалиста вы состоите на диспансерном наблюдении	1. терапевта 2. пульмонолога 3. онколога 4. хирурга 5. эндокринолога 6. у другого специалиста (укажите) 7. не состою на диспансерном наблюдении
30.	В течение года сколько раз обращаетесь в поликлинику по поводу заболевания легких и бронхов	укажите
31.	Сколько раз в течение года получаете лечение по назначению врача поликлиники	укажите
32.	Какие виды лечения вы получаете в поликлинике	1. принимаю лекарства 2. физиотерапевтические процедуры (укажите какие) 3. массаж 4. лечебную физкультуру 5. парафин, озокерит 6. соляные шахты 7. другие (укажите)
33.	Какие медикаменты принимаете постоянно	Укажите
34.	Сколько раз в течение года получаете лечение в стационаре	1. Несколько раз в течение года 2. Один раз в 2-3 года 3. Один раз в 5-7 лет 4. Затрудняюсь ответить 5. Никогда не был (пожалуйста, укажите причину)
35.	Сколько раз в течение года вызываете скорую медицинскую помощь	укажите
36.	Как часто вызываете врача из поликлиники на дом	Сколько раз в течение месяца ----- Сколько раз в течение года -----
37.	Сколько раз в течение года вы проходили лечение в дневном стационаре поликлиники?	2. Несколько раз в течение года 2. Один раз в 2-3 года 3. Один раз в 5-7 лет 4. Затрудняюсь ответить

		5. Никогда не был (пожалуйста, укажите причину)
38.	Как часто Вы находитесь на санаторно-курортном лечении?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ежегодно</li> <li>2. Один раз в 2-3 года</li> <li>3. Один раз в 5-7 лет</li> <li>4. Затрудняюсь ответить</li> <li>5. Никогда не был (пожалуйста, укажите причину)</li> </ol>
39.	С момента выявления у Вас легочной патологии, находитесь ли Вы под наблюдением врача?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, врач-терапевт поликлиники наблюдает меня</li> <li>2. Я регулярно прихожу на прием</li> <li>3. Да, наблюдаюсь у врача другой медицинской организации, в поликлинику обращаюсь эпизодически</li> <li>4. Нет, я вообще нигде регулярно не наблюдаюсь, обращаюсь к врачу только при наличии проблем, жалоб</li> <li>5. Иной вариант</li> </ol>
40.	Насколько часто вы приобретаете лекарственные средства по бесплатным рецептам?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ежемесячно</li> <li>2. 1-2 раза в год</li> <li>3. Отказался от соц. пакета</li> </ol>
41.	Сколько денег вы тратите на приобретение лекарственных препаратов в течение месяца	укажите
42.	Вы удовлетворены оказанием медицинской помощи в поликлинике	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. нет</li> </ol>
43.	Если не удовлетворены, укажите, пожалуйста, причины	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Очереди на прием</li> <li>2. Трудно записаться на прием</li> <li>3. Нет результатов лечения</li> <li>4. Не доброжелательное отношение персонала</li> <li>5. Не назначают бесплатные лекарственные препараты</li> <li>6. Не направляют на стационарное лечение</li> <li>7. Не назначают физиотерапевтическое лечение, массаж и другие методы лечения</li> <li>8. отсутствие информированности о заболевании, возможных осложнениях, выбранной методике лечения</li> <li>9. Другие (укажите)</li> </ol>
44.	Нуждаетесь ли Вы в следующих видах помощи (возможно несколько ответов)?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В профилактической помощи (проф.осмотр)</li> <li>2. Диагностической помощи (в обследовании)</li> <li>3. В лечебных мероприятиях (дневной стационар или стационарное лечение)</li> <li>4. В санаторно-курортном лечении</li> <li>5. В медицинской реабилитации</li> <li>6. В психологической реабилитации</li> <li>7. В профессиональной реабилитации (обучение, помощь в трудоустройстве, пр.)</li> <li>8. В правовой (юридические консультации, юридическая помощь)</li> </ol>

**Спасибо за участие в анкетировании!**

Ваш вклад в нашу работу очень ценен для нас.

*Анкета**Уважаемые получатели медицинской услуги!*

Мы хотели бы узнать, как Вы оцениваете качество условиями оказания медицинской помощи и проведением медико-социальной экспертизы. Мы будем очень благодарны, если вы ответите на вопросы, проставив символ (v) в Анкете.

Анкета анонимна.

Выберите один из вариантов на каждый вопрос.

1. Вы обращаетесь в медицинское учреждение в качестве:
  - заявителя (услуга оказывается Вам)
  - родителя ребенка (услуга оказывается Вашему ребенку в возрасте до 18 лет)
  - доверенного лица
  - другое, укажите какое \_\_\_\_\_
2. Ваше обращение для получения медицинской помощи:
  - впервые
  - повторно
3. Укажите Ваш возраст:
  - 18-25 лет
  - от 26 до 60 лет
  - 60 лет и старше
4. Просим указать несколько данных о себе:
 

<input type="checkbox"/> пол мужской	<input type="checkbox"/> род занятий: учащийся/ студент
<input type="checkbox"/> пол женский	<input type="checkbox"/> род занятий: рабочий
<input type="checkbox"/> род занятий: служащий	<input type="checkbox"/> род занятий: предприниматель
<input type="checkbox"/> род занятий: пенсионер	<input type="checkbox"/> другое, укажите какое _____
5. Удовлетворены ли Вы качеством, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинского учреждения, размещенной на стендах в помещении организации?
  - Полностью удовлетворен(а)
  - Частично удовлетворен(а)
  - Не удовлетворен(а)
6. Удовлетворены ли Вы качеством, полнотой и доступностью информации о деятельности учреждения, размещенной на официальном сайте?
  - Полностью удовлетворен(а)
  - Частично удовлетворен(а)
  - Не удовлетворен(а)
7. Удовлетворены ли Вы доступностью консультации по телефону горячей линии
  - Полностью удовлетворен(а)
  - Частично удовлетворен(а)
  - Не удовлетворен(а)
8. Удовлетворены ли Вы доступностью получения услуги посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг ([www.gosuslugi.ru](http://www.gosuslugi.ru))
  - Полностью удовлетворен(а)
  - Частично удовлетворен(а)
  - Не удовлетворен(а)
9. Своевременно ли Вам была предоставлена услуга в организации, в которую Вы обратились?

- Да (услуга предоставлена своевременно или ранее установленного срока);  
 Нет (услуга предоставлена с опозданием)
10. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для пациентов?  
 Полностью удовлетворен(а)  Частично удовлетворен(а)  Не удовлетворен(а)
11. Удовлетворены ли Вы доброжелательностью, вежливостью работников организации при использовании дистанционных форм взаимодействия (по телефону, электронной почте, с помощью электронных сервисов (подача электронного обращения/жалоб/предложений, записи на прием/получение услуги, получение консультации по оказываемым услугам и пр.))?  
 Полностью удовлетворен(а)  Частично удовлетворен(а)  Не удовлетворен(а)
12. Если имело место недоброжелательное (невнимательное (невежливое) обращение, укажите со стороны каких специалистов:  
 заведующий отделением  администратор  
 врач  все специалисты  
 специалист  затрудняюсь ответить  
 психолог
13. Какие трудности Вы испытали при получении медицинской помощи?  
 трудности в оформлении направления на медицинское обследование/консультацию:  
 сложность проезда в мед. организацию  
 система записи на прием/обследование  
 длительность ожидания приема  
 процедура прохождения обследования  
 отношение сотрудников мед. организации  
 другое, укажите какие
14. Укажите общую удовлетворенность предоставлением медицинской помощи:  
 удовлетворены процедурой проведения МП  
 удовлетворены отношением специалистов  
 удовлетворены информированием о порядке проведения МП, правах, возможностях медицинской реабилитации  
 удовлетворены разъяснениями врача-специалиста по обследованиям/осмотру  
 не удовлетворены, укажите чем
15. Оцените удовлетворенность по бальной системе оценок: от 1- худшая оценка до 5 - лучшая оценка)  
 1 балл  4 балла  
 2 балла  5 баллов  
 3 балла
16. Скажите, пожалуйста, что Вас больше всего не устраивает в работе учреждения

---

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставления медицинской помощи

---

**Благодарим Вас за участие в анкетировании!**

## Приложение 4

ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
 «ГЛАВНОЕ БЮРО  
 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
 ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН»  
 МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ  
 ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
 (ФКУ "ГБ МСЭ по Республике Башкортостан"  
 Минтруда России)  
 Бульвар Ибрагимова, 61, г. Уфа, 450006  
 тел.: (347) 286-11-05, факс: (347) 286-11-24  
 E-mail: [ufa-gbmse@mail.ru](mailto:ufa-gbmse@mail.ru) [www.02.gbmse.ru](http://www.02.gbmse.ru)  
 19.04.2022 № 09/04-30  
 на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

## СПРАВКА

о внедрении результатов диссертационного исследования  
**Мухановой Ирины Фанисовны на тему:**  
**«Научное обоснование мероприятий по совершенствованию  
 медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания»**

Справка дана Мухановой И.Ф. для предоставления в диссертационный Совет. Автором предложены мероприятия по улучшению эффективности реабилитации инвалидов вследствие болезней органов дыхания, которые применяются в работе Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан» при разработке индивидуальной программы реабилитации инвалидов.

Руководитель – главный эксперт  
 по медико-социальной экспертизе



Е.В. Сафронова

## Приложение 5

Башкортостан Республикаһы  
наулыҡ һаҡлау министрлығы  
Башкортостан Республикаһы  
дәүләт бюджет наулыҡ һаҡлау  
учрежденияһы

**ӨФӨ КАЛАҒЫНЫҢ  
21-се КАЛА КЛИНИК ДАУАХАНАҒЫ**

450071, Өфө калаһы, Урман аралығы, 3  
Телефон: (347) 246-69-77, факс (347) 232-19-22  
ИНН 0276006472, ОГРН 1030204207440



e-mail:  
UFA.GKB21@doctorb.ru  
www.ufagkb21.ru

Министерство здравоохранения  
Республики Башкортостан  
Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
Республики Башкортостан

**ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА №21 ГОРОДА УФА  
(ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа)**

450071, г. Уфа, проезд Лесной, 3  
Телефон: (347) 246-69-77 факс (347) 232-19-22  
ИНН 0276006472, ОГРН 1030204207440

« 31 » 03 2022 г. № 1124

на № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## СПРАВКА

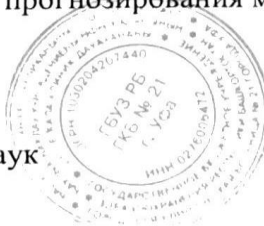
о внедрении результатов диссертационного исследования  
Мухановой Ирины Фанисовны  
«Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медицинской  
помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания»

Муханова И.Ф. провела анонимное анкетирование пациентов пульмонологического отделения и провела выкопировку изучаемых признаков из медицинской карты стационарного больного. Кроме того, в поликлинике провела изучение организации медицинской помощи инвалидам вследствие болезней органов дыхания. По результатам диссертационного исследования представила медико-социальную характеристику пациентов и проанализировала показатели оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи инвалидам до наступления пандемии коронавирусной инфекции и в период ее развития.

На основе исследования автор разработала перечень мероприятий по профилактике болезней органов дыхания среди населения, по улучшению организации медицинской помощи, показателей диспансерного наблюдения за инвалидами.

Результаты исследования Мухановой И.Ф. используются для текущей оценки деятельности и прогнозирования медицинской помощи инвалидам.

Главный врач  
доктор медицинских наук



Р.Я.Нагаев



## Приложение 6

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)  
ул. Ленина, 3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация, 450068

тел. (347) 272-41-73, факс 272-37-51  
http:// www.bashgmu.ru, E-mail: rectorat@bashgmu.ru  
ОКПО01963597 ОГРН 1020202561136  
ИНН 0274023088 КПП 027401001

05.04.2022 № 2016-01

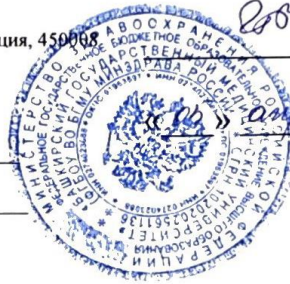
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной  
работе

А.А.Цыглин

2022г.



### Акт о внедрении

1. Наименование предложения для внедрения: Результаты оценки организации медицинской помощи инвалидам вследствие заболеваний органов дыхания;
2. Кем предложен: аспирантом кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России Мухановой И.Ф.;
3. Источники информации: Информационно-методическое письмо «Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие болезней органов дыхания и организация медицинской помощи инвалидам».
4. Где и когда внедрено: 2022 год, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России;
5. Эффективность внедрения: Материалы используются в учебном процессе;
6. Замечания: замечаний нет.

Зав. кафедрой общественного здоровья  
и организации здравоохранения с курсом ИДПО  
д.м.н., профессор

Н.Х.Шарафутдинова

Завуч кафедры, к.м.н.

О.Р.Мухамадеева

Доцент кафедры, к.м.н.

М.Ю.Павлова