

УДК 616.24

# Заболеваемость и смертность взрослого населения Санкт-Петербурга при хронической обструктивной болезни легких

**О.Н. Титова, В.Д. Куликов**

Научно-исследовательский институт пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

## Morbidity and adult mortality Saint Petersburg in chronic obstructive pulmonary disease

**O. Titova, V. Kulikov**

Research Institution of Pulmonology at Pavlov First St. Petersburg State Medical University

© О.Н. Титова, В.Д. Куликов, 2017 г.

### Резюме

Сравнительный анализ данных за 2002–2015 гг. показал, что уровни как общей, так и впервые выявленной по обращаемости заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга ХОБЛ могут быть оценены как невысокие по общемировым критериям, их динамика характеризуется общим повышением показателей заболеваемости в 2002–2015 гг., однако неравномерным по годам наблюдения, и имеет существенные различия с заболеваемостью ХОБЛ с ближайшими регионами Северо-Западного федерального округа. Как показали данные 2015 г., актуальность проблемы ХОБЛ не снижается, несмотря на то, что в последние годы в городе осуществляется активная борьба с табакокурением — основной причиной развития ХОБЛ. Отмечаемый в Санкт-Петербурге рост первичной заболеваемости ХОБЛ связан с улучшением ее выявляемости и обусловлен существенным повышением уровня знания патологии ХОБЛ врачами первичного звена здравоохранения и соответственно качества ее диагностики в лечебных учреждениях города и улучшением организации пульмонологической помощи в городе, особенно после создания Городского пульмонологического центра. Для продолжения совершенствования лечения больных ХОБЛ требуется дальнейшее улучше-

ние качества ее диагностики и организации лечения, включая улучшение качества медико-статистической работы при формировании медицинской статистики заболеваемости ХОБЛ и смертности при ХОБЛ в медицинских учреждениях города. Требуется усиление борьбы с табакокурением в городе — основным этиологическим фактором развития ХОБЛ. Улучшение информированности населения Санкт-Петербурга о патогенезе и профилактике ХОБЛ, возможностях ее лечения в медицинских учреждениях города.

**Ключевые слова:** распространенность, общая и первичная заболеваемость, смертность, лечение, ХОБЛ

### Summary

Comparative analysis of the data for the years 2002–2015. revealed that the levels of both total and newly diagnosed disease by uptake of the adult population of COPD St. Petersburg can be assessed as low by global criteria, their dynamics is characterized by a general increase in morbidity in the 2002–2015 years, but the uneven data monitoring, and has significant differences with COPD morbidity with nearby regions of the Northwest federal District. As shown by the data of 2015, the relevance of the problem of COPD in the city is not reduced, despite

the fact that in recent years, the city carried out an active struggle with tabakokurenium — the main cause of COPD. Celebrated in the growth of primary morbidity of COPD is associated with improvements in its detection and due to the substantial increase in the level of knowledge of the pathology of COPD by doctors of primary health care and quality of care, respectively its diagnosis in hospitals of the city and improvement of the organization pulmonology care in the city, especially after the establishment of pulmonary City center. To continue to improve the treatment of patients with COPD need to further improve the quality of its diagnosis and treatment

management, including improving the quality of medical and statistical work at the formation of medical statistics COPD morbidity and mortality in patients with COPD in the medical institutions of the city. It requires strengthening tobacco control in the city — the main etiological factor for COPD. increasing awareness of the population of St. Petersburg on the pathogenesis and prevention of COPD, the possibilities of its treatment in the medical institutions of the city.

**Keywords:** prevalence, general and primary morbidity, mortality, treatment of COPD

## Введение

Медико-статистические показатели заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и смертности при ХОБЛ взрослого населения Санкт-Петербурга подвержены влиянию множества факторов: факторов среды обитания, возрастных и гендерных особенностей популяции взрослого населения города, социально-экономической мотивации населения к обращению за медицинской помощью, а также от доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых здравоохранением города. Данные Федерального государственного статистического наблюдения, основанные на обращаемости населения за медицинской помощью, позволяют получить представление о сложившемся в период наблюдения консенсусе желания населения получить медицинскую помощь и возможности системы здравоохранения ее предоставить.

По определению ВОЗ, ХОБЛ — недостаточно диагностируемая, угрожающая жизни и полностью неизлечимая болезнь легких, для которой характерно устойчивое нарушение движения воздушного потока из легких. По оценкам ВОЗ, распространенность ХОБЛ составляет около 1% и увеличивается с возрастом, достигая 10% среди людей 40 лет и старше. В 2012 г. от ХОБЛ умерло более 3 млн человек, что составило почти 6% всех случаев смерти в мире в этом году [1]. В соответствии с прогнозом экспертов ВОЗ к 2020 г. ХОБЛ станет третьей среди ведущих причин заболеваемости и смертности в мире [1]. При этом на сегодня ХОБЛ остается практически единственной неинфекционной нозологией, демонстрирующей рост летальности. В России зарегистрировано около 2,4 млн больных ХОБЛ, в то время как данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что больных ХОБЛ гораздо больше — 10–15 млн человек [2].

В развитии ХОБЛ общепризнанна роль наследственных и инфекционно-аллергических факторов,

а также повсеместное ухудшение экологической ситуации, и, конечно, в первую очередь, распространенности табакокурения (в том числе пассивного [1–3]) — основной причины развития ХОБЛ, проявляющей себя более чем в 90% случаев [1, 2] и запускающей многоплановые механизмы патогенеза ХОБЛ [1, 4, 5], в определенной мере влияющих на отказ от курения и лечение табачной зависимости у больных ХОБЛ [1, 6, 7].

Диагностика и лечение ХОБЛ сегодня являются актуальными задачами здравоохранения. Ведущие российские пульмонологи отмечают, что корректная ранняя диагностика, профилактика и своевременное лечение ХОБЛ позволяют замедлить прогрессирование заболеваний и снизить частоту обострений [8, 9].

В связи с этим изучение современного состояния регистрации заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга ХОБЛ и смертности при ХОБЛ приобретает высокую актуальность.

**Цель исследования:** выявить основные факторы, определяющие тенденции и особенности общей и первичной заболеваемости и смертности взрослого населения при ХОБЛ на основе сравнительного анализа данных Санкт-Петербурга, Москвы, субъектов Северо-Западного федерального округа и России в целом и сформулировать предложения, направленные на улучшение профилактики и лечения ХОБЛ в Санкт-Петербурге.

## Материалы и методы исследования

В качестве материала исследования использованы опубликованные данные Федерального государственного статистического наблюдения по обращаемости взрослого населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения по поводу болезней органов дыхания и ХОБЛ Санкт-Петербурга, Российской Федерации, Москвы и субъектов Северо-Западного федерального округа [10], статистические материалы Комитета по здравоохранению

Правительства Санкт-Петербурга (данные формы № 12 Федерального статистического наблюдения) за 2002–2015 гг., а также опубликованные данные по смертности при хронических обструктивных заболеваниях легких за 2008–2015 гг. [10]. В соответствии с МКБ-10 медико-статистический диагноз ХОБЛ включает данные по двум классам заболеваний: J44 — другая хроническая обструктивная легочная болезнь и J43 — бронхоэктатическая болезнь. Показатель смертности от хронических обструктивных болезни легких включает данные о смертности при бронхите хроническом и неутонченном, эмфиземе (J40–J43) и ХОБЛ (J44 и J47).

## Результаты и их обсуждение

По России в целом за период с 2002 по 2015 г. общая заболеваемость взрослого населения в относительных числах (на 100 000 взрослого населения) по данным по обращаемости выросла на 18,1%, в Санкт-Петербурге этот прирост был существенно выше — 60,9% и превышал прирост в Северо-Запад-

ном федеральном округе (41,8%) (табл. 1, рис. 1). Отмеченная динамика объясняется в первую очередь двумя факторами: продолжающимся увеличением в популяции города доли населения старших возрастных групп и существенным увеличением в этот период возможностей для диагностики заболеваний и оказания медицинской помощи населению города за счет ускоренного развития системы здравоохранения. В полной мере влияние этих общегородских факторов отмечается и в динамике заболеваемости болезнями органов дыхания (БОД) [11]. Самые высокие в России показатели регистрируемой заболеваемости БОД в 2014 г. отмечались в Северо-Западном и Приволжском федеральных округах за счет повышенной регистрации острых респираторных инфекций [12].

Как показывает проведенное нами исследование, за период 2002–2015 гг. общая заболеваемость БОД взрослого населения областей Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга имела тенденцию к увеличению, причем в Санкт-Петербурге существенную (на 61,9%), а в Москве уменьшилась на 36%,

Таблица 1

### Общая заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, субъектов Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)

Субъекты федерации	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Прирост за 2002–2015 гг. (в %)
Российская Федерация	430,9	454,3	487,1	529,2	571,2	602,9	611	637,5	678,8	671	668,4	675	56,6
г. Москва	269,8	203,2	215,9	209,9	227,6	233,5	242,7	259,6	348,6	404,6	369,5	359,1	33,1
Северо-Западный федеральный округ	276,1	294,8	330,3	364,4	410,5	450,8	471,9	503	616,7	521,2	534,5	507,6	83,8
Республика Карелия	366,3	435,5	480,2	524,2	671,9	813,9	774,7	789,7	904,2	998,6	933,7	912,7	149,2
Республика Коми	521,8	630,7	621,9	639,2	662,4	665,2	724,9	716,5	737,6	764,8	798,3	803,9	54,1
Архангельская область	322,4	389,2	432,1	491,1	488,3	488,7	489,8	528,9	577,4	587,4	644,7	557,9	73,0
Ненецкий автономный округ	159,5	655,6	253,1	239,8	382,8	324,7	361,1	333,4	338,6	316,7	337,9	324,6	103,5
Вологодская область	340	340,8	380,2	389	416,3	408,5	431,3	458,1	456,5	451,1	471,2	454,4	33,6
Калининградская область	157,8	200,8	251,3	210,1	167	193,5	192,8	239,2	263,7	283,4	308,5	267,6	69,6
Ленинградская область	132,7	114,4	158,4	153	237,1	298,4	398	406	398,3	411,7	406	392,1	195,5
Мурманская область	326,5	371,8	378,1	348,5	431,6	445,4	458	474,5	467,1	493,3	479,4	483,5	48,1
Новгородская область	490,4	516,8	547,4	848,3	788,8	826,3	828,5	853,6	934,6	898,5	964,5	851,7	73,7
Псковская область	307,5	294,3	269,5	280,9	304,6	359,8	343,1	447,4	454,7	483,8	590,7	501,9	63,2
г. Санкт-Петербург	201,3	205,9	256,3	298,9	369,1	423,9	437,9	476,6	753,7	465,7	468,5	459,5	128,3

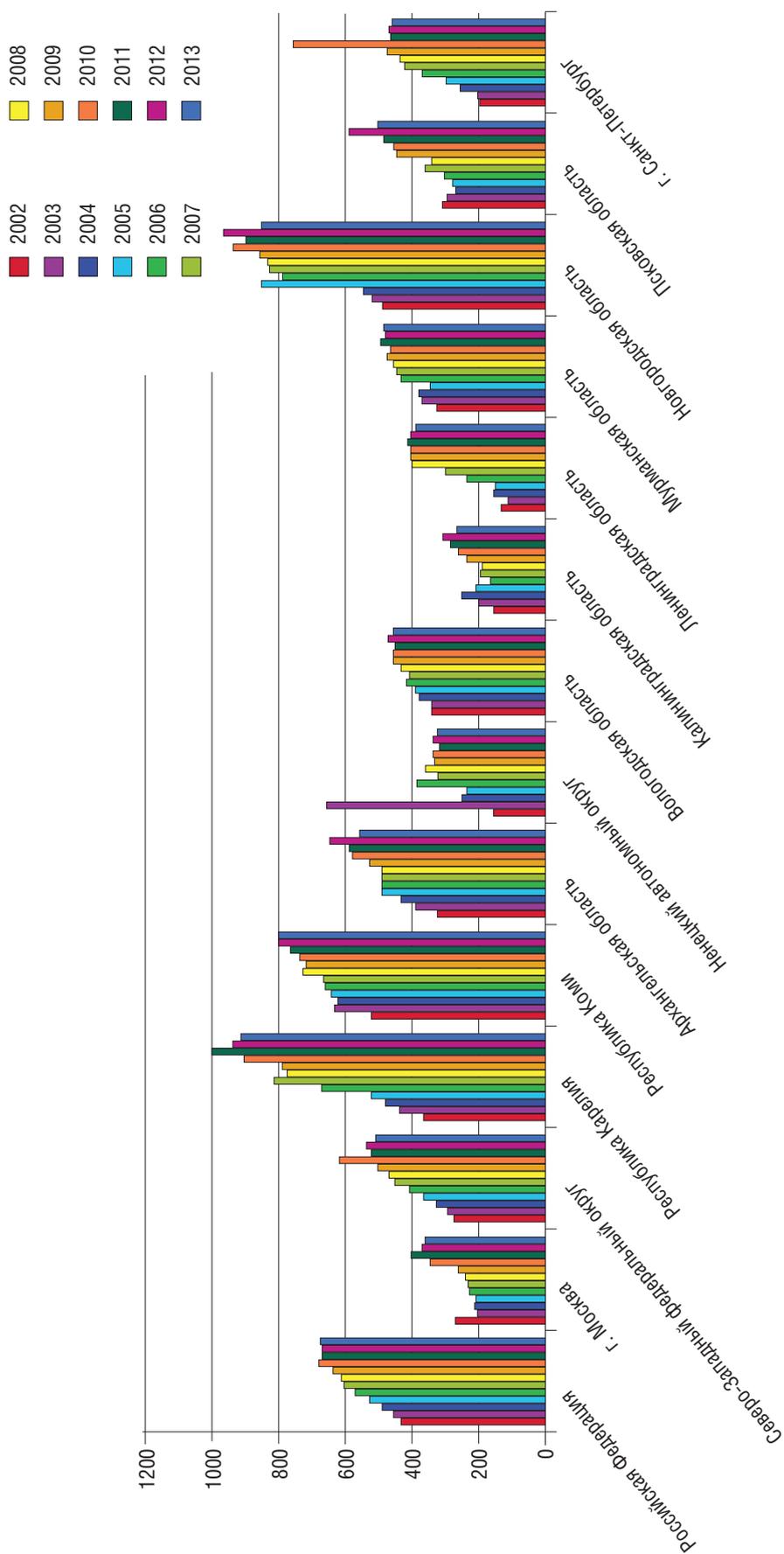


Рис. 1. Общая заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, субъектов Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)

в Российской Федерации в целом уменьшение составило 5,1%. Уровень общей заболеваемости взрослого населения, характеризующей обращения за медицинской помощью, в том числе и по поводу ранее выявленной патологии, в Санкт-Петербурге, начиная с 1990-х гг., постоянно увеличивался, а с 2009 г. наблюдается тенденция к стабилизации на высоком уровне общей заболеваемости БОД.

Важный показатель, характеризующий состояние здоровья населения и деятельность системы здравоохранения города, — впервые выявленная заболеваемость. За период 2002–2015 гг. первичная заболеваемость болезнями органов дыхания взрослого населения Российской Федерации имела значимые колебания и в целом за этот период снизилась на 3,9%, в Москве — на 36,9%, имела тенденцию к увеличению в Северо-Западном федеральном округе (на 18,2%) и увеличению в Санкт-Петербурге (на 69,6%).

Обращает на себя внимание высокий уровень первичной заболеваемости БОД в Санкт-Петербурге в 2009–2015 гг., значительно выросший в период 2004–2008 гг. и также имеющий тенденцию к росту в последние годы. Конечно, основной вклад в этот рост внесла заболеваемость ОРЗ, однако происходит прирост общей заболеваемости и другими БОД.

В структуре общей заболеваемости БОД взрослого населения Санкт-Петербурга ХОБЛ составляет 1,36%, а в структуре первичной — 0,12%. Статистические данные о распространенности ХОБЛ основаны преимущественно на учете лишь клинически выраженных стадий ХОБЛ, при которых у больных имеются достаточные основания для обращения к врачу [1, 8, 9].

По общероссийским статистикам динамику заболеваемости ХОБЛ можно отследить только до 2013 г.,

так как в последующем из статистических сборников за 2014 и 2015 гг. она была исключена, что, по нашему мнению, контрпродуктивно, учитывая, что в мире, и в ВОЗ в частности, уделяется все возрастающее внимание как динамике этой патологии, так и возможностям ее диагностики и лечения [1, 2, 9].

Значительные различия, отмечаемые в общей заболеваемости ХОБЛ в регионах Северо-Западного федерального округа, и различная ее динамика по годам в ряде регионов должны быть предметом дальнейших исследований для выяснения причинно-следственных механизмов таких различий. Пока можно только отметить, что наблюдавшиеся различия в географически и социально-экономически близких регионах Северо-Западного федерального округа невозможно объяснить только различиями в состоянии здоровья населения. Очевидно, что существенную роль здесь играют факторы, определяющие различия в подходах к диагностике и регистрации ХОБЛ в регионах. Кроме того, можно отметить, что более низкий уровень заболеваемости ХОБЛ в Москве в значительной мере должен быть связан с более высоким качеством жизни жителей столицы.

Общая заболеваемость ХОБЛ в Санкт-Петербурге в период наблюдения 2002–2009 гг. постоянно росла, но была существенно ниже общероссийского уровня и соответствовала уровню Северо-Западного федерального округа, но после резкого скачка в 2010 г. заболеваемость ХОБЛ в Санкт-Петербурге имела до 2014 г. включительно тенденцию к уменьшению, была ниже среднероссийской и лишь в 2015 г. существенно увеличилась (рис. 2, 3). По-видимому, увеличение обращаемости за лечением ХОБЛ в Санкт-Петербурге в 2015 г. связано с улучшением диагностики и лечения

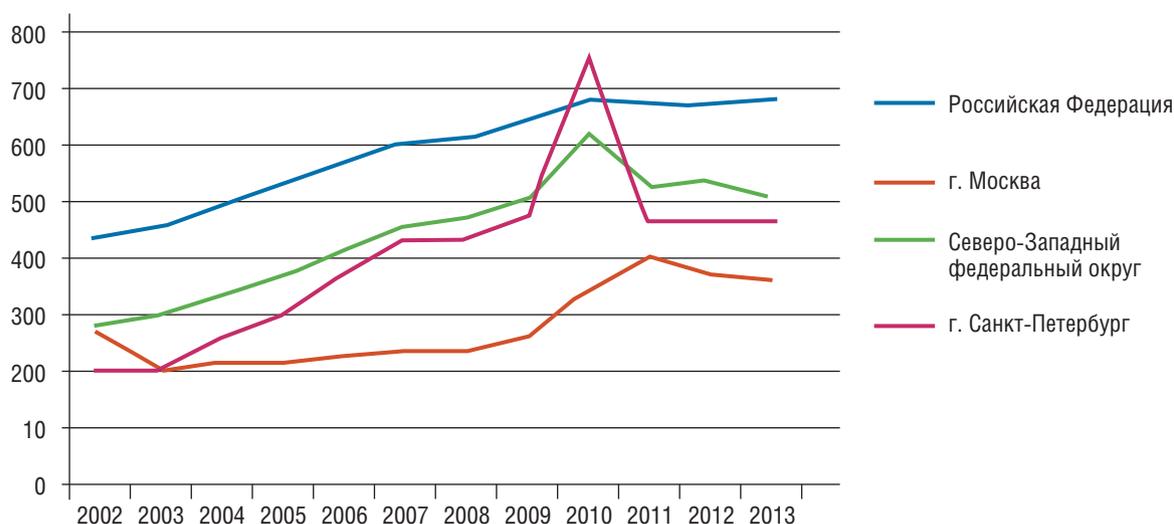


Рис. 2. Общая заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)

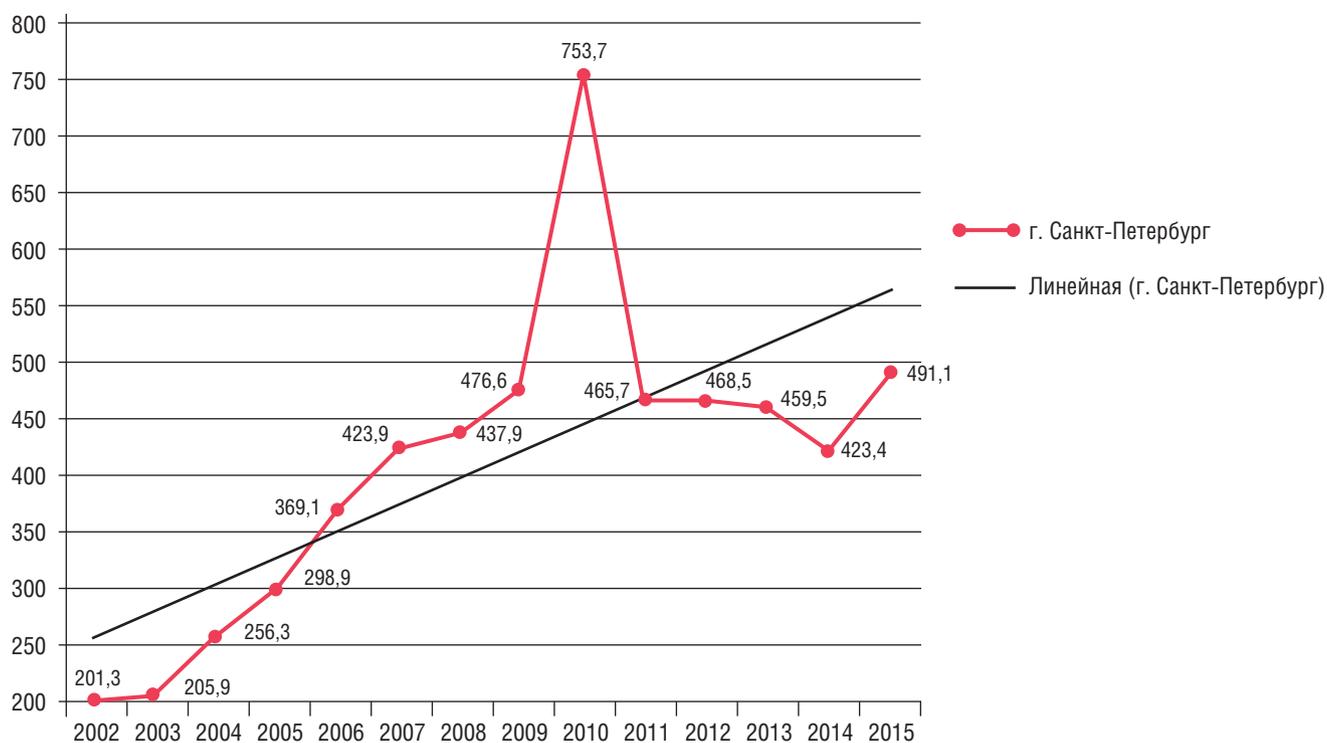


Рис. 3. Общая заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)

ХОБЛ после создания Городского пульмонологического центра.

На приведенном графике (рис. 4, 5) и в табл. 2 отчетливо видны значительные всплески первичной заболеваемости ХОБЛ и рост ее в Санкт-Петербурге в 2010 и 2015 гг., для понимания причин которых необходим углубленный эпидемиологический анализ. Для 2010 г. был также характерен рост первичной заболеваемости ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, Северо-Западного федерального округа, что, по-видимому, связано с пожарами, прокатившимися по регионам России летом 2010 г.

На рис. 5 показано, что в период 2011–2014 гг. первичная заболеваемость ХОБЛ населения Санкт-Петербурга снизилась от уровня 2004–2007 гг. и была существенно ниже показателей по России в целом, и в 2013 г. была близка к показателям Москвы и средним показателям по Северо-Западному федеральному округу, однако в 2015 г. произошло увеличение первичной заболеваемости ХОБЛ, и уровень ее приблизился к показателю по России в 2013 г. По нашему мнению, такая динамика показателя, в первую очередь, свидетельствует об улучшении диагностики ХОБЛ врачами первичного звена здравоохранения города, о повышении уровня их знаний о симптоматике и патогенезе ХОБЛ, изложение которых входит в программы пульмонологических школ, проводимых на регулярной основе для врачей города.

Имеющиеся в литературе результаты анализа данных за период 2005–2012 гг. также показывают, что в этот период общая и первичная заболеваемость ХОБЛ взрослого населения России имела тенденцию к росту (прирост 27,2%) [13]. Кроме того, авторами был сделан вывод, что резкие колебания показателей общей и первичной заболеваемости ХОБЛ в ряде субъектов РФ (Чеченская Республика, Республика Адыгея, Владимирская, Калужская, Курганская, Белгородская области, Хабаровский край, Чукотский автономный округ, Брянская, Калининградская области, Республики: Мордовия, Бурятия, Приморский край, Сахалинская область) свидетельствуют о том, что данные о заболеваемости ХОБЛ в этих регионах статистически недостоверны, прежде всего, за счет ошибок кодирования, и необходимо проведение обучения врачей вопросам кодирования в рамках циклов повышения квалификации, а также медицинских статистиков по вопросам учета и отчетности. По нашему мнению, такой вывод не раскрывает всех проблем регистрации ХОБЛ, которые в первую очередь связаны с диагностикой ХОБЛ. Следует отметить, что данные о распространенности заболеваний ХОБЛ даже в наиболее развитых странах значительно различаются, так как существует разница между данными медицинской статистики, основанными только на врачебном диагнозе без инструментальных обследований, и на результатах, полученных с

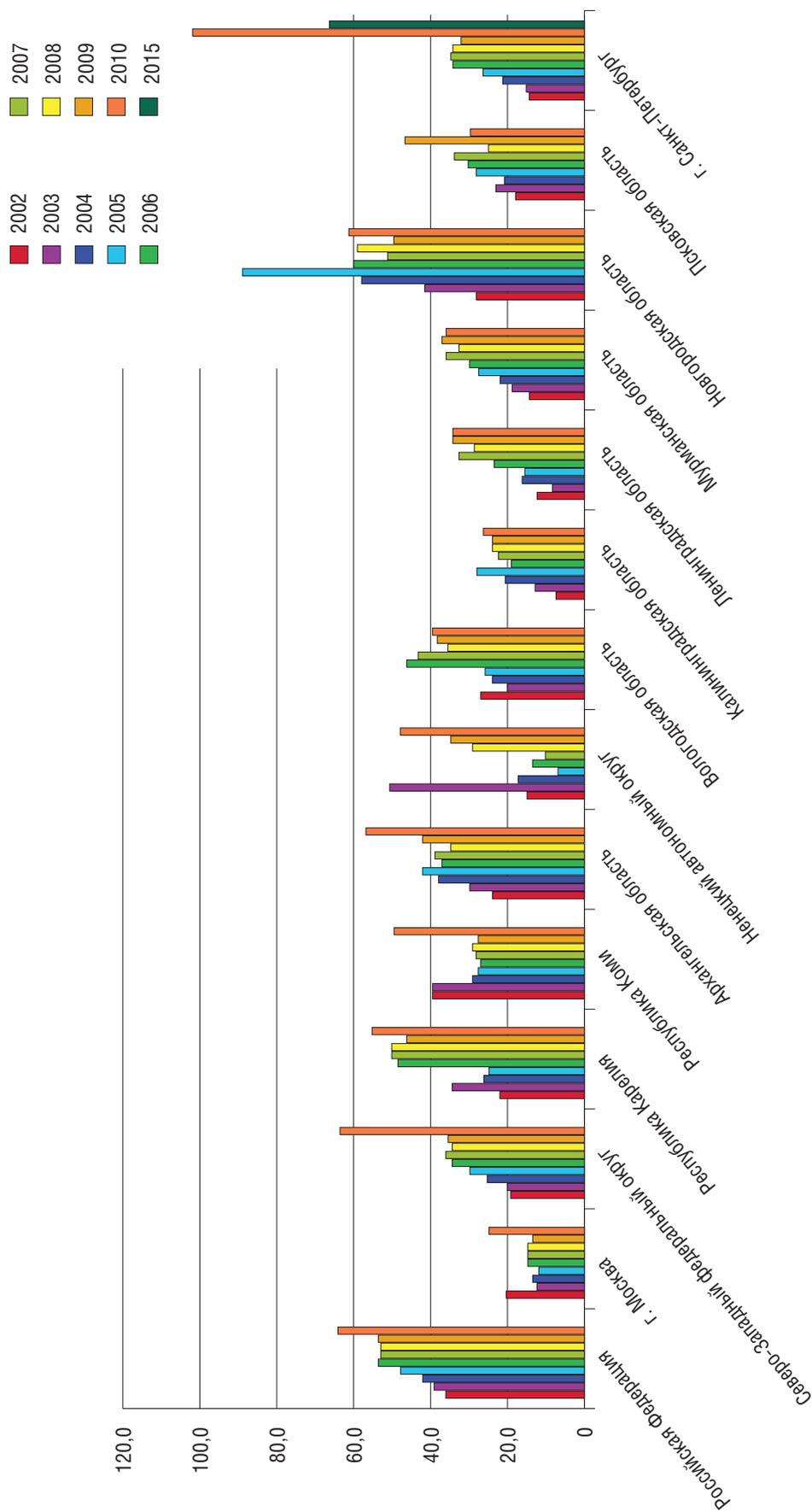
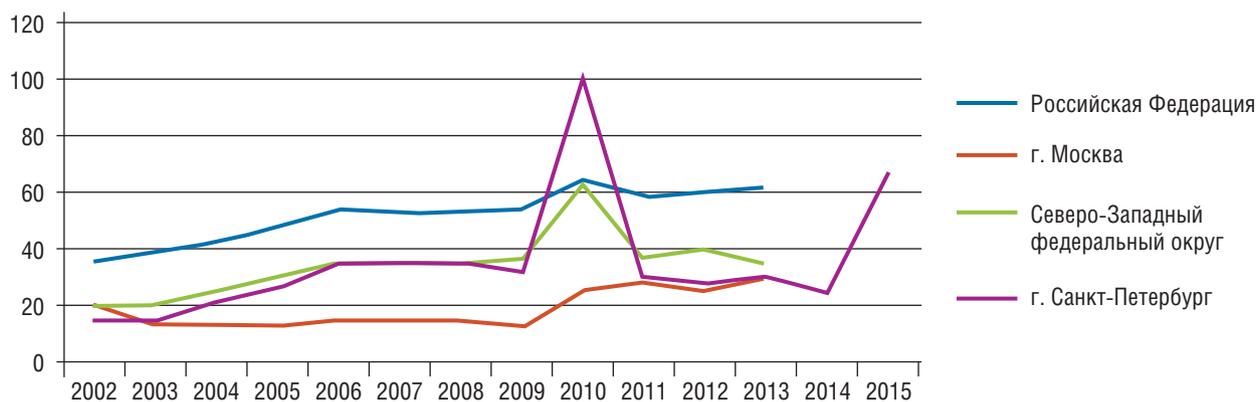


Рис. 4. Первичная заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, субъектов Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)

**Первичная заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, субъектов Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)**

Субъекты федерации	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Прирост за 2002–2013 гг., %
Российская Федерация	35,6	39,0	42,1	47,4	53,1	52,6	52,8	53,5	63,9	57,6	59,9	60,9	71,1
г. Москва	19,9	12,2	12,9	11,4	14,5	14,2	14,3	13,3	24,2	27,6	25	29,7	49,2
Северо-Западный федеральный округ	18,8	20,2	24,9	29,6	33,9	35,7	34,0	35,3	63,5	35,8	39,2	33,6	78,7
Республика Карелия	21,7	34,1	26,4	24,4	48,3	50,1	49,9	46,1	54,7	62,3	65,7	62,9	189,9
Республика Коми	39,0	39,0	29,0	27,4	26,5	27,9	29,2	27,5	49,1	38,1	36,5	37,8	–3,1
Архангельская область	23,9	29,6	38,2	42,0	36,7	38,3	34,5	42,0	56,9	41,3	53,6	37	54,8
Ненецкий автономный округ	15,0	50,4	16,7	6,6	13,0	9,6	28,8	34,9	47,5	15,8	47,4	9,5	–36,7
Вологодская область	26,9	19,9	24,1	25,3	45,8	43,0	35,4	38,0	39,2	34,5	42	34,3	27,5
Калининградская область	6,9	12,6	20,5	27,6	18,9	22,2	24,0	24,1	25,9	29,9	36,3	17,9	159,4
Ленинградская область	12,0	8,0	16,0	15,2	23,2	32,6	28,4	34,1	34,3	35,4	41,1	34	183,3
Мурманская область	14,4	18,2	21,7	27,1	29,3	36,0	32,1	36,7	36,0	36,8	43,7	39,4	173,6
Новгородская область	27,8	41,6	58,0	89,1	60,2	50,9	58,7	49,1	61,4	73,3	83	40,5	45,7
Псковская область	17,4	22,5	19,9	28,0	30,2	33,5	25,0	46,3	29,7	24,3	28,9	38,5	121,3
г. Санкт-Петербург	14,5	14,8	21,3	26,3	34,1	34,5	34,3	31,9	101,7	29,2	27,8	29,2	101,4



**Рис. 5.** Первичная заболеваемость ХОБЛ взрослого населения Российской Федерации, Москвы, Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга (на 100 000 взрослого населения)

применением инструментальных методов, в основном спирометрии [9].

Наиболее объективной характеристикой эпидемиологической значимости заболевания являются

показатели смертности. Вклад болезней органов дыхания в структуру смертности в 2014 г. составил 3,7% и был пятым по величине. С 2012 г. в Санкт-Петербурге отмечается рост смертности взрослого населения от

болезней органов дыхания (БОД), что связано, в первую очередь, со старением населения города. Наибольший вклад в показатели смертности взрослого населения вносит смертность от пневмонии, составляющая более 50% значения показателя смертности от БОД.

Показатель смертности от хронических обструктивных болезней легких (бронхит хронический и неуточненный, эмфизема (J40–J43), ХОБЛ (J44)) за период 2010–2015 гг. характеризовался относительной стабильностью (в отличие от РФ, где отмечается достоверный рост показателя с 2012 г.) и в 2015 г. в 2,7 раза была ниже, чем в целом по России (рис. 6, 7).

Заболевание ХОБЛ часто диагностируется на поздних стадиях, когда неуклонно прогрессирующий патологический процесс уже не поддается лечению. Этим объясняется и высокая смертность среди больных.

По данным Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно. Смертность среди больных ХОБЛ после выписки из стационара составляет 43% в течение одного года и 49% в течение двух лет [14].

Внедрение современного понимания ХОБЛ, международных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике этого заболевания, основанных на принципах доказательной медицины, остается актуальной проблемой национального здравоохранения [2]. Тем более это важно в связи с тем, что Глобальная инициатива по диагностике, лечению и профилактике хронической обструктивной болезни легких (GOLD) при ВОЗ в 2017 г. обновила рекомендации по управлению заболеванием ХОБЛ [1]. Основные изменения коснулись определения ХОБЛ, роли спирометрии в управлении заболеванием, алгоритма эскалации и

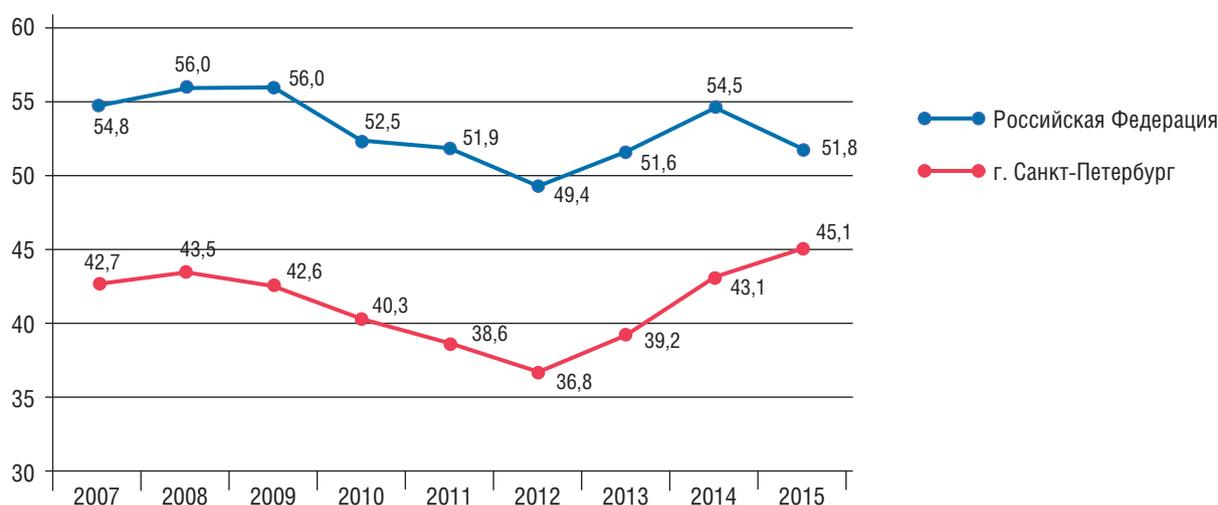


Рис. 6. Динамика показателя смертности населения Санкт-Петербурга по причине болезней органов дыхания в 2007–2015 гг. (общие коэффициенты смертности на 100 000 населения)

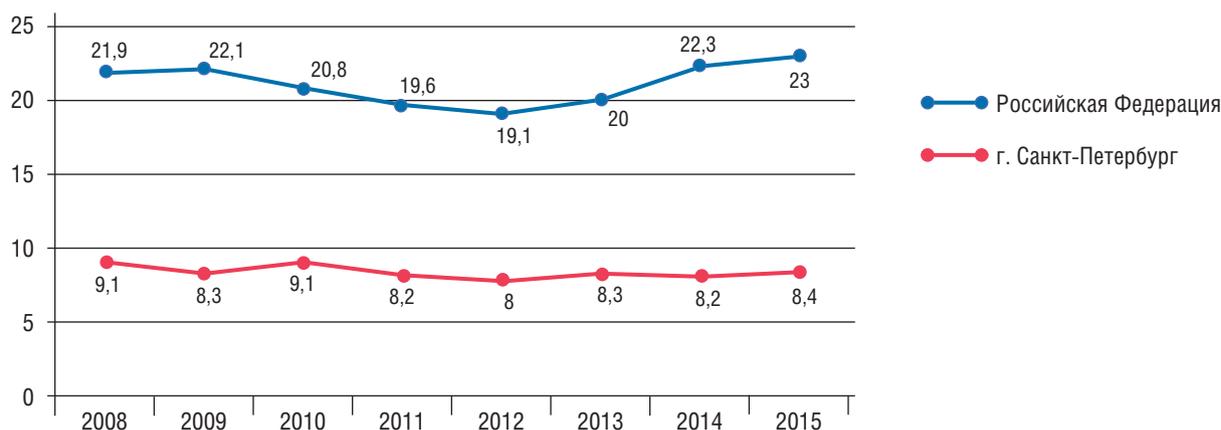


Рис. 7. Динамика показателя смертности населения от ХБ и ХОБЛ в 2008–2015 гг. (общие коэффициенты смертности на 100 000 населения)

деэскалации фармакотерапии, т.е. вопросов, от которых зависит правильная и точная диагностика ХОБЛ. Соответственно более качественное обучение врачей этим вопросам и улучшение организации пульмонологической службы выходят на первый план работы по улучшению качества лечения ХОБЛ, а значит, и медицинской статистики ХОБЛ.

С 2013 г. в Санкт-Петербурге реализуется Концепция развития пульмонологической службы, которая направлена на обеспечение доступности специализированной медицинской помощи в области пульмонологии, увеличения ее объемов в соответствии с уровнем заболеваемости и потребностями населения, повышения ее эффективности и качества на основании внедрения достижений медицинской науки. Концепцией предусмотрены мероприятия по снижению смертности от болезней органов дыхания, совершенствования схем маршрутизации пациентов пульмонологического профиля; повышения качества диспансерного наблюдения пациентов с хроническими БОД и профилактики их развития и прогрессирования (информирование населения о факторах риска развития БОД, формирование приверженности здоровому образу жизни, медицинская помощь при отказе от табакокурения); дальнейшего совершенствования обучения врачей-пульмологов, участковых терапевтов и врачей общей практики в области пульмонологии.

В ходе реализации Концепции была сформирована «дорожная карта» больных пульмонологического профиля с тяжелой ХДН. В 2016 г. впервые в РФ усовершенствован порядок предоставления отдельным категориям граждан концентраторов кислорода, на основании которого принято Постановление Правительства СПб. от 09.07.2015 № 563 с изменениями от 09.11.2016 № 963 «Об утверждении Порядка предоставления отдельным категориям граждан дополнительной меры социальной поддержки в виде обеспечения концентраторами кислорода», разработан и инициирован на базе Городского пульмонологического центра следующий этап маршрутизации пациентов с тяжелой ХДН в СПб.: начато динамическое наблюдение больных, обеспечиваемых кислородными концентраторами для проведения длительной кислородной терапии на дому, подготовлено научно-методическое обоснование о необходимости бесплатного лекарственного обеспечения больных с хронической обструктивной болезнью легких (код МКБ-10 — J44), на основании которого внесены изменения (Закон Санкт-Петербурга «О внесении изменений в Закон Санкт-Петербурга «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» от 16.12.2015) в главу 17 Закона Санкт-Петербурга от 09.11.2011 № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга».

В 2016 г. впервые реализована дополнительная мера социальной поддержки больных ХОБЛ, проживающих в СПб., по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами. Функционирование Городского пульмонологического центра в Санкт-Петербурге в течение 3 лет подтвердило его эффективность. В три раза увеличилось число пролеченных пациентов БОД с тяжелой ХДН, растет экономическая эффективность лечения за счет снижения расходов на лечение обострений основного бронхолегочного заболевания. Снижился показатель смертности среди больных с ХДН, что нашло отражение в данных статистической отчетности.

В 2016 г. разработан и инициирован на базе Городского пульмонологического центра следующий этап маршрутизации пациентов с тяжелой ХДН в Санкт-Петербурге: начато динамическое наблюдение больных, обеспечиваемых кислородными концентраторами для проведения длительной кислородной терапии на дому. Разработан алгоритм динамического наблюдения пациентов. Он включает: оценку объективного статуса, динамики одышки, качества жизни (шкалы mMRC, CAT, NDI, Св. Георгия), психоэмоционального статуса больного; определение газового состава крови; контроль выполнения физических упражнений для респираторных мышц и мышц верхнего плечевого пояса, диетических рекомендаций; коррекцию лекарственной терапии; у курящих пациентов — проведение и контроль мероприятий по отказу от курения табака; профилактику осложнений ДКТ. В 2017 г. планируется организовать динамическое наблюдение за пациентами, получающими ДКТ на дому, и разработать эффективные реабилитационные программы, создать научно-методическую платформу совершенствования службы ДКТ в Санкт-Петербурге.

Разработана и реализована в 2016 г. целевая программа дополнительного лекарственного обеспечения больных ХОБЛ граждан, проживающих в СПб. Основой программы явился Закон Санкт-Петербурга «О внесении изменений в Закон Санкт-Петербурга «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» от 16.12.2015 г. Результатом реализации программы стало прекращение роста смертности больных ХОБЛ. Показатель смертности по причине ХОБЛ в Санкт-Петербурге в настоящее время в 2,7 раза ниже, чем по РФ.

## Заключение

Сравнительный анализ данных за 2002–2015 гг. выявил, что уровни как общей, так и впервые выявленной по обращаемости заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга ХОБЛ могут быть оценены как невысокие по общемировым критериям. Динамика общей заболеваемости ХОБЛ в Санкт-Петербурге, как

и в России в целом, за исследуемый период характеризуется общим повышением показателей заболеваемости в 2002–2015 гг., однако неравномерным по годам наблюдения, и имеет существенные различия с заболеваемостью ХОБЛ с ближайшими регионами Северо-Западного федерального округа. Как показали данные 2015 г., актуальность проблемы ХОБЛ не снижается, несмотря на то, что в последние годы в Санкт-Петербурге осуществляется активная борьба с табакокурением — основной причиной развития ХОБЛ, так как ранее развившаяся у курильщика ХОБЛ при отказе от курения не исчезает, а лишь облегчается ее течение. Отмечаемый в городе рост первичной заболеваемости ХОБЛ связан с улучшением ее выявляемости и обусловлен существенным повышением уровня знания патологии ХОБЛ врачами первичного звена здравоохранения и соответственно качества ее диагностики в лечебных учреждениях города и улучшением организации пульмонологической помощи в городе.

В целом складывается впечатление, что повышенная динамика заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга ХОБЛ обусловлена, в первую очередь, не наличием в городе общепризнанных факторов, способствующих развитию данной патологии, к которым относятся факторы, связанные с табакокурением населения, экологией города, загрязненностью внешней среды, воздуха и климатогео-

графические особенности города, а ростом качества диагностики ХОБЛ и ростом возможностей оказания эффективной специализированной пульмонологической помощи населению при ХОБЛ, а также за счет повышения качества постдипломного образования врачей профилю пульмонологии.

## Выводы

1. Анализ данных заболеваемости взрослого населения Санкт-Петербурга ХОБЛ показывает, что в городе в последние годы наметилось улучшение выявляемости ХОБЛ, однако требуется дальнейшее улучшение качества ее диагностики и организации лечения.
2. Требуется дальнейшее улучшение качества медико-статистической работы при формировании медицинской статистики заболеваемости ХОБЛ и смертности при ХОБЛ в медицинских учреждениях города.
3. Требуется улучшение информированности населения Санкт-Петербурга о патогенезе и профилактике ХОБЛ, возможностях ее лечения в медицинских учреждениях города.
4. Требуется усиление борьбы с табакокурением в городе — основным этиологическим фактором развития ХОБЛ.

## Список литературы

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD Guidelines, 2017, 123 p. <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/comissoestrabalho/Fisiopatologia%20e%20DPOC/wms-GOLD-2017-FINAL.pdf>.
2. Социально-экономическое бремя бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации: Отчет по исследованию за 2008–2009 годы. М.: 4TE ART, 2010. 64 с. Sotsial'no-ekonomicheskoe bremya bronkhial'noi astmy i khronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkikh v Rossiiskoi Federatsii: Otchet po issledovaniyu za 2008–2009 gody. Moscow: 4TE ART, 2010. 64 s.
3. Титова О.Н., Куликов В.Д., Суховская О.А. Пассивное курение и болезни органов дыхания // Медицинский альманс. 2016. № 3. С. 73–77. Titova O.N., Kulikov V.D., Sukhovskaya O.A. Passivnoe kurenie i bolezni organov dykhaniya // Meditsinskii al'mans. 2016. N 3. S. 73–77.
4. Суховская О.А., Куликов В.Д., Лабужева А.Б. Оценка психосоматического статуса и здоровья при изучении качества жизни больных обструктивными заболеваниями легких // Психиатрия консультирования и взаимодействия: сборник. СПб., 2003. С. 35–37. Sukhovskaya O.A., Kulikov V.D., Labuzova A.B. Otsenka psikhosomaticheskogo statusa i zdorov'ya pri izuchenii kachestva zhizni bol'nykh obstruktivnymi zabolevaniyami legkikh // Psikhiatriya konsul'tirovaniya i vzaimodeistviya: sbornik. St. Petersburg, 2003. S. 35–37.
5. Титова О.Н., Суховская О.А., Куликов В.Д., Колпинская Н.Д. Адаптационный потенциал курящих больных хронической обструктивной болезнью легких // Тюменский медицинский журнал. 2015. Т. 17, № 2. С. 48–52. Titova O.N., Sukhovskaya O.A., Kulikov V.D., Kolpinskaya N.D. Adaptatsionnyi potentsial kuryashchikh bol'nykh khronicheskoi obstruktivnoi bolezni'yu legkikh // Tyumenskii meditsinskii zhurnal. 2015. T. 17, N 2. S. 48–52.
6. Куликов В.Д., Титова О.Н., Суховская О.А., Козырев А.Г. Анализ эффективности отказа от курения больных с хронической обструктивной болезнью легких в зависимости от наличия депрессивных симптомов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2013. № 2. С. 18–22. Kulikov V.D., Titova O.N., Sukhovskaya O.A., Kozыrev A.G. Analiz effektivnosti otказа ot kureniya bol'nykh s khronicheskoi obstruktivnoi bolezni'yu legkikh v zavisimosti ot nalichiya depressivnykh simptomov // Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh. 2013. N 2. S. 18–22.
7. Смирнова М.А., Яблонский П.К., Суховская О.А. Основные причины отказа от курения больных хронической обструктивной болезнью легких // Профилактическая медицина. 2014. № 2, Вып. 2. С. 82–83. Smirnova M.A., Yablonskiy P.K., Sukhovskaya O.A. Osnovnye prichiny otказа

- ot kureniya bol'nykh khronicheskoi obstruktivnoi boleznyu legkikh // Profilakticheskaya meditsina. 2014. N 2, Вып. 2. S. 82–83.
8. Пульмонология: национальное руководство. Краткое издание / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.html>. Pul'monologiya: natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie / pod red. A.G. Chuchalina. Moscow: GEOTAR-Media, 2016.
  9. *Игнат'ев В.А., Титова О.Н., Гультяева О.И.* Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология и экономический ущерб // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2007. Сер. 11, № 4. С. 37–45. *Ignat'ev V.A., Titova O.N., Gul'tyaeva O.I.* Khronicheskaya obstruktivnaya bolezny legkikh: epidemiologiya i ekonomicheskii ushcherb // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2007. Ser. 11, N 4. S. 37–45.
  10. Заболеваемость взрослого населения России. Медико-демографические показатели Российской Федерации // Материалы официального сайта ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. <http://mednet.ru/ru/statistika/zabolevaemost-naseleniya.html>. Zabolevaemost' vzroslogo naseleniya Rossii. Mediko-demograficheskie pokazateli Rossiiskoi Federatsii // Materialy ofitsial'nogo saita FGBU «TsNIIOIZ» Minzdrava Rossii.
  11. *Илькович М.М., Суховская О.А., Илькович Ю.М., Шкляревич Н.А.* Болезни органов дыхания в Санкт-Петербурге в 2007 году (анализ состояния и тенденции) // Болезни органов дыхания. 2008. № 1. С. 3. *Il'kovich M.M., Sukhovskaya O.A., Il'kovich Yu.M., Shklyarevich N.A.* Bolezni organov dykhaniya v Sankt-Peterburge v 2007 godu (analiz sostoyaniya i tendentsii) // Bolezni organov dykhaniya. 2008. N 1. S. 3.
  12. *Нечаева О.Б.* Оценка результативности медицинской помощи при болезнях органов дыхания. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014. <http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/2014bod.pdf>. *Nechaeva O.B.* Otsenka rezul'tativnosti meditsinskoj pomoshchi pri boleznyakh organov dykhaniya. Moscow: TsNIIOIZ Minzdrava Rossii, 2014.
  13. *Стародубов В.И., Леонов С.А., Вайсман Д.Ш.* Анализ основных тенденций изменения заболеваемости населения хроническими обструктивными болезнями легких и бронхоэктатической болезнью в Российской Федерации в 2005–2012 годах. <http://www.fsmj.ru/015131.html>. *Starodubov V.I., Leonov S.A., Vaisman D.Sh.* Analiz osnovnykh tendentsii izmeneniya zabolevaemosti naseleniya khronicheskimi obstruktivnymi boleznyami legkikh i bronkhoektaticheskoi boleznyu v Rossiiskoi Federatsii v 2005–2012 godakh.
  14. *Wildman et al.* Hospitalized COPD exacerbations: survival and univariate outcome predictors // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002. Vol. 165. S. 272–278.

Поступила в редакцию 11.03.2017 г.

### Сведения об авторах:

*Титова Ольга Николаевна* — доктор медицинских наук, директор НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; 197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, д. 12, корп. 44; e-mail: [pulmorg@mail.ru](mailto:pulmorg@mail.ru);

*Куликов Валерий Дмитриевич* — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела экологической и социальной пульмонологии НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; 197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, д. 12, корп. 44; e-mail: [vdkulikov@mail.ru](mailto:vdkulikov@mail.ru).