

Сравнительный анализ смертности от инфекционных болезней в Российской Федерации и некоторых странах Европы

Р.В. Полибин (polibin@bk.ru), А.Я. Миндлина, А.А. Герасимов, Н.И. Брико

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Резюме

Цель исследования. Оценить уровень смертности от инфекционных болезней и качество медицинской помощи в России и некоторых странах Европы по различным социально-возрастным группам.

Материалы и методы. Выборка данных о смертности проводилась из различных Российских и зарубежных баз данных. Ранжирование стран в зависимости от уровня смертности осуществлялось методом расчета квартилей. Для оценки приверженности населения профилактическим мероприятиям проводилось анкетирование различных групп населения, а также врачей одного из филиалов московской городской поликлиники с целью выявления степени принятия ими принципов клинической эпидемиологии и доказательной медицины.

Результаты и обсуждение. Показано, что ситуацию в Российской Федерации в целом можно оценить как неблагоприятную по смертности от инфекционных заболеваний во всех возрастных группах.

Выводы. Снижение смертности, как среди детей, так и среди трудоспособного населения требует комплексного подхода, который должен включать как аспекты повышения качества медицинской помощи, так и формирование у населения приверженности профилактическим мероприятиям.

Ключевые слова: смертность, инфекционные болезни, иммунопрофилактика, профилактические мероприятия, качество медицинской помощи

Comparative Analysis of Mortality from Infectious Diseases in the Russian Federation and Some European Countries

R.V. Polibin (polibin@bk.ru), A.Ya. Mindlina, A.A. Gerasimov, N.I. Briko
Sechenov University

Abstract

The purpose. To conduct comparative evaluation of mortality from infectious diseases and medical care quality in Russia and some European countries in different age groups.

Materials and methods. Selection of mortality data was performed from various Russian and foreign databases. Ranking of countries according to mortality rates was done with a quartiles calculation method. For evaluating the adherence to preventive measures surveys of different population groups, to assess adherence to the principles of clinical epidemiology and evidence-based medicine was conducted a continuous survey of doctors, one branch of the municipal polyclinic of Moscow.

The results and discussion. It is shown that the situation in the Russian Federation as a whole can be assessed as disadvantaged in mortality from infectious diseases in all age groups. **Conclusions.** A reduction in mortality among children as well as working-age population requires a comprehensive approach that should include both of improvement of quality of care and the formation of commitment to preventive measures.

Key words: mortality, infectious diseases, immunoprophylaxis, prevention, quality medical care

Введение

По данным ВОЗ, ежегодно в мире от инфекционных болезней страдают 2 млрд человек и для 17 млн из них это причина смерти. Ежедневно в мире 50 тыс. летальных исходов обусловлены инфекционными болезнями, которые по-прежнему остаются в числе ведущих причин смертности и первой причиной преждевременной смерти [1]. При этом, если в странах с высоким уровнем дохода в 2015 году около 7% от всех случаев смерти связано с инфекционными болезнями, патологией, возникающей при беременности и родах, и недостатком питания, то в странах с низким уровнем до-

хода эти причины обуславливали более половины (52%) случаев смерти [2].

Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на 2015 – 2030 годы определила приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения, а также задачи, решение которых нацелено на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации на основе обеспечения повышения доступности и качества медицинской помощи; увеличения продолжительности жизни, снижения уровня смертности, роста рождаемости [3].

Оценка состояния здоровья населения проводится на основе анализа различных показателей: заболеваемость, инвалидизация, продолжительность временной нетрудоспособности, смертность и др. [4].

Для оценки интенсивности эпидемического процесса традиционно используется показатель заболеваемости. Однако смертность является наиболее объективным показателем, характеризующим эпидемическую обстановку, в частности, по инфекционным болезням, уровень здоровья населения и качество медицинского обслуживания. Анализ показателей смертности позволяет определить значимость отдельных нозологических форм, выделить группы риска, оценить качество и эффективность противоэпидемических мероприятий, а также уровень качества оказываемой медицинской помощи и состояние системы здравоохранения в целом [5, 6].

Цель нашей работы – сравнительная оценка уровня смертности от инфекционных болезней и качества медицинской помощи в России и некоторых странах Европы по различным возрастным группам.

Материалы и методы

Выборка данных о смертности проводилась из баз данных: European health for all database (HFA-DB), European mortality database (MDB) за 1990 – 2015 годы; Центральной базы статистических данных Федеральной службы государственной статистики за 2006 – 2015 годы; Формы 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за 2015 – 2016 годы.

Проведен анализ смертности от совокупности всех инфекционных заболеваний по 30 странам европейского региона. Страны ранжировались в зависимости от уровня смертности на четыре группы – с низким, ниже среднего, выше среднего и высоким уровнями смертности, для чего был использован метод расчета квартилей. В качестве среднего значения принималась медиана – второй квартиль (Q2).

Для оценки приверженности населения профилактическим мероприятиям проводилось анкетирование различных групп населения.

Для оценки степени принятия принципов клинической эпидемиологии и доказательной медицины проведено сплошное анкетирование врачей одного из филиалов московской городской поликлиники.

Для статистической обработки материала использовалась программа MS Excel.

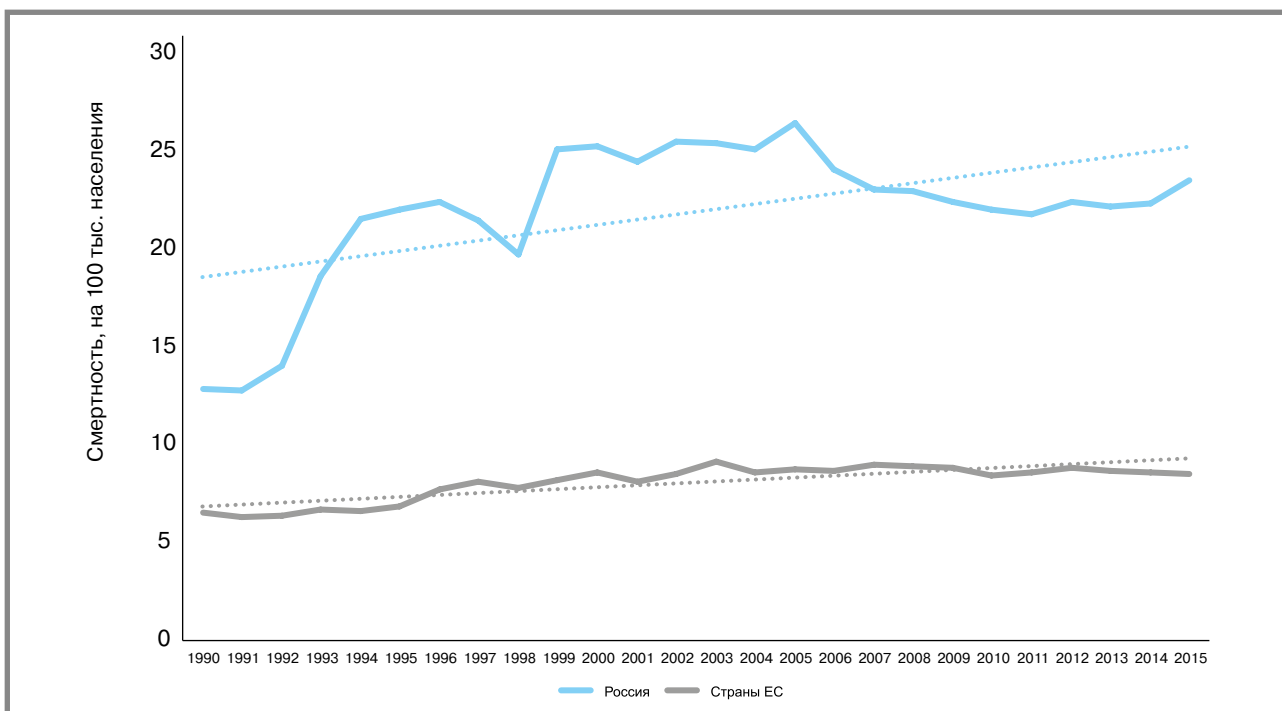
Результаты и обсуждение

Проведенный анализ многолетней динамики смертности от инфекционных заболеваний показал, что в России отмечается значительно более высокий уровень смертности, чем в ряде других стран Европы. С одной стороны, выраженный рост смертности в 1990-е годы прекратился, однако значительных изменений с начала 2000-х годов не наблюдается (рис. 1).

В течение последних 10 лет в Российской Федерации не отмечено выраженного снижения смертности среди совокупного населения ($T_{пр.} = -1,3\%$). При этом на фоне умеренного снижения смертности среди мужчин ($T_{пр.} = -1,3\%$) смертность женщин растет с годовым темпом прироста 2% В 2015 году

Рисунок 1.

Динамика смертности от инфекционных заболеваний населения РФ и ЕС в 1990 – 2015 годах



выявлено увеличение смертности как среди женщин, так и мужчин (рис. 2).

Система здравоохранения и уровень оказываемой медицинской помощи, а также объем и подходы к организации профилактических мероприятий, качество диагностики, лечения в различных странах отличается. Как следствие в странах Европы имеется существенное различие в показателях смертности от инфекционных болезней. Ранжирование стран по уровню смертности:

- низкий – ниже 6,2 на 100 тыс. населения – Хорватия, Финляндия, Венгрия, Ирландия, Греция, Австрия, Болгария, Швейцария;
- ниже среднего – 6,2 – 8,9 на 100 тыс. – Великобритания, Польша, Нидерланды, Грузия, Дания, Эстония, Испания;
- выше среднего – 8,9 – 11,3 на 100 тыс. населения – Чехия, Румыния, Италия, Франция, Швеция, Германия, Норвегия, Латвия;
- высокий – 11,3 – 29,2 на 100 тыс. населения – Россия, Беларусь, Бельгия, Португалия, Литва, Молдавия, Израиль, Украина. Смертность в России в 5 раз выше, чем в странах с низким уровнем смертности.

При этом в разных возрастных группах имеются свои особенности.

В Российской Федерации в группе детей в возрасте до 1 года наблюдается выраженное снижение смертности в сравнении с 1990-ми годами. В последние годы показатель смертности практически не менялся (рис. 3), однако он в 18 раз выше чем в Финляндии.

В группе детей возраста 1 – 4 лет также наблюдается картина выраженного снижения смертности до середины 2000-х годов и в последнее время выраженных изменений не происходит. Смертность в этой возрастной группе в России в 12 раз выше в сравнении с Португалией.

Относительно благополучная ситуация в России наблюдается в группе детей 5 – 14 лет, где выявлена выраженная динамика снижения смертности. Однако, несмотря на низкий уровень смертности в этой возрастной группе в сравнении с отдельными европейскими странами, Россия остается в группе с высоким уровнем смертности с разницей в 7 раз в сравнении с Грецией (группа низкого уровня смертности).

В группе в возрасте 15 – 29 лет резкий подъем смертности, наблюдавшийся до середины 2000-х годов, сменился снижением. При этом в России она выше в десятки раз, чем в странах из категории низкого риска.

Настораживает ситуация в наиболее активной возрастной группе населения 30 – 44 лет, где наблюдается увеличение показателя смертности с темпом прироста 4,7%. При этом в России уровень смертности в десятки раз выше, чем в странах первой группы (низкий уровень смертности).

Ситуация в возрастной группе трудоспособного населения 45 – 59 лет с начала 2000-х годов улучшилась и в последние годы наблюдается снижение смертности. Однако и здесь Россия находится в группе с высоким уровнем смертности.

В группе лиц в возрасте 60 – 74 года наблюдается некоторое снижение смертности, уровень

Рисунок 2.
Смертность от инфекционных заболеваний в России в 2006 – 2015 годах

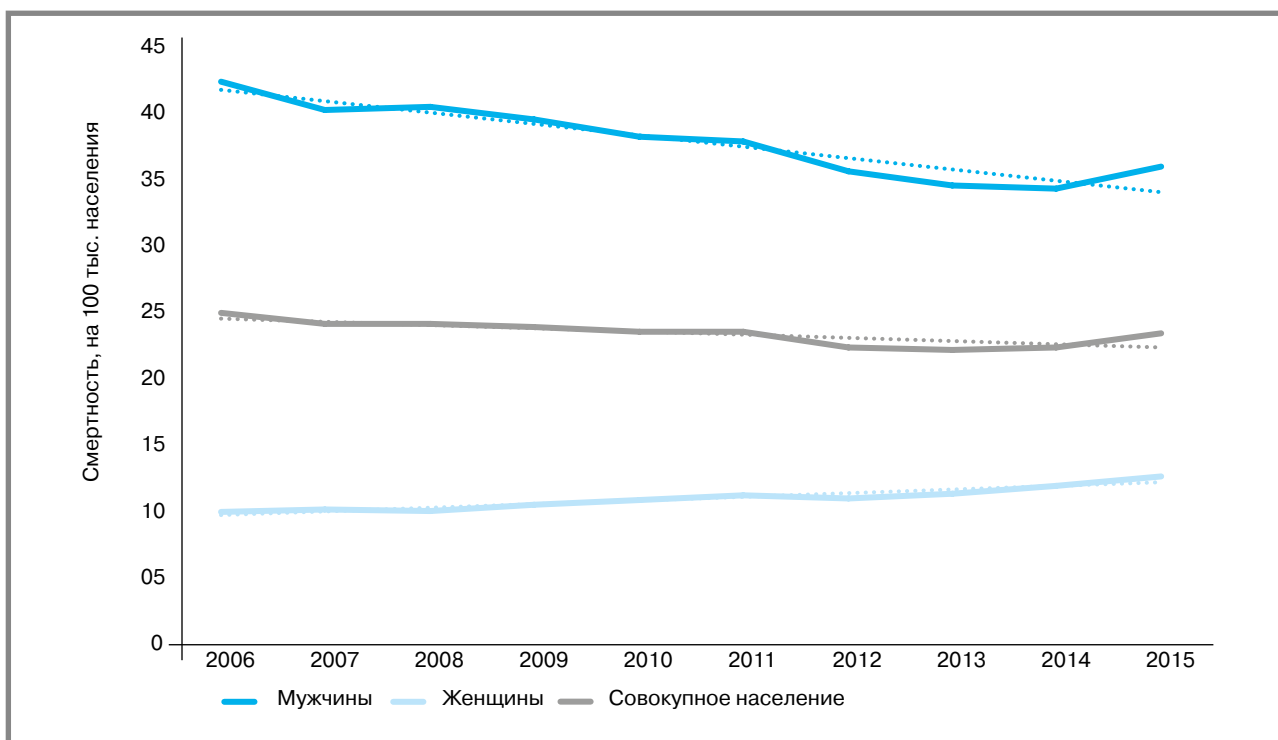


Рисунок 3.
Динамика смертности от инфекционных заболеваний в возрастных группах до 29 лет в России и странах Европы

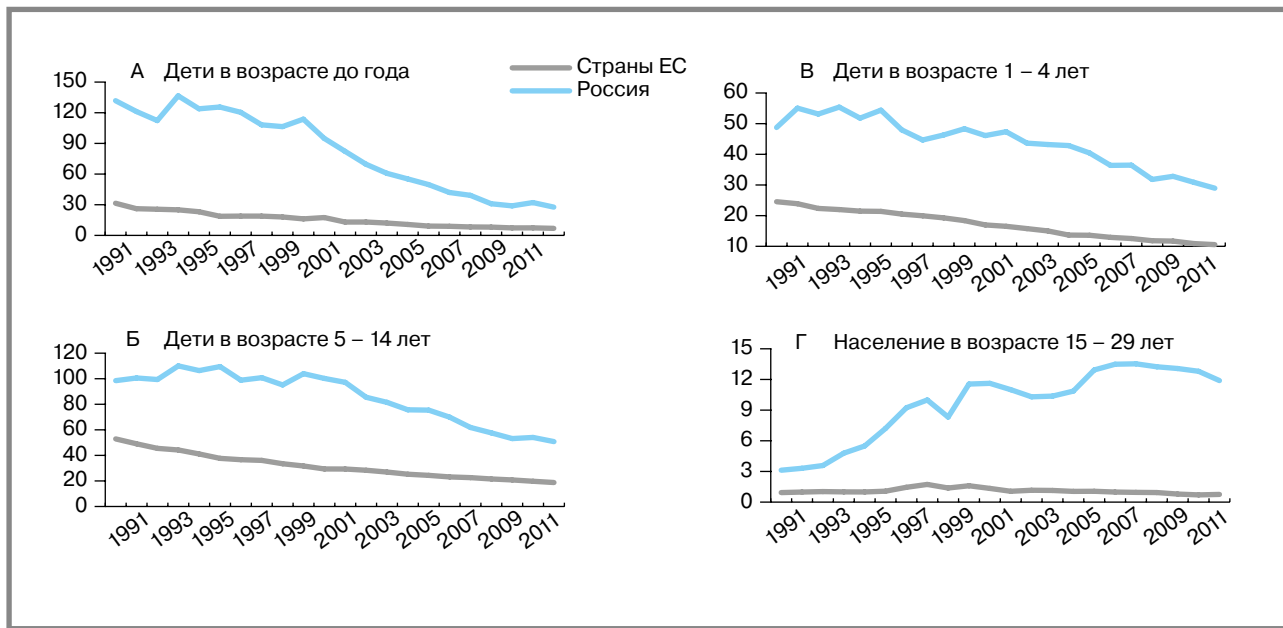
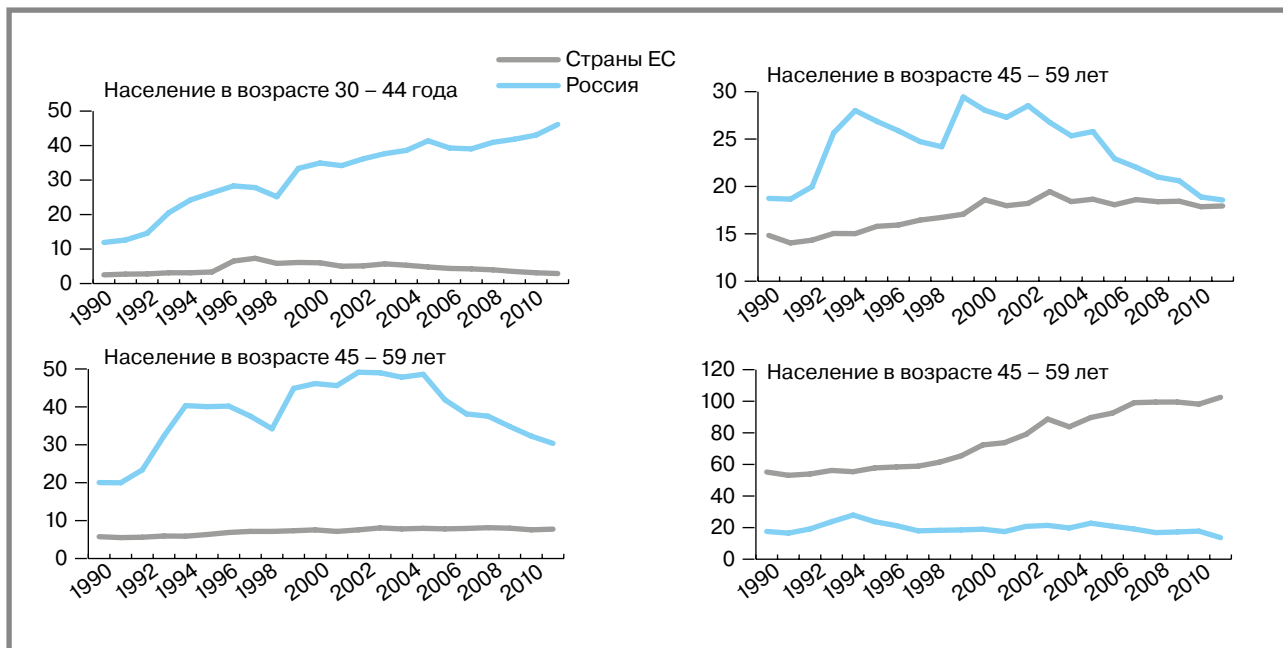


Рисунок 4.
Динамика смертности от инфекционных заболеваний населения в возрастных группах до 75 лет в России и странах Европы



его в России близок к странам с уровнем выше среднего. Однако оценить эту ситуацию как благополучную, нет оснований.

В группе лиц старше 75 лет наблюдается еще более низкий уровень смертности от инфекционных болезней по сравнению с рассматриваемыми странами Европы. Однако, как и в возрастной группе 60 – 74 года, это может свидетельствовать скорее о том, что в России люди умирают в более раннем возрасте (средняя продолжительность жизни в стране 70 лет). Лишь по этой возрастной груп-

пе Россия относится к странам с низким уровнем смертности от инфекционных болезней так же, как и другие страны со средней продолжительностью жизни чуть более 70 лет.

Таким образом, ситуацию в Российской Федерации в целом можно оценить как неблагоприятную по смертности от инфекционных заболеваний во всех возрастных группах.

Важную роль в представлении истинной картины заболеваемости и смертности играет качество сбора и регистрации данных. Большинство стран

мира имеют систему сбора информации о причинах смерти. Однако полнота представляемых данных зависит от уровня развития компьютерно-информационных технологий [2].

По данным ВОЗ, в мире инфекции нижних дыхательных путей остаются самой распространенной причиной смерти – в 2015 году умерло 3,2 млн человек. С 2000 по 2015 год показатель смертности от диарейных болезней сократился почти вдвое, однако в 2015 году они вызвали смерть 1,4 млн человек. От туберкулеза за этот период также умерло меньше людей, однако он по-прежнему относится к числу 10 ведущих причин смерти, унеся 1,4 млн человеческих жизней. ВИЧ-инфекция не входит более в число 10 ведущих причин смерти – в 2015 году умерло 1,1 млн человек против 1,5 млн человек в 2000 году [2].

В России наибольшее количество смертей от инфекций в 2016 году пришлось на пневмонии – 54%, туберкулез – 19,6%, ВИЧ-инфекцию – 17,5%, грипп – 4,7% и другие инфекции – 4,2% (рис. 5а).

У детей среди причин смерти в 2016 году первое место занимали пневмонии (35,1%), второе (25,0%) – менингококковая инфекция, третье (8,6%) – гриппа, четвертое (8,0%) – острые кишечные инфекции, пятое (5,5%) – ВИЧ-инфекция; пятое (3,7%) – гемофильная инфекция, шестое (2,6%) – туберкулез (рис. 5б).

В последние годы в России значительно снизилась смертность от туберкулеза, однако в сравнении с рассматриваемыми странами Европы уровень продолжает оставаться высоким. Среди взрослого населения Российской Федерации растет смертность, связанная с ВИЧ-инфекцией.

Следует отметить, что практически отсутствуют летальные исходы от вакциноуправляемых инфекций, при которых охват прививками высокий, что

подтверждает эффективность иммунопрофилактики. Несмотря на то, что вакцинация против пневмококковой инфекции проводится в плановом порядке в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок сохраняется высокая смертность от пневмоний как среди детей, так и взрослых, что определяется низким охватом прививками против этих инфекций. Вероятно, высокую смертность от менингококковой инфекции определяет отсутствие обязательной вакцинации в Календаре профилактических прививок и недостаточный охват вакцинацией по эпидемическим показаниям. В настоящее время назрела необходимость существенного расширения контингентов, подлежащих вакцинации против менингококковой инфекции: в первую очередь детей с 9 месячного возраста., особенно из групп риска, а также, проживающих в условиях закрытых коллективов (дома ребенка, детские дома и др.), подростков 11 – 18 лет, студентов первых курсов учебных заведений, проживающих в общежитиях или гостиницах квартирного типа.

В соответствии со стратегией развития здравоохранения в России на 2015 – 2030 годы реализация эффективной государственной политики по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации предполагает широкое межведомственное взаимодействие под координацией Минздрава России и включает просвещение и информирование населения, в том числе детей и молодежи, о правилах здорового образа жизни, включая разработку, осуществление и развитие информационных коммуникативных компаний и медиапроектов. При этом одним из основных направлений индивидуализированных профилактических программ в сфере здравоохранения остается иммунизация населения и профилактика инфекционных заболеваний [3].

Рисунок 5.
Структура причин смерти от инфекционных заболеваний населения РФ по данным Формы 2 за 2016 год

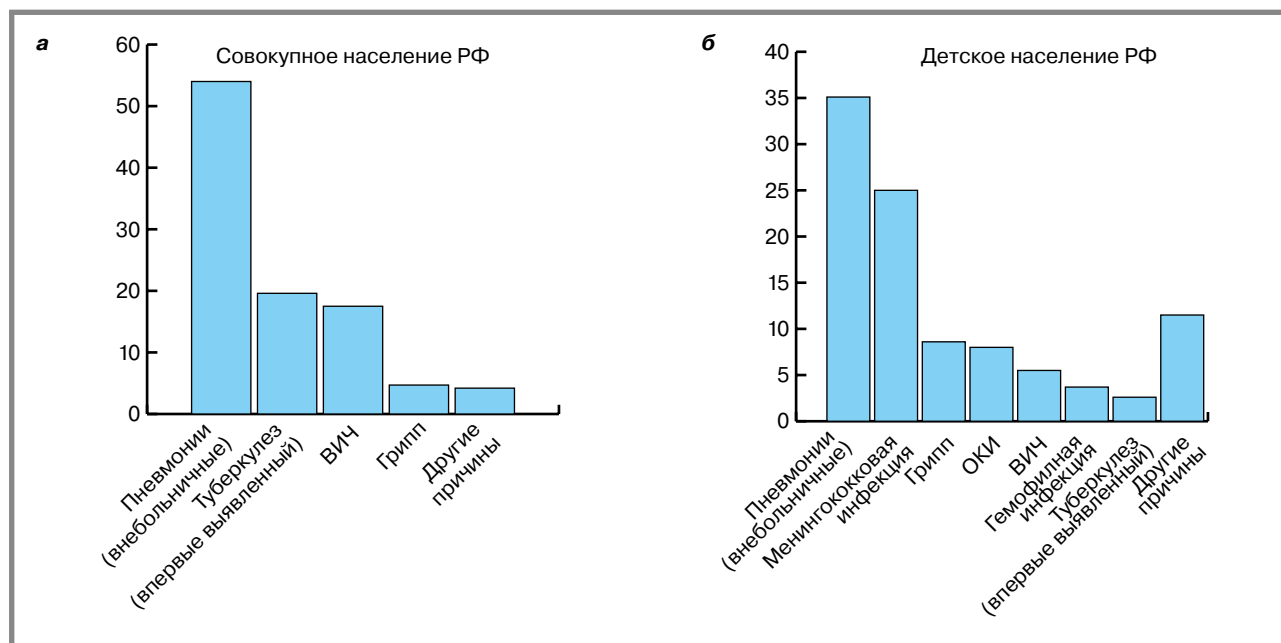
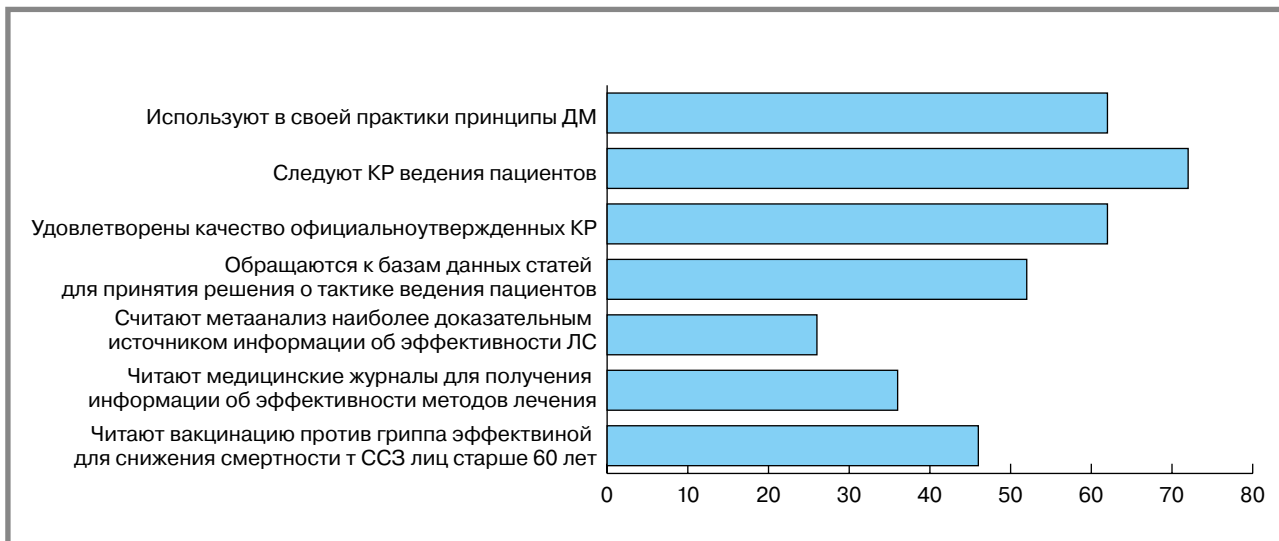


Рисунок 6.
Результаты анкетирования врачей московской городской поликлиники



На сегодняшний день одной из серьезных проблем является низкий уровень медицинской грамотности населения и бережного отношения к своему здоровью. Проведенное анкетирование трудоспособной части населения показало, что систематически за медицинской помощью в случае необходимости обращаются лишь 13% населения, редко 80%, не обращаются 7%, занимаясь самолечением, что в конце концов затрудняет диагностику и лечение.

В 2016 году Стратегическая консультативная группа экспертов ВОЗ поставила задачу увеличения охвата прививками путем способствования приверженности населения и медицинских работников к иммунопрофилактике [7].

Следует отметить, что у населения Российской Федерации снижена приверженность профилактическим мероприятиям, в частности самому эффективному – вакцинации. Результаты анкетирования студентов отдельных образовательных учреждений (потенциальных родителей) и родителей детей в возрасте 2-х лет показало, что наиболее склонны к проведению вакцинации студенты медицинских вузов и родители детей в возрасте до 2-х лет [8], однако даже у этой категории опрошенных положительные ответы составили не более 80%. При этом из студентов гуманитарных вузов лишь 20% выразили позитивное отношение к вакцинации, среди студентов технических высших и средних образовательных учреждений около 35%.

Настораживает, что только около 80% опрошенных студентов медицинских ВУЗов и родителей детей в возрасте до 2-х лет и лишь около 50% остальных респондентов интересуются вопросами иммунопрофилактики.

Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников. С 2016 года организован поэтапный переход на аккредитацию всех врачей и медицинских сестер

на основе разрабатываемых профессиональных стандартов, критериев, учитывающих современные клинические рекомендации (протоколы лечения). Для профилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний в России разработан ряд Федеральных клинических рекомендаций. Одним из важнейших принципов правильной и своевременной постановки диагноза является наличие критерии определения случая (определение стандартного случая, определение случая данной болезни), то есть набора стандартных признаков (критериев), позволяющих определить (заподозрить) наличие (отсутствие) у обследуемых лиц конкретной болезни или определенного состояния здоровья. Однако клинические рекомендации разработаны лишь для незначительной части инфекционных болезней.

При этом, к сожалению, у большинства медицинских работников отсутствует понимание необходимости проведения профилактических мероприятий, в том числе с использованием принципов клинической эпидемиологии и доказательной медицины, что в свою очередь оказывает влияние на эффективность и качество проводимых мероприятий, что обуславливает высокую смертность, в том числе от инфекционных заболеваний.

Проведенное анкетирование среди врачей одной из поликлиник Москвы по отношению и приверженности принципам доказательной медицины показало, что только 62% врачей используют в своей практике принципы доказательной медицины, 72% следуют различным клиническим рекомендациям, при этом 62% удовлетворены их качеством. Чуть более 50% врачей обращаются к базам данных статей для принятия решения о тактике ведения пациентов и только 36% читают специализированные медицинские журналы, при этом лишь 26% относят метаанализ к наиболее доказательному источнику информации, что свидетельствует

о низком уровне приверженности принципам доказательной медицины. Настораживает, что только 46% врачей считают вакцинацию против гриппа эффективной мерой снижения смертности у лиц старше 60 лет, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний.

Другой проблемой является несвоевременная диагностика и, соответственно, низкое качество оказываемой медицинской помощи в медицинских организациях. Своевременность и правильность постановки диагноза инфекционного заболевания зависит от уровня лабораторной диагностики. В настоящее время оснащенность лабораторий улучшается, однако проблема не решена полностью [9].

Таким образом, снижение смертности, как среди детей, так и среди трудоспособного населения требует комплексного подхода, который должен

включать как аспекты повышения качества медицинской помощи, так и формирование у населения приверженности профилактическим мероприятиям. Для чего является необходимым:

1. Разработка клинических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению инфекционных болезней
2. Формирование приверженности врачей принципам клинической эпидемиологии и доказательной медицины в области профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней
3. Совершенствование материально-технического оснащения медицинских организаций, в том числе лабораторной базы
4. Расширение календаря профилактических прививок и обеспечение достаточного уровня охвата иммунизацией декретированных групп населения.

Литература

1. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В. Универсальность изменений в проявлениях эпидемического процесса антропонозных инфекций за последние десятилетия. Журнал микробиологии. 2015; 5: 12 – 20.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>
3. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период. Доступно на: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22-stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>
4. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва: «ГЭОТАР-Медиа»; 2010.
5. Шаханова И.Л., Игонина Е.П., Брико Н.И. Смертность от инфекционных болезней в различных регионах мира. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2006; 3: 59 – 61.
6. Игонина Е.П., Шаханова И.Л. Динамика смертности от инфекционных болезней в России в XX веке. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2006; 4: 47 – 50.
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/ru/>.
8. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В., Галина Н.П., Горохова А.С., Ушанова А.В. Оценка отношения к иммунопрофилактике различных групп населения Российской Федерации. Журнал микробиологии. 2017; 2: 98 – 103.
9. Кочетов А.Г. Самые насущные задачи лабораторной службы – стандартизация и централизация. Справочник заведующего КДЛ. 2013; 3: 5.

References

1. Briko N.I., Mindlina A.Ya., Polibin R.V. The universality of changes in manifestations of the epidemic process of anthroponous infections in recent decades. Zhurnal Mikrobiologii. [Journal of Microbiology]. 2015; 5: 12 – 20 (in Russian).
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>.
3. The Russian Federation healthcare development strategy for the long-term period. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/> (in Russian)
4. Lisitsyn Yu.P. Public health and public health. Moscow: GEOTAR-Media; 2010(in Russian)
5. Shakhanova I.L., Igonina E.P., Briko N.I. Mortality from infectious diseases in various regions of the world. Epidemiologia i Infekcionnie Bolezni. [Epidemiology and Infectious Diseases]. 2006; 3: 59 – 61 (in Russian).
6. Igonina E.P., Shakhanova I.L. The dynamics of mortality from infectious diseases in Russia in the twentieth century. Epidemiologia i Infekcionnie Bolezni [Epidemiology and Infectious diseases]. 2006; 4: 47 – 50 (in Russian).
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/ru/>.
8. Briko N.I., Mindlina A.Ya., Polibin R.V., Galina N.P., Gorokhova A.S., Ushanova A.V. Evaluation of the attitude to immunoprophylaxis of various groups of the population of the Russian Federation. Zhurnal Mikrobiologii. [Journal of Microbiology]. 2017; 2: 98 – 103 (in Russian).
9. Kochetov A.G. The most urgent tasks of the laboratory service are standardization and centralization. Directory of the head of the Clinico-diagnostic laboratory. 2013; 3: 5 (in Russian).