

ОБЗОРЫ

УДК 616.24:614.2

Л.Г.Манаков, С.Д.Тарасюк

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
Благовещенск*

РЕЗЮМЕ

В обзоре литературы на основе анализа практической деятельности системы здравоохранения и внедрения новых медицинских технологий представлены основные направления и организационно-методические механизмы совершенствования пульмонологической помощи населению в современных социально-экономических условиях.

Ключевые слова: пульмонология, организация специализированной медицинской помощи.

SUMMARY

L.G.Manakov, S.D.Tarasyuk

ORGANIZATIONAL AND METHODICAL MECHANISMS OF POPULATION PULMONOLOGIC CARE OPTIMIZATION (REVIEW)

Basic tendencies and organizational and methodic mechanisms of population pulmonologic care improvement in modern social and economic conditions are given in the references review on the basis of healthcare system practical activity analysis and new medical technologies introduction.

Key words: pulmonology, organization of special medical care.

Состояние здоровья нации – категория не только социальная, но и экономическая, поскольку определяет качество трудовых ресурсов – стратегического фактора развития любого государства. Расходы на здравоохранение занимают одно из первых мест в экономике каждой страны, поэтому поиски наиболее эффективного механизма функционирования национальных систем здравоохранения не прекращаются. На рубеже XX и

XXI веков акцент приоритетов в реформе здравоохранения переместился на оптимизацию управления, включая рациональное использование ограниченных финансовых и материальных ресурсов и реструктуризацию системы лечебно-профилактической помощи населению [13, 14, 18, 19, 24].

Характерной особенностью развития лечебно-профилактической помощи является ее специализация. От уровня специализации, форм и методов организации различных видов специализированной медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний. Отражением процессов специализации и интеграции в практическом здравоохранении является совершенствование организационных форм оказания специализированной медицинской помощи [7]. Это положение является ключевым на современном этапе развития здравоохранения, для реализации которого следует использовать принцип регионального подхода при построении сети больничных учреждений [7, 24].

Большинство авторов отмечает, что пульмонологическая служба России за последние годы получила существенное развитие, несмотря на социальные и экономические трудности [14, 18, 19, 24, 29]. В то же время ряд авторов отмечает, что сложившаяся система оказания медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания не достаточно оптимизирована под существующие в стране социально-экономические условия, не всегда способна динамично изменяться в ответ на появление новых технологий, методов обследования и лечения больных.

Многие авторы неоднократно в своих работах акцентировали внимание на том, что основу планомерной борьбы с заболеваниями легких должны составить единые формы и принципы организации пульмонологической помощи в лечебно-профилактических учреж-

дениях страны [26, 29, 35, 36]. Эти принципы сводятся к следующему:

- этапность и преемственность в медицинском обслуживании пульмонологических больных (поликлиника – стационар, включая реабилитационное отделение, санаторий – поликлиника);

- своевременное и рациональное использование на всех этапах современных методов ранней диагностики, включая проведение массовых профилактических осмотров населения с целью выявления лиц, угрожаемых в отношении возникновения хронических респираторных заболеваний;

- своевременное и рациональное применение в контакте с другими специалистами наиболее эффективных методов профилактики и лечения бронхо-легочных заболеваний;

- диспансерное наблюдение пульмонологических больных с учетом особенностей течения заболевания в различных группах диспансерных контингентов, с организацией предупредительного лечения, перевода на другую работу и т. п.;

- проведение широких социально-гигиенических и санитарно-оздоровительных мероприятий в различных экономико-географических зонах по профилактике заболеваний органов дыхания [15, 19, 20, 23].

Большинство авторов едины во мнении, что реализация этих принципов в организации пульмонологической помощи должна осуществляться преимущественно по пути совершенствования медицинского обеспечения больных с заболеваниями легких, в частности путем создания специализированных пульмонологических формирований: пульмонологических кабинетов при поликлиниках, пульмонологических больниц, пульмонологических отделений реабилитации, пульмонологических санаториев местного и федерального значения и др. [13, 28, 32, 34, 37].

Огромную роль в адекватной помощи населению, страдающему заболеваниями органов дыхания, играет амбулаторно-поликлиническое звено, главная функция которого – охрана здоровья населения [9, 12, 22].

Организация пульмонологической помощи населению регламентируется приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №222-н от 7 апреля 2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхо-легочными заболеваниями пульмонологического профиля» и приложениями к нему [25].

Численность населения, обслуживаемого специалистами пульмонологического кабинета, определяется органом управления здравоохранением в обслуживаемом регионе субъекта Российской Федерации в соответствии с утвержденными нормативами [38, 40]. Рекомендуемый штатный норматив для врача-пульмонолога пульмонологического кабинета: не менее 0,2 должности на 10000 человек взрослого населения и не менее 0,1 должности на 10000 детского населения [25].

Согласно документам, регламентирующим оказание пульмонологической помощи, врач-пульмонолог амбулаторно-поликлинических учреждений оказывает диагностическую, лечебную и консультативную по-

мощь больным (взрослым и детям) с острыми и хроническими бронхо-легочными заболеваниями; также в его обязанности входит осуществление всего комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий [25]. К бронхо-легочным заболеваниям, входящим в компетенцию врача-пульмонолога амбулаторно-поликлинического учреждения относятся [25]:

- внебольничная пневмония затяжного, осложненного либо среднетяжелого и тяжелого течения;

- атопическая бронхиальная астма – совместно с аллергологом-иммунологом;

- неатопическая бронхиальная астма;

- хроническая обструктивная болезнь легких тяжелого течения, осложненная или в стадии обострения;

- интерстициальные заболевания легких (в том числе – саркоидоз);

- наследственно-детерминированные заболевания с поражением бронхо-легочной системы, в том числе муковисцидоз;

- врожденные пороки развития бронхо-легочной системы;

- бронхоэктазы;

- посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких с хронической дыхательной недостаточностью;

- хроническая дыхательная недостаточность, развившаяся на фоне рестриктивных заболеваний грудной клетки;

- легочная гипертензия;

- бронхо-легочные заболевания на фоне врожденных иммунодефицитных состояний – совместно с врачом-иммунологом;

- респираторные жалобы неясного генеза – совместно с аллергологом-иммунологом, отоларингологом, инфекционистом, кардиологом, гастроэнтерологом и врачами других специальностей;

- другие бронхо-легочные заболевания.

Многие авторы особое значение для повышения эффективности лечения и реабилитационных мероприятий придают активному вовлечению больных и членов их семей в проведение лечебных действий [11]. Для этого необходимо, чтобы больные имели некоторые теоретические и практические знания основ заболевания, которыми они страдают, и методов назначенной им терапии. С целью реализации этого принципа на базе стационаров и поликлиник создаются школы для больных с бронхо-легочной патологией [13, 14, 18, 34]. 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 [9].

Специализированная пульмонологическая медицинская помощь больным с тяжелыми и осложненными бронхо-легочными заболеваниями, либо нуждающимся в инвазивных диагностических про-

цедурах, в том числе высокотехнологичная пульмонологическая медицинская помощь, включая терапию генно-инженерными биологическими препаратами, оказывается в пульмонологических отделениях взрослых и детских учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, федеральных учреждений здравоохранения [8].

Необходимо, чтобы пульмонологические отделения были оснащены блоком интенсивной пульмонологии и респираторной поддержки [9, 10]. В настоящее время в большинстве учреждений подобные блоки отсутствуют и помощь больным (взрослым и детям) с бронхо-легочными заболеваниями, осложнившимися острой дыхательной недостаточностью и другими неотложными и жизнеугрожающими состояниями, оказывается в отделении реанимации и интенсивной терапии лечебно-профилактического учреждения [17]. При этом наблюдение за больным и его лечение осуществляет анестезиолог-реаниматолог совместно с врачом-пульмонологом, тогда как в специализированном блоке респираторной поддержки наблюдение за больным, его лечение должен осуществлять врач-пульмонолог, прошедший тематическое усовершенствование по вопросам реаниматологии и интенсивной терапии в пульмонологии, либо врач анестезиолог-реаниматолог, прошедший тематическое усовершенствование по отдельным вопросам пульмонологии, что, несомненно, гораздо эффективнее [11, 19, 20, 25, 30].

Госпитализация больных в блок интенсивной пульмонологии и респираторной поддержки проводится круглосуточно. Показаниями для госпитализации в блок являются: пневмонии тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести; деструктивные болезни легких, осложненные дыхательной и полиорганной недостаточностью; астматический статус; инфекционно-токсический шок, острый респираторный дистресс-синдром, острая дыхательная недостаточность, хроническая дыхательная недостаточность.

После стационарного этапа лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия больным (взрослым и детям) с острыми бронхо-легочными заболеваниями в стадии реконвалесценции и с хроническими бронхо-легочными заболеваниями вне обострения или в фазу затихающего обострения, в том числе после торакальных хирургических вмешательств, продолжаются в рамках санаторно-курортной и восстановительной медицинской помощи в соответствии с Порядком организации медицинской помощи по восстановительной медицине, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 марта 2007 г. №156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине» (зарегистрирован в Минюсте России 30 марта 2007 г., №9195).

В рамках специализированной пульмонологической медицинской помощи при амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях рекомендуется организовать кабинеты респираторной реабилитации [25, 32, 38, 39]. Основные функции кабинета респираторной реабилитации включают в себя следующие мо-

менты: физическая реабилитация больных с бронхо-легочными заболеваниями, в том числе кинезитерапия 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. В рамки обязанностей врача-пульмонолога кабинета респираторной реабилитации обязательным компонентом должна входить профилактика и борьба с табакокурением и лечение табачной зависимости [25]. На важную роль этого звена в работе врача-пульмонолога указывают в своих работах многие авторы, как в Российской Федерации, так и за рубежом [1, 2, 14, 20, 21, 30].

В течение длительного времени развитие специализированной пульмонологической помощи в Российской Федерации шло по пути усиления стационарного звена в ущерб звену поликлиническому [5, 6], тогда как единая концепция развития пульмонологической службы России, базирующаяся на принципах социально-ориентированной медицины, предполагает выделение двух равнозначных приоритетов:

- развитие интенсивной пульмонологии и специализированной стационарной помощи;
- совершенствование амбулаторно-поликлинического и домашнего этапа – пульмонологическая поликлиника, длительная кислородотерапия на дому.

Создание и укрепление сети региональных специализированных центров решает обе эти задачи. В настоящее время в ряде регионов Российской Федерации организованы и функционируют пульмонологические центры, в состав которых входят пульмонологические стационары и поликлиники [13, 14, 38]. Пульмонологическая поликлиника – относительно новый вариант лечебно-профилактического учреждения в России, но она является неотъемлемой частью пульмонологического центра [13, 14, 38]. Ключевая позиция в работе специализированной поликлиники принадлежит консультативным приемам пульмонолога, торакального хирурга, аллерголога. Помимо лечебно-диагностического процесса врачи консультативных кабинетов занимаются организационно-методической, научно-исследовательской работой. При пульмонологической поликлинике должен быть организован дневной стационар, объем лечебно-диагностической помощи которого должен позволять выполнять весь лечебно-диагностический стандарт при обострении астмы, ХОБЛ, пневмонии легкой степени тяжести, также при поликлинике должны быть организованы астма-школы и школы для больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких [13, 14, 25, 30, 38].

Чрезвычайно важно обучение и совершенствование врачей скорой медицинской помощи по вопросам неотложных состояний в пульмонологии, создание специализированных бригад скорой медицинской помощи, которые должны быть оснащены небулайзе-

рами, пикфлоуметрами [31, 33, 34].

Специализированный пульмонологический стационар должен включать блок интенсивной пульмонологии и респираторной поддержки, отделение торакальной хирургии, терапевтическое пульмонологическое отделение и кардиореспираторное отделение [25, 32].

По мнению многих авторов, подобный центр создаст оптимальные возможности для оказания помощи как пульмонологическим, так и торакальным больным, включая геронтологических больных со сложной сопутствующей патологией. Крупные центры подразумевают выделение онкологического, аллергологического, фтизиатрического коечного фонда. В частности, при оценке деятельности пульмонологического центра города Санкт-Петербурга, проведенной в 2002 году, было выявлено, что эффективность его работы гораздо выше эффективности работы городских больниц и поликлиник [11, 13, 23, 38].

Особую значимость придают совершенствованию пульмонологической службы, созданию пульмонологических центров на территориях с низкой плотностью населения, большим удельным весом сельских жителей, недостаточно развитыми транспортными коммуникациями, малой мощностью и отдаленностью районных больниц. В этой связи доказана высокая эффективность данного способа организации пульмонологической помощи населению [13, 14, 23, 38].

В Алтайском крае и Амурской области высокую оценку получила сеть астма-школ. Астма-школы с расширенными функциями, по сути своей – астма-диспансеры, позволили приблизить специализированную пульмонологическую помощь к больным на территории этих регионов, характеризующихся низкой плотностью населения, сделать ее доступной для взрослого и детского, городского и сельского населения. В то же время эта сеть обеспечивает высокую преемственность между детскими и взрослыми лечебно-профилактическими учреждениями. Отмечено, что при правильной организации астма-школ они способствуют снижению частоты госпитализаций, уменьшению числа вызовов скорой помощи, способствуют переводу астмы в «амбулаторную патологию». В настоящее время по такому же расширенному принципу функционируют и школы для больных с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания [13, 14, 30, 38].

Базой для развития, пульмонологического центра в Дальневосточном регионе, осуществляющего комплекс организационно-методических и лечебно-диагностических задач на основе современных клинических и организационных технологий, является специализированная пульмонологическая клиника Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН. Научно-техническая база регионального пульмонологического центра позволяет на современном методическом уровне осуществлять лечебно-диагностический процесс. В клинике центра ежегодно получают специализированную медицин-

скую помощь 3,5 тысячи человек, результатами лечения которых в 97,6% являются «выздоровление» и «улучшение состояния». Деятельность регионального пульмонологического центра позволяет оказать существенное влияние на качество и эффективность оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания, повысить эффективность использования высокотехнологичного оборудования, приводит к расширению диагностических возможностей врачей, унификации методик, формирует единый подход к интерпретации результатов, что позволяет повысить качество медицинской помощи. Основными задачами регионального пульмонологического центра являются [13, 14, 15, 20, 21, 23]:

- изучение распространенности и особенностей клинического течения болезней органов дыхания в различных климато-географических зонах региона;
- организация мероприятий по раннему выявлению, профилактике и эффективному лечению заболеваний органов дыхания;
- координация научных исследований по проблемам этиопатогенетического лечения пациентов с заболеваниями органов дыхания, перехода острых процессов в хронические и их предупреждению, влияния климато-географических факторов на особенности течения патологического процесса;
- совершенствование пульмонологической помощи населению региона, проведение мероприятий по улучшению качества медицинского обслуживания, оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической и лечебной помощи больным с заболеваниями органов дыхания;
- организация мероприятий направленных на повышение квалификации врачей амбулаторно-поликлинических учреждений по вопросам своевременного выявления и эффективного проведения оздоровительных мероприятий больным с хроническими заболеваниями органов дыхания.

Чрезвычайно важна в организации пульмонологической помощи населению подготовка кадров. Основным моментом многие исследователи считают совершенствование преподавания пульмонологии в медицинских ВУЗах: обязательное создание кафедр и курсов по пульмонологии с обучением не менее 300 часов после прохождения курса госпитальной терапии; создание модели врача-пульмонолога с учетом опыта подготовки в Германии, Франции, Англии и США, включающей обучение в интернатуре в течение одного года и в двух-трехгодичной ординатуре с получением практических навыков по бронхологии, исследованию функции внешнего дыхания, по рентгенологии, цитологии, по проведению пункции плевральных полостей, навыков по интенсивной пульмонологии; обязательное прохождение один раз в три года курсов усовершенствования врачебной квалификации сроком в полтора-два месяца со сдачей выпускных экзаменов по практической и теоретической пульмонологии.

Очень важным моментом многие авторы считают включение вопросов эпидемиологии, диагностики, лечения и реабилитации больных с патологией органов

дыхания в качестве обязательного компонента сертификационных циклов врачей всех специальностей. Последипломное образование в области пульмонологии должно затрагивать не только врачей-пульмологов, но и врачей общей практики и специалистов смежных дисциплин [4]. По мнению ряда авторов, последипломное образование в области пульмонологии было бы более эффективным, если бы каждому профильному образовательному мероприятию присваивались баллы, и врач, набравший за несколько лет определенную сумму баллов, получал свидетельство о повышении квалификации. Базовыми учреждениями при этом, определяющими набор образовательных мероприятий, обеспечивающими контроль, консультации и тому подобное могли бы быть ныне существующие кафедры пульмонологии. В то же время такая форма обучения не может исключать общепринятые долгосрочные циклы [4, 10, 11, 14, 16, 27, 28].

В рамках программ обучения в пульмонологии необходимо создание и распространение методических документов Минздравсоцразвития России, стандартов диагностики и лечения, клинических рекомендаций, формулярных систем, монографий и периодических изданий по вопросам пульмонологии (журналы, сборники трудов), организация и проведение конгрессов, региональных конференций и съездов [3].

Многие авторы возлагают большие надежды на стартовавшую в 2010 году социальную программу по борьбе с бронхиальной астмой «Раскрась жизнь ярче». Главная задача программы – изменить ситуацию, привлечь внимание государства и общества к проблемам пациентов, страдающих респираторными заболеваниями. В рамках программы в 2010 году были проведены образовательные мероприятия по диагностике и лечению бронхиальной астмы и ХОБЛ для врачей в Москве и ряде регионов. Кроме того, для пациентов с этими заболеваниями будут реализовываться обучающие программы физической и психологической реабилитации. Также планируется безвозмездное обеспечение пациентов тренажерами-турбухалерами для тренировки функции легких, оборудование новых игровых комнат в стационарах для детей [2, 6, 10, 11, 14, 15, 16, 24, 27, 28, 30, 32, 34].

Таким образом, основываясь на комплексной оценке организации пульмонологической помощи населению, необходимо дальнейшее совершенствование организационно-методических механизмов развития пульмонологической службы, позволяющих обеспечить оптимизацию организационной структуры и повышение доступности и качества пульмонологической помощи населению в современных социально-экономических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов Н.С. Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни // Тер. архив. 2009. №3. С.82–84
2. Прогностические факторы летальности и повторных госпитализаций у больных хронической обструктивной болезнью легких / Баймаканова Г.Е. [и др.] // Актуальные вопросы респираторной медицины: материалы всерос. науч.-практ. конф. М., 2010. С.17.
3. Распространение первичной лекарственной устойчивости при туберкулезе в четырех административных территориях Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации / Баранов А.А. [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. 2006. №12. С.9–12.
4. Белевский А.С. Последипломное образование в области пульмонологии // Пульмонология. 2004. №1. С.50.
5. Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Невзорова В.А. Возможности диагностики сердечно-сосудистого риска при хронической обструктивной болезни легких // Кардиология без границ: материалы российского национального конгресса кардиологов. М., 2007. С.121.
6. Визель И.Ю., Шмелёв Е.И., Визель А.А. Клинико-функциональные особенности больных хроническим бронхитом, ХОБЛ и бронхиальной астмой, находящихся под наблюдением врача-пульмонолога // Медико-фармацевт. вестн. Татарстана. 2008. №10(336). С.11.
7. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. Управление и экономика здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 664 с.
8. Гельцер Б.И., Бродская Т.А. Центральное артериальное давление и значение его исследования в пульмонологии // Клин. медицина. 2008. №6(86). С.17–23.
9. Игнатьев В.А., Кокосов А.Н. Дыхательная недостаточность и хроническая обструктивная болезнь легких. СПб.: Мед Масс Медиа, 2006. 248 с.
10. Игнатьев В.А., Титова О.Н., Гуляева О.И. Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология и экономический ущерб // Вестник СПбУ. 2007. С.37–46.
11. Принципы организации пульмошкол для больных хроническими заболеваниями легких / Илькович М.М. [и др.] // Профилактическая медицина. 2004. №5. С.3–10.
12. Колобухина Л.В., Львов Д.К. Вирусные инфекции дыхательных путей // Медицинская вирусология: руководство / под ред. Д.К.Львова. М.: МИА, 2008. С.381–412.
13. Колосов В.П. Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН – концепция развития // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2006. Вып.22. С.7–11.
14. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Пригорнев В.Б. Состояние и перспективы развития пульмонологической помощи населению на территории Дальневосточного Федерального округа // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2008. Вып.27. С.7–9.
15. Колосов В.П., Перельман Ю.М., Ульянычев Н.В. Методические подходы к разработке технологий прогнозирования в пульмонологии // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2006. Вып.22. С.20–24.
16. Оптимизация лечения больных бронхиальной астмой на амбулаторном и госпитальном этапах в Самарской области / Кондурцев В.А. [и др.] // Тер. архив.

2008. №1. С.20–23.

17. Логвиненко Н.И. Тяжелые пневмонии. Состояние проблемы // Бюл. СО РАМН. 2003. №3 С.86–89.

18. Манаков Л.Г. Здоровье населения Амурской области на рубеже веков // Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека: юбилейный сборник научных трудов, посвященных 50-летию АГМА. Благовещенск, 2002. С.264–267.

19. Манаков Л.Г., Худолеева О.Б. Здоровье населения и ресурсы здравоохранения в условиях его реформирования // Здоровье и образование в XXI веке: сборник науч. трудов IV междунар. науч.-практ. конф. М., 2003. С.404.

20. Манаков Л.Г., Худолеева О.Б. Ресурсы здравоохранения Амурской области: состояние и пути оптимизации // Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека: юбилейный сборник научных трудов, посвященных 50-летию АГМА. Благовещенск, 2002. С.11–15.

21. Эпидемиология болезней респираторной системы на территории Дальневосточного региона / Манаков Л.Г. [и др.] // Материалы II съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока. Благовещенск, 2007. С.86–89.

22. Миронов М.Б., Шепеленко А.Ф., Сидоров Ю.А. ХОБЛ и сочетанная кардиологическая патология // Лечащий врач. 2006. №8. С.22–26.

23. Мхоян А.С., Гостева Л.З. Оптимизация путей совершенствования региональных ресурсов здравоохранения // Здоровье и образование в XXI веке: сборник трудов VII междунар. науч.-практ. конф. М., 2006. С.187.

24. Нечаев В. С., Вишнякова О. Н. Заболеваемость населения и проблемы медицинской профилактики муниципального уровня // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и реабилитации. 2007. №6. С.22–24.

25. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 апреля 2010 г. № 222-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхо-легочными заболеваниями пульмонологического профиля». URL: http://kgma.info/healing/prikazy_minzdravsocrazvitiya_rossii/ (дата обращения: 18.04.2011).

26. Иммунореабилитация пациентов с хроническим обструктивным бронхитом / Самойлова Н.Е. [и др.] // Иммунология Урала: материалы IV конференции иммунологов Урала. Уфа, 2005. С.152–153.

27. Филатов В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования / под ред. акад. РАМН О.П.Щепина. М.: Рарог, 1999. 176 с.

28. Фуфаев Е.Н. Оценка качества медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи // Здравоохранение РФ. 2008. №4. С.28–30.

29. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера, 2003. 53 с.

30. Концепция развития пульмонологической помощи населению Российской Федерации / Чучалин А.Г. [и др.] // Пульмонология. 2007. №1. С.34–37.

31. Респираторная медицина / под ред. А.Г.Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. Т.1. 800 с.

32. Чучалин А. Г. Профилактика и контроль хронических неинфекционных заболеваний // Пульмонология. 2009. №1. С.5–10.

33. Чучалин А.Г., Бобков Е.В. Основы клинической диагностики: руководство для врачей. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 583 с.

34. Комплексная медицинская реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких / Шакула А. [и др.] // Врач. 2008. №11. С.67–71.

35. Шилова М.В., Глумная Т.В. Прогноз показателя смертности населения от туберкулеза (методология расчета) // Пробл. туберкулеза. 2006. №1. С.22–28.

36. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2006 году. М., 2007. 100 с.

37. Хроническая обструктивная болезнь легких в амбулаторной практике / Шмелева Н.М. [и др.] // Пульмонология. 2008. №6. С.29–33.

38. Шойхет Я.Н., Мартыненко Т.И. Обоснование и основные положения концепции развития пульмонологической помощи населению Алтайского края в 2002–2006 гг. // Пульмонология. 2004. №1. С.51–59.

39. Медицинская реабилитация больных хронической обструктивной болезнью легких в условиях загородного специализированного стационара с применением спелеоклиматотерапии / Щегольков А.М. [и др.] // Вестник восстановительной медицины. 2009. №1. С.39–42.

40. Щепин В.О., Купеева И.А. Анализ состояния и динамики кадровых ресурсов здравоохранения субъектов Российской Федерации в 1990–2004 гг. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2007. №1. С.3–6.

Поступила 18.01.2011

*Леонид Григорьевич Манаков, ученый секретарь,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;
Leonid G. Manakov,
22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000;
E-mail: cfpd@amur.ru*