



# ПАЦИЕНТЫ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ

Результаты всероссийского социологического исследования

Москва, март 2026

# Всероссийское социологическое исследование "ПАЦИЕНТЫ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ "

## Цель исследования

Анализ влияния заболевания на социально-экономические аспекты жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в Российской Федерации.

## Задачи исследования

1. Описать социально-экономические характеристики жизни пациентов с ХОБЛ и нуждаемость в поддержке.
2. Выявить особенности оказания медицинской помощи пациентам с ХОБЛ.
3. Описать особенности назначения профилактических и диагностических мероприятий пациентам.
4. Определить наличие проблем с получением льготных лекарственных препаратов у пациентов.
5. Определить особенности профессиональной ситуации пациентов с ХОБЛ и наличие профессиональной вредности среди пациентов с ХОБЛ.

## Методы, объём и период исследования

Структурированный анкетный опрос пациентов старше 18 лет с установленным диагнозом «хроническая обструктивная болезнь легких» на специализированной онлайн платформе.

Объем выборки – 400 пациентов старше 18 лет из 72 субъектов РФ.

Период сбора и обработки информации: 1 февраля - 5 марта 2026 года.

# ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ



Таблица 1.  
География исследования

Федеральный округ	Чел.	%
Центральный ФО (ЦФО)	115	28,8%
Северо-Западный ФО (СЗФО)	57	14,3%
Южный ФО (ЮФО)	50	12,5%
Северо-Кавказский ФО (СКФО)	9	2,3%
Приволжский ФО (ПФО)	65	16,3%
Уральский ФО (УрФО)	24	6,0%
Сибирский ФО (СФО)	50	12,5%
Дальневосточный ФО (ДФО)	29	7,3%
Новые регионы	1	0,3%
<b>Всего</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Диаграмма 2. Структура выборки по месту проживания респондентов



# ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ

Среди всех опрошенных преобладают:

- женщины - 64,8%;
- пациенты трудоспособного возраста - 79% в возрасте 31-65 лет;

Молодежь в возрасте 18-30 лет - 16,5% опрошенных.

Среди всех пациентов 60,5% - активные курильщики в настоящее время.

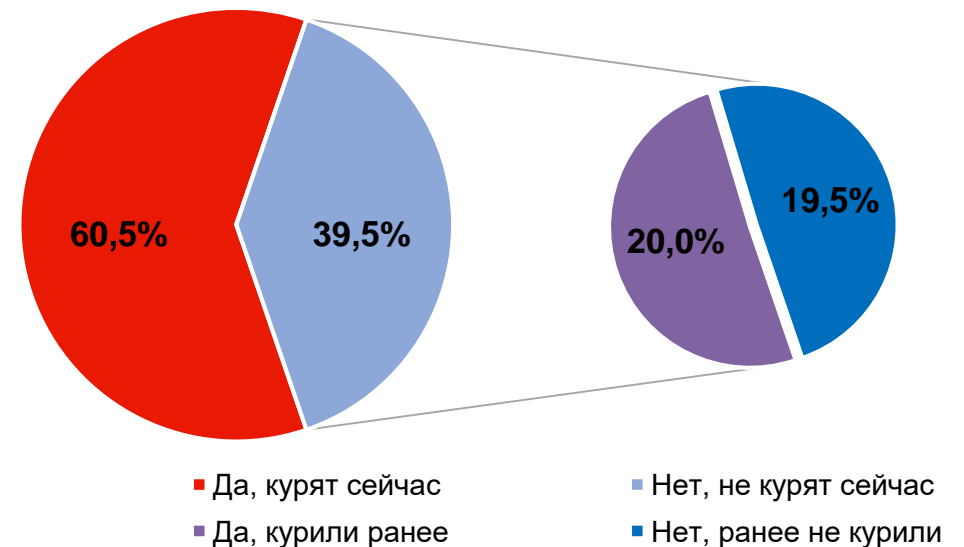
Не имеют опыта курения (не курит сейчас и не курил ранее) – 19,5% опрошенных.

Остальные 80,5% имеют данный фактор риска.

Таблица 2. Половозрастная структура выборки

Пол респондента	Возраст респондента			
	18-30 лет, %	31-45 лет, %	46-65 лет, %	66 и старше, %
Мужчина	10,6	38,3	43,3	7,8
Женщина	19,7	47,1	30,5	2,7
<b>Всего</b>	<b>16,5</b>	<b>44,0</b>	<b>35,0</b>	<b>4,5</b>

Диаграмма 1. Распространенность курения среди пациентов



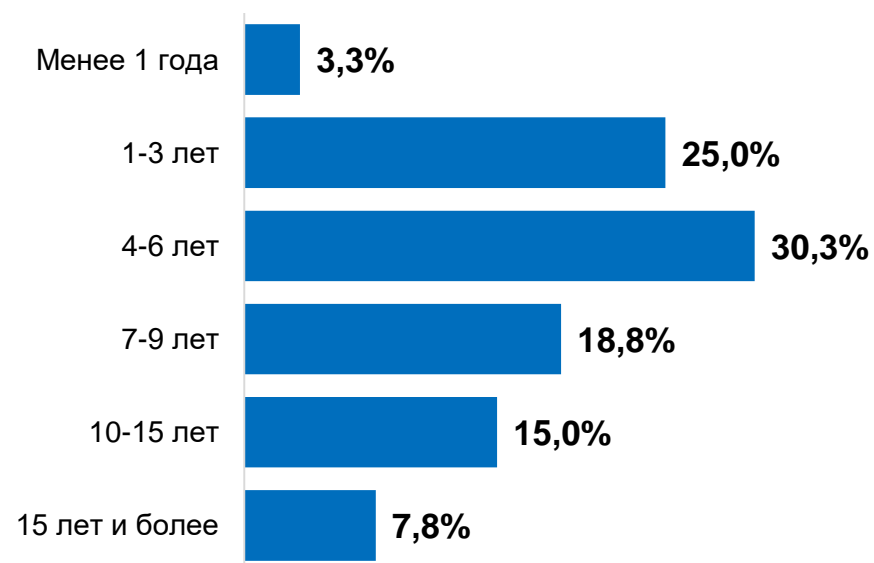
# СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ: ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ



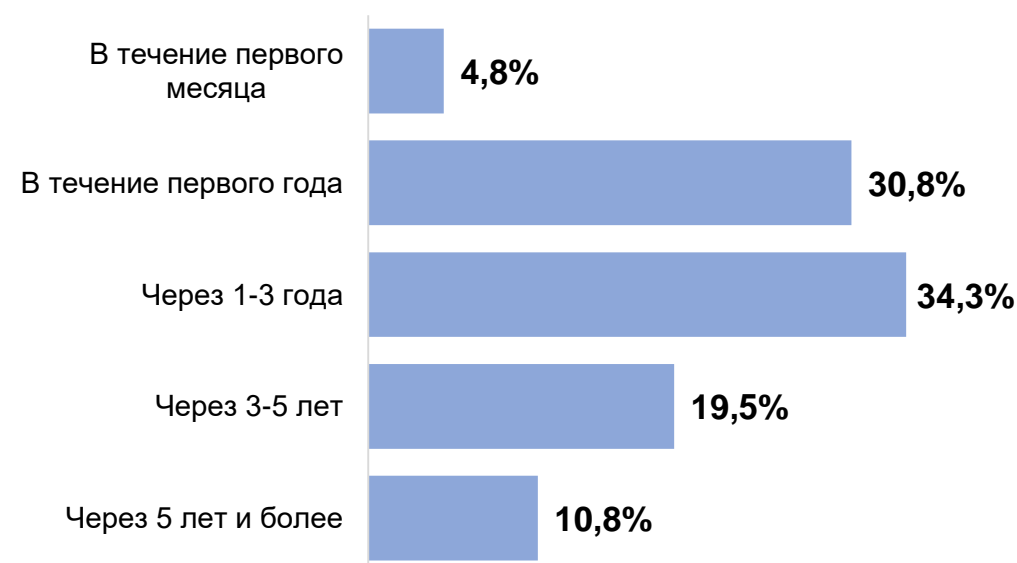
В выборке преобладают пациенты с хроническим течением заболевания: 71,9% пациентов страдают ХОБЛ более 4 лет, 25% - от 1 до 3 лет. Лишь 3,3% получили диагноз совсем недавно.

Поздняя диагностика характерна для большинства пациентов: 64,5% получили диагноз спустя более года после первых симптомов, 30,8% - в течение первого года. Лишь 4,8% диагностированы в первый месяц.

*Диаграмма 3.  
Давность постановки диагноза ХОБЛ*



*Диаграмма 4. Срок постановки диагноза ХОБЛ после первых симптомов*



## Выявление ХОБЛ

Диагностика ХОБЛ в большинстве случаев симптом-ориентированная: 50,8% диагнозов установлено при обращении к специалисту (пульмонологу/терапевту).

Еще 24,3% - узнали о заболевании в стационаре, а 15,8% - в ходе обследования или лечения других патологий.

Лишь 9,3% выявлено в рамках профилактической диспансеризации.

Диаграмма 5. Пути выявления ХОБЛ



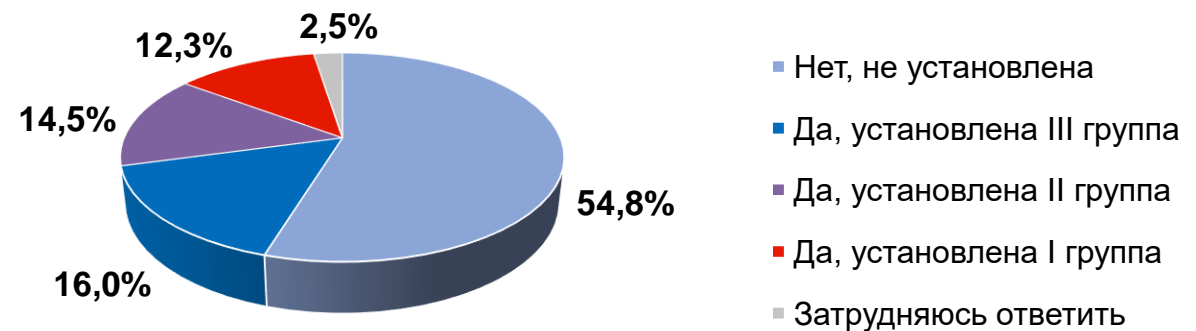
## Наличие инвалидности

Большинство пациентов (54,8%) не имеют группы инвалидности.

Среди пациентов с инвалидностью распределение групп равномерное:

- I группа – 12,3%;
- II группа – 14,5%;
- III группа – 16%.

Диаграмма 6. Наличие инвалидности по ХОБЛ



# СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ: ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Среди коморбидных респираторных патологий наиболее распространены: хронический бронхит (35,8%) и бронхиальная астма (23,8%).

Среди других хронических заболеваний чаще всего: заболевания органов сердечно-сосудистой системы (34,8%), опорно-двигательного аппарата (32,5%) и органов пищеварения (30,5%).

*Диаграмма 7. Виды хронических заболеваний органов дыхания*



*Диаграмма 8. Наличие у пациентов с ХОБЛ сопутствующих хронических заболеваний*



# ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОБЛ

Среди монопрепаратов пациенты чаще всего указывали:

- ингаляционные глюкокортикоиды - 32,5%,
- бронходилататоры - 31,3%.

Комбинированные препараты получают 43,6% опрошенных, тройные комбинации пациенты упоминают редко - 4,8-5,3%.

Антибактериальная терапия применяется у 25,8% опрошенных.

*Диаграмма 9. Распределение пациентов с ХОБЛ по назначаемым лекарственным препаратам*



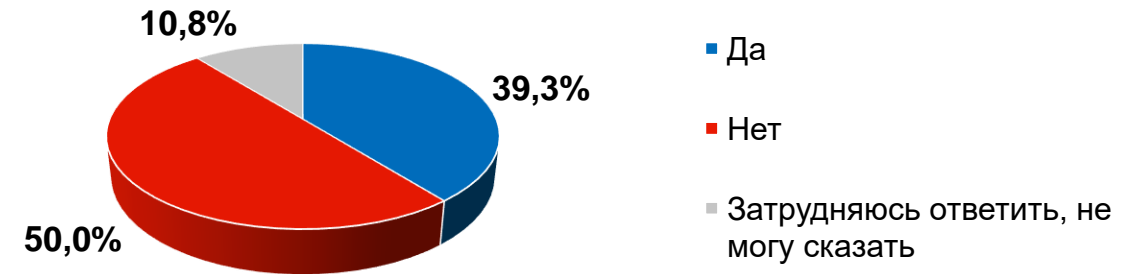
# ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХОБЛ

## Льготные лекарственные препараты

39,3% получают льготные лекарственные препараты, 50% не получают таких льгот.

10,8% затрудняются ответить, что указывает на возможный дефицит информации о правах.

Диаграмма 10. Получение льготных лекарственных препаратов пациентами с ХОБЛ

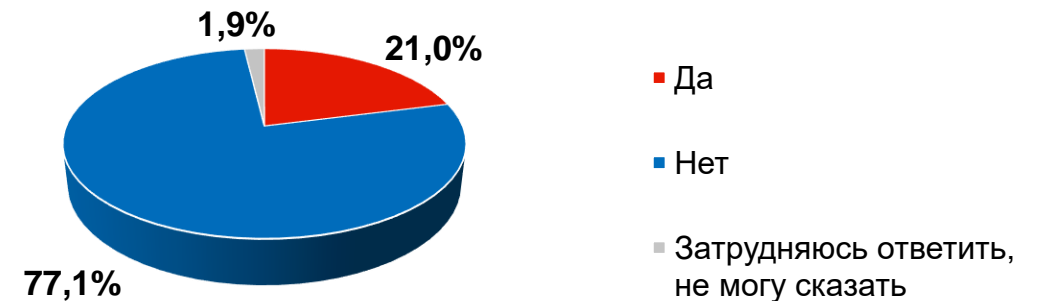


## Причины отказа в льготных лекарственных препаратах

77,1% не сталкивается с отказами в выдаче льготных медикаментов.

Основная причина отказов - отсутствие препарата в аптеке.

Диаграмма 11. Столкновение с отказом при получении льготных лекарственных препаратов



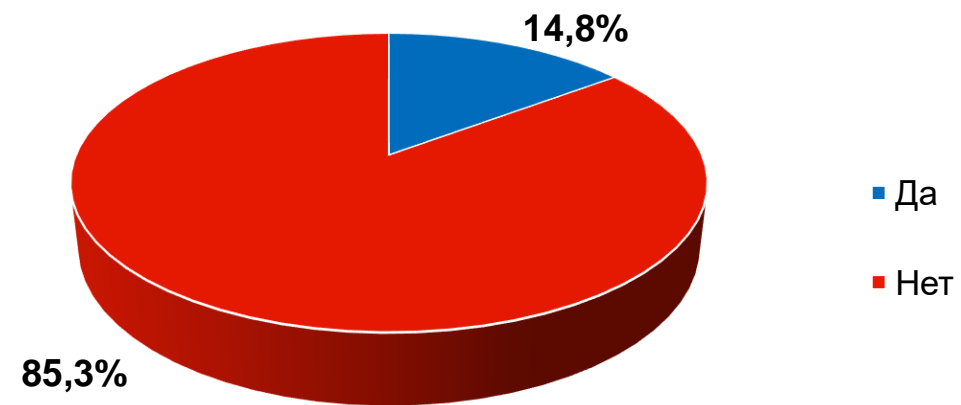
## Хирургическое вмешательство

Уровень хирургического вмешательства низкий:

- 14,8% проходили оперативное лечение;
- 85,3% не получали хирургической помощи.

Диаграмма 12.

Хирургическое вмешательство при ХОБЛ



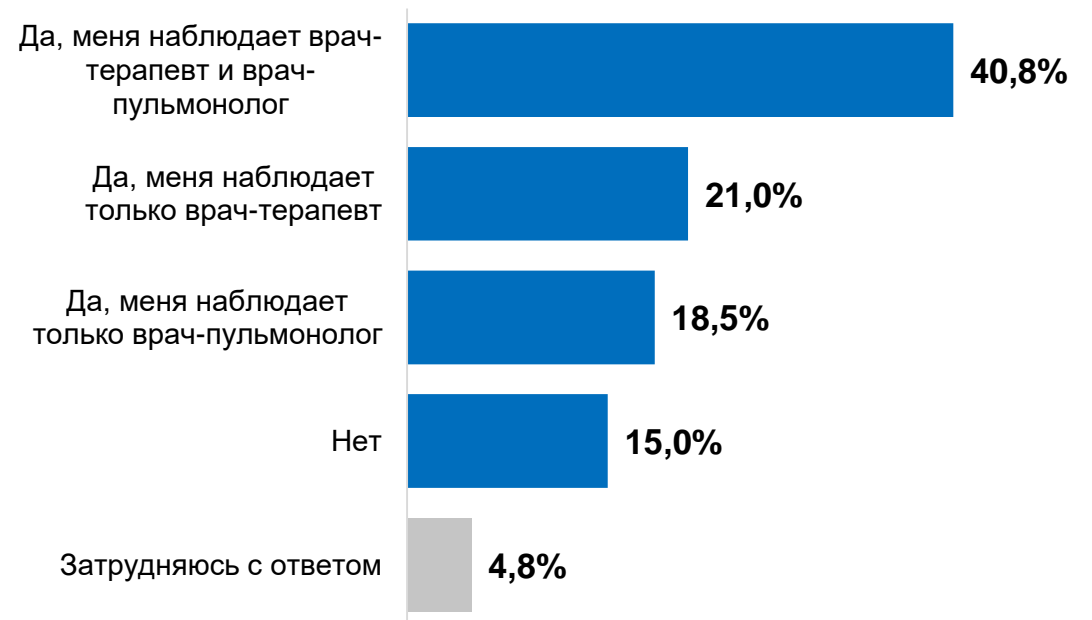
## Формы диспансерного наблюдения

80,3% формально состоят на диспансерном учёте.

Совместное наблюдение терапевта и пульмонолога - 40,8% пациентов, наблюдение одним специалистом (пульмонологом или терапевтом) - 39,5%.

15,0% пациентов не охвачены диспансеризацией.

Диаграмма 13. Распределение пациентов с ХОБЛ по формам диспансерного наблюдения



# ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

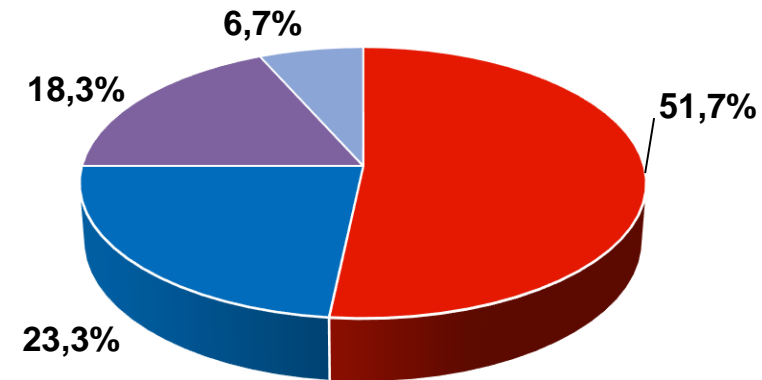
## Причины отсутствия диспансерного наблюдения

Отсутствие диспансерного наблюдения у пациентов с ХОБЛ преимущественно обусловлено внешними факторами:

- 51,7% пациентов не были проинформированы о необходимости постановки на учет;
- 18,3% столкнулись с организационными барьерами - отсутствием врачей, осуществляющих диспансерное наблюдение по ХОБЛ.

Лишь 23,3% пациентов самостоятельно отказались от диспансерного наблюдения.

Диаграмма 14. Причины отсутствия диспансерного наблюдения среди пациентов с ХОБЛ не состоящих на диспансерном учете



- Мне не говорили о такой возможности
- Мое самостоятельное решение
- Нет врачей по месту жительства, которые могли бы поставить меня на учет
- Другое

# ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ



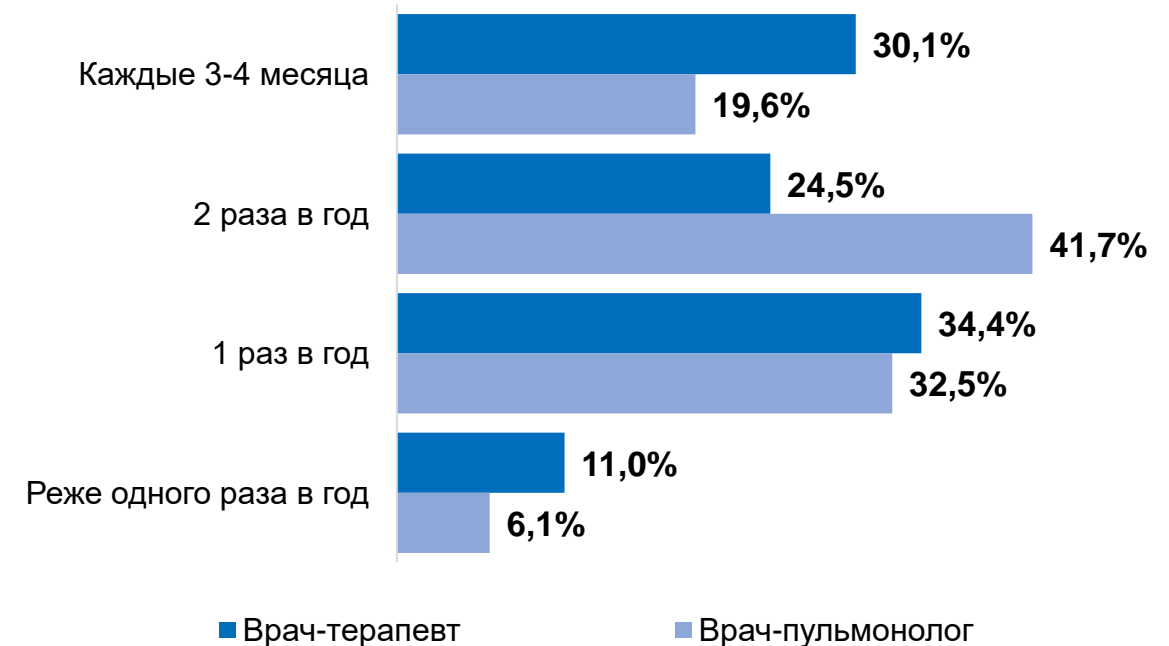
## Частота посещаемости при совместном наблюдении

При совместном наблюдении терапевта и пульмонолога оптимально (каждые 3-4 месяца) пациенты посещают:

- терапевта – 30,1%
- пульмонолога - лишь 19,6%

Лишь 5,5% соблюдают рекомендуемую регулярность, посещения обоих специалистов.

Диаграмма 15. Частота посещения специалистов пациентами с ХОБЛ при совместном наблюдении у врача-терапевта и врача-пульмонолога



# ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

## Частота диспансерного наблюдения при одиночном наблюдении

При наблюдении только у пульмонолога:

- 17,6% пациентов посещают врача каждые 3–4 месяца
- 28,4% - 2 раза в год
- 54,1% - 1 раз в год и реже

Доля редких посещений (1 раз в год и реже) превышает аналогичный показатель при двойном наблюдении

При наблюдении только у терапевта:

- 26,2% посещают каждые 3–4 месяца
- 26,2% - 2 раза в год
- 47,6% - 1 раз в год и реже

В обеих группах преобладают редкие посещения

Диаграмма 16. Частота посещения пациентами с ХОБЛ врача-пульмонолога при одиночном наблюдении пульмонолога

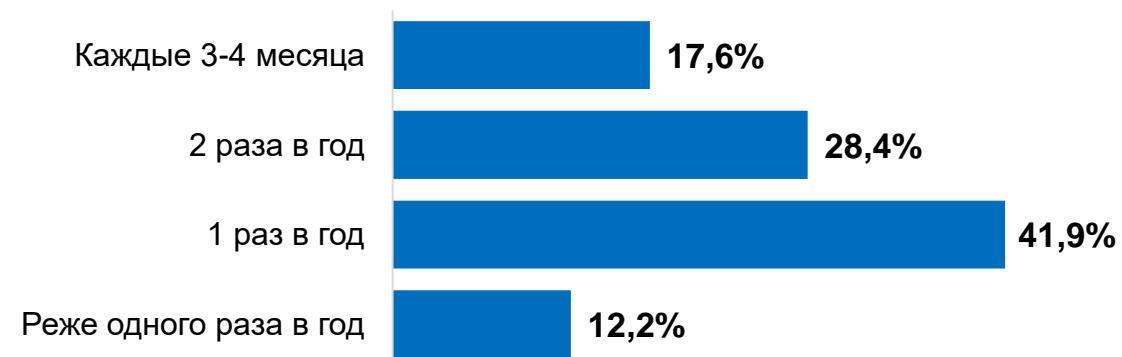
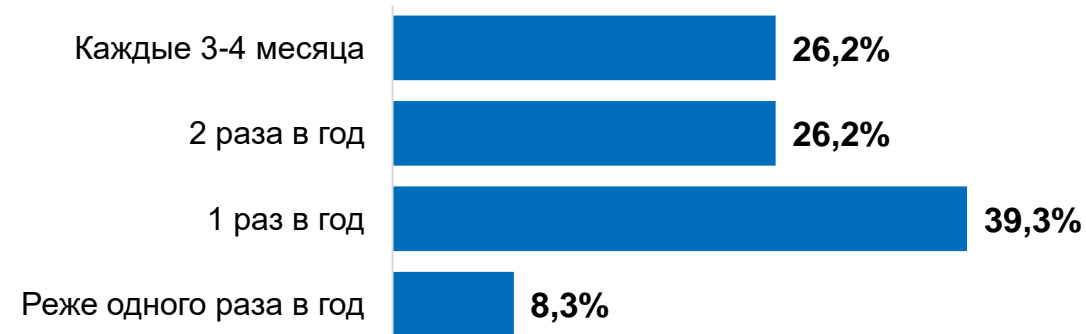


Диаграмма 17. Частота посещения пациентами с ХОБЛ врача-терапевта при одиночном наблюдении



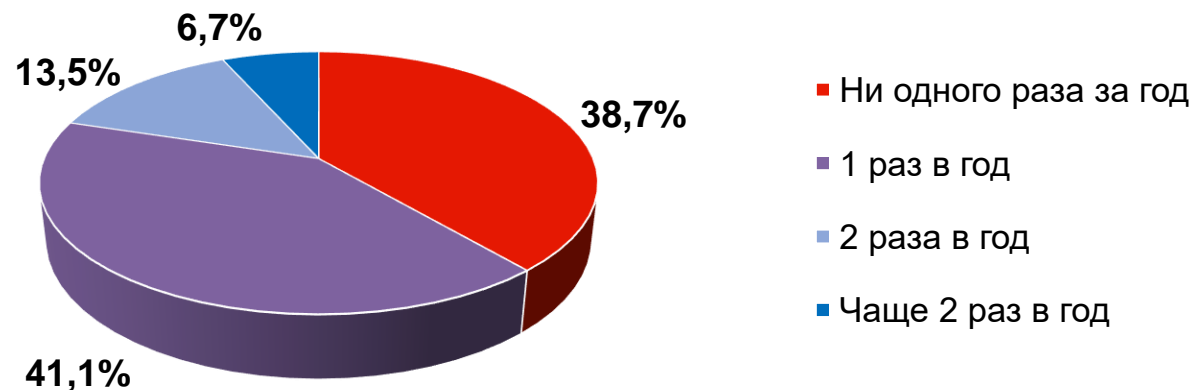
# ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

## Недостаточная регулярность взаимодействия с пульмонологом, не состоящих на учете пациентов

- 38,7% пациентов не получают направлений к пульмонологу в течение года,
- 41,1% - не чаще одного раза в год.

Лишь 20,2% направляются 2 и более раз в год.

Диаграмма 18. Частота направления не состоящих на диспансерном учете пациентов с ХОБЛ на консультацию врача-пульмонолога



# ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

## Случаи обострения за последний год

33,3% пережили хотя бы одно обострение, а 17,5% - два и более эпизодов.

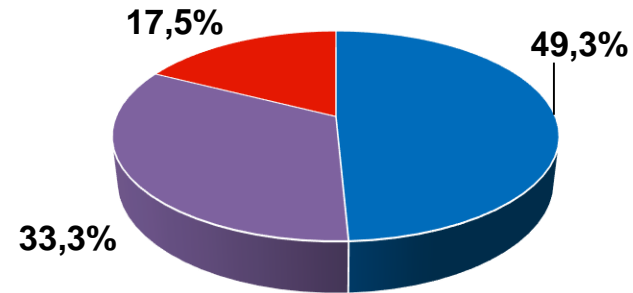
49,3% не сталкивались за последний год с обострениями ХОБЛ, требующими госпитализации.

За последние 3 года 62,8% пациентов проходили лечение в стационаре:

- 38,8% - 1 раз;
- 24,0% - 2 и более раз.

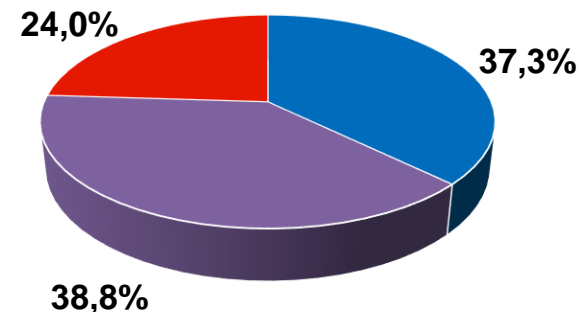
Каждый третий не проходил лечение.

Диаграмма 19. Частота обострений заболевания за последний год, требующих госпитализации



- Не было обострений, требующих госпитализации
- Такое обострение было один раз за последний год
- Обострения, требующие госпитализации были два раза за последний год или чаще

Диаграмма 20. Частота лечения пациентов с ХОБЛ в стационаре за последние 3 года



- Не лечился/-ась в стационаре последние 3 года
- Лечился/-ась 1 раз за последние 3 года
- Лечился/-ась 2 раза и более за последние 3 года

# ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ



Большинство пациентов не состоят на учете у кардиолога - 58,5%.

Несмотря на высокую распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (34,8%) в данной популяции.

Остальные 41,5% пациентов находятся под наблюдением специалиста.

*Диаграмма 21.  
Статус учета у кардиолога пациентов с ХОБЛ*

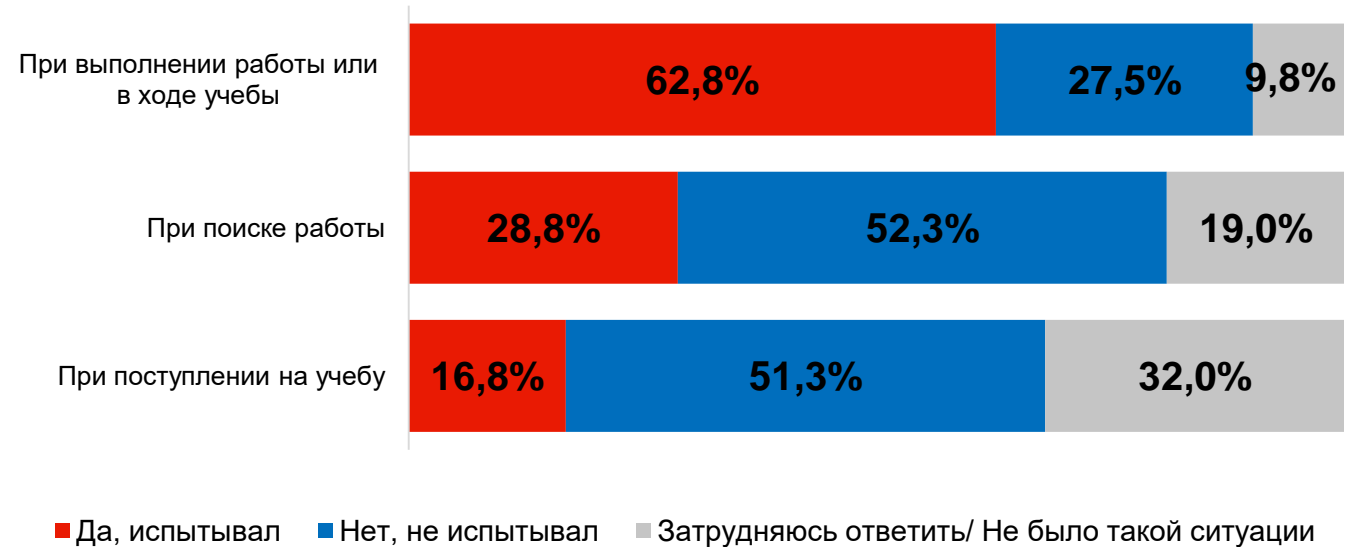


Ограничения по ХОБЛ нарастают по мере вовлечённости в профессиональную среду.

Трудности возникают:

- при поступлении на учебу – у 16,8% пациентов
- при поиске работы - у 28,8%
- при непосредственном выполнении работы/ прохождении учёбы - у 62,8%

*Диаграмма 22. «Испытывали ли Вы сложности в связи с диагнозом ХОБЛ в следующих ситуациях?»*



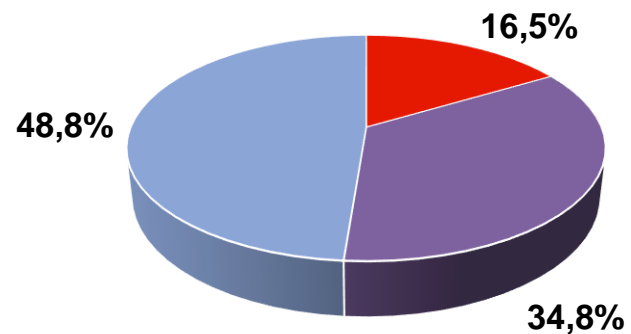
## Профессиональные аспекты заболевания

Половина пациентов с ХОБЛ не имеет профессиональных рисков:

- 48,8% пациентов не имеет опыт работы на производстве;
- 48,5% пациентов никогда не сталкивались с профессиональными вредностями.

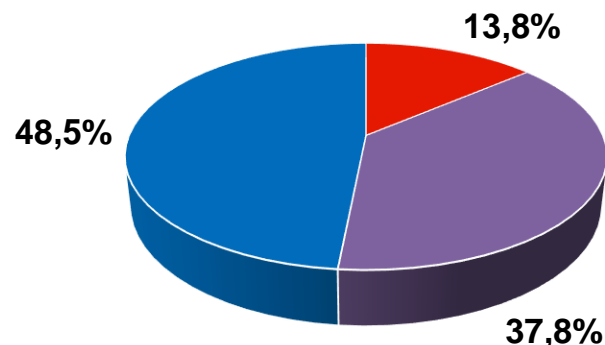
Это косвенно подтверждает многофакторный характер заболевания.

Диаграмма 23. Наличие у пациентов с ХОБЛ опыта работы на производстве



- Да, я сейчас работаю на производственном предприятии
- Да, я имею опыт работы на производственном предприятии, хотя сейчас на производстве не работаю
- Нет, у меня нет опыта работы на производстве, на промышленном предприятии

Диаграмма 24. Подверженность пациентов профессиональным вредностям



- Да, сейчас подвергаюсь воздействию профессиональных вредностей
- Сейчас не подвергаюсь, но раньше подвергался таким профессиональным вредностям
- Нет, никогда не подвергался профессиональным вредностям

## Платная помощь

Доступность медицинской помощи оценивается неоднозначно:

- 35,8% пациентов оценивают помощь по ОМС достаточной;
- 40,8% дополняют её платными услугами;
- 23,5% сталкиваются с невозможностью оплаты.

Диаграмма 25. Обращение пациентов с ХОБЛ к платной медицинской помощи



## Доступность платной помощи по группам инвалидности

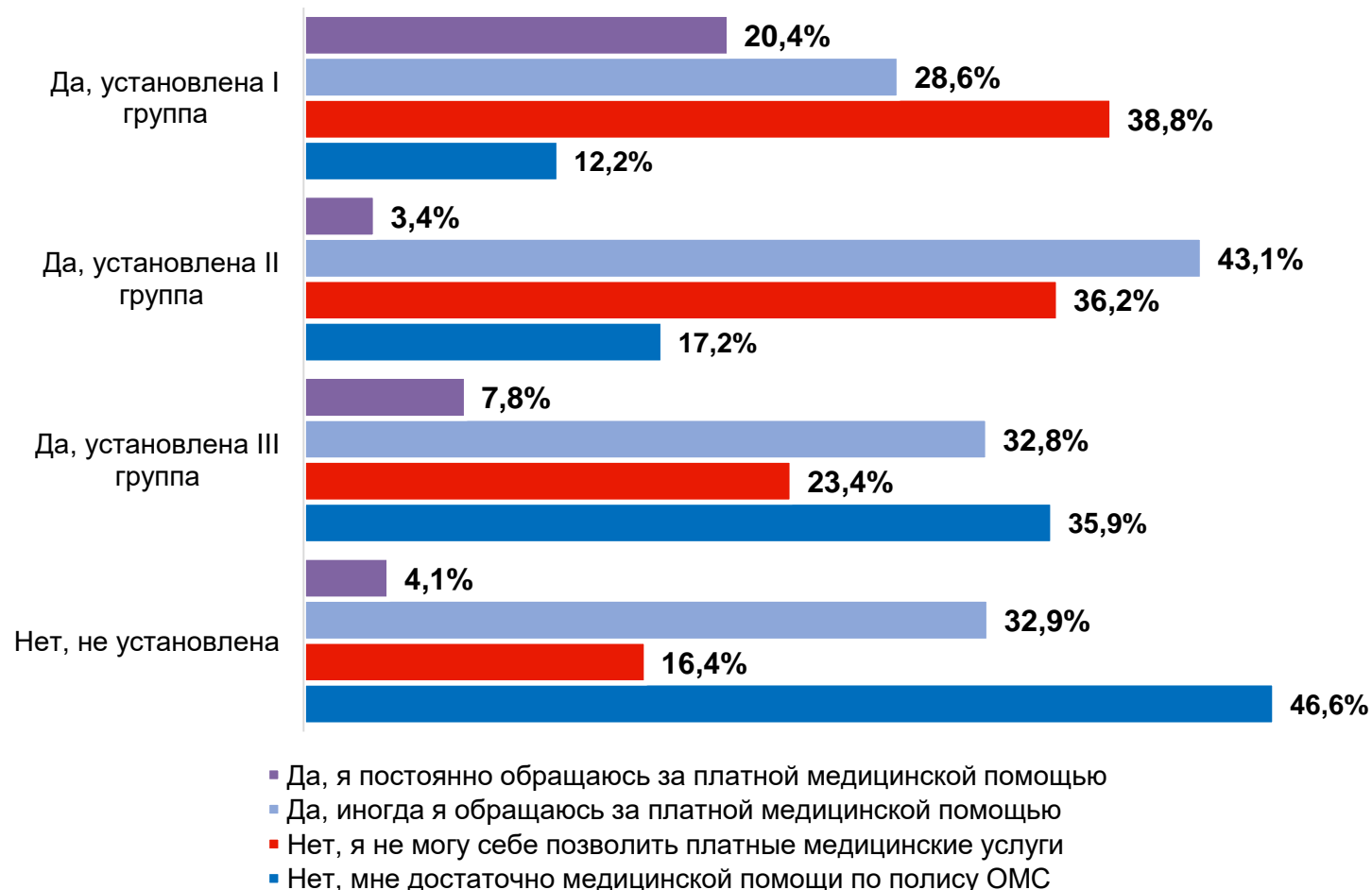
С увеличением тяжести инвалидности снижается достаточность медицинской помощи по ОМС.

ОМС достаточна:

- 46,6% пациентов без инвалидности,
- 12,2% с I группой инвалидности.

Не могут позволить себе платные медицинские услуги: от 23,4% при III группе до 38,8% при I группе.

Диаграмма 26. Обращение пациентов с ХОБЛ к платной медицинской помощи в зависимости от группы инвалидности



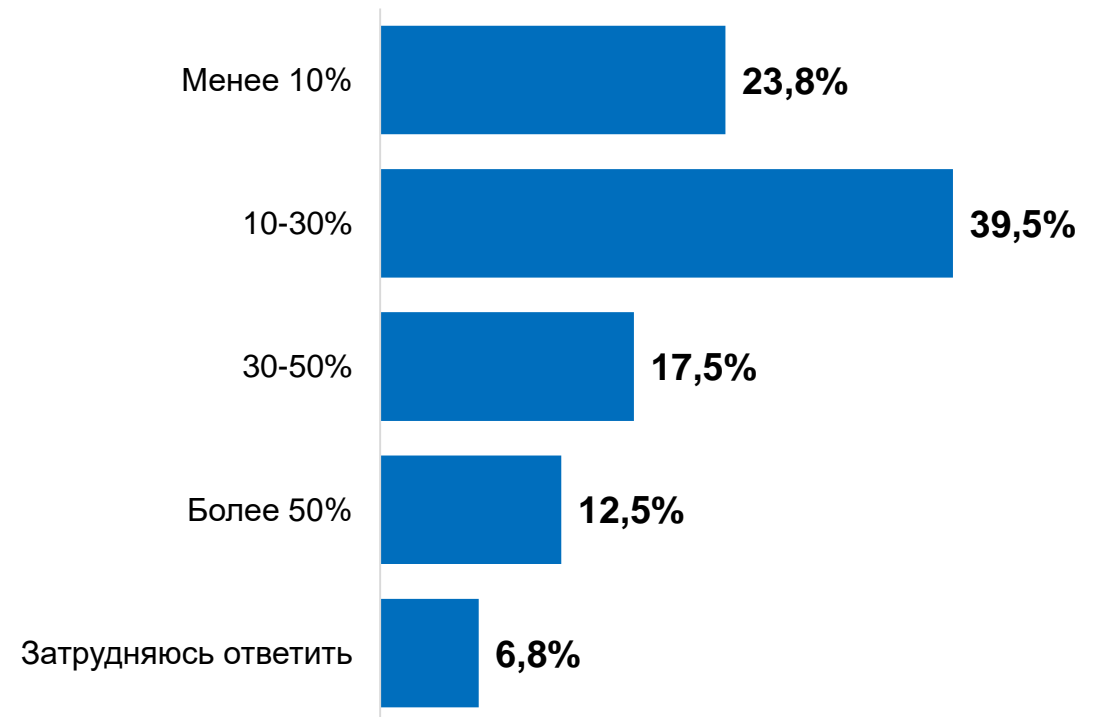
## Расходы на платную помощь

Финансовая нагрузка на лечение значительна.

Каждый третий сталкивается с **высокой и критической нагрузкой на бюджет:**

- Критическая, более 50 % дохода - 12,5%.
- Высокая, 30-50% дохода – 17,5%.
- Умеренная, 10-30% дохода – 39,5%.

Диаграмма 27. Доля расходов на лечение в структуре бюджета пациентов с ХОБЛ



# СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ

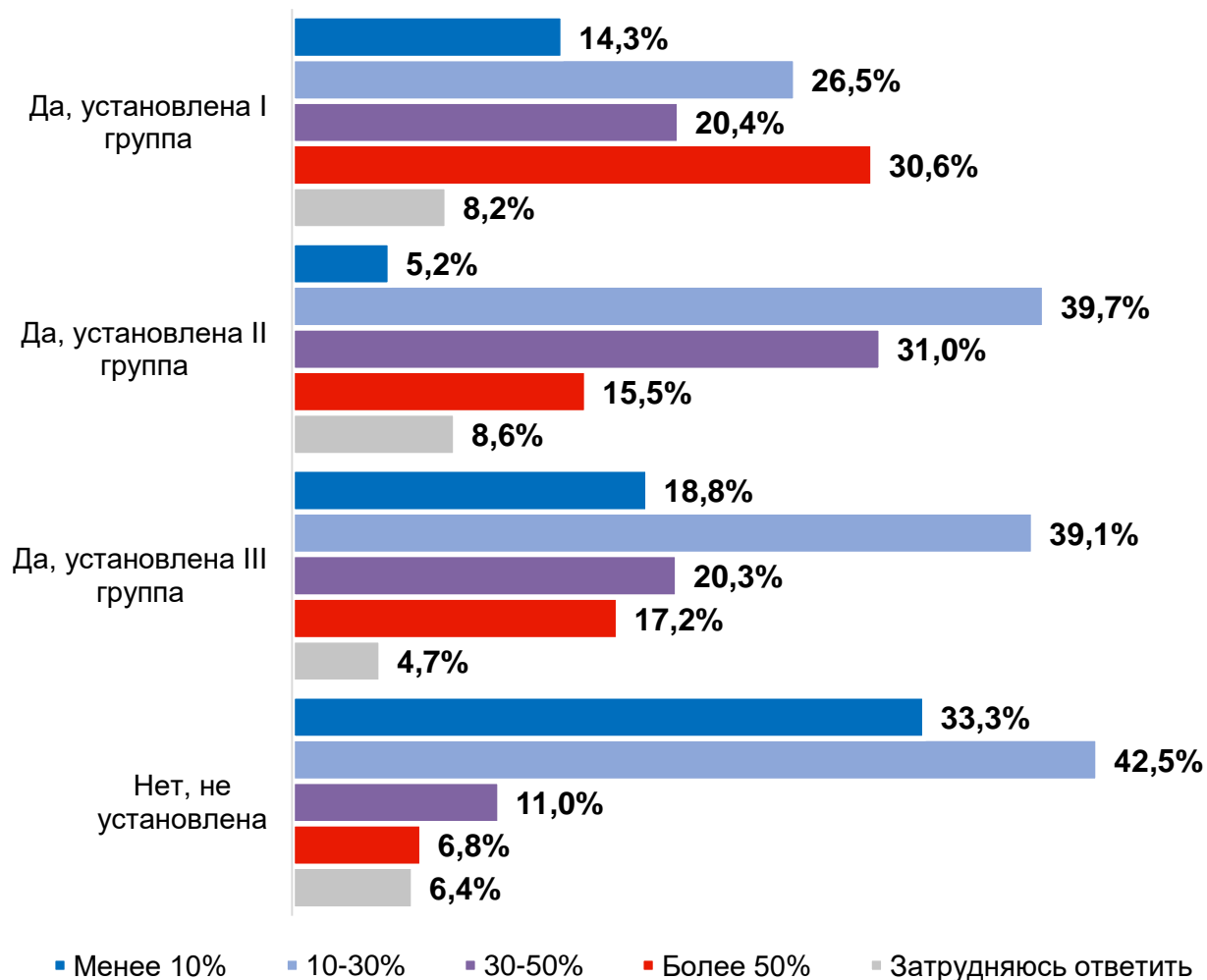


Диаграмма 28. Доля расходов на лечение в структуре бюджета пациентов с ХОБЛ в зависимости от группы инвалидности

## Расходы на платную помощь по группам инвалидности

С ростом тяжести инвалидности растет финансовая нагрузка на пациента.

При I группе инвалидности доля с критической нагрузкой (более 50%) достигает 30,6% против 6,8% у пациентов без инвалидности.



## Диагностические назначения

В назначениях преобладают базовые методы диагностики. Использование специализированных - ограничено.

Чаще всего назначают:

- общий анализ крови - 58,5%,
- рентген органов грудной клетки - 51,8%.

Спирометрия как ключевой метод мониторинга функции дыхания - лишь у 42,8% пациентов.

7,5% пациентов не проходили **ни одного диагностического мероприятия** за год.

Диаграмма 29. Диагностические назначения по поводу ХОБЛ



# ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

## Рекомендации по профилактике и реабилитации

Чаще всего:

- отказ от курения - 50,8%,
- обучение технике ингаляций - 47,3%.

Недостаточно часто:

- назначение лечебной физкультуры - 42,5%
- ежегодная вакцинация - 40,8%.

Редко рекомендуют:

- индивидуальные программы легочной реабилитации - 11,5%
- психологическую поддержку - 16,0%.

5,8% пациентов остаются без профилактических рекомендаций.

Диаграмма 30. Рекомендации по профилактическим и реабилитационным мероприятиям



# ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ



## Потребности пациентов с ХОБЛ в помощи

Потребность в разных формах социальной поддержки - 84,7% пациентов, в том числе:

- 49,5% нуждаются в бесплатных лекарствах,
- 36,7% нуждается в ЛФК,
- 23,6% сталкивается с трудностями при оформлении инвалидности.

Лишь 15,3% не нуждаются в социальной поддержке.

Диаграмма 31. Виды необходимой помощи пациентам с ХОБЛ



# ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ



Образовательная поддержка пациентов с ХОБЛ крайне ограничена: лишь 7% прошли обучение в «Школе для пациентов».

Основные источники информации: лечащий врач (78,0%) и цифровые платформы - интернет-сайты (47,0% и социальные сети (26,0%).

Диаграмма 32. Опыт обучения в Школе для пациентов с ХОБЛ



Диаграмма 33. Источники информации о заболевании



## Состояние здоровья пациентов с ХОБЛ: диагностика заболевания

71,9% опрошенных болеют более 4 лет, 25,0% - от 1 до 3 лет. Лишь 3,3% получили диагноз в течение последнего года.

Диагностика запаздывает: 64,5% пациентов получили диагноз спустя более года после появления симптомов, в том числе 10,8% - пять и более лет спустя. Лишь 4,8% диагностированы в первый месяц.

Диагноз устанавливается преимущественно при симптом-ориентированном обращении: 50,8% - после консультации пульмонолога или терапевта, 24,3% - в стационаре. Лишь 9,3% выявлены в рамках профилактической диспансеризации.

54,8% пациентов не имеют инвалидности. Среди пациентов с инвалидностью (42,8%) группы распределены относительно равномерно.

Широко распространена сопутствующая патология: 35,8% - хронический бронхит, 23,8% - бронхиальная астма; 34,8% - сердечно-сосудистые заболевания, 32,5% - заболевания опорно-двигательного аппарата.

## Лекарственная терапия и методы лечения при ХОБЛ

Лекарственная терапия включает монопрепараты и комбинации. Среди монотерапии лидируют будесонид и ипратропия бромид. Наиболее частые комбинации - будесонид+формотерол и салметерол+флутиказон. Антибактериальные препараты получают 25,8% пациентов.

Данные основаны на самоотчёте, что ограничивает оценку соответствия клиническим рекомендациям. Возможны как отклонения от стандартов, так и смешение популяций (ХОБЛ/БА) в выборке.

Критически важен дефицит льготного обеспечения: 50,0% пациентов не получают льготные препараты, а среди получающих - 21,0% сталкивается с отказами, преимущественно из-за отсутствия препарата в аптеке.

Хирургическое лечение получают лишь 14,8% пациентов, что отражает низкую вовлечённость в инвазивные методы коррекции заболевания.

## Организация диспансерного наблюдения

80,3% пациентов состоят на диспансерном учёте, но реальный клинический контроль фрагментирован. Ведение двумя специалистами (терапевт + пульмонолог) - лишь у 40,8% пациентов, у 39,5% наблюдение ведёт один врач.

Регулярность посещений врача недостаточна: при двойном наблюдении оптимальную частоту (каждые 3-4 месяца) соблюдают 30,1% у терапевта и 19,6% у пульмонолога; редкие визиты (1 раз в год и реже) отмечают 45,4% и 38,6% соответственно.

При одиночном наблюдении аналогично: у пульмонолога оптимальную частоту соблюдают 17,6%, у терапевта - 26,2%, но доля редких визитов заметно выше - 70,3% и 47,6% соответственно.

38,7% пациентов, не наблюдающихся у пульмонолога, не получают направлений к нему в течение года. 15,0% пациентов не охвачены диспансеризацией, в том числе для 70,0% из них причинами являются отсутствие информации или доступа к врачу.

Диагностический мониторинг неполный: чаще всего назначают общий анализ крови (58,5%) и рентген (51,8%). Спирометрия как ключевой метод контроля ХОБЛ - лишь у 42,8%. У 7,5% пациентов за год не проведено ни одного исследования.

58,5% пациентов не состоят на учёте у кардиолога, несмотря на высокую распространённость сердечно-сосудистых заболеваний (34,8%).

## Социально-экономические и профессиональные аспекты болезни

Заметно нарастание ограничений по мере вовлечённости в профессиональную среду в связи с ХОБЛ: при поиске работы трудности возникают у 28,8% пациентов, при поступлении на учёбу - у 16,8%, при выполнении работы или прохождении учёбы - у 62,8%. Э, что указывает на.

Профессиональные факторы риска присутствуют у половины пациентов: 51,6% подвергались воздействию вредностей (пыль, химикаты), 48,5% никогда с ними не сталкивались.

Финансовая нагрузка на семейный бюджет пациентов высока и усиливается с тяжестью инвалидности: 39,5% пациентов тратят на лечение 10–30% дохода, 17,5% - 30–50%, 12,5% - более 50%.

Среди пациентов без инвалидности критическую нагрузку отмечают 6,8%, при I группе инвалидности этот показатель достигает 30,6%, т.е. в 4,5 раза выше.

40,8% дополняют помощь по ОМС платными услугами, но 23,5% не могут себе их позволить.

## Профилактика обострений и реабилитационные мероприятия

Профилактические рекомендации сосредоточены на базовых мерах: отказ от курения - 50,8% и обучение использованию ингалятора - 47,3%.

Критически важные элементы реабилитации назначаются эпизодически: индивидуальные программы лёгочной реабилитации - 11,5%, консультация психолога - 16,0%. У 5,8% пациентов врач не давал никаких рекомендаций за год.

Потребности пациентов: 49,5% нуждаются в бесплатном лекарственном обеспечении, 36,7% — в лечебной физкультуре. 23,6% испытывают трудности с оформлением инвалидности. Лишь 15,3% пациентов не нуждаются в социальной поддержке.

## Источники информации и образовательная поддержка пациентов

Обучающие программы для пациентов с ХОБЛ практически отсутствуют: школу пациентов посетили 7,0%, отсутствуют возможности такого обучения - 89,0%.

Главные источники информации: лечащий врач - 78,0% и онлайн-ресурсы (специализированные сайты - 47,0%; соцсети и мессенджеры - 26,0%).

Реже используются неформальные консультации (опыт других пациентов - 24,8%; рекомендации друзей - 22,0%) и средства массовой информации (17,8%).



[www.vspru.ru](http://www.vspru.ru)