

Т.А.Журавлева, Л.М.Клячкин, Г.Г.Орлова

О НЕОБХОДИМОСТИ ОПТИМИЗИРОВАТЬ РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Саратов — Москва

THE NECESSITY OF IMPROVING REHABILITATION OF PATIENTS WITH NON-SPECIFIC LUNG DISEASES

T.A.Zhuravleva, L.M.Kliachkin, G.G.Orlova

S u m m a r y

The respiratory diseases are characterized by mass spreading and great loss of ability to work. The permanent tendency to increase of morbidity and number of disabled people is noted in Saratov region. Thus, the main problem for health care agencies becomes the improving of quality of management for patients with respiratory diseases and the most attention should be paid to health centers and outpatients departments. We observed 360 patients with respiratory diseases during their preventing examination. Screening of these patients in outpatients department permitted to form three streams of patients: 1) having a high risk for the disease; 2) for whom the pathology was first detected; 3) for whom the diagnose was reached before. Differentiated and extremely individualized rehabilitation programmes allow to organize an effective medical and rehabilitative process in outpatients departments which has on the foreground non-medicinal physiotherapeutic methods, physical training and climatic methods combined with medicinal oligotherapy. The treatment should be based on the continual dynamic and objective evaluation of the gained results.

Р е з ю м е

Болезни органов дыхания (БОД) отличаются массовым распространением и большими трудопотерями. По Саратовской области отмечается постоянная тенденция к росту заболеваемости и выхода на инвалидность. Первостепенной задачей органов здравоохранения становится совершенствование качества ведения больных БОД, причем акцент их лечения и реабилитации должен быть перенесен на диспансерно-поликлинический этап. Нами проведены наблюдения в ходе диспансеризации над 360 больными БОД. При их скрининге в поликлинике сформировались три потока пациентов: 1) с установленными диагнозом; 2) с впервые выявленной патологией; 3) с ранее установленным диагнозом. Дифференцированное и максимально индивидуализированное программирование их реабилитации позволяет организовать в поликлинических условиях эффективный лечебно-реабилитационный процесс, в котором на первый план выдвигаются нелекарственные методы: физиотерапия, лечебная физкультура, климатолечение — при медикаментозной олиготерапии. Системообразующим фактором должна быть постоянная динамическая и объективная оценка достигаемого результата.

В сложных условиях, в которых находится наше здравоохранение, решающее значение приобретает управление качеством медицинской помощи и обеспечение эффективности восстановления утраченных функций организма. Среди различных заболеваний в настоящее время все большее медико-социальное значение приобретают болезни органов дыхания. Об этом свидетельствует статистическая информация о восьми основных проблемах сохранения здоровья, по которым общество несет наибольшие потери. Среди них седьмое место занимает проблема пневмонии. Показатели смертности от пневмонии и острых респираторных инфекций за период с 1990 по 1993 год выросли более чем в два раза, причем наибольший их рост имел место с 1992 по 1993 год [6]. Рост смертности среди мужчин значительно превысил таковой у женщин; к 1993 году

смертность от пневмонии и ОРВИ среди мужчин в четыре раза превысила значение такого же показателя для женского населения.

Стандартизованный показатель смертности по пневмониям и гриппу в 1993 году вырос по сравнению с 1992 годом с 9,0 до 15,4; по хроническим обтурационным заболеваниям легких с 33,3 до 39,5 (у мужчин с 65,2 до 78,6; у женщин с 18,8 до 20,8). Эти же показатели в США были гораздо выше в 1992 году по сравнению с РФ: по пневмониям и гриппу превысил в 2,5 раза (у мужчин в 2 раза, у женщин в 4,9 раза). Более высокие стандартизованные показатели смертности в США говорят скорее всего о недостаточности выявляемости и диагностики данной патологии в России. Сравнение стандартизованных показателей смертности по этим годам у городских и сельских жителей свидетельству-

ет о более выраженном росте у городских жителей в 1993 году (по пневмониям в 1,8 раза; по хроническим обструктивным болезням легких в 1,1 раза). Различия у мужчин и женщин отсутствовали.

Взросшее медико-социальное значение болезней органов дыхания в России заставило нас провести медико-социологическое исследование в Саратовской области как региона со сложившейся системой оказания пульмонологической помощи населению.

В области в течение 30 лет внедряется планомерная работа по пульмонологии. В начале 60-х годов по инициативе профессора *Л.С.Шварца* был организован первый пульмонологический кабинет в одной из поликлиник в городе Саратове. В середине 60-х годов на базе 8-й клинической больницы в Саратове профессором *Л.М.Клячкиным* было организовано пульмонологическое отделение, которое быстро переросло в областной пульмонологический центр. Большой вклад в подготовку научных работников пульмонологического профиля оказали сотрудники центра — профессор *М.М.Кириллов*, д.м.н. *В.А.Савинов*, к.м.н. *А.М.Косыгина* и др. С 1986 года в условиях базовых поликлиник кафедры поликлинической терапии осуществляется пульмонологический скрининг и поэтапное лечение пульмонологических больных профессором *Г.Г.Орловой* и доцентом *Т.А.Журавлевой* [7].

Нашему социологическому исследованию предшествовало исследование сотрудника Поволжского филиала «Медсоцэкономинформ» *Э.В.Воскобая* [1], который отметил более благоприятную картину в отношении болезней органов дыхания (БОД) по Саратовской области, чем в других регионах (4-е ранговое место в номерах классов причин смертности, в России — 1-е место). Это побудило нас провести более углубленное половозрастное исследование у городских и сельских жителей.

В данной статье мы приводим результаты сравнительного анализа смертности от БОД по Саратовской области в 1984 и 1994 годах, поскольку именно на эти годы приходится пик смертности, в т.ч. и от БОД [1].

В 1994 году стандартизованные показатели смертности при БОД снизились по сравнению с 1984 годом как у мужчин, так и у женщин, но увеличилась разница в показателях между мужчинами и женщинами с 3,4 до 4,2. Мы также отметили рост в соотношении показателей городских и сельских жителей. В 1994 году был отмечен рост стандартизованного показателя у женщин города и села и мужчин села при вирусной, пневмококковой и других формах пневмонии, бронхиальной астме, бронхоэктатической болезни, застойных и других БОД, абсцессах.

Снижение показателя смертности произошло у городских и сельских жителей при ОРВИ, гриппе, хроническом бронхите. В этот же период времени наряду с ростом показателей смертности (от пневмонии, бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни и т.д.) наблюдался рост болезненности и заболеваемости населения. Определенная специфика роста болезненности и заболеваемости была типичной в определенных возрастных группах. В период с 1994 по 1996 год

наблюдалась постоянная тенденция к росту у детей и подростков по пневмониям, хроническому бронхиту, бронхиальной астме. У взрослого населения в эти годы отмечен рост по другим БОД. Болезненность и заболеваемость городских жителей превышала аналогичные показатели для сельского населения. Причем самые высокие показатели среди подростков и взрослого населения города и села зарегистрированы в 1994 году. Особенно высокие детская болезненность и заболеваемость были отмечены в городе в 1995 году, а в области в 1996 году.

При изучении показателей первичного выхода на инвалидность в период с 1991 по 1995 год нами был отмечен постоянный рост показателей первичного выхода на инвалидность. В 1992 году самыми высокими были показатели у сельских жителей по выходу на I группу инвалидности и городских жителей по выходу на II группу. В 1994 году вырос показатель первичного выхода на I группу среди жителей города и на III среди всего населения. В 1995 году выросли показатели по выходу на II группу среди сельского населения. Самый высокий выход на инвалидность во всех изучаемых нами годах приходился на старшую возрастную группу: женщины 55 лет и старше и мужчины 60 лет и старше.

Вторая важная проблема связана с качеством оказания пульмонологической помощи населению области. Мы провели углубленный анализ амбулаторных карт пульмонологических больных по специально разработанной карте-схеме экспертной оценки. Были проанализированы 204 амбулаторные карты лиц с неспецифическими заболеваниями легких, состоящих на диспансерном учете в одной из поликлиник. В 68% случаев амбулаторные карты велись неудовлетворительно. Одним из основных недостатков ведения пульмонологических больных явилось недостаточно четкое описание анамнеза заболевания больного (89,7%), особенно плохо описывается анамнез больных, страдающих хроническим бронхитом и бронхиальной астмой (78,4%). Второе место по дефектуре занимает описание реабилитационных мероприятий (53%), третье — дополнительные обследования (52%), четвертое — данные осмотра (49,64%), пятое — лечение (43%), шестое — описание жалоб (33%), седьмое — формулировка диагноза (29%).

Очевидно, что совершенствование пульмонологической помощи должно быть связано с повышением качества ведения пульмонологических больных.

И, наконец, третья проблема состоит в разработке новых концептуальных подходов к развитию пульмонологической помощи с учетом региональных особенностей эпидемиологии БОД. Во-первых, совершенствование пульмонологической помощи населению должно проводиться с учетом не только традиционной, но и потенциальной демографии. Во-вторых, акцент лечения и реабилитации пульмонологических больных должен быть перенесен со стационарного на диспансерно-поликлинический этап. Успешное развитие пульмонологической помощи связано с совершенствованием диспансеризации, в том числе с проведением в условиях поликлиники скринингового отбора пациентов, угро-

жаемых по хроническим неспецифическим заболеваниям легких (ХНЗЛ) с последующей верификацией диагноза [3]. Проведение узкоспецифического пульмонологического скрининга представляется недостаточным, необходимо использовать скрининг многофакторной оценки здоровья в связи с полиморбидностью патологии.

В результате скрининга формируется три потока пациентов, нуждающихся в разных объемах клинико-лабораторного и инструментального исследований, в разных затратах времени и финансовых средств:

I — с высокой степенью риска ХНЗЛ;

II — больные с впервые выявленной патологией;

III — хронические легочные больные с ранее установленным и верифицированным диагнозом.

Выделение указанных потоков, согласно нашему опыту, позволяет повысить эффективность восстановительного лечения. Чрезвычайно важно максимально индивидуализировать реабилитационные программы, различные для трех потоков пациентов, а также провести формирование среди потоков однородных групп (по возрасту, по отношению к курению, по функциональному состоянию системы внешнего дыхания и других систем). Это позволяет в условиях поликлиники при относительно малых финансовых затратах осуществлять обучение пациентов методам самопомощи и "самолечения" под контролем и по указаниям врача-пульмонолога.

Эффективность реабилитационных мероприятий возможна без продолжительного клиникофункционального мониторинга за больными (принцип диспансеризации).

Восстановительное лечение у большинства пульмонологических больных включает продолжительную медикаментозную терапию. У пожилых больных и пациентов с аллергическим анамнезом должен соблюдаться принцип олиготерапии. Физиотерапевтические и кинезитерапевтические методы реабилитации остаются наиболее важными [4,5]. Вполне оправдал себя и заслуживает распространения опыт респираторной реабилитации больных с дыхательной недостаточностью в условиях поликлиники [2]. В связи с нарушениями гомеостаза и микроциркуляции у больных НЗЛ с выраженными иммунными сдвигами нами широко используются антиагреганты, иммуномодуляторы, нестероидные противовоспалительные гормоны, антиоксиданты.

Считаем необходимым привлечь внимание к возрастным аспектам пульмонологии. Установленный нами факт роста смертности и других неблагоприятных демографических показателей в старших возрастных группах заставил нас проводить специальную подготовку врачей поликлиник по вопросам гериатрической пульмонологии. Актуально создание пульмонологических кабинетов в гериатрических центрах.

Повышение эффективности реабилитации связано с новыми организационными формами пульмонологической службы. В нашей практике широко используются стационары на дому, дневные стационары поликлиник. Обязательно проведение оценки качества пульмонологической помощи и оценки эффективности реабилитационных мероприятий как основного системообразующего фактора.

Перспективы развития пульмонологической помощи в сложных социально-экономических условиях в нашей стране теснейшим образом связаны с совершенствованием медико-социальной помощи и требуют повышения эффективности реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники, особенно в группах людей с повышенным риском ХНЗЛ и с активной впервые выявленной патологией легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воскобой Э.В.* Медико-демографический анализ различий в смертности городского и сельского населения Саратовской области и факторов, ее определяющих: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 21 с.
2. *Жилин Ю.Н., Колесников В.И., Лихачева Р.Я. и др.* Амбулаторная респираторная терапия больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких с дыхательной недостаточностью // Пульмонология. — 1992. — № 3. — С.29—35.
3. *Клячкин Л.М., Зорина С.А., Ивановский Г.И.* Диспансеризация больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких в производстве технического стекла: Метод. рекомендации. — Саратов, 1984.
4. *Клячкин Л.М.* Реабилитация в пульмонологии // Пульмонология. — 1994. — № 1. — С.6—9.
5. *Физические методы лечения в пульмонологии / Клячкин Л.М. и др.* — СПб., — 1997. — 315 с.
6. *Комаров Ю.М.* Статистика здоровья и здравоохранения. — 1995. — № 9. — 43 с.
7. *Орлова Г.Г. и др.* Новые подходы к решению вопросов поликлинической реабилитации больных с наиболее распространенными терапевтическими заболеваниями // Тер. арх. — 1991. — № 1. — С.99—101.