

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 616.2 (476)

В.В.Борщевский, О.М.Калечиц

СОСТОЯНИЕ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ БЕЛАРУСИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

НИИ пульмонологии и фтизиатрии МЗ РБ, Минск

Проблема борьбы с хроническими неспецифическими болезнями органов дыхания (ХНБОД) во всем мире привлекает пристальное внимание ученых и практиков, специалистов различных направлений здравоохранения [2,8,12,13,18]. Свидетельством этого является ежегодное проведение крупнейших международных форумов и национальных конгрессов по болезням органов дыхания, на которых обсуждаются вопросы профилактики, диагностики и лечения этой патологии [7,9,12,14—17].

В Республике Беларусь за последние годы Министерством здравоохранения, НИИ пульмонологии фтизиатрии, органами здравоохранения на местах проведена значительная работа по совершенствованию пульмонологической помощи населению. Наряду с созданием самостоятельной пульмонологической службы, нами используется интеграционная модель, то есть оказание медицинской помощи определенным контингентам больных ХНБОД, их диспансеризация осуществляется на базе хорошо развитой в республике фтизиатрической службы [4]. Как видно из рис.1, на базе НИИ пульмонологии и фтизиатрии функционирует Республиканский пульмонологический центр, в котором ежегодно выполняется более 3,5 тыс. консультативных приемов. Центр работает по типу консилиума с использованием бронхологических, цитологических, морфологических, рентгенофункциональных и других методов, при необходимости обеспечивается консультация торакальных хирургов.

Соответствующим приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь с 1986 г. в каждой области введены должности главных внештатных специалистов по пульмонологии. Функционируют областные пульмонологические центры, в том числе в трех областях на базе областных противотуберкулезных диспансеров. Всего развернуто 2330 пульмонологических коек. Укомплектовано 180 должностей врачей-пульмологов.

В областях и Минске работают онкопульмонологические комиссии. Анализ их работы показал, что врачи общей лечебной сети недостаточно используют возможности полного обследования больных в кли-

никах, противотуберкулезных диспансерах, а также квалифицированный персонал специалистов комиссии, в результате чего допускают диагностические ошибки и несвоевременное направление больных в специализированные учреждения. Так, материалы работы Минской городской онкопульмонологической комиссии показывают, что в 38,9% случаев предполагаемый клинический диагноз направившего лечебного учреждения был изменен [1].

С 1990 г. начал функционировать спелеокомплекс в г.Солигорске, размещенный на месте бывших соляных выработок в галитовом и сильвинитовом пластах соли. Уникальное сочетание постоянства барометрического давления, высокой ионизации воздуха, оптимальной температуры среды, низкой влажности и уровня шума, отсутствие бактериальной флоры и аллергенов создало хорошие условия для лечения больных бронхиальной астмой. За 5 лет в спелеолечебнице получили лечение 4397 больных.

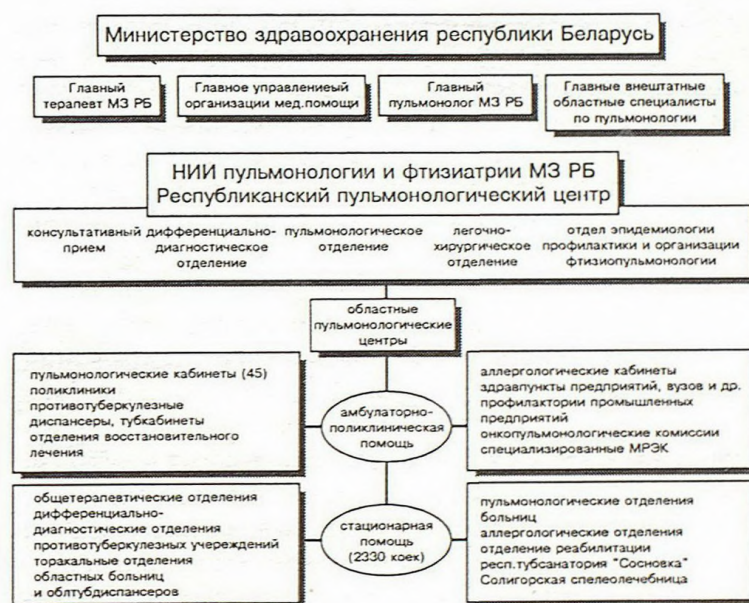


Рис.1. Структура пульмонологической службы в Республике Беларусь.

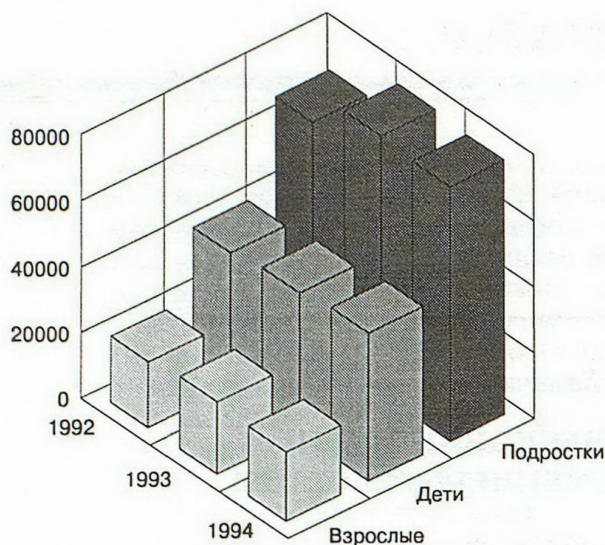


Рис.2. Распространенность болезней органов дыхания в Республике Беларусь за 1992—1994 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

Известно, насколько высокую диагностическую и лечебную значимость представляют бронхологические методы. Комплексное бронхологическое исследование дает возможность правильно определить диагноз в 75—95% случаев с гистологической и цитологической верификацией. При лечебной бронхоскопии эффективно эндобронхиальное применение лазерной фототерапии [7,9]. В связи с этим в республике предпринят ряд мер по широкому внедрению бронхологических методов в практику работы лечебно-профилактических учреждений. Как следствие этого, наметился положительный рост количества бронхоскопий в республике: по данным эндоскопических отделений в 1987 г. их было проведено 11,5 тыс., в 1994 г. — 18,3 тыс.

Болезни органов дыхания имеют значительный удельный вес в структуре терапевтических заболеваний (50,9%) и представляют собой весьма распространенную среди населения республики патологию (рис.2). В 1994 г. обратилось в амбулаторно-поликлинические учреждения свыше 2 млн человек, или 38 480 в пересчете на 100 тыс. населения. Основная масса этих больных — лица с острыми респираторными заболеваниями (85%). Отмечается рост заболеваний у детей и подростков, что не может не вызывать тревогу; у взрослых этот показатель в течение последних трех лет остается стабильным.

Эффективность борьбы с неспецифическими болезнями органов дыхания во многом определяется организацией своевременной диагностики заболеваний, включая массовые профилактические осмотры населения. Важность скрининговых исследований функции дыхательной системы признана многочисленными авторами и подтверждается нашими работами [5,15]. Так, при обследовании рабочих завода железобетонных изделий в 63% случаев выявлены нарушения функции дыхания, в основном обструктивного характера.

При массовых обследованиях различных континентов населения, в том числе жителей сельской местности, показатели распространенности ХНБОД

оказались в 5—8 раз выше аналогичных данных, полученных по обращаемости жителей за медицинской помощью [11]. В связи с этим стоит задача оснащения лечебно-профилактических учреждений аппаратурой для функционального исследования легких.

Нами совместно с фирмой "Экомед" (Минск) разработан многофункциональный автоматизированный спирометр, не уступающий по характеристикам лучшим зарубежным аналогам. Наличие универсального процессорного устройства, многоклавишной клавиатуры, дисплея с хорошей разрешающей способностью, печатающего устройства позволяет использовать спирометр в качестве персонального компьютера в практической работе врача, а также для проведения точных расчетов, статистической обработки результатов исследований и т.д.

В 1994 г. в амбулаторные лечебно-профилактические учреждения республики обратилось 170 940 больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), что составило 2148 на 100 тыс. взрослых и подростков. За последние 3 года отмечен рост этого показателя на 5,3%. По распространенности обструктивной патологии первое ранговое место занимает Витебская область (2770).

Все большее внимание медицинской общественности привлекает бронхиальная астма. Статистические данные показывают, что в мире наблюдается рост заболеваемости и смертности, связанные с астмой, несмотря на успехи в понимании генеза этого заболевания и увеличивающееся производство противоастматических препаратов.

За последние 10 лет показатель распространенности бронхиальной астмы в республике увеличился в 2,7 раза: с 1,5 до 3,8 на 1000 взрослых и подростков. Рост астмы отмечен в одинаковой степени у детей, подростков и взрослых (рис.3). Темпы ежегодного прироста за последние 3 года в среднем составляют 5,3%. Наибольший рост этой патологии имеет место в Гомельской и Витебской областях.

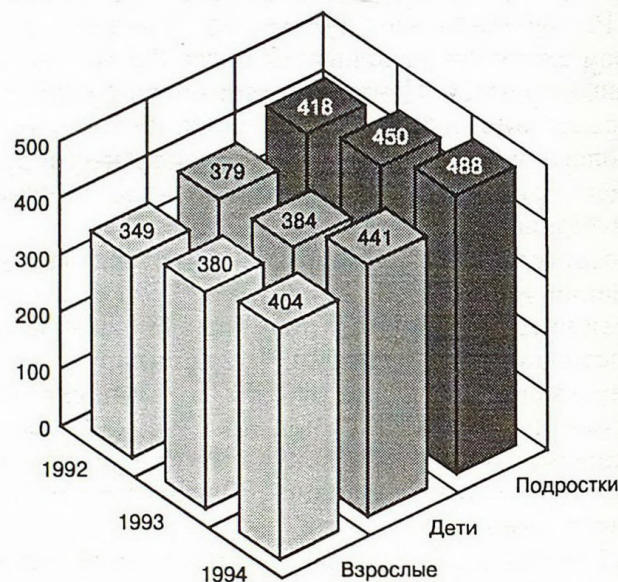


Рис.3. Распространенность бронхиальной астмы в Республике Беларусь в 1992—1994 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

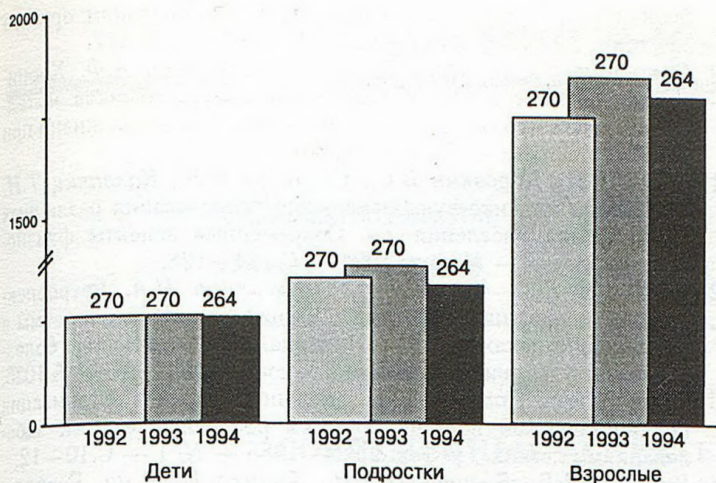


Рис.4. Распространенность хронического бронхита в Республике Беларусь за 1992—1994 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

В структуре ХНБОД 80% занимает хронический бронхит. Показатель распространенности хронического бронхита (рис.4) имеет тенденцию к некоторому снижению, что, на наш взгляд, объясняется улучшением диагностики заболевания, завершением работы по учету основной части больных с этой патологией. Более высокий уровень заболеваемости хроническим бронхитом отмечается в Витебской и Минской областях (отклонение от среднереспубликанского показателя на 37 и 20% соответственно), что, по-видимому, отражает воздействие многофакторного влияния, включающего неблагоприятную экологическую ситуацию, особенности возрастного состава населения в этих регионах (высокий удельный вес лиц пожилого возраста), а также климатогеографические особенности северных территорий республики.

Первичная инвалидность вследствие ХНБОД остается высокой. В 1994 г. она установлена у 3005 человек (1993 г. — 3313), в том числе у 1467 (44,3%) в трудоспособном возрасте. Основными инвалидизирующими заболеваниями в группе БОД были хронический бронхит и бронхиальная астма. Их удельный вес в общей структуре первичной инвалидности составлял соответственно 47,7 и 43,8%. Пик инвалидности у мужчин приходится на 55—59 лет, у женщин — на 45—49 и 50—54 года.

В 1994 г. умерли от болезней органов дыхания 6756 человек, показатель смертности в последние годы несколько снизился и составил 65,2 на 100 тыс. населения (рис.5). Показатель смертности сельского населения (132,1) почти в 4 раза превышает аналогичный показатель у городских жителей (34,4). Смертность от БОД мужского населения в 2 раза выше, чем женского.

При общем снижении показателя смертности от БОД остается высокой смертность вследствие хронического бронхита, эмфиземы (42,6 на 100 тыс. населения), намечается тенденция к росту смертности от бронхиальной астмы (5,8), на что указывают и другие авторы [6,10]. Результатом уменьшения гипердиагностики БОД, как причины летальных исходов,

принятием организационных мер объясняется значительное снижение показателя смертности от застойных и гипостатических болезней легких: с 22,5 в 1989 г. до 7,6 на 100 тыс. населения в 1994 г. В структуре умерших от ХОЗЛ лица старше 60 лет составили 86,1%, в возрасте 40—50 лет — 12,7%.

В развитии ХНБОД существенная роль отводится факторам риска, отрицательно воздействующим на организм и способствующим возникновению болезни или обострению процесса. Материалы наших исследований показывают, что 20% больных ХНБОД имеют в легких остаточные посттуберкулезные изменения и подлежат наблюдению по VII группе диспансерного учета.

В связи с этим, во-первых, стоит задача устранения или максимального снижения воздействия этих факторов на организм человека, с другой — проведение в группах риска различных профилактических мероприятий. Одновременно возникает необходимость в строгом медицинском отборе при приеме на работу на предприятия с вредными условиями производства и трудоустройстве работающих в этих условиях и страдающих ХНБОД. В этом отношении весьма полезен опыт функционирования на Минском автомобильном заводе автоматизированной системы “Профилактика”, применяемой при скрининговых ежегодных и периодических осмотрах с целью своевременного выявления у работающих патологии органов дыхания и диспансеризации больных ХНБОД, а также лиц из групп повышенного риска этих болезней [3].

Следующей задачей в успешном решении борьбы с НЗЛ является усиление реабилитационного звена пульмонологической службы. Сегодня трудно говорить о повышении эффективности лечения больных, снижении инвалидности, не располагая санаториями пульмонологического профиля или специализированным восстановительным центром для пульмонологических больных.

Приведенные материалы о распространенности ХНБОД показывают, что эта патология занимает существенное место в оценке состояния здоровья населения республики и по-прежнему остается актуальной проблемой здравоохранения.

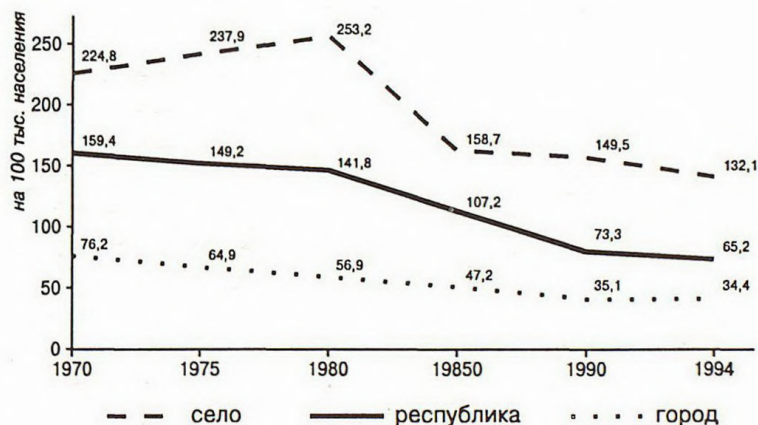


Рис.5. Динамика смертности от болезней органов дыхания по Беларуси в 1970—1994 гг. (на 100 тыс. населения.)

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамовская А.К., Зайцев В.Ф., Круглова Н.Е. и др.* Опыт работы городской онкопульмонологической дифференциально-диагностической комиссии // Современные проблемы пульмонологии.— Минск, 1995.— С.13—15.
2. *Буторов И.В., Бочкарев М.В., Цуркан В.Г.* Организация медицинской помощи при хронических неспецифических заболеваниях легких труженикам села // Сов. здравоохран.— 1984.— № 5.— С.40—42.
3. *Волчанина Е.И.* Возможности нозологической и донозологической диагностики при профилактических осмотрах рабочих промышленных предприятий с применением автоматизированной системы: Автореф. дис... канд. мед. наук.— Минск, 1994.
4. *Гриб И.И., Березко А.П., Васютенок И.И., Пранович А.Г.* Участие противотуберкулезной службы в оказании пульмонологической помощи взрослому населению Могилевской области // Современные проблемы пульмонологии.— Минск, 1995.— С.25—29.
5. *Калечиц О.М., Остапенко В.А., Толстая Е.В. и др.* Материалы функционального исследования легких у работников завода железобетонных изделий // Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии.— Минск, 1990.— С.7—15.
6. *Карташова Н.В., Малышева И.Е., Шкляревич Н.А.* Динамика смертности от бронхиальной астмы за 20 лет в Санкт-Петербурге // Улучшение качества жизни при астме и аллергии.— СПб., 1995.— С.8.
7. *Лавор З.В., Борткевич Л.Г., Шпаковская Н.С.* Квантовая терапия бронхолегочных заболеваний // Современные проблемы пульмонологии.— Минск, 1995.— С. 203—211.
8. *Путов Н.В.* О некоторых важных вопросах современной пульмонологии // Основные пути совершенствования специализированной пульмонологической помощи населению.— Л., 1990.— С.5—17.
9. *Символоков С.И., Прозорова Г.Г., Лесных Н.В.* Использование эндобронхиальной лазертерапии при лечении хронических бронхитов // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 417.
10. *Симонойтес С.В., Прозорова Г.Г., Аношкина А.Ф.* Хронический бронхит и бронхиальная астма у работников металлургического производства // Улучшение качества жизни при астме и аллергии.— СПб., 1995.— С.23.
11. *Скиба В.П., Коровкин В.С., Савицкий С.Э., Каленчиц Т.И.* Результаты клинко-функционального обследования различных контингентов населения // Современные аспекты фтизиопульмонологии.— Минск, 1994.— С.124—128.
12. *Солдатов Д.Г., Чучалин А.Г., Кусакина И.А.* Ретроспективный анализ эпидемических вспышек бронхиальной астмы в различных странах мира // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 1035.
13. *Чучалин А.Г., Копылов И.Д.* Диспансеризация и организация поликлинической помощи больным неспецифическими заболеваниями легких // Тер. арх.— 1985.— № 1.— С.10—12.
14. *Чучалин А.Г., Биличенко Т.Н., Анапко И. и др.* Распространенность хронических болезней органов дыхания среди мужчин и женщин населенного пункта, в прошлом подвергшихся радиационному воздействию // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме.— М., 1995.— № 1055.
15. *Dobek R., Maloteleszy J., Medralla W.* Does bronchoalveolar fluid evaluation reflect clinical status of patients // Eur. Respir. J.— 1995.— Vol.8, Suppl.19.— P.573.
16. *Majori M., Gabrielli M., Cuomo A.* Cellular inflammation in chronic obstructive bronchitis // Ibid.— P.227.
17. *Papageorgion N., Gada M., Avarlis P.* Response rates influence the estimation of prevalence rates of asthma and asthma — like symptoms // Ibid.— P.53.
18. *Woolcock A.J.* The problem of asthma worldwide // Ibid.— 1991.— Vol.1, № 4.— P.243—246.

Поступила 15.02.96.