

## ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Абжалбекова Н.Т., Василевский М.Г.

КГМА им. И.К.Ахунбаева, НПО «Профилактическая медицина», г. Бишкек, Кыргызстан

**Резюме.** Учреждения ГСВ активизировали свою деятельность в плане социальной защиты больных с внебольничной пневмонией. Увеличилось число лиц, находящихся под постоянным медицинским наблюдением (пневмония, бронхиальная астма, ОРВЗ), повысилась доступность к стационарным услугам детского и пожилого населения, но остается высокой доля больных с неотложными состояниями и обслуживания их бригадами скорой медицинской помощи.

**Ключевые слова:** болезни органов дыхания, пневмония, медицинские услуги, неотложные состояния, госпитализация, летальность.

## КЫРГЫЗСТАНДА ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНЫН ООРУЛАРЫНАН ООРУУЛУЛУК ЖАНА ӨЛҮМДҮҮЛҮК ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Абжалбекова Н.Т., Василевский М.Г.

КММА, НПО «Профилактическая медицина», Бишкек ш., Кыргызстан

**Корутунду.** Үй-бүлөөлүк дарыгерлер тобу клиникадан тышкары пневмония менен ооруган оорулуларды социалдык коргоо планы боюнча иш аракеттерин активдештирди. Натыйжада дайыма медициналык байкоодо турган (пневмония, бронхиалдык астма, КРВО) адамдардын саны көбөйдү, калктын улгайган адамдарына жана балдарга стационардык кызмат көрсөтүүсү жогорулады, бирок оорулулардын көпчүлүк бөлүгү шашылыш абалга жана бригадалык медициналык тез жардамдын кызматына муктаж болуп калууда.

**Негизги сөздөр:** дем алуу органдарынын оорусу, пневмония, медициналык кызмат, шашылыш абал, өлүм.

## MORBIDITY AND MORTALITY FROM RESPIRATORY DISEASES IN KYRGYZSTAN

Abjalbekova N.T., Vasilevsky M.G.

Kyrgyz State Medical Academy, Scientific and Production Centre for Preventive Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

**Resume.** There has been an increase in the activities of Family Physician Groups with regard to social protection of patients with community-acquired pneumonia. This has led to an increase in the number of patients under constant medical observation (bronchial asthma, pneumonia, acute respiratory viral diseases), in the accessibility of in-patient hospital treatment for children and the elderly. However, the rate of patients with urgent states and delivery of emergency services to them remains high.

**Key words:** diseases of the respiratory system, pneumonia, medical services, urgent states, hospitalization, case fatality

В последние годы в мире произошли выраженные социально-экономические преобразования и совершенствование систем здравоохранения, призванных своими средствами устранять побочные неблагоприятные последствия этих преобразований. В результате такого противостояния изменилась структура общей заболеваемости. На первый план вышли хронические неинфекционные заболевания, противостоять которым системы здравоохранения мира бессильны. В Кыргызстане на первое место вышли болезни органов дыхания [1].

Данная группа заболеваний очень часто приводит к потере трудоспособности, инвалидности и увеличению расходов на лечение, как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны самого пациента, а главной проблемой является высокая смертность и внутрибольничная летальность [2]. Эти обстоятельства побудили нас рассмотреть эффективность мероприятий, проводимых группой семейных врачей (ГСВ) в отношении больных с болезнями органов дыхания (БОД).

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования данного вопроса послужили данные официальной статистики за 2006-2007 гг. [5]. Учтены такие критерии, как регулярность наблюдения, уровень неотложных состояний, частота госпитализаций, уровень смертности и внутрибольничной летальности, адекватность проведенного лечения с использованием наиболее дешевых лекарственных средств.

**Результаты и их обсуждение.** Ежегодно в республике регистрируется более 2443 тысяч заболеваний, или 46924,4 на 100 000 населения. За последние два года показатель общей заболеваемости, как взрослых, так и

детей имеет тенденцию к росту (соответственно - +4,4% и +7,1%).

В структуре заболеваемости взрослых и подростков ведущее место занимают болезни органов дыхания (БОД) -23,0 – 24,2%. В общей структуре заболеваемости детей первое место также занимают БОД, но удельный вес в 2 раза выше (46,0%). В группе детского населения БОД встречаются почти в 2 раза чаще (148,8‰ – дети и 79,4‰ взрослые). Более высокий уровень БОД в группе детей прослеживается по всем представленным нозологиям, исключение составляют бронхиальная астма и ХОЗЛ (табл.1).

Таблица 1

Структура БОД по возрастным группам в абс. и отн. величинах. Кыргызстан, 2007

Класс и нозология заболевания	Всего	в т.ч. по возрастным группам			
		Взрослые и подростки		Дети от 0 до 14 лет	
		Абс. число	На 1000 населения	Абс. число	На 1000 населения
Болезни органов дыхания	523494	287774	79,4	235720	148,8
из них: ОРЗВДП	302554	145214	40,1	157340	99,3
пневмония	19325	7184	2,0	12141	7,66
бронхиальная астма	8682	8196	2,3	486	0,31
ОРЗНДП	42778,2	41629	11,5	1149,2	26,6
ХОЗЛ		10379	2,9	129	0,08

**Примечание:** ОРЗВДП - острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей; ОРЗНДП – острые респираторные заболевания нижних дыхательных путей; ХОЗЛ - хронические обструктивные заболевания легких.

По регионам республики БОД распространены неравномерно. Наиболее высокие коэффициенты распространения выпадают на город Бишкек и Баткенскую область. В этих регионах самые высокие показатели

абсолютного и относительного риска (табл. 2). Каждый третий пациент обращается по поводу БОД, и доля этиологического фактора составляет 27%.

Таблица 2

Показатели распространения БОД среди взрослого населения. Кыргызстан, 2007 г

Регион Кыргызстана	Сумма больных всех классов	из них болезни органов дыхания				отношение больных к здоровым (ас/вд)
		Абс. число	абс. риск (AR)	отн. риск (RR)	Этиологическая доля (AR/RR)	
Республика	887210	24492	0,24	1,00	0,00	0,32
Город Бишкек	210282	32963	0,33	1,37	0,27	0,35
Город Ош	29166	16127	0,16	0,67	-0,49	0,32
Ошская обл.	114882	16462	0,16	0,69	-0,46	0,30
Баткенская обл.	91462	32557	0,33	1,36	0,26	0,33
Джалалабадская	145750	22800	0,23	0,95	-0,05	0,32
Иссыккульская	50380	16833	0,17	0,70	-0,43	0,31
Нарынская обл.	37452	21447	0,21	0,89	-0,12	0,32
Таласская обл.	21153	14937	0,15	0,62	-0,61	0,32
Чуйская обл.	133888	23488	0,23	0,98	-0,02	0,32

В Кыргызстане ежегодно регистрируется в среднем 19,3 тыс. случаев внебольничной пневмонии, или 371,1 на 100 тыс. населения в год. Из числа заболевших ВП 37,2% приходится на взрослых и подростков, и 62,8%

на детей. При этом частота развития ВП имеет более чем 2-х кратные различия. Наиболее высокий уровень внебольничных пневмоний отмечен в Баткенской области (326,4 на 100 000 взрослого населения) (табл.3).

Показатели заболеваемости внебольничной пневмонией у взрослого населения

	БОД	В том числе, пневмония		
	Абс. число	Абс. число	Удельный вес к БОД	Заболеваемость пневмонией впервые на 100 тыс. населения
Республика	211335	5898	2,8	162,8
Г.Бишкек	47155	1388	2,9	217,6
Г. Ош	5453	138	2,5	76,3
Ошская обл.	20655	850	4,1	121,8
Баткенская обл.	16310	916	5,6	326,1
Джалалбадская обл.	26044	741	2,8	115,9
Иссыккульская обл.	13913	475	3,4	158,7
Нарынская обл.	9159	179	2,0	102,5
Таласская обл.	5462	122	2,2	86,1
Чуйская обл.	48651	807	1,7	141,6

Медицинские услуги больным ВП в Кыргызстане оказывают 80 ЦСМ, 10-ЦОВП, в составе которых находится 678 ГСВ и 934 ФАПа. Из общего числа больных ОРВИ не наблюдались семейными врачами 8,5% (32,8 тыс. пациентов), больных пневмонией - 5,2% (1002 пациента), бронхиальной астмой - 2,5% (221 пациент).

Число случаев поликлинического обслуживания на 100 больных бронхиальной астмой увеличилось с 230,0 (2005г.) до 255,7 (2007г.), тогда как число больных ОРВИ и пневмонией остались на прежнем уровне (121,4 - ОРВИ и 150,2 - пневмония).

В случае поликлинического обслуживания с неотложными состояниями на 100 больных, в группе больных бронхиальной астмой наметилась тенденция снижения (с 31,7 - 2005г. до 28,0 - 2007г.). В группе больных ОРВИ и пневмонией данный показатель остался прежним, но процент обслуживания больных с неотложными состояниями при пневмониях остается высоким - 12,6%. Данный показатель по регионам имеет 6-ти кратные различия. Наиболее низкий в г. Бишкеке (2,8%), и наиболее высокий в Ошской (18,7), в Иссыккульской (17,9) и Нарынской (17,1) областях.

Число больных бронхиальной астмой, направленных на стационарное лечение увеличилось с 22,3% (2005 г.) до 28,0% (2007г.). Больные ОРВИ на стационарное лечение направляются относительно редко - в пределах 3,5-3,7%, тогда как из числа больных пневмонией каждый четвертый (25,1-26,9%), что составляет 4,9-5,2 тыс. В действительности, стационарное лечение по поводу ВП проходят 19,7 тыс. человек, что составляет 95,8% к числу больных пневмонией. Следовательно, только 4,2% прошли амбулаторное лечение, тогда как частота госпитализаций, по литературным данным при ВП в Европе составляет 22-42% [2]. Из числа нуждающихся в госпитализации 6,3 тыс. больных (32,1%) поступают в стационары в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Число госпитализаций на 100 больных колеблется от 64,4 (Баткенская область) до 219,9 (город Ош).

В группе взрослых госпитализируют чаще женщин, тогда как в группе детского населения чаще мальчиков.

Средняя длительность стационарного лечения ВП у взрослых 10,7 дня, детей - 9,3 дня. Женщины справляются с недугом быстрее, чем мужчины. Из общего числа госпитализированных больных в среднем 16% проходят лечение в учреждениях республиканского подчинения, причиной этому является госпитализация по самообращению.

Летальность среди госпитализированных с ВП составила 2,1%, в том числе среди взрослых - 1,1% и детей - 2,3%, тогда как в Европе летальность среди госпитализированных с ВП колеблется от 2 до 30% [3]. Продолжительность госпитализации до момента смерти в среднем составляла 1,9 суток (от 35 мин. до 6 суток).

В числе умерших преобладали пациенты, госпитализированные в тяжелом состоянии и лица пожилого возраста с наличием серьезных сопутствующих заболеваний. В числе умерших - 62,9% составили пенсионеры и инвалиды, 27,7% - не работающие и 9,26% - бомжи, т.е. большая часть умерших относится к социально малозащищенным. Причиной неблагоприятного исхода послужили инфекционно-токсический шок в 27,9%, острая дыхательная недостаточность - 31,1%, острая сердечно-сосудистая недостаточность - 28,7, прочие причины - 12,3%.

Скорую медицинскую помощь населению республики оказывают 4 самостоятельные станции скорой медицинской помощи и 86 отделений при ЦСМ, в которых развернуто 167 врачебных общепрофильных и 424 фельдшерских бригад. Продолжает оставаться высоким процент обслуживания бригадами скорой медицинской помощи больных бронхиальной астмой (45,6-53,4%), ОРВИ - (8,8-9,5%), ВП - (5,4-6,4%).

Важнейшим аспектом лечения ВП является своевременно начатая адекватная антибактериальная терапия. Антибиотики в 57,6% случаев назначались в инъекционных формах. Необоснованный выбор препаратов, назначение дорогостоящих, но малоэффективных лекарственных средств отмечены в 37,2%. Из этих данных следует, что существуют серьезные проблемы в лечении ВП и, как следствие, значительная частота

клинических неудач амбулаторного и стационарного лечения.

**Заключение.** Таким образом, первичная медицинская служба продвинулась вперед за счет более высокой организации лечебных услуг. В частности, в ГСВ увеличилось число лиц, находящихся под постоянным медицинским наблюдением (пневмония, бронхиальная астма, ОРВИ). Увеличилось число визитов больными к врачу, уменьшилось число случаев поликлинического обслуживания с неотложными состояниями, повысился уровень госпитализации БОД за счет улучшения доступности к стационарным услугам детского и пожилого населения. Однако, остается высокой доля больных с неотложными состояниями (особенно ВП) и умерших на дому. Из этого следует, что институт семейной медицины активизировал свою деятельность в плане улучшения услуг лечебно-диагностического характера, а сложившиеся в медицине противоречия продолжают прогрессировать, в частности, активность медицины повышается, а заболеваемость и смертность растут. Причиной этому является то, что институты семейной медицины еще недостаточно уделяют внимания социальной охране больных с ВП. Основной причиной неблагоприятных исходов является неудовлетворительные материально-бытовые условия и бедность. Не вызывает сомнений, что бедность и слабое здоровье насе-

ления имеют тесную связь [4]. Считается, что отчасти этот эффект связан с затрудненным доступом к услугам здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь, однако в наших наблюдениях она обусловлена низким уровнем мероприятий по социальной охране пациентов с ВП. По нашему мнению, система первичной медико-санитарной помощи должна быть упреждающей, а не просто доступной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский М.Г., Абжалбекова Н.Т. Эпидемиологические аспекты пневмонии в Кыргызстане // Актуальные проблемы парентеральных инфекций. Материалы Международной научно-практич. конференц. Бишкек, 2005. – С.217-222.
2. Иванчик Н.В., С.Н.Козлов., Рачина С.А., Кречикова О.И. Этиология фатальной внебольничной пневмонии у взрослых // Пульмонология. - 2008. - № 6. = С 53-58.
3. Fine M J., Auble T.E. Yealy et all. A Prediction rule to identify low risk patients with community-acquired pneumonia. N.Engl. J. Med. 1997; 336: 243-250.
4. World Health Organization (1995) The World Health Report 1995 = Bridging the Gap Geneva/ World Health Organization).