

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

М. Г. Мавлютова, В. В. Климанов, О. Ф. Гамиров

*Кафедра детской хирургии (зав.— проф. М. Г. Мавлютова)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

На протяжении последних десятилетий во всем мире наблюдается повышение инвалидности и смертности, связанное с ростом числа хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ). В развитии упомянутых заболеваний, в частности бронхоэктазов [2, 3], отмечается преобладание дизонтогенетических причин. Однако некоторые авторы подчеркивают, что прогрессирование хронических неспецифических заболеваний легких находится в зависимости от организации специализированных разделов пульмонологической помощи детям [4].

Мы проанализировали состав диспансерных групп детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в различные периоды — до создания в БАССР бронхологической службы и организации хирургической помощи детям с бронхоэктазами и после этих мероприятий. До 1973 г. бронхологическая диагностика хронической патологии легких у детей в республике практически отсутствовала, хирургическую помощь оказывали на 5 детских койках в составе торакального отделения для взрослых.

Начатое в 1973—1974 гг. систематическое бронхологическое обследование детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, состоящих на диспансерном учете у педиатров, подтвердило наличие хирургических форм, в том числе и деформирующего бронхита [1], у 42,1% больных, что составило 2,0 на 1000 детского населения. Среди этой группы у 43,3% детей был выявлен деформирующий бронхит, у 54,1% — бронхоэктазы (у 57,9 — цилиндрические формы, у 43,1% — мешотчатые), и у 2,5% больных заподозрены пороки развития легких со вторичной деформацией бронхов. Обращала на себя внимание высокая частота двусторонних поражений (30,8%), в том числе деформирующего бронхита (9,5%), цилиндрических (10,9%) и мешотчатых (10,4%) бронхоэктазов. Среди больных, у которых были обнаружены хирургические формы хронических неспецифических заболеваний легких, у 8,2% детей отмечена гиподиагностика тяжести патологических изменений бронхолегочной системы, то есть больные дети с мешотчатыми бронхоэктазами, признаками дыхательной недостаточности находились под наблюдением в детских поликлиниках и других лечебных учреждениях с диагнозом «хроническая пневмония 1а, б». Среди

диспансерных больных преобладала группа детей в возрасте от 11 до 14 лет (74,6%).

Возросшее число выявляемых при бронхографии детей с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких потребовало организации детской торакальной службы. Помимо явно недостаточного количества выделенных торакальных коек, имела место разобщенность в работе педиатров-пульмонологов, бронхологов и хирургов. Несвоевременная санация, низкий процент бронхологического обследования больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в пульмонологических отделениях, неполноценная реабилитация больных детей после оперативного лечения привели к высокой распространенности данных заболеваний среди детей БАССР (5,0—6,5 на 1000 детского населения), выявлению тяжелых форм заболевания с поражением более 14 сегментов легких, послеоперационному прогрессированию процесса, а в некоторых случаях и к инвалидизации больных.

При организации хирургической помощи мы преследовали цель создания оптимальных условий для лечения больных детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. В отделение гнойной хирургии госпитализация данных больных была невозможна из-за их суперинфицирования госпитальной инфекцией, а в «чистые» детские хирургические отделения — из-за выраженности гнойных эндобронхитов. В этой связи, а также для обеспечения совместного обследования и ведения больных детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких врачами пульмонологами, бронхологами и торакальным хирургом лучшим вариантом мы сочли организацию в 1982 г. смежного (педиатрического и хирургического) отделения на базе имевшегося пульмонологического отделения для детей старшего возраста Республиканской детской клинической больницы. Перед созданным смежным отделением были поставлены следующие задачи: 1) определение истинных показателей распространенности хронических неспецифических заболеваний легких среди детей БАССР; 2) разработка общедоступных эффективных методов раннего выявления больных, эффективных методов терапевтической и хирургической санации и их внедрение в практическое здравоохранение, включая первые звенья на селе; 3) проведение организа-

Контингент больных детей с основными группами заболеваний в смежном бронхопульмонологическом отделении (в % к числу выбывших больных)

Виды нозологических форм	Годы						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Хроническая пневмония,	17,3	13,8	14,5	20,5	20,8	27,0	35,9
в том числе							
без бронхологического под-							
тверждения	42,0	44,0	27,7	15,3	13,6	12,6	10,3
деформирующий бронхит	38,0	32,0	51,0	49,0	42,7	52,2	41,5
бронхоэктазы	20,0	24,0	21,3	35,7	42,7	29,2	35,5
Пороки развития	—	—	—	0,5	0,9	1,4	2,1
Бронхиальная астма	14,0	9,5	11,0	17,1	14,5	12,6	17,7
Астматический бронхит	8,0	9,6	14,0	11,0	14,2	10,6	7,3
Острая пневмония с затяжным течением	5,2	5,0	5,0	4,7	7,2	5,3	2,5
Острая пневмония с острым течением	31,5	24,6	24,0	26,5	20,1	13,6	11,5
Реабилитация больных после операции в отдаленные сроки	—	—	—	—	—	17,7	9,5

ционно-методических мероприятий в БАССР по профилактике развития хронических неспецифических заболеваний легких у детей.

Систематическое снабжение врачей республики информацией по вопросам ранней диагностики бронхоэктатической болезни у детей, внедрение в практическую деятельность фельдшеров ФАП и педиатров сельской местности методов массовой и селективных скрининг-программ по раннему выявлению хронической патологии легких привели к увеличению потока больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в Республиканскую детскую консультацию поликлиники на прием к пульмонологу. За 1982—1986 гг. пульмонологом было принято 33 520 больных. Из этого числа на консультацию к заведующему отделением было направлено 2,4% больных с подозрением на хроническую патологию легких. С целью бронхологического обследования госпитализировано 1,2% детей. После стационарного обследования и выполнения бронхографии хирургические формы хронических неспецифических заболеваний легких были подтверждены у 0,9% больных. Таким образом, анализируя данные по выявляемости хронических неспецифических заболеваний легких у детей в Республиканской детской поликлинике, а также результаты углубленного изучения состояния здоровья детского населения некоторых городов и сельских районов республики методом массовой и селективной скрининг-программы, мы определили показатель распространенности данных хирургических форм. На сегодняшний день он составляет 0,3 на 1000 детского населения.

После внедрения разработанных нами методов организации раннего выявления детей с указанной патологией и открытия смежного бронхопульмонологического от-

деления в Республиканской детской консультативной поликлинике возросло число детей, госпитализированных для обследования и лечения с участием педиатра-пульмонолога, бронхолога и торакального хирурга за счет уменьшения числа детей старшего возраста с острой патологией, которых стали активнее лечить по месту жительства (табл. 1). Значительно увеличилось в отделении число больных, выписанных с бронхологическим подтверждением диагноза: если в 1980 г. их было 58%, то в 1986 г.— 89,7%. Показатели госпитализации детей с бронхиальной астмой и астматическим бронхитом не изменились.

Реорганизация отделения позволила увеличить число ежегодно оперируемых больных по поводу бронхоэктазов с 5 до 42. На сегодняшний день не санировано 15% больных с бронхоэктазами из всего числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением. В последние годы у нас отсутствуют случаи выявления больных с поражением более 14 сегментов легких. Значительно возросли возможности в реабилитации больных в отдаленные сроки после операций с проведением контрольных бронхологических обследований. Хорошие отдаленные результаты (с учетом больных с двусторонними поражениями) достигнуты у 85% детей.

Обследование диспансерных больных с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких, проведенное в 1973—1978 гг. и в 1981—1986 гг., также показало за истекшее время существенные изменения в их структуре (табл. 2).

Значительно уменьшилось число больных с двусторонними поражениями (с 30,8 до 13%) и бронхоэктазами (на 12%). Увеличилась частота выявляемости больных детей с пороками развития. Основной группой

Таблица 2

Состав диспансерных групп с хирургическими формами ХНЗЛ (в % к общему числу диспансерных больных)

Виды нозологических форм	Распространенность поражения ХНЗЛ	
	1973—1978 гг.	1981—1986 гг.
Деформирующий бронхит	33,8	45,8
	9,5	5,5
Бронхоэктазы	32,8	34,7
	21,3	6,9
Пороки развития	2,0	6,9
	0,5	0,6
Прочие формы	—	0,3
	—	—

Примечание. В числителе — показатели поражения I ст., в знаменателе — II ст.

являются дети в возрасте от 3 до 6 лет (52,3%). Однако мы считаем, что у нас по-прежнему высок удельный вес больных детей с бронхоэктазами. Это обстоятельство объясняется недостатками в оказании помощи детям раннего возраста с острой патологией легких. Каждый случай выявления больного с бронхоэктазами в отделении тщательно анализируем и обнаруженные просчеты в лечении и обследовании больного на педиатрическом участке доводим до сведения врачей поликлиник.

Таким образом, создание межфакультетского специализированного отделения позволило решить сложную проблему своевременного выявления и санации больных с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких без увеличения коечного фонда, значительно улучшить отдаленные результаты хирургического лечения

и, следовательно, уменьшить процент выхода на инвалидность. Вследствие поставленной на должную высоту информации медицинских работников республики по вопросам ранней диагностики хронических неспецифических заболеваний легких у детей, а также в результате бронхолегочного обследования детского населения в БАСССР улучшилось оказание помощи детям с острой патологией органов дыхания, инородными телами бронхов и прочими неотложными состояниями.

ВЫВОДЫ

1. Показатели распространенности и процентное соотношение в группах диспансерных больных с хирургическими формами хронических неспецифических заболеваний легких находятся в прямой зависимости от качества пульмонологической помощи населению региона.

2. Внедрение методов раннего выявления больных детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких улучшают качество диспансеризации — раннее выявление, оперативное лечение и послеоперационное выхаживание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугачев А. Г., Гайдашев Э. А., Сотников Г. Д. и др. // Грудн. хир.— 1981.— № 1.— С. 37—41.
2. Рожков Е. В. // Дизонтогенетические и приобретенные хронические неспецифические заболевания легких.— М., Медицина, 1968.
3. Феофилов Г. Л., Амиров Ф. Ф. // Пороки развития легких и их клиническое значение.— Ташкент, 1969.
4. Цуман В. Г., Семенов Э. А., Щербина В. И. и др. // Грудн. хир.— 1985.— № 4.— С. 11—15.

Поступила 10.12.88.

УДК 362.174

ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОЧИХ НА ЦЕХОВОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ КЛИНИЧЕСКИМИ ОРДИНАТОРАМИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

А. Н. Галиуллин, Ш. Я. Абдюшев, Н. А. Иваничева

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения, медицинской статистики с основами АСУ (зав.— доц. А. Н. Галиуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Проблема диспансеризации поставила перед медицинскими вузами ряд задач, среди которых наиболее важными следует считать подготовку высококвалифицированных специалистов, укрепление материально-технической базы преподавания, внедрение достижений науки в практику, а также непосредственное участие сотрудников института в проведении диспансеризации населения, особенно работников промышленных предприятий.

Основной целью диспансеризации является реализация комплекса мероприя-

тий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение заболеваний, увеличение активного творческого долголетия трудящихся. С этой целью в 1985 г. сотрудниками Казанского медицинского института была начата ежегодная диспансеризация рабочих и служащих предприятий. Для проведения диспансеризации с применением ЭВМ была создана временная функциональная группа из клинических ординаторов, преподавателей и программистов под руководством кафедры