

Т.А.Журавлева, М.Е.Казанцева, В.А.Гришина

ПРИНЦИПЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИКЕ

Саратовский государственный медицинский университет

PRINCIPLES OF OUTPATIENT SURVEILLANCE FOR ADOLESCENTS WITH LUNG DISEASES

T.A.Zhuravleva, M.E.Kazantseva, V.A.Grishina

Summary

While organizing medical care for respiratory patients prevention, outpatient surveillance and rehabilitation measures are of prior importance. We analyzed outpatient medical histories of adolescents being surveyed for respiratory pathology. The expert analysis founds serious defects in records of medical history and physical data, quality of clinical, laboratory, and instrumental examinations, and patients' surveillance. When using a screening system 3 groups of the patients were selected: the 1-st group had risk factors for lung pathology development, the 2-nd group consisted of adolescents with first diagnosed lung disease, and the 3-rd group included chronic respiratory patients. Proper measures were determined for each group.

Rehabilitation monitoring is necessary for early detection of chronic respiratory patients who need preventive measures and rehabilitation. A functional-and-organizing model for outpatient rehabilitation of adolescents and an automatic screening system for multifactorial assessment of health were created.

Резюме

В организации медицинской помощи пациентам с болезнями органов дыхания (БОД) приоритетное значение отводится профилактике, диспансеризации, системе реабилитации. Были проанализированы амбулаторные карты подростков, состоящих на диспансерном учете с БОД. В результате проведенного экспертного анализа выявлены серьезные недостатки по сбору жалоб, описания физического статуса больных, по качеству клинико-лабораторного и инструментального обследования пациентов, диспансеризации. С помощью скрининговой системы сформированы 3 потока пациентов: 1-й — угрожаемые по патологии легких; 2-й — больные подростки со впервые выявленным заболеванием легких, 3-й — больные с хроническими БОД. Для каждого потока определялся характер проводимых мероприятий.

Реабилитационный мониторинг необходим для раннего выявления пациентов с БОД, нуждающихся в оздоровительных мероприятиях и реабилитации. Разработана функционально-организационная модель восстановительного лечения подростков на амбулаторно-поликлиническом этапе, система автоматизированного скрининга многофакторной оценки здоровья.

В фундаментальных исследованиях проблемы здоровья населения России констатируется кризис состояния здоровья всех возрастных групп [1].

Особое место в структуре этой проблемы занимает здоровье детей и подростков — один из самых точных индикаторов состояния здоровья населения в целом, одна из наиболее значимых ценностей, определяющих благополучие общества. Не случайно проблема здоровья лиц молодого возраста названа среди 14 основных направлений деятельности Всемирной организации здравоохранения в XXI в.

ВОЗ рекомендует употреблять термин "молодые люди", "подростки", "молодежь" для обозначения возрастного периода от 10 до 20 лет, выделяя в нем 3 подгруппы: 1) 10–14 лет; 2) 15–17 лет; 3) 18–20 лет.

Подростки до 17 лет наблюдаются в детских поликлиниках, а с 18 лет их наблюдение осуществляется врачами взрослых поликлиник.

Исследованиями, проведенными рядом авторов [1–4], установлено, что сейчас только 10 % школьников признаются здоровыми. Среди заболеваний внутренних органов острого и хронического течения довольно большой удельный вес (15 %) в подростковом периоде приходится на болезни органов дыхания (БОД) [5]. Еще больше подростков (33 %) часто болеют ОРВИ, гриппом [5].

В организации медицинской помощи пациентам с БОД среди других мероприятий, способствующих предупреждению и снижению временной нетрудоспособности, а порой и инвалидности, наиболее перспек-

тивным представляется восстановление утраченного приоритетного значения профилактики, диспансеризации, совершенствования системы реабилитации [6].

Качество работы амбулаторно-поликлинического этапа, организации службы восстановительного лечения в условиях поликлиники во многом определяют течение БОД и социальный прогноз подросткового периода. Не вызывает сомнений экономическая целесообразность реабилитации больных, в частности пульмонологического профиля. Вместе с тем, несмотря на значимость этапа первичной медико-социальной помощи в профилактике и реабилитации, в деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений имеется целый ряд объективных и субъективных трудностей — общего, организационного плана и конкретных, применительно к больным молодого возраста с БОД, — устранение которых требует новых подходов и форм работы (табл.).

Нами была поставлена задача изучить возможности оказания и пути совершенствования первичной медико-социальной помощи молодым больным с патологией органов дыхания. Был проведен анализ объема и качества лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, традиционно осуществляемых в условиях базовых поликлиник кафедры поликлинической терапии СГМУ. Были изучены амбулаторные карты подростков, состоящих на диспансерном учете с БОД, по разработанной карте-схеме. Было проанализировано 260 амбулаторных карт лиц молодого возраста, состоящих на диспансерном учете: 144 — часто болеющие ОРВИ и ост-

рым бронхитом; 61 — переболевшие внебольничной пневмонией; 37 — бронхиальной астмой; 16 — хроническим бронхитом; 2 — бронхоэктатической болезнью.

Сбор жалоб у больных подростков проводился на недостаточном уровне, записи жалоб были малосодержательны и неполны: не уточнялся характер кашля (65 %), его продолжительность (51 %), факторы, купирующие приступы кашля (72 %), появление, наличие и отсутствие одышки, приступов удушья, т. е. моменты чрезвычайно важные для дифференциальной диагностики легочных больных. Как правило, в медицинских картах подростков отсутствовали даже краткие анамнестические данные, касающиеся характера заболевания, его давности, частоты обострений, особенностей течения и т. п. Так, отсутствовали указания о характере начала заболевания у 29 % больных, о давности болезни — у 41 %. При таком формальном отношении к больному затруднялась не только диагностика, но и определение дальнейшей тактики ведения пациента.

Весьма нечетко и неполно описывался в медицинских картах физический статус больных: у 38 % больных не было описания осмотра грудной клетки, у 35 % не проводилась пальпация грудной клетки, у 44 % — перкуссия, у 3 % — отсутствовали записи о физикальных данных легких.

Среди других факторов, снижающих результативность восстановительного лечения, выделены недостаточное количество клиничко-лабораторного и инструментального обследования пациентов в поликлинике,

Таблица

Принципы недостаточно эффективной работы амбулаторно-поликлинической службы

Объективные	Субъективные
<ol style="list-style-type: none"> 1. Дефекты в управлении амбулаторно-поликлинической службы. 2. Плохая материально-техническая база поликлинических учреждений. 3. Низкий уровень и недостаточный объем диагностических возможностей обследования больных БОД и, в первую очередь, отсутствие в поликлинике возможности идентификации бактериологического и вирусологического возбудителя. 4. Недостатки пред- и постдипломной подготовки поликлинических врачей в вопросах пульмонологии. 5. Перегруженность врачей поликлиник непрофессиональными функциями. 6. Устаревшие показатели работы, по которым оценивается качество и эффективность деятельности врачей поликлиник. 7. Перегруженность врачей поликлиник излишними формами отчетности. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Малоэффективные формы и методы работы заведующих терапевтическими отделениями поликлиник и заместителей по лечебной работе и врачебно-трудовой экспертизе по повышению деловой квалификации врачей поликлиник, в т. ч. подростковых. 2. Слабое знание врачами поликлиник вопросов организации и своей работы на врачебном участке среди больных БОД. 3. Отсутствие плановой профилактической работы, установка на прием больных по обращаемости, а не по выявляемости заболеваний. 4. Недостаточность знаний врачами поликлиник оптимальных методов эффективности восстановительного лечения пульмонологических больных. 5. Деонтологические и этические просчеты и ошибки. 6. Низкое качество преемственности в работе поликлиник со стационарами, отделениями скорой и неотложной помощи. 7. Недостаточный уровень внедрения в практику работы поликлиник новых лечебно-диагностических и профилактических методов и организационных форм работы, в том числе и по методологии восстановительного лечения больных БОД. 8. Низкий уровень НОТ в работе поликлиник.

а также отсутствие развернутого диагноза в амбулаторной карте, часто без учета современных классификаций, что отражалось на тактике ведения пациентов и составлении адекватных программ реабилитации. Например, больные подростки, перенесшие внебольничную пневмонию с дыхательной недостаточностью I степени (ДН I), не направлялись на лечебную физкультуру и на контрольно-экспертную комиссию (КЭК) для освобождения от занятий физкультурой по школьной программе на определенный период.

Мы выявили, что подросток с БОД первично приходил на прием к участковому терапевту (29 %), подростковому врачу (23 %), пульмонологу (26 %), ЛОР (18 %), стоматологу (4 %).

Небольшое число подростков (26 %), обратившихся в поликлинику к пульмонологу, часто сказывается на качестве ведения подростков другими специалистами, т. к. именно пульмонолог должен координировать работу подростковых врачей не только с хронической патологией, но и часто болеющих ОРВИ и острыми бронхитами, перенесшими внебольничную пневмонию, страдающих врожденной патологией легких.

В ходе анализа качества диспансеризации было установлено, что диспансерная группа являлась недостаточной и не соответствовала распространенности заболеваний органов дыхания у подростков. В 55 % случаев в диспансеризации не участвовали оториноларингологи, стоматологи, психотерапевты. У 80 % пациентов в лечении отсутствовал этап пребывания в дневном стационаре поликлиники, а восстановительное лечение ограничивалось в основном фармакотерапией в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, которое нельзя рассматривать как отвечающее требованию комплексности [4, 7].

К недостаткам поликлинической реабилитации следует отнести и то, что подросткам с БОД совсем не проводится вторичная профилактика через ЛФК, массаж и закаливающие процедуры. Первичная профилактика не всегда включает в себя беседы и лекции врачей о вреде курения.

Рациональная психотерапия и санитарно-просветительская работа ограничивается только санитарными бюллетенями, хотя признается целесообразным организация при отделениях восстановительного лечения поликлиник специальных циклов занятий с родителями по темам:

- уход за больными с БОД;
- приобретение профессиональных навыков у больных подростков;
- создание в семье благоприятного психологического микроклимата для подростков с тяжелой формой бронхиальной астмы и бронхоэктатической болезнью.

Необходимо также привлечение подростков к активному участию в работе астма-школы.

Не всегда осуществлялся принцип этапности восстановительного лечения. В частности, возможности санаторно-курортного этапа реабилитации были использованы лишь у 30 % подростков с БОД.

Для решения поставленной задачи мы использовали также систему автоматизированного скрининга многофакторной оценки здоровья — АСМОЗ-Пульм [7], которая позволила выявить патологию органов дыхания у 39 % подростков (700 анкет). Значительная доля заболеваний была определена при скрининге впервые.

Автоматизированный анкетный скрининг дал возможность комплексно решать проблему БОД у подростков:

- выявить пациентов с факторами риска развития БОД;
- активно выявить пациентов с БОД;
- определить стадию заболевания;
- уточнить и оценить распространенность и структуру патологии среди обследованных подростков;
- уточнить эпидемиологию заболевания;
- индивидуально подобрать рекомендации для пациентов по коррекции факторов риска и составить план работы подросткового врача по верификации диагноза и ведению больного;
- сформировать разные реабилитационные группы и своевременно определить объем реабилитационных и оздоровительных мероприятий.

Рассчитываемые с помощью скрининговой системы уровни риска и последующее углубленное обследование позволили сформировать 3 потока пациентов легочного профиля: 1-й поток — угрожаемые по патологии легких; 2-й поток — больные подростки с впервые выявленными заболеваниями легких; и 3-й — хронические больные с БОД.

Для более детального анализа качества восстановительного лечения в условиях отделения реабилитации пульмонологическим пациентам в трех реабилитационных потоках проводился мониторинг больных с учетом нарушения процессов микроциркуляции, реологии и иммунной системы.

В целом мониторинговая система наблюдения за пульмонологическими больными свидетельствует о целесообразности формирования структуры потоков реабилитации, так как имеются существенные различия в динамике клинических и медико-социальных показателей по этим потокам.

При мониторинге пациентов 1-го потока (с высоким риском легочной патологии) отсутствует значительная динамика клинических и медико-социальных показателей, и все же выделение этого потока и наблюдение за пациентами нам представляется весьма оправданным и особо важным для пациентов с медленно-протекающими восстановительными процессами в легких.

При мониторинге за 2-м реабилитационным потоком, состоящим из больных с впервые выявленной патологией, наблюдается отчетливо выраженная динамика большинства клинико-лабораторных, функциональных и медико-социальных показателей. Прогноз реабилитации для этой группы больных наиболее благоприятен, а сама группа оптимальна для динамического наблюдения.

При мониторинге 3-го потока можно ожидать более скромные результаты восстановительного статуса хронических больных.

В зависимости от принадлежности к тому или иному потоку определялся и характер проводимых мероприятий. Для 1-го потока — комплекс оздоровительных мероприятий. Обследование ограничивалось общим анализом крови, общим анализом мочи, рентгенографией или флюорографией легких. Для 2-го и 3-го потока — различные программы восстановительного лечения. Во 2-м потоке обследование дополнялось исследованием мокроты, функциональным исследованием легких и других систем. В 3-м потоке в план обследования мы включали исследование иммунной системы, микроциркуляции, гомеостаза.

Проведенный реабилитационный мониторинг и анализ эффективности восстановительного лечения показал значительную разницу между больными с начальными и запущенными стадиями заболеваний, обосновал и оправдал необходимость активного раннего выявления пациентов молодого возраста пульмонологического профиля, нуждающихся в реабилитации и оздоровительных мероприятиях.

Таким образом, используемая нами программа АСМОЗ-Пульм позволила среди пациентов г. Саратова активно выявить пациентов молодого возраста легочного профиля, определить не только манифестирующую патологию, но и ранние стадии заболеваний легких, уточнить и оценить истинную распространенность патологии легких среди обследуемых подростков, изучить особенности эпидемиологии заболеваний легких среди разных групп населения, уточнить клинический диагноз стационарных больных, выявить сочетание легочной патологии с другими видами патологии у подростков и сформировать 3 потока пациентов с определенными схемами наблюдений.

С целью преодоления выявленных дефектов ведения пациентов молодого возраста с БОД и с учетом данных скрининга нами разработана функционально-организационная модель восстановительного лечения подростков на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Модель базируется на следующих положениях:

- внедрение мероприятий организационного характера на формирование системы активного выявления молодых пациентов пульмонологического профиля;
- внедрение информационной технологии активного способа выявления пульмонологических пациентов подросткового возраста, подлежащих восстановительному лечению (методика автоматизированного анкетного скрининга);
- формирование структуры потоков пациентов, подлежащих реабилитации и оздоровительным мероприятиям (для лиц с высоким риском патологии);
- реализация индивидуальных комплексных программ реабилитации для каждого пациента с учетом особенностей течения заболевания, его формы, стадии и степени активности процесса, выраженности функциональных нарушений;

- создание пульмо-школ для молодых пациентов и их родственников;
- внедрение профилактических технологий в систему оказания медицинской помощи подросткам, оптимизация питания, йодная и фторпрофилактика;
- реализация преемственности деятельности больницы, специализированного отделения восстановительного лечения, а также взаимодействие и тесная интеграция с пульмонологами, подростковыми врачами, участковыми терапевтами, психотерапевтами, отоларингологами и стоматологами;
- повышение уровня подготовки медперсонала в вопросах реабилитации молодых пациентов пульмонологического профиля;
- усиление внимания к вопросам профилактики легочной патологии в детских дошкольных учреждениях, общеобразовательных заведениях, на предприятиях, путем привлечения к этой работе педагогов, школьных врачей, валеологов, средств массовой информации и др.
- создание Центров здоровья детей и подростков или Молодежных поликлиник с учетом приоритета профилактической направленности, насущных медико-социальных потребностей молодых людей, с обязательной организацией анонимных приемов психолога, телефонов экстренной психологической помощи, с привлечением пульмонологов, стоматологов, отоларингологов, аллергологов, иммунологов, профпатологов и других специалистов;
- сезонная витаминизация, профилактика дефицита кальция и др.

По нашему мнению, в каждом регионе необходима своя модель оказания медицинской помощи пульмонологическим подросткам с учетом местной специфики, исторически сложившейся на территории, обычаев, нравов, традиций и особенностей состояния здоровья данной группы пациентов с учетом сроков выполнения, назначения ответственных и ожидаемых результатов в количественном выражении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алферова Т.С., Гаптов В.Б., Коршунов В.М. и др. Состояние здоровья различных возрастных групп населения России и особенности их реабилитации. В кн.: V Международная конф. "Здоровье, труд, отдых в XXI веке. (Профилактика, лечение, реабилитация в различные периоды жизни человека)". М.: 2002. 10–15.
2. Алферова Т.С., Шиган С.А., Гаптов В.Б. и др. Проблемы и перспективы медико-социальной и социально-психологической реабилитации. Рос. мед. журн. 1998; 6: 14–18.
3. Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М. О некоторых социальных аспектах развития подростков. Здравоохран. Рос. Федерации 1999; 2: 41.
4. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. М.: Медицина; 2000.
5. Лифтахова М.З. Опыт оздоровления часто болеющих детей. Казан. мед. журн. 2000; 81 (1): 56–57.
6. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития. Пульмонология 1998; 8 (4): 3–20.
7. Журавлева Т.А., Клячкин Л.М., Орлова Г.Г. О необходимости оптимизировать реабилитацию больных неспецифическими заболеваниями легких. Пульмонология 1999; 1: 36–38.

Поступила 17.02.03