
Научные исследования

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В БЕЛАРУСИ: ОБЗОР СИТУАЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ

С.И. Антипова

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Проведенный анализ проблемы болезней органов дыхания у населения Беларуси позволил определить значимость потерь общественного здоровья вследствие временной и стойкой нетрудоспособности и преждевременной смерти, выявить некоторые проблемные моменты в организации медицинской помощи. Отмечена более высокая смертность сельских жителей республики по сравнению с городскими, причем такая ситуация характерна для детей, трудоспособного населения и лиц пенсионного возраста. Подчеркивается, что в г. Минске имеются наиболее оптимальные возможности оказания медицинской помощи и ее доступности. Вызывает озабоченность высокий уровень смертности от болезней органов дыхания в Витебской и Гродненской областях.

В структуре причин смерти, определяющих снижение продолжительности жизни, значительный удельный вес имеют причины, являющиеся предотвратимыми. Среди них на первое место вышли экзогенные причины, обусловленные условиями жизни и поведенческими факторами риска. К предотвратимым относят проблемы, связанные с употреблением алкоголя, болезни органов дыхания, органов пищеварения, инфекции, травмы и отравления, осложнения беременности, родов и послеродового периода. Смертность от них в 50–70% случаев может быть предупреждена. Если рассмотреть проблемы сверхсмертности с позиции возможного сокращения потерь, то на первое место выходят причины смерти, зависящие от образа жизни и профилактики факторов риска (82% для мужчин и 67% для женщин), на втором месте по степени предотвратимости оказались причины смерти, для ликвидации которых необходимо улучшить доступность и качество медицинской помощи (14% для мужчин и 20% для женщин). Роль профилактики велика в снижении смертности от травм (75%), алкогольных отравлений (87,4%) и других причин [1].

Хронизацию патологии обуславливают не только образ и условия жизни и отношение населения к собственному здоровью, но и некоторые особенности нынешнего состояния здравоохранения – недостаточная профилактика и низкая возможность выявления заболеваний на доонкологиче-

ских или ранних стадиях, особенно в сельской местности. В результате выявляются запущенные, недообследованные, недолеченные и, в конечном итоге, тяжелые случаи заболеваний, что еще больше увеличивает нагрузку на здравоохранение, создавая замкнутый круг.

По данным ВОЗ [2], в 2004 г. удельный вес хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и инфекции нижних дыхательных путей среди всех причин смерти составил в странах с низким уровнем дохода 14,8%, со средним уровнем дохода – 11,2%, с высоким уровнем дохода – 7,3%, в том числе от хронической обструктивной болезни легких соответственно 3,6; 3,8 и 3,5%.

Болезни органов дыхания (БОД) (X класс (J00–J99) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра) включают в себя как острые заболевания верхних и нижних дыхательных путей, грипп и пневмонию, так и хронические болезни бронхов и легких. Рассматривая заболеваемость и смертность от БОД как одну из предотвратимых причин не только смертности, но и, в определенной степени, заболеваемости и хронизации заболеваний, а также связанной с этим временной и стойкой потери трудоспособности, нами проведен анализ проблемы БОД в Беларуси в последние годы.

Экономические потери вследствие болезней органов дыхания определяются уровнем временной

и стойкой нетрудоспособности, безвозвратных потерь. Временная нетрудоспособность (ВН) по причине БОД в республике составила по данным за 2005 г. 32,1 случая на 100 работающих (38,4% всех случаев ВН) и 212,21 дней на 100 работающих (26,8% числа дней всей ВН) [3]. При этом здесь не учтены случаи нетрудоспособности по уходу за пациентами (в основном, детьми), больными острыми респираторными заболеваниями. В структуре случаев потери трудоспособности вследствие БОД 96–97% составляют острые заболевания верхних дыхательных путей. Данные о ВН по этой причине в республике за последующие годы отсутствуют.

Первичный выход на инвалидность вследствие БОД взрослого населения в последние годы (2005–2008 гг.) снизился с 1,33 до 0,90 на 10 тыс., что в структуре всей первичной инвалидности составляло от 2,0 до 1,7%. В возрасте до 18 лет инвалидизация снизилась с 0,27 на 10 тыс. в 2005 г. до 0,09

в 2008 г., что составляло 1,5 и 0,6% из всех впервые признанных инвалидами [3, 4].

Безвозвратные потери вследствие преждевременной смерти от БОД составляют в структуре всех безвозвратных потерь за 2008 г. в целом 3,0%, в том числе трудоспособного населения – 3,3%, детей 0–17 лет – 2,6%.

Заболеваемость БОД в целом в последние годы была практически на одном уровне с некоторым снижением в 2008 г. (табл. 1).

В структуре всей первичной заболеваемости БОД составляет 37,5–36,5%, в структуре общей заболеваемости – 20,9–19,6%. В структуре БОД острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (ОРИ ВДП), грипп и пневмонии являются основными нозологическими формами – 84–85% всех БОД ежегодно. Диспансеризация больных в соответствии с показаниями отражает ее уровень (в процентах) для каждой нозологической формы.

Таблица 1

Заболеваемость болезнями органов дыхания (на 1000 населения), уровень диспансеризации больных (в процентах) и летальность в Беларуси в 2005–2008 гг. (взрослое население)

Г О Д	Нозологии	Первичная заболеваемость на 1000	Общая заболеваемость на 1000	Процент диспансерных из всех больных	Число умерших на 100 случаев заболеваний (М)	± m	Индекс обратимости
2005.	Все классы	575,42	1207,59	27,05	1,49	0.005	8104,6
	БОД, в том числе:	215,89	252,29	6,79	0,27	0.003	9344,1
	пневмония	4,95	4,95	52,09	2,48	0.008	20,0
	астма, астматический статус	0,30	5,71	83,52	0,46	0.034	124,1
	ХОБЛ	1,40	21,20	55,10	2,40	0.040	88,3
2006	Все классы	570,86	1219,42	27,52	1,44	0.004	8468,2
	БОД, в том числе:	207,27	251,20	7,02	0,27	0.004	9303,7
	пневмония	4,61	4,61	54,39	2,13	0.080	21,6
	астма, астматический статус	0,29	5,76	85,14	0,31	0.028	185,8
	ХОБЛ	1,40	21,20	58,30	2,30	0.039	92,2
2007	Все классы	576,2	1227,10	28,70	1,37	0.004	8956,9
	БОД, в том числе:	215,2	251,1	7,28	0,24	0.004	10462,5
	пневмония	5,77	5,77	54,15	1,73	0.065	33,4
	астма, астматический статус	0,32	5,94	85,32	0,24	0.024	247,5
	ХОБЛ	1,50	23,90	63,10	1,89	0.033	126,5
2008	Все классы	588,12	1279,9	32,06	1,33	0.004	9623,3
	БОД, в том числе:	214,8	251,0	8,70	0,20	0.003	12550,0
	пневмония	5,43	5,43	56,06	1,52	0.063	35,7
	астма, астматический статус	0,30	5,08	86,28	0,18	0.022	282,2
	ХОБЛ	1,47	18,40	62,30	1,63	0.035	112,9

Отмечаются колебания по годам с наметившейся тенденцией к росту заболеваемости пневмониями и ХОБЛ при снижении летальности от них.

Отчетная форма о числе заболеваний населения старше 18 лет за 2008 г. на фоне проведенной в 2008 г. всеобщей диспансеризации позволила оценить стратифицированную заболеваемость и пораженность БОД трудоспособного населения и населения старше трудоспособного возраста (табл. 2).

Заслуживает внимания разный уровень заболеваемости в регионах: наиболее высокая заболеваемость в г. Минске, наименее высокая – в Брестской области.

Более высокую заболеваемость БОД в г. Минске, по нашему мнению, можно связать с оптимальной (наибольшей по сравнению с регионами в целом) доступностью медицинской помощи (территориальной и транспортной, развитостью сети ЛПО).

Парадоксальным на первый взгляд кажется факт более высокой заболеваемости БОД лиц трудоспособного возраста по сравнению с таковой в пенсионном возрасте. В структуре БОД у лиц старших возрастов логично выше заболеваемость пневмониями и ХОБЛ и ниже – острыми респираторными заболеваниями и гриппом. Последнее можно объяснить тем, что трудоспособное население в случае острых респираторных заболеваний нуждается в освобождении от работы (листка нетрудоспособности), в силу чего обращается за медицинской помощью, пенсионеры же не всегда обращаются, предпочитая лечиться дома известными способами, тем более, если в сельской местности ЛПО расположена за несколько километров от дома.

В табл. 2 просматривается обратная зависимость выявления случаев заболевания пневмонией от общего числа случаев острых респираторных инфекций. Этот факт более выражен при анализе заболеваемости лиц пенсионного возраста. На основании такого предположения нами проведен корреляционный анализ взаимодействия фактора частоты пневмоний и частоты регистрации (обращаемости) острых респираторных заболеваний у лиц трудоспособного возраста и лиц пенсионного возраста. Коэффициент корреляции позволяет судить о силе, характере и направленности взаимодействия этих факторов.

Коэффициент корреляции взаимовлияния частоты ОРИ и частоты пневмоний у трудоспособного населения $r = -0,462$ не подтверждает коррелятивную связь в данном конкретном случае, однако при $r = -0,462 \pm 0,30$ (то есть, по формальной статистике от $-0,16$ до $-0,759$) обратная коррелятивная зависимость в аналогичных случаях возможна.

Коррелятивная зависимость аналогичных данных у лиц пенсионного возраста выражена в большей степени: $r = -0,945$, коррелятивная связь – сильная обратная. То есть, чем меньше обращений пенсионеров за медпомощью по поводу ОРИ, тем чаще выявляется пневмония. В определенной степени такую зависимость можно объяснить тем, что при самолечении своевременное адекватное лечение больные не получают и процесс прогрессирует до пневмонии. По формальным параметрам коэффициент корреляции $r = -0,945 \pm 0,04$ (то есть от $-0,905$ до $-0,985$) подтверждает высокую сильную обратную зависимость частоты пневмо-

Таблица 2

Заболеваемость взрослого населения болезнями органов дыхания в 2008 г. (на 1000 соответствующего населения)

Нозологические формы	РБ	г. Минск	Брестская обл.	Витебская обл.	Гомельская обл.	Гродненская обл.	Минская обл.	Могилевская обл.
Первичная заболеваемость в трудоспособном возрасте								
БОД	228,3	315,4	187,2	261,5	227,9	310,5	246,2	202,1
ОРИ ВДП	173,7	244,8	146,1	184,2	167,5	228,2	194,8	161,4
грипп	18,5	36,7	13,7	17,9	4,4	6,0	18,7	18,5
пневмония	5,8	4,9	5,3	5,7	6,7	9,1	7,9	4,7
ХОБЛ	1,4	1,3	1,2	1,5	1,6	2,2	1,5	1,2
Общая заболеваемость в трудоспособном возрасте								
ХОБЛ	13,2	11,4	11,0	17,1	15,2	20,8	15,3	14,0
Первичная заболеваемость в пенсионном возрасте								
БОД	149,9	249,2	85,3	229,1	141,1	176,6	117,4	123,9
ОРИ ВДП	105,3	182,5	56,6	160,3	100,8	126,3	76,1	93,6
грипп	10,4	27,3	3,9	12,3	1,7	2,2	6,7	13,1
пневмония	8,5	7,5	6,9	7,4	11,3	14,1	10,3	6,3
ХОБЛ	3,1	3,5	2,3	2,0	3,3	4,2	3,5	2,2
Общая заболеваемость в пенсионном возрасте								
ХОБЛ	46,7	40,8	37,5	57,1	41,9	52,5	52,7	39,0

ний от обращаемости лиц пенсионного возраста за медицинской помощью.

Динамика заболеваемости БОД (в силу их сезонной привязанности и зависимости от ежегодной распространенности того или иного типа вируса гриппа и напряженности эпидемического процесса) характеризуется многолетней периодичностью. Нами проведен анализ многолетней периодичности с использованием метода автокорреляции для фильтрации случайных процессов.

Характер многолетней динамики заболеваемости и смертности определяется действием многих (и различных) причин, которые можно разделить по времени действия на три группы: 1) причины, действующие постоянно на протяжении многих лет; они определяют многолетнюю тенденцию – рост, снижение, стабилизацию; 2) причины, действующие периодически, достигая максимума или минимума через определенное число лет, тем самым определяя периодические или циклические колебания; 3) группа причин, действующих неупорядочено во времени; это случайные факторы, вызывающие нерегулярные, спорадические колебания интенсивности заболеваемости отдельными нозологическими формами болезней (стрессовые ситуации, аварии, эпидемии и др.).

На рис. 1 представлены волны периодичности динамики заболеваемости БОД в Беларуси за 1988–2008 гг. Периодичность подъемов (спадов) заболеваемости в 3–4 года с 2003 г. была нарушена какими-то причинами, одной из которых, возможно, была активная массовая вакцинопрофилактика гриппа, которая в некоторой степени повлияла и на снижение заболеваемости другими вирусными респираторными инфекциями (можно предположить бустерное действие вакцины).

Понимая разные этиопатогенез, инициацию и промоцию разного генеза заболеваний органов дыхания, нами по аналогичному принципу и за тот же период рассчитана периодичность заболеваемости (выявляемости) в Беларуси раком легкого и туберкулезом органов дыхания (рис. 2, 3).

Динамика заболеваемости раком легкого имеет вид большой волны подъема с 1988 г. до 1997 г. с последующим медленным спадом с двухгодовыми колебаниями до 2003 г., подъемом к 2005 г., спадом в 2007 г. и начавшимся подъемом в 2009 г. То есть, исходя из графика, можно ожидать роста выявления случаев рака легкого в 2009 г.

В динамике заболеваемости туберкулезом органов дыхания (рис. 3) имеет место большая эпидемическая волна 1991–2004 гг. (спад в 1991 г. и 2004 г.) с апогеем в 1998 г., затем подъемом к 2006 г. и наметившимся спадом в 2007 и 2008 гг.

Проводя параллели между представленными графиками периодичности, трудно уловить какую-то зависимость между процессами. Тем не менее, 2004 г. был годом спада заболеваемости БОД и туберкулезом органов дыхания. Возможно, выявить какую-то взаимозависимость периодичности заболеваемости туберкулезом можно за длительный период – не менее 60 лет – с начала эпохи антибактериальной терапии туберкулеза.

В структуре госпитальной помощи взрослым больным (табл. 3, графа 4) удельный вес случаев госпитализации при БОД снизился с 10,4% в 2002 г. до 8,9% в 2008 г. при росте удельного веса случаев

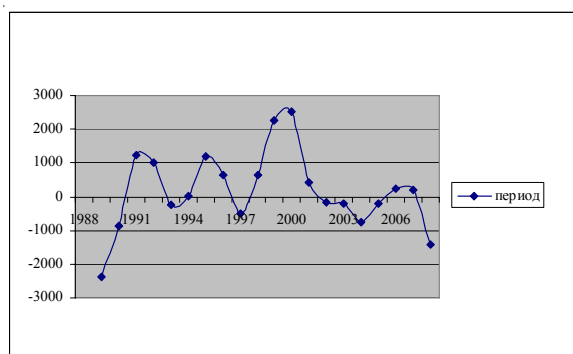


Рис. 1. Периодичность заболеваемости болезнями органов дыхания в Беларуси в 1988–2008 гг.

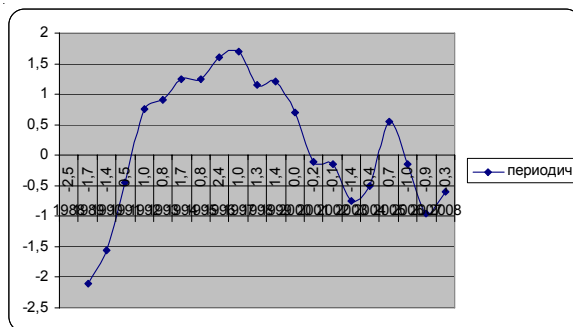


Рис. 2. Периодичность заболеваемости раком легкого в Беларуси в 1988–2008 гг.

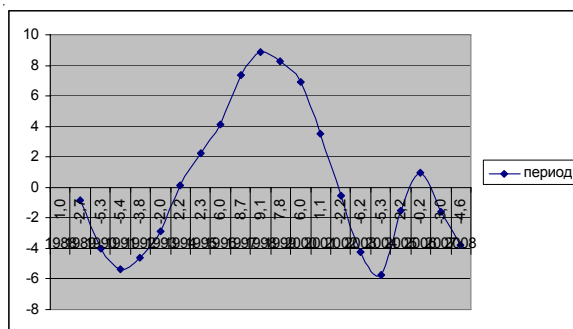


Рис. 3. Периодичность заболеваемости туберкулезом органов дыхания в Беларуси в 1988–2008 гг.

госпитализации больных пневмонией – с 1,7 до 2,6%. В структуре заболеваемости (табл. 3, графа 2) удельный вес БОД также снижался (соответственно годам с 23,5 до 19,6%), пневмонии – возрастал с 0,3 до 2,7%. Естественно, снижаются и удельный вес объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и средняя длительность лечения больных БОД. Снижается частота госпитализаций (в процентах) при БОД (табл. 3, графа 3). Вызывает вопрос частота госпитализаций при пневмонии – более 100%. Показатель снижается к 2008 г., однако считаем, что требуются его анализ и интерпретация по каждому ЛПО. В данном случае напрашивается мысль о возможной повторной госпитализации больных пневмонией в 26,7–11,7% за анализируемый период. Кроме того, возникает сомнение в полноте статистического учета случаев пневмоний, особенно в случаях госпитализации больных в стационары при самообращении.

У детей в структуре всех госпитализированных пациенты с болезнями органов дыхания составляли ежегодно 40–41% – это основная причина госпитализации, из них 70–72% – пациенты с острыми респираторными заболеваниями.

Уровень госпитализации взрослого населения по поводу БОД в анализируемые годы снижался и составил (табл. 3, графа 5) 3,0–2,5%. Уровень госпитализации детей 0–17 лет в 2008 г. составил 10,3%, средняя длительность лечения 8,6 дней, пневмонии – 13,0 дней.

Больничная летальность взрослых при БОД колебалась в 2006–2008 гг. в пределах 0,4–0,5%, в том числе от пневмонии – в пределах 0,19–0,24%, ХОБЛ – 0,8–1,0%, летальность детей от БОД – 0,01–0,004%.

Летальность по классу БОД в целом и отдельным нозологическим формам (табл. 1, графы 5 и 6) за 2005–2008 гг. имела тенденцию к снижению: в целом по классу – с 0,27% до 0,20%; от пневмонии – с 2,48% до 1,52%; от ХОБЛ – с 2,40% до 1,63%. Показатели высоко репрезентативны ($t > 4$, $p < 0,01$). Снижение летальности вследствие БОД улучшает так называемый "индекс обратимости нарушения здоровья" – это среднее число заболеваний, приходящееся на каждый случай смерти, или приблизительная оценка среднего уровня своевременности и результативности оказания амбулаторной помощи, тесно коррелирующую

Таблица 3

Госпитальная помощь взрослым пациентам с болезнями органов дыхания в Беларуси

Наименование классов и отдельных болезней	Общая заболеваемость (на 1000)	Структура заболеваемости (в процентах)	Частота госпитализаций на 100 случаев заболеваний	Структура госпитализированных пациентов (в процентах)	Уровень госпитализации (в процентах)	Число койко-дней (на 1000)	Структура объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в процентах)	Средняя длительность пребывания на койке (дней)
А	1	2	3	4	5	6	7	8
2002 г.								
Всего, в том числе:	1144,1	100,0	24,8	100	28,3	3639,0	100	12,8
болезни органов дыхания	268,4	23,5	11,0	10,4	3,0	333,4	9,2	11,3
пневмонии	3,9	0,3	126,7	1,7	0,5	72,6	2,0	14,7
2006 г.								
Всего, в том числе:	1251,9	100,0	20,8	100,0	26,0	3073,7	100,0	11,8
болезни органов дыхания	275,7	22,0	8,6	9,2	2,4	254,8	8,3	10,7
пневмонии	4,5	0,4	117,4	2,1	0,5	71,8	2,3	13,5
2008 г.								
Всего, в том числе:	1286,0	100,0	22,2	100,0	28,5	3328,7	100,0	11,7
болезни органов дыхания	252,2	19,6	10,0	8,9	2,5	273,5	8,2	10,8
пневмонии	6,7	2,7	111,7	2,6	0,8	97,9	2,9	13,1

щая с общей смертностью [5]. Индекс обратимости за последние три года при пневмонии возрос с 20 до 35,7, при ХОБЛ – с 88,3 до 112,9 (табл. 1, графа 7), что положительно характеризует усилия здравоохранения. В России индекс обратимости пневмоний после 1998 г. сократился с 33,0 до 13,19 при полном рассогласовании соответствующих уровней заболеваемости и смертности [5].

Средний возраст умерших от БОД в течение последних четырех лет представлен в табл. 4. На общем фоне колебаний в разные годы, средний возраст умерших городских мужчин и женщин возрос, сельских мужчин практически не изменился, сельских женщин – снизился. То есть, городские жители стали умирать от БОД в более старших возрастах, сельские женщины – в более молодом возрасте. Средний возраст умерших от БОД женщин-горожанок в 2008 г. был выше такового мужчин на 5,2 лет, сельчанок – на 5,6 лет; в 1999 г. – соответственно на 6,2 и 7,6 лет. У городских жителей в 2008 г. преждевременная смерть от БОД наступила у мужчин на 5,1 лет раньше, чем у сельчан, у женщин на 5,5 лет, в 1999 г. – соответственно на 7,3 и 8,7 лет.

По данным Ю.М.Комарова [1], средний возраст умерших от БОД в России составил 59 лет у мужчин и 64,8 года у женщин.

Смертность от болезней органов дыхания (табл. 5, 6) имеет выраженную тенденцию к снижению, кроме смертности населения трудоспособного возраста. Приводимая ниже аналитическая статистика смертности высоко репрезентативна (большие выборки), отмечаемые различия достоверны.

Смертность мужчин выше, чем женщин (2008 г. – в 3,9 раза, 1988 г. – в 1,2), логично выше смертность лиц старше трудоспособного возраста по сравнению с трудоспособным населением. Заслуживает внимания высокая смертность сельского населения – в 2008 г. выше, чем городского, в целом по республике в 3,4 раза, в 1988 г. – в 4,9. Повозрастная смертность сельского населения намного выше таковой городского (табл. 6), в том числе детей 0–14 лет и трудоспособного населения.

В некоторой степени такие различия в уровне грубого показателя смертности можно объяснить тем, что в структуре сельского населения лица пенсионного возраста составляют 30,2%, в структуре городского – только 18,4%, а самая высокая смертность – это смертность лиц старше трудоспособного возраста (наиболее высока она среди лиц старше 70 лет).

Стандартизованный показатель смертности взрослого населения (по мировому стандарту World, рассчитанному для взрослых) нивелирует возрастные различия городского и сельского населения (табл. 7). И в этом случае смертность сельского населения была выше, чем городского, в 2,1 раза, то есть, в 2008 г. в сравнении с показателем смертности городского населения более высокая смертность сельского населения (на 38%) была обусловлена не возрастным фактором.

Интенсивные показатели смертности превышают стандартизованные (табл. 7), что свидетельствует о значительной доле среди умерших лиц молодых возрастов [6].

Таблица 4

Средний возраст умерших от болезней органов дыхания в Беларуси

1999 г.				2004 г.				2006 г.				2008 г.			
Город		Село		Город		Село		Город		Село		Город		Село	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
60,6	66,8	67,9	75,5	62,7	66,9	67,9	74,5	63,4	69,1	68,4	75,5	62,8	68,0	67,9	73,5

Таблица 5

Смертность от болезней органов дыхания в Беларуси в 1988–2008 гг. (на 100 тыс. соответствующего населения)

	1988	1989	2004	2005	2006	2007	2008
БОД в целом	87,4	80,4	51,5	54,1	52,7	48,3	41,6
0–14 лет	20,0	14,1	2,8	1,5	1,1	1,0	1,6
Трудоспособное	17,0	18,5	17,7	20,8	19,0	18,3	18,4
Старше трудоспособного	372,1	338,6	189,6	192,7	190,8	184,0	119,5
Старше 70 лет	848,6	756,6	293,9	287,4	292,4	266,6	218,4
Городское	36,8	36,6	28,9	32,4	31,1	29,8	25,6
Сельское	180,8	164,7	108,8	110,3	110,0	98,3	86,3
Мужчины	97,5	93,6	79,5	86,1	84,3	78,0	69,1
Женщины	78,6	68,8	26,8	26,0	24,9	22,3	17,6

Смертность от БОД в целом в регионах республики имеет некоторые различия (табл. 8). Наиболее низкую смертность в г. Минске в определенной степени можно объяснить тем, что это – смертность городского населения мегаполиса, где имеется высокая степень доступности всех видов медицинской помощи. Смертность в г. Минске (табл. 8) ниже среднереспубликанской смертности городского населения (табл. 6) за последние пять лет в среднем в 1,3 раза.

Отмечаются низкие (относительно среднереспубликанских) показатели смертности от БОД в Брестской, Гомельской и Могилевской областях.

Вызывает озабоченность и вопросы высокий уровень смертности от БОД в Витебской и Гродненской областях.

Смертность от пневмонии в регионах также имеет свои особенности (табл. 9). Так, на фоне самой низкой смертности от БОД, смертность от пневмонии в г. Минске одна из самых высоких среди регионов

Беларуси после Витебской области. Удельный вес смертности от пневмонии в общей структуре смертности от БОД также имеет большой разброс среди регионов – от 49,4% в г. Минске до 9,5% в Гродненской области и 12,3% в Витебской. В этих регионах заслуживает внимания удельный вес смертности от хронической обструктивной патологии легких: если в г. Минске данный показатель 39,4%, то в Гродненской области – 89,3%, Витебской – 83,2% на фоне наивысшего уровня общей заболеваемости ХОБЛ в этих областях. Принимая данные г. Минска как наиболее реальные, напрашивается вывод или о некорректной диагностике пневмоний в ЛПО областей (недовыявлении), или о некорректном ведении больных ХОБЛ, в основном, на амбулаторном этапе.

Заключение

Проведенный анализ проблемы болезней органов дыхания у населения Беларуси позволил определить значимость потерь общественного здо-

Таблица 6

Смертность от болезней органов дыхания городского и сельского населения Беларуси в 2004–2008 гг. (на 100 тыс. соответствующего населения)

	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008
	Городское					Сельское				
БОД в целом	28,9	32,4	31,1	29,8	25,6	108,8	110,3	110,0	98,3	86,3
0–14 лет	1,7	1,1	0,9	0,4	1,0	5,3	2,7	1,7	2,0	3,1
Трудоспособное	13,7	16,0	14,7	15,4	14,1	30,8	36,6	33,3	27,8	33,1
Старше трудоспособного	115,2	124,7	119,4	107,8	253,6	291,2	291,0	299,8	274,0	389,1
Старше 70 лет	186,9	194,7	199,6	182,5	149,2	397,8	380,0	388,9	358,9	299,3

Таблица 7

Смертность и стандартизованная смертность (население World) от болезней органов дыхания взрослого населения Беларуси (на 100 тыс.)

	Смертность			Стандартизованная смертность		
	Город	Село	Всего	Город	Село	Всего
2007 г.	36,6	121,5	59,3	29,2	57,6	40,5
2008 г.	31,4	105,0	50,9	24,5	51,0	34,1
Отношение интенсивного показателя к стандартизованному						
2007 г.	1,25	2,11	1,46			
2008 г.	1,28	2,06	1,49			

Таблица 8

Смертность от болезней органов дыхания в регионах Беларуси (на 100 тыс.)

Регион	2004	2005	2006	2007	2008
г. Минск	21,6	24,1	21,5	22,6	19,8
Брестская область	30,3	31,3	33,1	31,4	24,9
Витебская область	93,4	98,4	112,2	95,4	85,3
Гомельская область	34,5	39,6	33,6	31,2	26,5
Гродненская область	104,9	102,2	97,2	80,1	76,0
Минская область	54,5	54,4	49,4	55,1	42,6
Могилевская область	41,3	50,0	44,3	39,3	33,6
Республика Беларусь	51,5	54,1	52,7	48,3	41,6

Смертность от пневмонии в регионах Беларуси в 2004–2008 гг. (на 100 тыс.)

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2008 г. (в процентах умерших от БОД)
г. Минск	10,9	10,7	9,1	10,7	9,8	49,4
Брестская область	4,9	5,4	5,3	5,0	5,3	21,3
Витебская область	7,8	10,0	9,0	10,6	10,5	12,3
Гомельская область	7,2	9,7	8,4	6,9	5,3	20,1
Гродненская область	8,1	9,3	7,9	6,3	7,2	9,5
Минская область	6,1	9,4	6,7	7,7	9,9	23,3
Могилевская область	13,3	15,8	10,2	9,4	9,6	28,5
Беларусь	8,3	9,9	8,0	8,2	8,2	19,7

ровья вследствие временной и стойкой нетрудоспособности и преждевременной смерти, выявить некоторые проблемные моменты в организации медицинской помощи.

В силу того, что большинство БОД – это острые состояния, вызывающие кратковременную потерю трудоспособности, ежегодно потери вследствие БОД составляют около 1700 тыс. рабочих дней – 35–37% всей временной нетрудоспособности в республике.

За период 2005–2008 гг. наблюдалось снижение первичного выхода на инвалидность; в 2008 г. предотвращено 37 случаев инвалидности детей и 334 – взрослых [3, 4]. Заболевание отдельного человека остро затрагивает проблему качества жизни, связанного со здоровьем, особенно при хронической легочной патологии, приводящей к инвалидности.

Актуальной остается проблема предотвращения преждевременной смерти вследствие БОД. Безвозвратные потери в этом случае составили за 2008 г. в структуре всех безвозвратных потерь населения по классу в целом 3,0%, из них трудоспособного населения – 3,3%, детей 0–17 лет – 2,6%. Летальность заболевших имеет тенденцию к снижению.

В столице имеются наиболее оптимальные возможности оказания медицинской помощи и ее доступности. Вызывает озабоченность высокий уровень смертности от БОД в Витебской и Гродненской областях на фоне высокой заболеваемости и смертности от хронической обструктивной патологии легких.

Отмечается более высокая смертность сельских жителей республики по сравнению с городскими, причем такая ситуация характерна для детей, трудоспособного населения и лиц пенсионного возраста.

Необходимо отметить, что (даже до подъема уровня заболеваемости в нынешнем году) ежегодно в стране умирали от пневмонии до 800 человек, в том числе дети и лица трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров, Ю.М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю.М.Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – №5. – С.4–7.
2. Доклад о глобальном бремени болезней 2004 года. – http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.htm
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сборник за 2005 г.– Минск, 2006. – 275 с.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сборник за 2008 г.– Минск, 2009. – 315 с.
5. Овчаров, Ю.К. Количественная оценка влияния амбулаторно–поликлинической службы на уровень смертности / Ю.К.Овчаров, Е.П.Какорина, А.Г.Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – Сентябрь–октябрь. – С.6–12.
6. Альбом, А. Введение в современную эпидемиологию / А.Альбом, С.Норелл. – Таллин, 1996. – 121 с.

DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN BELARUS: SITUATION REVIEW AND PROBLEMS

S.I.Antipova

The analysis of the problem on diseases of the respiratory system among the population of Belarus allowed to determine the significance of public health losses due to temporary and permanent disability as well as due to untimely death, and to reveal some problems in rendering medical care. The higher death rate among rural population as compared with urban one was observed. Such a situation was typical of children, able-bodied population and people of the pension age. It was emphasized that in the city of Minsk there was the most optimal possibility for rendering medical care and its accessibility. The high level of mortality from diseases of the respiratory system among the population of Vitebsk and Grodno regions is of great concern.

Поступила 17.08.2009 г.