



УДК 616-002.182-036.865

Г. Л. Бородина

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ САРКОИДОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии» МЗ РБ, Минск

В настоящее время саркоидоз — болезнь уже относительно распространенная, заболеваемость которой в Беларуси за последние 27 лет увеличилась в 4,5 раза и в 2004 г. достигла уровня 6,0 на 100 000 населения с тенденцией к постепенному волнообразному росту [2]. Эти данные согласуются с международными сведениями о том, что число больных саркоидозом в мире ежегодно увеличивается примерно на 2 %, а его течение становится более тяжелым [9; 11; 12]. Распространенность саркоидоза в Республике Беларусь составляет 32,1 на 100 000 населения, что значительно превышает среднемировой показатель (20 на 100 000 населения).

Большинство больных саркоидозом — молодые люди трудоспособного возраста с достаточно высоким уровнем образования, социально хорошо адаптированные, ведущие здоровый образ жизни и являющиеся основой трудовых ресурсов страны [3; 7]. Пик заболеваемости приходится на самый трудоспособный возраст — около 30 лет, а 87 % заболевших — младше 40 лет [1; 11].

Несмотря на то, что саркоидоз характеризуется относительно благоприятным прогнозом, наблюдается отчет-

ливая тенденция к увеличению числа неблагоприятно протекающих форм заболевания и уменьшению частоты спонтанных регрессий [3; 6; 12]. Причем у пациентов старших возрастных групп эти тенденции выражены особенно ярко. Склонное к хронизации и рецидивированию течение саркоидоза требует во многих случаях длительного диспансерного наблюдения с широким использованием мероприятий по медицинской реабилитации, позволяющих восстановить трудоспособность пациентов [1; 4; 6; 8]. В современной литературе имеется большое число публикаций, посвященных инвалидности при туберкулезе и неспецифических заболеваниях легких [5; 10]. Несмотря на свою актуальность, проблема инвалидности при саркоидозе и пути ее решения, к сожалению, не находят заметного отражения в современной научной литературе, а эпидемиологические сведения об инвалидности вследствие саркоидоза практически отсутствуют.

Целью нашего исследования стал анализ динамики показателей инвалидности вследствие саркоидоза в Республике Беларусь за период с 1991 по 2004 гг. с помощью автоматизированной системы «Инвалидность».

В результате исследования было установлено, что в настоящее время в Беларуси ежегодно от 1,1 до 2,6 % общего числа вновь выявленных больных саркоидозом теряют трудоспособность и становятся инвалидами. Причем для саркоидоза характерна стойкая нетрудоспособность и высокая тяжесть первичной инвалидности.

Анализ динамики первичной инвалидности (рис. 1) показал, что ее показатель вследствие саркоидоза постепенно повышался на протяжении первой половины предыдущего десятилетия, достиг своего максимума в 1995 г., а затем начал медленно волнообразно снижаться. Это подтверждается тем фактом, что среди впервые признанных инвалидами вследствие саркоидоза за 14 лет с 1991 по 2004 гг. 63,5 % составляют лица, признанные инвалидами в течение первой половины этого периода, т. е. с 1991 по 1997 гг.

Сопоставление динамики показателей заболеваемости и первичной инвалидности вследствие саркоидоза за период с 1991 по 2004 гг. свидетельствует об отсутствии тесных корреляционных связей между этими показателями (рис. 2). Несмотря на неуклонный волнообразный рост заболеваемости саркоидозом,



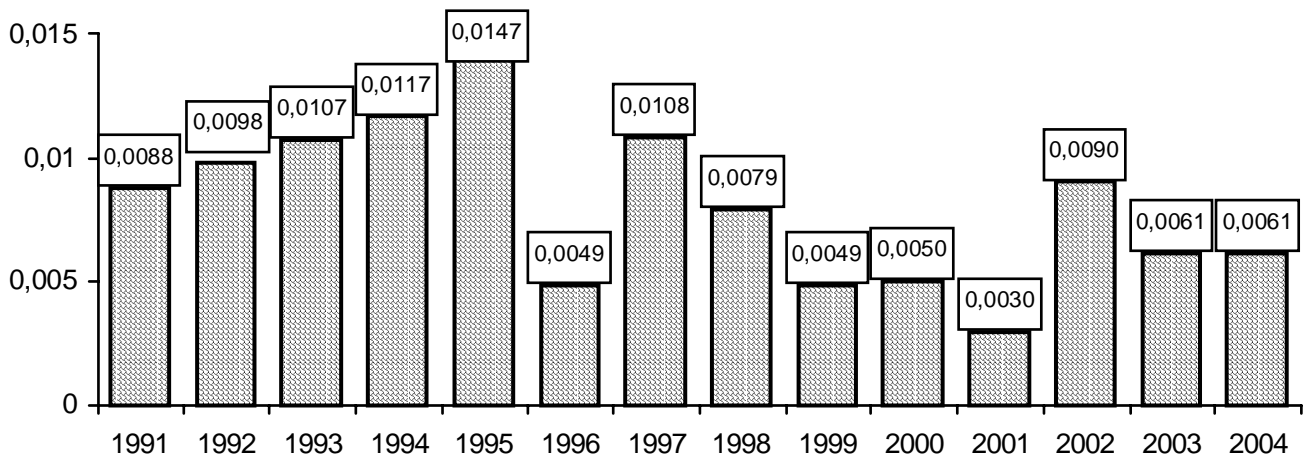


Рис. 1. Динамика первичной инвалидности вследствие саркоидоза (на 10 000 населения)

показатель выхода на инвалидность снижается. Резко увеличивается соотношение между уровнями заболеваемости и первичной инвалидности (на 100 000 населения): если в 1997 г. показатель заболеваемости превышал показатель инвалидности в 38 раз, то в 2004 г. — уже в 98 раз. Это обстоятельство свидетельствует о том, что уровень инвалидности вследствие саркоидоза не находится в прямой зависимости от эпидемиологических факторов, а во многом отражает эффективность внедрения современных диагностических приемов и новых подходов к лечению и реабилитации саркоидоза в Республике Беларусь.

Среди первично признанных инвалидами вследствие саркоидоза преобладают женщины (60,7 %) и городские жители (70,2 %), что в целом соответствует структуре за-

болеваемости саркоидозом (рис. 3, 4).

Соотношения мужчины/женщины и городские/сельские жители среди инвалидов вследствие саркоидоза на протяжении последних 14 лет остаются стабильными. К наиболее распространенным причинам инвалидности при саркоидозе относится прогрессирующая дыхательная недостаточность, определяющая стойкий характер нетрудоспособности и низкий процент реабилитации. Генерализованная форма саркоидоза с поражением других жизненно важных органов (прежде всего сердца) приводит к инвалидности несколько реже, но, к сожалению, в более раннем возрасте. В целом, при оценке тяжести первичной инвалидности выяснилось, что в 54,7 % случаев больным сразу устанавливались II или I группа инвалидности (рис. 5). Среди

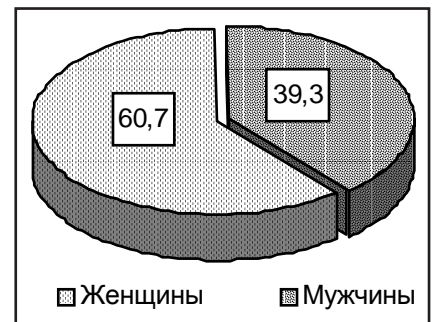


Рис. 3. Половая структура первичной инвалидности при саркоидозе, %

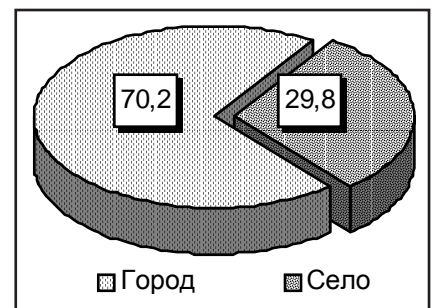


Рис. 4. Соотношение городских и сельских жителей в структуре первичной инвалидности при саркоидозе, %

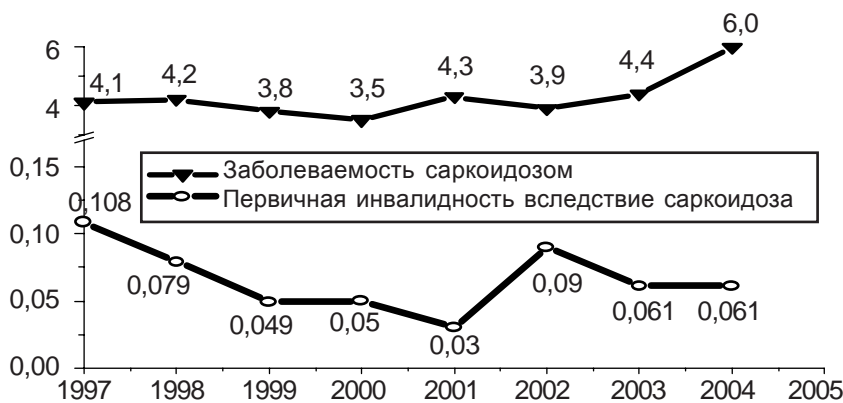


Рис. 2. Сравнение показателей заболеваемости и первичной инвалидности вследствие саркоидоза (на 100 000 населения)

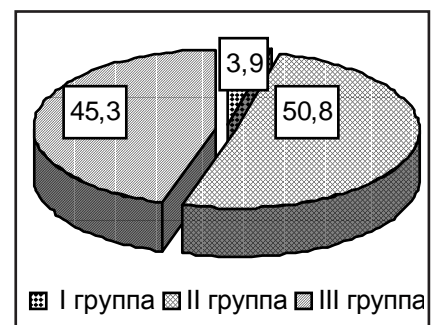


Рис. 5. Тяжесть первичной инвалидности при саркоидозе, %



тех, кому была первично присвоена инвалидность III группы, больше лиц, занимающихся физическим трудом. Занятие умственным трудом позволяет больным сохранять трудоспособность несколько дольше, и именно для этой категории пациентов характерно установление сразу высокой степени инвалидности.

Динамика тяжести инвалидности при саркоидозе носила разнонаправленный характер. Положительная динамика наблюдается при полной или частичной реабилитации инвалидов, а отрицательная — при утяжелении степени инвалидности. Анализ динамики этого показателя за период с 1991 по 2004 гг. свидетельствует о том, что в среднем только у 14,6 % ранее признанных инвалидами II группы определялась положительная динамика тяжести инвалидности, то есть этим больным при переосвидетельствовании была установлена III группа. У инвалидов III группы в среднем в 15,2 % случаев отмечалась отрицательная динамика тяжести инвалидности, у 75 % больных изменений в степени тяжести инвалидности не наблюдалось, а положительная динамика наблюдалась только у 9,8 % пациентов, которые при переосвидетельствовании не были признаны инвалидами. Таким образом, полная ре-

билитация инвалидов при саркоидозе за период с 1991 по 2004 гг. наблюдалась только у 4,8 % больных.

Случаи первичного выхода на инвалидность вследствие саркоидоза наблюдались практически в любом возрасте, начиная с 16 лет и включая возраст старше 75 лет (рис. 6). Однако средний возраст инвалидов вследствие саркоидоза невысок, основная часть больных — люди молодого трудоспособного возраста. Среди впервые признанных инвалидами 66,9 % составляют лица в возрасте 30–54 года. Максимальный уровень первичной инвалидности отмечается в возрасте от 35–39 лет. Однако возрастные структуры первичной инвалидности значительно отличаются у мужчин и женщин. У мужчин уровень выхода на инвалидность резко повышается, начиная с 16–19 лет, достигает максимума в возрасте от 35–39 лет (доля больных составляет 21,7 %) и затем медленно и постепенно снижается. У женщин отмечаются два равнозначных возрастных интервала с максимальным уровнем первичной инвалидности (35–39 лет и 50–54 года), когда доли вышедших на инвалидность больных достигают 20,3 %. Эта закономерность в определенной степени соответствует возрастно-

половой структуре заболеваемости саркоидозом, но возрастные структуры первичной инвалидности у мужчин и женщин отличаются более резко. Это обстоятельство дает некоторые основания говорить о менее благоприятном течении процесса у лиц мужского пола.

Таким образом, рост заболеваемости саркоидозом за последние десятилетия, утяжеление его течения, низкий уровень реабилитации пациентов и поражение наиболее трудоспособной молодой части населения превратили саркоидоз в одну из актуальных медико-социальных проблем. Внедрение современных диагностических приемов и новых подходов к лечению саркоидоза за последние десятилетия позволило добиться тенденции к снижению уровня первичной инвалидности при саркоидозе. В настоящий момент одна из главных задач заключается во внедрении в клиническую практику современных реабилитационных технологий. Внедрение программ медицинской реабилитации в практику здравоохранения позволит повысить уровень восстановления трудоспособности больных саркоидозом и качество жизни пациентов, а также в ряде случаев предотвратить наступление инвалидности.

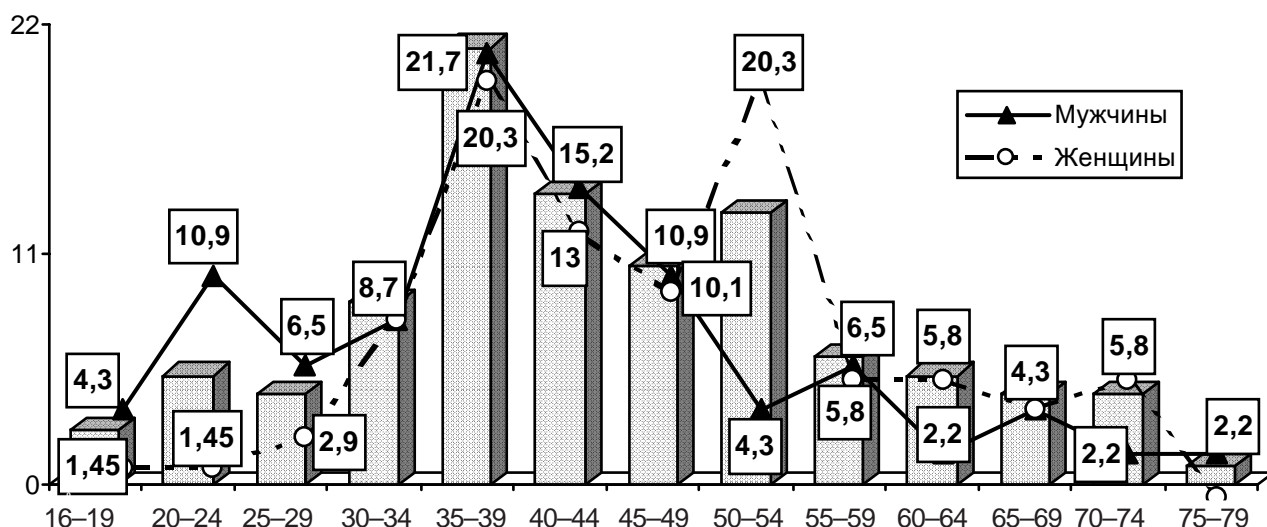


Рис. 6. Возрастная структура первичной инвалидности вследствие саркоидоза (1991–2004 гг.)



ЛИТЕРАТУРА

1. *Аmineва Л. Х.* Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение больных саркоидозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 1999. — 26 с.
2. *Борисевич Г. А.* Саркоидоз органов дыхания в Белорусской ССР (вопросы эпидемиологии, клиники, дифференциальной диагностики с туберкулезом и лечения): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1979. — 24 с.
3. *Борисов С. Е.* Саркоидоз органов дыхания: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 42 с.
4. *Гармаш Ю. Ю.* Саркоидоз в Москве (1995–2001 гг.). Основные принципы диспансерного наблюдения больных саркоидозом на временном этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 28 с.
5. *Горбач Л. А.* Клинико-эпидемиологическая характеристика инвалидности и ее динамики при туберкулезе органов дыхания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1999. — 20 с.
6. *Дауров Б. И.* Проблема реактивации саркоидоза и возможности ее решения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 48 с.
7. *Илькович М. М., Баранова О. П., Новикова Л. Н.* Саркоидоз органов дыхания // Нов. С.-Петербург. врач. ведомости. — 2000. — № 3. — С. 49-53.
8. *К концепции* медицинской реабилитации / И. Б. Зеленкевич, Л. А. Соколовская, Л. С. Гиткина и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 1998. — № 1. — С. 21-28.
9. *Поддубный А. Ф.* Саркоидоз // Материалы научных работ 11 Съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — К., 1998. — С. 244-248.
10. *Шевченко А. И.* Эффективность медицинской реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 22 с.
11. *ATS/ERS/WASOG Committee.* Statement on sarcoidosis // American Respiratory Critical Care Medicine. — 1999. — Vol. 160. — P. 736-755.
12. *Costabel U.* Sarcoidosis: clinical update // European Respiratory Journal. — 2001. — Vol. 18, supplement 32. — P. 56-69.

