



УДК: 614. 2:51]053. 2

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Б. Б. Мусельян, Н. П. Саатчян

Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

(Главный врач – проф. Е. И. Клещенко)

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ф. В. Семенов)

Особое место в оториноларингологии занимает патология детского возраста. Этому разделу ЛОР-болезней посвящены труды многих ученых как в нашей стране так и за рубежом. Специфика проявлений большинства заболеваний у детей обусловлена особенностями возрастного строения органов, физиологией, в ряде случаев – нетипичной клиникой и, конечно, трудностями диагностики.

Немаловажное значение в течении определенной патологии имеют так же индивидуальные особенности детей, условия проживания, региональные особенности климата, экологические факторы т. д.. С этих позиций нам представилось интересным проанализировать работу ЛОР отделения Детской краевой клинической больницы (ДККБ) за последние 10 лет. Эта больница является самым крупным многопрофильным педиатрическим учреждением Краснодарского края. В больнице 826 коек в 17 стационарных подразделениях, отделение интенсивной терапии на 24 койки, 14 вспомогательных подразделений. ДККБ является школой передового опыта, на базе которой проходят обучение специалисты ЛПУ края, а также клинической базой 5 кафедр Кубанской медицинской академии, базового медицинского училища и медицинского колледжа.

Детское отделение болезней уха, горла и носа было организовано в 1988 году. С момента создания отделение является базой кафедры «Уха, горла и носа», а с 1992 года и базой курса ЛОР-болезней ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета. В отделении проходят обучение клинические ординаторы, врачи-интерны, врачи.

Отделение оказывает плановую и экстренную круглосуточную помощь детям Краснодарского края и города Краснодара.

Цель работы

Изучить изменение структуры госпитальной патологии у детей за десятилетний период на примере ЛОР-отделения Детской краевой клинической больницы.

Задачи исследования

1. Проанализировать структуру госпитальной патологии детей с патологией ЛОР-органов по основным заболеваниям за десятилетний период.
2. Выявить изменения в соотношении оказания экстренной и плановой медицинской помощи за тот же период.

Материал и методы

Был произведен анализ 12674 историй болезней ЛОР-отделения ДККБ за период 1998–2007гг. На основании проведенного анализа была выявлена определенная динамика по отдельным нозологическим формам, что позволило сделать некоторые заключения по особенностям течения ЛОР патологии в одном из южных регионов РФ.

Результаты и обсуждения

Указанные задачи были решены путем логического анализа отчетных данных отделения за последние десять лет (табл. 1).



Таблица 1

Количество больных с различными заболеваниями ЛОР-органов,
госпитализированных в ЛОР-отделение ДККБ за период с 1998–2007 гг.

Наименование заболеваний	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Новообразования</i>										
1. Доброкачественные	25	27	30	29	33	37	40	45	55	66
2. Злокачественные	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Болезни нервной системы</i>										
Поражение лицевого нерва	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
1. Менингит	5	3	4	2	1	3	1	2	3	1
2. Абсцесс мозга	2	0	1	0	0	3	0	0	0	4
3. Эмпиема мозга	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<i>Болезни уха и сосцевидного отростка</i>										
1. Болезни наружного уха	10	12	7	8	9	9	8	9	8	19
2. Острый негнойный средний отит	20	18	16	15	17	14	12	11	7	8
3. Острый средний отит с гноеотечением	50	45	48	47	45	46	47	48	50	31
6. Мастоидит, антрит	15	16	17	17	19	18	19	19	26	27
9. Нейросенсорная потеря слуха	40	37	35	35	36	37	35	37	14	31
<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Болезни органов дыхания</i>										
1. Острый гайморит	90	87	88	87	86	85	85	84	66	30
2. Искривление перегородки носа	35	39	40	40	41	43	44	45	29	70
6. Хронический ринит, фарингит	30	28	26	25	21	22	20	15	29	40
7. Хронический синусит	50	53	51	54	55	51	56	46	59	72
8. Хронический тонзиллит	115	118	121	135	154	153	169	172	113	143
9. Аденоиды	500	516	556	568	572	597	582	785	666	885
10. Гипертрофия небных миндалин с гипертрофией аденоидов	40	46	46	45	49	48	50	51	72	59
12. Паратонзиллярный абсцесс	23	19	21	20	13	18	19	21	14	21
15. Флегмона орбит	10	9	7	8	5	8	5	3	7	6
16. Реактивный отек век	30	29	28	25	26	24	26	27	14	16
<i>Травмы и отравления</i>										
1. Перелом лицевых костей	20	19	21	20	18	19	22	24	11	21
2. Травма глотки, пищевода инородным телом	10	9	6	8	9	8	7	7	4	6
3. Поверхностные травмы и раны лица	8	6	7	5	6	5	7	5	6	8
5. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов	50	49	51	51	50	49	46	41	45	50
6. Инородные тела пищевода	40	37	39	38	36	27	29	29	34	41

Из таблицы видно, что в структуре нозологических форм основное место занимает патология органов дыхания. Этот факт бесспорно имеет место для любого детского ЛОР отделения, поскольку во многом характеризует физиологическую активность лимфоидного кольца глотки и обусловлен возрастными особенностями формирования иммунной системы.

На рисунке 1 представлен удельный вес различных нозологических форм в структуре заболеваний органов дыхания.

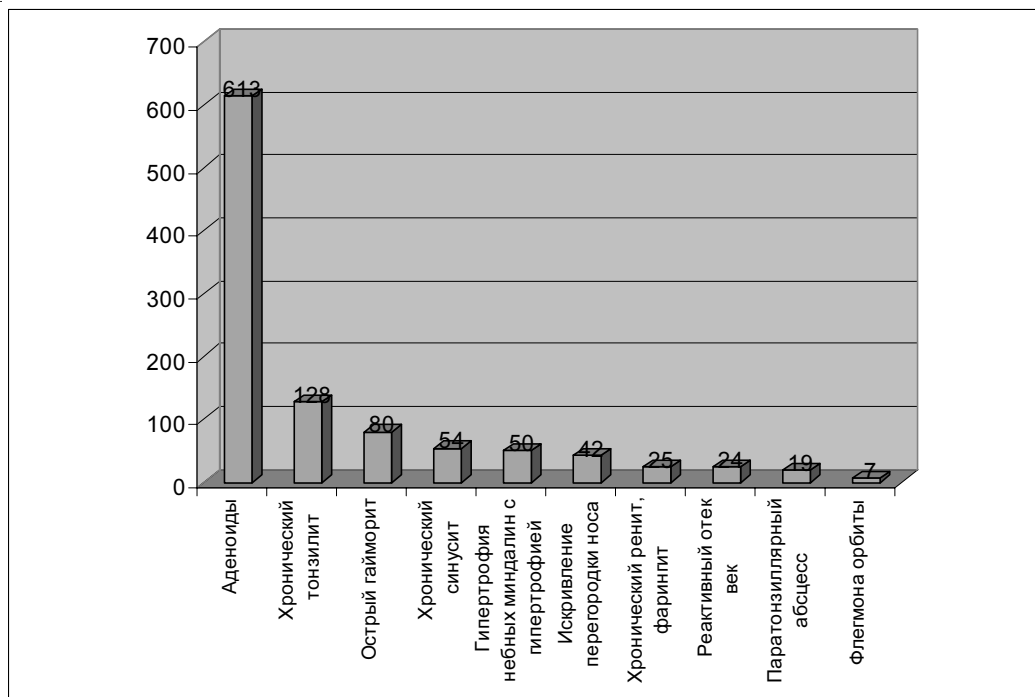


Рис. 1. Количество больных с различными заболеваниями органов дыхания.

В структуре патологии органов дыхания патология лимфоидного кольца глотки имеет наибольший удельный вес. Тем не менее обращает на себя факт статистически достоверного увеличения количества больных с аденоидами за исследуемый период, а так же больных с гипертрофией небных миндалин, хронического тонзиллита ($p \leq 0,005$).

Обращает на себя внимание уменьшение количества больных с острыми формами синуситов, особенно в последние годы. По сравнению с 1998 годом, в 2007 году количество больных с острым гайморитом уменьшилось в практически в три раза. На наш взгляд это уменьшение характеризует не действительное снижение этой патологии в Краснодарском крае, а, в большей степени более активное ведение подавляющего количества больных врачами поликлиник и районных стационаров.

Следует отметить значительное увеличение больных с хроническими формами синуситов. В этой категории больных наибольший рост отмечен в последние два года ($p \leq 0,005$).

Закономерным, в этом плане выглядит факт уменьшения больных с орбитальными осложнениями синуситов (практически в два раза по сравнению с 1998–1999 гг.). На наш взгляд это можно расценивать как позитивный момент формирования нового современного подхода к проблеме лечения хронических синуситов.

По данным, представленным в таблице 1, в последний год значительно увеличилось количество больных, которым в детском ЛОР-отделении проводилась подслизистая резекция носовой перегородки. Это объясняется как появлением современной аппаратуры в отделении, так и изменившейся в последние годы тактикой в лечении детей с искривлением носовой перегородки.

Стабильным за исследуемый период осталось количество больных с хроническим фарингитом и паратонзиллярным абсцессом ($p \geq 0,01$).

Второй по частоте патологией по данным проведенного анализа является патология уха и сосцевидного отростка. Несколько настораживает факт увеличения количества больных с наружным отитом, причем в большинстве случаев имеет место рецидивирующие формы воспаления с грибковой или смешанной флорой.

Уменьшение количества больных с негнойными формами среднего отита, в том числе с экссудативным отитом, за период 2004–2007 гг по сравнению с началом статистического ана-



лиза весьма значителен ($p \leq 0,005$). Внедрение в лечение экссудативных форм средних отитов лазерного шунтирования барабанной перепонки, позволило во многих случаях лечить больных амбулаторно и значительно сократило время пребывания больных в стационаре.

Без динамики в течение практически всего исследуемого периода выглядит количество больных с острым гнойным средним отитом и мастоидитом. Однако в 2006–2007 отмечена негативная тенденция в отношении этих взаимосвязанных заболеваний – уменьшение количества больных, получающих стационарное лечение с гнойными формами среднего отита и значительное (практически в два раза) увеличение больных с осложнениями этого заболевания (антритами и мастоидитами). Этот факт требует более детального рассмотрения с соотношением всех объективных и субъективных причин.

Нейросенсорная потеря слуха среди больных стационара встречается в основном в виде острых форм (75%) и не имеет статистически достоверной динамики за исследуемый период.

Третье место в структуре патологии оториноларингологического отделения ДККБ занимают травмы и инородные тела ЛОР-органов. Какой-либо значительной динамики здесь не выявлено ($p \geq 0,05$). Эта патология среди заболеваний верхних дыхательных путей и уха у детей всегда занимала важное место и является сложным разделом детской оториноларингологии.

Обращает на себя внимание негативная тенденция в увеличении больных с доброкачественными заболеваниями верхних дыхательных путей. В большинстве случаев – это папилломатоз гортани (82%). Увеличение больных с этой патологией наблюдается из года в год и выглядит достаточно настораживающе.

В соответствии со статусом и спецификой Детская краевая клиническая больница оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь. В последние годы наблюдается изменение соотношения обращений по обоим направлениям (рис. 2).

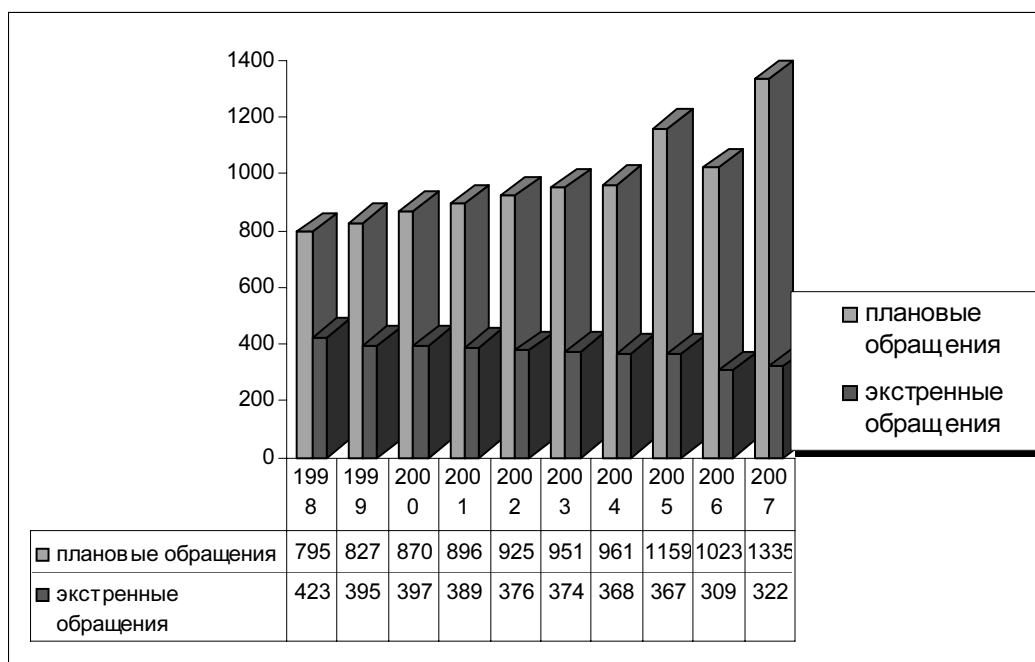


Рис. 2. Соотношение плановых и экстренных обращений.

Как видно из рисунка 2 на протяжении последних десяти лет наблюдается планомерное увеличение плановых обращений с параллельной тенденцией снижения экстренных. Это обусловлено двумя различными тенденциями. Снижение уровня экстренных обращений в ДККБ свидетельствует о повышении уровня оказываемой экстренной медицинской помощи по краю, а рост плановых обращений связан, прежде всего, с организацией центров высоких технологий в Краснодаре и в частности в ДККБ.



Заключение

Таким образом, проведенный статистический анализ работы детского ЛОР-отделения в структуре многопрофильной клинической больницы позволил выявить ряд интересных фактов, дальнейший анализ которых безусловно окажет большую помощь в совершенствовании организации оториноларингологической помощи детям.

УДК: 616. 216–002: 615. 837. 3

ОЗОН/НО-УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЭКССУДАТИВНЫХ ПОЛИСИНУСИТОВ

М. А. Оспанова, С. А. Оспанова, Н. Е. Ибраков

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия

г. Шымкент, Республика Казахстан

(Зав. каф оториноларингологии – проф. С. А. Оспанова)

Воспалительные заболевания околоносовых пазух носа являются одной из серьёзных проблем оториноларингологии. Больные с воспалениями околоносовых пазух составляют 29–30% [1] всех пациентов стационаров и 15–16% амбулаторных больных [8]. Удельный вес госпитализируемых по поводу синусита ежегодно увеличивается на 1,5–2% [2].

Наиболее часто воспаление возникает в верхнечелюстной пазухе. Однако, чаще всего воспаление распространяется не на одну, а на несколько пазух – возникает полисинусит. Клетки решетчатого лабиринта, находясь в центре граничат со всеми остальными пазухами, кроме того, патологический секрет из пазух стекает в средний и верхний носовые ходы и контактирует с решетчатой костью. Эти факторы способствуют частому вторичному вовлечению в воспалительный процесс клеток решетчатого лабиринта [3, 7].

Широкое применение антибиотиков при лечении синуситов привело к увеличению удельного веса антибиотикоустойчивых микроорганизмов.

В связи с нерациональной терапией острых процессов нарастает количество хронических синуситов. Лечение острых и хронических синуситов до настоящего времени остается открытым. Об этом свидетельствует чрезвычайное многообразие средств и методов консервативного и хирургического лечения [5, 8, 9].

Известные традиционные способы обработки тканей очага инфекции при лечении экссудативных полисинуситов, а также лекарственные и технические средства воздействия на очаг инфекции, имеющиеся в арсенале врача-оториноларинголога, не могут обеспечить качественную санацию, максимально возможное бактерицидное воздействие на аэробную и анаэробную микрофлору, а также купировать явления тканевой гипоксии.

При лечении синуситов основная ставка была сделана на современные хирургические технологии – ЯМИК-3, ЯМИК-5. Они атравматичные, высокоэффективные, завоевали авторитет у оториноларингологов и пациентов.

В качестве антисептика мы использовали озонированный физиологический раствор, так как широко применяемые растворы антисептиков и антибиотиков обладают низким антимикробным действием, а повышение их концентрации приводит к параличу реснитчатого эпителия слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, а также снижению иммунного статуса и т. д. [4, 7].

Цель. Повышение эффективности комплексного лечения больных острым и хроническим гнойным полисинуситом с использованием озон/No, низкочастотного ультразвука и ЯМИК-5 метода.