

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

А.К. Шишева, М.Ю. Коркмазов
ЧелГМА, г. Челябинск

Проведен клинико-статистический анализ качества и эффективности госпитального звена оказания помощи при заболеваниях носа и околоносовых пазух (ОНП). Определена структура заболеваемости. Рассчитаны сроки стационарного лечения, длительность временной нетрудоспособности, проанализированы характер и результаты лечения по нозологическим формам. Выявлены недостатки в организации стационарной помощи больным с патологией носа и околоносовых пазух.

Ключевые слова: структура заболеваемости, патология носа и околоносовых пазух, качество специализированной помощи.

Высокая распространенность оториноларингологической патологии, рост числа заболеваний носа и околоносовых пазух, в том числе осложненных форм синуситов, рост числа травм и новообразований лор-органов и несовершенство организации оказания специализированной помощи определяют необходимость снижения уровня оториноларингологической заболеваемости (Пальчун В.Т., 1998; Арефьева Н.А., 1999; Одарченко И.Н., 2000; Бобров В.М., 2003; Кравченко Д.В., 2005; Палажук О.А., 2009; Krajewski M.J., 2002 и др.).

На современном этапе развития клинической медицины, и в частности ринологии, особое значение приобретает интеграция достижений медицинской науки в практическое здравоохранение. Проведение эффективных диагностических, лечебных и лечебно-профилактических мероприятий при большинстве ринологических заболеваний возможно при условии информированности оториноларингологов, с одной стороны, и достаточной технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений, с другой [5].

С середины прошлого века во всем мире наметилась неуклонная тенденция к росту патологии носа и околоносовых пазух, чему способствовало ухудшение экологической обстановки, увеличение количества респираторных аллергенов, прогрессирующее снижение местного и общего иммунитета у людей. Постепенно изменилась структура состава больных с ЛОР патологией: болезни носа и околоносовых пазух прочно заняли первое место. Согласно данным эпидемических исследований острый гнойный риносинусит ежегодно переносит около 15 % взрослого и 5–10 % детского населения [1, 3] (Крюков А.И., 2002; Полшкова Л.В., 2005; Рязанцев С.В., 2007).

Хронической патологией носа и пазух страдает

10–20 % населения, а их симптомы отмечаются у 40 % опрошенных (Ильина Н.И., 1997; Sibbald B., 1998; Клешнин Д.А., 2005). В последнее десятилетие заболеваемость хроническими синуситами на тысячу населения увеличилась в три раза, а удельный вес госпитализируемых больных увеличивается ежегодно на 1,5–2 % (Пискунов Г.З., 2002).

В Челябинске за последние пять лет уровень госпитализации больных с данной патологией вырос более чем на 3 % в год.

Хронический риносинусит не только влияет на здоровье, качество жизни больного, но также ведет к прямым экономическим потерям. К сожалению, точных данных по этой проблеме недостаточно. По данным Ray и соавт. (1999), в США общие прямые (терапевтические и хирургические) затраты при синуситах составили порядка 5,78 миллиарда долларов.

Вопросы системы организации медицинской помощи целесообразно рассматривать одновременно в четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных аспектах качества, адекватности, результативности и ее эффективности на этапах оказания помощи.

Базой для анализа качества и эффективности госпитального этапа оказания помощи больным с заболеваниями носа и околоносовых пазух были выбраны 2 городские больницы г. Челябинска: МУЗ ГКБ № 1, МУЗ ГКБ № 6, так как эти лечебные учреждения являются типичными многопрофильными городскими стационарами, имеющими в своем составе развернутые оториноларингологические отделения, оказывающие плановую и экстренную лор-помощь. Также проведен анализ в МУЗ ДКБ № 2, лор-отделение которой является базой кафедры оториноларингологии ГОУ ВПО ЧелГМА.

В процессе клинико-статистического исследования была проведена выкопировка сплошным методом данных медицинских карт стационарных больных, проходивших лечение с патологией носа и околоносовых пазух в ГКБ № 1, ГКБ № 6, ДКБ № 2 в 2009 г. Анализ проводился на основе учетной формы № 003/у «Медицинская карта стационарного больного». Всего было исследовано 1042 карты.

В структуре госпитальной заболеваемости лидирующее место занимают острые воспалительные заболевания околоносовых пазух 36,1 %. Из них 14,0 % приходится на острые фронтальные, гемисинуситы и пансинуситы, требующие обязательной госпитализации. Большая часть – 22,1 %, в свою очередь, приходится на острые верхнечелюстные и этмоидальные синуситы. Среди 230 человек, госпитализированных с данным диагнозом, 120 пациентов (52,2 %) попали в стационар впервые, состояние при поступлении было оценено врачом приемного покоя как удовлетворительное, а также у них отсутствовали какие-либо сопутствующие соматические заболевания, способные повлиять на тяжесть течения основного заболевания. Показаниями для госпитализации при данной патологии являются: тяжелое клиническое течение острого синусита, подозрение на осложнения, наличие тяжелой сопутствующей патологии или иммунодефицита, невозможность проведения в амбулаторных условиях инвазивных манипуляций [2]. Таким образом, можно констатировать, что данной группе больных, составившей 11,5 % среди общего числа пациентов с патологией носа и пазух, не требовалась госпитализация в стационар. Эти больные могли получать лечение амбулаторно или в условиях дневного стационара.

Среди пациентов с острыми воспалительными заболеваниями околоносовых пазух статистически значимых различий по полу не выявлено (48,5 % мужчин и 51,5 % женщин).

Второе место в структуре болезней носа занимает искривление носовой перегородки – 25,8 %. При этом в 78,2 % пациенты имеют сопутствующий хронический вазомоторный или реже гипертрофический ринит. Преимущество имеют пациенты мужского пола – 75,9 % ($p < 0,05$).

Третья позиция принадлежит хроническим синуситам, включая полипозные и гнойные формы заболевания, – 20,5 %. Мужчины страдают данным заболеванием несколько чаще – 59,4 %, чем женщины – 40,6 %, что соответствует мировым статистическим данным.

Изолированные хронические риниты (без сопутствующего искривления носовой перегородки) и кисты пазух, госпитализированные для проведения хирургического лечения, составили 2,8 % и 3,1 % соответственно.

Пациенты с осложненным течением воспалительных процессов околоносовых пазух составили 0,6 % от общего числа пролеченных.

Фурункулы и абсцессы носа диагностированы в 5,8 % случаев госпитализации. При этом следует отметить, что из 60 пациентов 52 человека находились в удовлетворительном состоянии и не имели признаков тромбоза лицевых вен. Таким образом, еще в 5,0 % от общего числа случаев показаний к госпитализации можно оспаривать.

Носовые кровотечения и переломы костей носа госпитализировались по показаниям: в случаях посттравматических рецидивирующих кровотечений, кровотечений из задних отделов полости носа, когда требовалось наложение задней тампонады, инструментальной репозиции костей носа под наркозом, в случае сочетанных или осложненных травм. Мужчины в данной группе преобладали – 80,0 % ($p < 0,05$).

Анализ распределения больных с ринопатологией по возрастам выявил следующие особенности. Наибольший удельный вес отмечен в группе 20–39 лет (56,5 %), наименьший – в группе старше 60 лет (11,4 %).

В структуре населения г. Челябинска возрастная группа 20–39 лет составляет 39,9 %, группа 40–59 лет – 38,6 %, лица старше 60 лет составляют 21,5 %. Соотнося эти показатели с уровнем госпитальной ринологической заболеваемости, можно констатировать, что процент заболевших лиц до 40 лет в популяции превышает демографические показатели.

Определяется статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание пациентов молодого возраста от 20 до 39 лет с рядом нозологических форм: переломы костей носа (76,8 %), острые риносинуситы (66,4 %), искривления носовой перегородки (68,1 %), кисты пазух (65,5 %). Больные с обострениями хронических риносинуситов составили большинство (46,7 %) в средней возрастной группе от 40 до 59 лет.

Так как наиболее частой причиной носовых кровотечений являются хронические соматические заболевания (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, гематологические заболевания и др.), данная патология чаще встречалась среди пациентов старше 60 лет (44,0 %). Среди лиц молодого возраста (28,0 %) причинами носовых кровотечений, требующих госпитализации, чаще являются травмы и острые респираторные инфекции.

Эффективность оказания специализированной стационарной помощи в значительной степени определяется сроками лечения больных на круглосуточной койке.

Проведенный анализ позволил установить, что средние сроки пребывания больных с заболеваниями носа и ОНП в стационаре составили $8,2 \pm 0,2$ койкодня. Для сравнения, средние сроки госпитализации по данным городских клиник г. Санкт-Петербурга составляют 5,1 дня [4].

Выявлено, что 17,5 % пациентов с заболеваниями носа и пазух выписываются из стационара в течение первых пяти суток. Среди нозологий короткие сроки лечения определены в 71,8 % при

кистозном поражении пазух. Следует отметить, что эту долю составили больные, оперированные с применением малоинвазивных технологий. В противоречие этому 6,4 % пациентов с аналогичным диагнозом провели в условиях стационара более 16 дней. Операции им проводились радикальными методами.

Подавляющее большинство больных выписываются из стационара в сроки до 10 дней (87,8 %). Среди пациентов с длительными для лор-патологии сроками лечения закономерно определяются больные с осложненным течением синуситов, а также больные хроническими риносинуситами (ХРС). Разница в сроках лечения хронических риносинуситов от 2 до 20 дней обусловлена отсутствием единых подходов и тактики лечения. В короткие сроки до 5 суток выписываются больные, перенесшие ФЭМХ. Средние сроки лечения преимущественно имеют пациенты при консервативном лечении обострений гнойных процессов. При этом консервативному лечению подвергаются пациенты, которым в силу возраста или тяжелой сопутствующей патологии не показано оперативное вмешательство. В сроки более 10 дней укладываются больные при лечении радикальными методами, а также подвергшиеся повторным вмешательствам. Для сравнения, 62,1 % пациентов с ХРС в г. Санкт-Петербурге выписываются в срок до 5 суток [4].

Анализ исходов лечения показал, что с выздоровлением из стационара выписано 48,8 % пациентов, с улучшением 50,7 %. Доля пациентов, выписанных без изменения состояния при заболеваниях носа и пазух, ничтожна – 0,5 %. Ухудшения состояния в результате проведенного лечения не наступило ни у одного больного. Летальных исходов в обследуемом контингенте за указанный период не было. В группе больных, выписанных с выздоровлением, закономерно преобладают пациенты с острыми состояниями: острые синуситы (98,2 %), фурункулы и абсцессы носа (96,6 %), носовые кровотечения (84,0 %) и переломы костей носа (76,6 %). Среди больных, выписанных с улучшением, преобладают пациенты с хроническими заболеваниями, а также перенесшие оперативное вмешательство и требующие дальнейшего амбулаторного долечивания: ХРС (99,0 %), искривления носовой перегородки (96,6 %), хронические риниты (89,6 %).

Показателем эффективности лечения в стационаре является восстановление трудоспособности пациентов. Около половины пациентов выписаны из стационара трудоспособными (52,1 %). Это связано в первую очередь с тем, что среди госпитальных больных у половины (47,2 %) была диагностирована острая патология носа и ОНП. Более чем у трети пациентов (38,3 %) трудоспособность была временно утрачена, и им требовалось амбулаторное долечивание. Возможность проведения подобной терапии на койках дневного стационара при круглосуточном способствовало

бы удовлетворению существующей высокой потребности в амбулаторной помощи, с одной стороны, и улучшению преемственности между больничной и внебольничной помощью, с другой. Трудоспособность была стойко утрачена в 1,0 % случаев, преимущественно у пациентов старше 60 лет. Надо отметить, что все случаи стойкой утраты трудоспособности не были связаны с основным заболеванием, по поводу которого проводилось лечение в условиях лор-отделения.

Общее количество выданных листков нетрудоспособности составило 768 штук (73,7 %). Среди них с закрытыми листками выписано 405 пациентов (53,0 %), с открытыми – 363 (47,0 %). Средняя длительность больничного листа за время лечения в стационаре составила $9,9 \pm 0,2$ дня.

Стандартная терапия острого бактериального синусита включает системное назначение антибактериального препарата, местное использование деконгестантов и назначение нестероидных противовоспалительных средств. Н-блокаторы, муколитики, иммуностимуляторы и физиотерапия назначаются по дополнительным показаниям. В госпитальных условиях предпочтительным считается парентеральный путь введения противомикробных лекарственных средств.

Как показал анализ, 376 карт больных острым синуситом, данные пациенты в 7 % случаев получали незащищенные пенициллины, являющиеся препаратами первого выбора при лечении в амбулаторных условиях. Защищенные пенициллины получали лишь 2 % больных. Основными препаратами, используемыми в стационарных условиях, являлись цефалоспорины – 82 % случаев. При этом в 42 % случаев это были цефалоспорины I поколения (цефазолин) и в 40 % – цефалоспорины II–IV поколений (цефтриаксон, цефепим, цефуроксим и др.). Препараты альтернативного ряда были назначены в 11 % случаев. Эти назначения вполне оправданы при наличии соответствующих показаний. К ним относят современные макролиды (азитромицин, кларитромицин), фторхинолоны III–IV поколений (левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин), карбопены. Однако в 2 % случаев был необоснованно назначен ципрофлоксацин, имеющий низкую природную чувствительность в отношении пневмококка.

Физиотерапию получали 234 пациента из 376, деконгестанты – все больные, антигистаминные препараты назначены в 132 случаях. Соответствующие показания, обосновывающие эти назначения, в ряде карт отсутствовали.

Проведенный анализ позволил нам констатировать неадекватные назначения при остром бактериальном синусите в 51 % случаев.

Показатели, характеризующие оперативную активность, являются ведущими в характеристике работы любого хирургического отделения, в том числе оториноларингологического. Оценивая характер лечения, проведенного больным с патоло-

гией носа и ОНП, можно констатировать, что 50,2 % пациентов пролечены консервативно, в 34,9 % случаев проведены стандартные хирургические вмешательства и лишь в 14,9 % были использованы современные малоинвазивные методики вмешательств (табл. 1).

Так, пациенты с острыми риносинуситами, в подавляющем большинстве 99,2–100 % получали консервативную терапию. При фурункулах носа в 86,7 % случаев не потребовалось вскрытия абсцесса.

Больные с искривлением носовой перегородки, хроническим ринитом, кистами и мукоцеле пазух госпитализируются в лор-отделения в плановом порядке для оперативного лечения. Поэтому оперативная активность при данных нозологиях закономерно приближается к 100 %.

Кисты и мукоцеле околоносовых пазух были оперированы с применением эндоскопов в 87,5 % случаев, хотя возможность использования ФЭМХ была в 100 %. Больным с хроническими ринитами в 96,6 % случаев были применены стандартные вмешательства: конхотомии, вазотомии с латеро-конхопексией без использования эндоскопов. Лишь одному пациенту была произведена эндоскопическая шейверная вазотомия. Больным с искривлениями носовой перегородки в подавляющем большинстве – 84,4 % случаев оперативные вмешательства проводились без использования эндовидеоаппаратуры, хотя применение современных методик примерно в половине случаев позволило бы уменьшить объем резекции и улучшить функциональный результат вмешательства.

Отсутствие единой тактики в лечении наиболее очевидно при ХРС. Так, 29,0 % пациентов при данной нозологии лечились консервативно, 31,8 % – стандартными оперативными методиками и 39,2 % с применением вариантов ФЭМХ. Первую группу составили больные с гнойными формами – 19,9 %

и полипозно-гнойными формами – 9,1 % ХРС. При этом у ряда пациентов имелись относительные противопоказания к оперативному вмешательству: пожилой возраст, наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, необходимость иммунокоррекции и др. (40,3 %). Остальным 59,7 % пациентам могли быть применены варианты ФЭМХ. В историях болезни 68 больных ХРС, оперированных стандартными методами клинические обоснования применения данных методик никак не отражены. Причиной выполнения данных вмешательств, вероятно, являлась рутинная практика.

В табл. 2 представлено соотношение стандартных и малоинвазивных хирургических вмешательств при заболеваниях носа и ОНП в зависимости от медицинского учреждения.

На сегодняшний день, имея в своем распоряжении эндоскопическое и микроскопическое оборудование, только треть оперативных вмешательств (28,6 %) проводится с применением современных методик. По данным зарубежных и ряда российских авторов, показания к использованию эндоскопических методик постоянно расширяются и около 70 % патологических состояний носа и ОНП, включая осложнения и новообразования, могут быть оперированы эндоназальным доступом.

Дорожная клиническая больница, являясь базой кафедры Челябинской государственной медицинской академии с преимущественно плановым характером госпитализации, имеет высокие показатели оперативной активности. Так, 57,6 % больных с заболеваниями носа и ОНП оперируются с применением малоинвазивных методов. В городских больницах № 1 и № 6 подобные вмешательства проводятся лишь в 16,9 % и 18,1 % случаев соответственно.

Таким образом, можно констатировать, что существующая на сегодня система организации

Таблица 1
Распределение больных с патологией носа и околоносовых пазух по характеру лечения в стационаре

Диагноз	Консервативное лечение		Оперативное лечение				Итого	
			стандартное		эндоскопич.			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Острый верхнечелюстной, этмоидальный синусит	228	99,2	1	0,4	1	0,4	230	100,0
Острый фронтальный, гемисинусит, пансинусит	146	100,0	–	0	–	0	146	100,0
Хронический синусит	62	29,0	68	31,8	84	39,2	214	100,0
Осложненный синусит (орбитальные, внутричерепные осложнения)	3	42,9	3	42,9	1	14,2	7	100,0
Киста, мукоцеле ОНП	–	0	4	12,5	28	87,5	32	100,0
Хронический ринит	–	0	28	96,6	1	3,4	29	100,0
Искривление носовой перегородки	1	0,4	227	84,4	41	15,2	269	100,0
Фурункул, абсцесс носа	52	86,7	8	13,3	–	0	60	100,0
Носовое кровотечение	21	84,0	4	6,0	–	0	25	100,0
Перелом костей носа	9	31,0	20	69,0	–	0	29	100,0
Всего	522	50,2	363	34,9	156	14,9	1041	100,0

Таблица 2

**Распределение медицинских учреждений по характеру проводимых оперативных вмешательств
больным с патологией носа и околоносовых пазух**

Медицинское учреждение	Стандартные операции		Малоинвазивные операции		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
МУЗ ГКБ № 1	437	83,1	89	16,9	526	100,0
МУЗ ГКБ № 6	176	81,9	39	18,1	215	100,0
МУЗ ДКБ № 2	123	42,4	167	57,6	290	100,0
Всего	736	71,4	295	28,6	1031	100,0

медицинской помощи не позволяет в полной мере реализовать потребности пациента, так как затрудняет использование современных методов диагностики и лечения.

Разработка региональных стандартов лор-помощи, в частности при заболеваниях носа и ОНП, в условиях применения ФЭМХ позволит уйти от рутинной практики радикальных вмешательств.

Утверждение единых для городских отделений показаний для госпитализации позволит повысить эффективность использования дорогостоящей круглосуточной койки, сократив число круглосуточных коек. При этом, учитывая проблемы в организации амбулаторного звена, целесообразным является перевод этих коек в койки дневного стационара при круглосуточном. Это, с одной стороны, будет способствовать удовлетворению существующей высокой потребности в амбулаторной помощи, с другой – обеспечивать преемственность между больничной и внебольничной помощью.

Литература

1. Лопатин, А.С. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла, носа: руководство для врачей / А.С. Лопатин. – М.: Литтерра, 2011. – 39 с.
2. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рекомендации / сост. С.В. Рязанцев, В.И. Кочеровец. – СПб.: Национальный регистр, 2010. – 40 с.
3. Оториноларингология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 954 с.
4. Грязина, Н.В. Оптимизация организации экстренной оториноларингологической помощи в многопрофильном стационаре взрослому населению в условиях крупного промышленного города: дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Грязина. – СПб., 2007. – 149 с.
5. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. / Ю.П. Лисицин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.

Поступила в редакцию 29 апреля 2011 г.