

Опыт реализации порядка оказания оториноларингологической помощи в условиях ведомственной медицины

Г.З. Пискунов¹, Н.Ю. Сказатова²

¹Кафедра оториноларингологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»,
²ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» УД Президента РФ

Организация медицинской помощи по любой специальности должна осуществляться на основе четкого алгоритма. На основании общего уровня заболеваемости и удельного веса отдельных нозологических форм планируется структура медицинских учреждений, материальная база и кадровый состав. В основу предлагаемого «Порядка» положен принцип работы ЛОР-службы Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ. Созданный механизм взаимодействия стационарных и поликлинических ЛОР-отделений, единство в понимании значения ЛОР-органов и их заболеваний для человека, современная подготовка специалистов за годы совместной работы хорошо апробирован и его можно рекомендовать для широкого внедрения в практику.

Ключевые слова: алгоритм оториноларингологической помощи, взаимодействие стационарных и поликлинических ЛОР-отделений.

Organization of medical assistance for any profession should be based on explicit algorithm. On the basis of general morbidity and weight given to individual Nosological forms of planned structure of medical institutions, facilities and staffing. The proposed «order» based on the principle of the work of the service of the Chief Medical Office of ENT Department of affairs of the President of the Russian Federation. The mechanism of interaction of stationary and outpatient ENT departments, unity in understanding the values and ENT diseases for humans, modern training for years of joint work is well tested and can recommend for wide introduction in practice.

Key words: algorithm for Otolaryngology care, interaction of stationary and outpatient ENT departments.

Выполнение всякой работы требует не только продуманного порядка и последовательности выполнения действий, но и взаимопонимания коллектива в отношении поставленных цели и задач. Единство в понимании цели и задач делает работу интересной, более успешной и перспективной в своем дальнейшем развитии. В полной мере это относится и к оториноларингологии как науке и клинической специальности. В этом направлении в течение десятилетий работает оториноларингологическая служба Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ.

Оториноларингологию относят к узким специальностям, с чем не можем согласиться и стараемся повсеместно доказать ошибочность такого подхода. В настоящее время «благодаря» программе «Здоровье» оториноларингология в России понесла существенные потери в кадрах, отстает в своем развитии в материальном и идеологическом направлениях. В проекте «Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации» констатируется отставание медицинской науки и практики по многим параметрам [1]. Намечается ощутимый прорыв к 2020 г., предусматриваются большие организационные мероприятия. Планируется широкое наступление на болезни, являющиеся основной причиной смерти человека, прежде всего это заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологические заболевания. Действительно, это очень важно, особенно ранняя диагностика этих заболеваний, устранение факторов риска их развития, возврат к развитию профилактики. В проекте констатируется, что грипп и ОРВИ в структуре ин-

фекционной заболеваемости занимают 90%, которые приносят огромный экономический ущерб до 100 млрд рублей. Во всем проекте нет и слова об оториноларингологии, она уже давно выброшена Минздравом из списка специальностей, участвующих в профилактическом осмотре населения. Это связано с тем, что до сих пор остается мнение, что оториноларингология — узкая специальность и в жизни человека болезни ЛОР-органов играют незначительную роль.

Придется повторить то, что знают все люди, да и медицинские работники. Наиболее частые болезни у человека - заболевания верхних дыхательных путей. ОРВИ и грипп всегда начинаются и протекают с острым ринитом, насморком. Кто боится острого насморка? Пожалуй, никто. Но у 2% среди этих миллионов людей развивается гнойный риносинусит, который переходит в хроническую форму, а за ним формируется полипозный риносинусит, бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность и человек умрет от приступа астмы или дыхательной недостаточности. Где начало этой причины смерти? Правильное лечение острого риносинусита, раннее выявление хронических форм воспаления, безусловно, способствуют профилактике заболеваний нижних дыхательных путей и легких и устраняют преждевременную смерть человека или сокращение его жизни.

Миндалины и аденоиды. Кто из родителей не знаком с этими болезнями? В начале 50-х годов прошлого столетия ежегодно проводились Всесоюзные совещания по ангине. С чем это было свя-

зано? Не только с тем, что ангиной часто болеют. За ангиной следует развитие ревматизма, болезней почек, сердца. Была распространена скарлатина. На совещании присутствовали терапевты, ревматологи, инфекционисты, оториноларингологи. Причина объединения усилий — единый возбудитель этих заболеваний — гемолитический стрептококк. Были разработаны вакцины, начаты прививки, появился пенициллин (бициллин). Оториноларингологи активно начали удалять миндалины и аденоиды. Общие усилия привели к снижению распространенности скарлатины, ревматизма. Но ангина осталась, поскольку не только стрептококк вызывает воспаление миндалин. Активное удаление миндалин привело к формированию существенной прослойки иммунодефицитного населения не только у нас в стране (в Америке в армию не брали молодых людей с миндалинами). Это привело к росту аллергических заболеваний, прежде всего дыхательных путей. В настоящее время мы понимаем важную физиологическую роль аденоидов и миндалин совместно со слизистой оболочкой полости носа в формировании иммунитета и стараемся сохранять лимфаденоидные органы глотки, не удалять их без обоснованных показаний.

Можно много приводить примеров о значении болезней уха, горла и носа в здоровье человека. Кроме того, чрезвычайно важна социальная роль ЛОР-органов и их болезней, их влияние на качество жизни человека. Слух и речь у ребенка и взрослого — средство общения, инструмент для развития личности. Основное количество органов чувств расположено в ЛОР-органах. Болезни этих органов приводят к отставанию в развитии ребенка, инвалидизации взрослого. Качество жизни глухого человека, плохо говорящего, не дышащего носом несравненно ниже. Это сокращает жизнь человека, не являясь непосредственной причиной его смерти. В то же время осложнения этих заболеваний — риногенные и отогенные менингиты, абсцессы мозга, орбитальные осложнения, сепсис — являются непосредственной причиной смерти от болезней уха, горла и носа.

В последние десятилетия благодаря разработке и внедрению новых методов диагностики, принципов функциональной хирургии, методов патогенетической терапии значительно расширились возможности и границы специальности. В настоящее время оториноларингологи успешно лечат заболевания основания черепа, орбиты, слезоотводящих путей, одонтогенные поражения околоносовых пазух, рубцовые стенозы гортани и трахеи, выполняют эстетические операции, разработаны новые способы слухолучшающих операций. Это приближает нас к международному названию нашей специальности — оториноларингология — хирургия головы и шеи.

Организация медицинской помощи по любой специальности должна осуществляться на основе

четкого представления, к чему должны мы стремиться. Работа начинается с учета распространенности той или иной патологии. На основании общего уровня заболеваемости и удельного веса отдельных нозологических форм планируется структура медицинских учреждений, материальная база и кадровый состав. Создается так называемый «Порядок оказания медицинской помощи». В соответствии с этим «Порядком» проводится работа. Этот порядок может пересматриваться, дополняться в зависимости с появлением новых задач. Приказом Минздрава РФ №155Н от 28 февраля 2011 г. утвержден «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» и сурдология-оториноларингология». Это первый нормативный документ за последние 20 лет, касающийся нашей специальности. В данном случае это большой плюс к ее развитию. Но в этом документе использованы старые принципы организации оториноларингологической службы, ориентированной на койко-день, использование стационара для консервативного лечения больных, не учтены особенности ЛОР-патологии, не предусматривается в полной мере техническая оснащенность ЛОР-подразделений. Комиссия по оториноларингологии Экспертного совета РАМН по модернизации и инновационному развитию медицинской науки» (председатель комиссии — Г.З. Пискунов) разработала и обсудила на своем заседании дополнения в «Порядок» [2]. По сути дела в основу предлагаемого Комиссией «Порядка» положен принцип работы ЛОР-службы Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ. Порядок работы в нашем Управлении сложился не сразу, не директивными указаниями. Для его внедрения потребовались годы. Прежде всего необходимо было создать коллектив специалистов, знающих специальность на современном уровне, понимающих цель и задачи, стоящие перед коллективом. Для этого систематически проводились обучающие конференции и семинары, была создана кафедра последипломной подготовки, подготовлено необходимое количество специалистов, имеющих единый взгляд, знания. Была учтена особенность оториноларингологии. Одной из особенностей является то, что оториноларинголог стационара в основном занимается хирургической работой, а оториноларинголог поликлиники проводит консервативное лечение острых и хронических заболеваний, долечивание пациентов в послеоперационном периоде.

Алгоритм работы службы осуществляется следующим образом. Стационарные ЛОР-отделения работают как хирургические отделения, в которых выполняются в полном объеме все необходимые ЛОР-операции. В основном поступают больные на плановое хирургическое лечение. С острыми заболеваниями и состояниями больные поступают в том случае, если им необходимы экстренная хирургиче-

ская помощь или специальное вмешательство, например удаление инородного тела. Поликлинические ЛОР-отделения занимаются консервативным лечением острых и хронических заболеваний. При этом не только используются методы медикаментозной терапии, но и выполняются специальные процедуры (пункции и зондирование околоносовых пазух, промывание лакун миндалин, ЯМИК-процедура и др.). Кроме того, врачи поликлиник долечивают больных, которым выполнена в стационаре операция. После ЛОР-операции через несколько дней (в настоящее время средний срок пребывания в стационаре составляет около 5 дней, а в 80-е года он был равен 15-20 дням) пациент может быть выписан на амбулаторное наблюдение, хотя за короткий срок пребывания больной не достиг того состояния, в котором он может самостоятельно выполнить уход за собой. Больному нужно провести обработку полости после операции на среднем ухе, промыть околоносовые пазухи через восстановленные соустья, провести обработку полости носа, глотки и так далее. Все это должны выполнять врачи поликлиники, и они это умеют делать, разгружая, таким образом, стационарное ЛОР-отделение. Стационарное ЛОР-отделение в этом случае работает более интенсивно, оказывая большему количеству больных хирургическую помощь. Интенсифицируется работа, качественнее оказывается медицинская помощь, рационально используется коечный фонд.

Существует тесная связь поликлинических и стационарных ЛОР-отделений. Отбор больных на плановое лечение проводят врачи поликлиник. В сложных случаях вопрос о плановой госпитализации обсуждается с заведующим стационарного ЛОР-отделения, научным руководителем или с главным специалистом Управления. На уровне старших сестер отделений формируется план госпитализации и операционного дня. Таким образом, в стационаре заранее известно, кто и на какую операцию поступает. Пациент полностью обследован в поликлинике и подготовлен к хирургическому лечению. Операция выполняется чаще всего на следующий день, хотя в некоторых случаях она может быть выполнена в тот же день. На долечивание пациент возвращается к своему лечащему врачу поликлиники.

Подобный алгоритм работы для ЛОР-врачей Управления является обычным и давно привычным делом. Но, к сожалению, это не используется в ЛОР-учреждениях по стране. Опубликованный Минздравом «Порядок» не отвечает современному пониманию роли и возможности ЛОР-помощи. Не учтена современная оснащенность инструментарием и оборудованием, что не позволяет использовать современные методы диагностики и лечения. Не включено современное анестезиологическое пособие. Кадровые нормативы не привязаны к действи-

тельности. Например: на 40 коек стационарного отделения предусмотрено два врача. Два врача никогда не выполняют весь объем хирургической работы, и отделение должно заполнять койки для консервативной терапии. Это ненужные экономические потери. Можно привести и ряд других недочетов.

Нами переданы в Минздрав предложения для внесения дополнений в «Порядок» и мы надеемся, что они будут учтены.

Важным вопросом в организации оториноларингологической помощи является динамическое наблюдение. Ряд хронических заболеваний имеет тенденцию к рецидиву или обострению. Своевременное вмешательство врача при правильно организованном динамическом наблюдении дает возможность избежать рецидива и обострений.

Одним из главных является хронический тонзиллит. Это сложное заболевание во многом связано с особенностью физиологической роли миндалин и аналогичной по строению аденоидной ткани у детей. Они ответственны за формирование иммунитета человека. С первого вдоха начинается заселение верхних дыхательных путей различной микрофлорой и начинает формироваться иммунный ответ. Инфильтрация лимфаденоидной ткани и слизистой оболочки полости носа иммунокомпетентными клетками приводит к гипертрофии аденоидов и миндалин и как следствие к ряду клинических, в том числе и патологических, проявлений. Важно научиться управлять этим процессом. Следует отметить, что в этом процессе еще не все ясно. Требуется фундаментальные исследования на молекулярном и клеточном уровнях физиологических и патофизиологических процессов в этих органах. Задача врача — постараться заметить тот момент, когда физиологический процесс переходит в патологический, и принять меры консервативного или хирургического лечения. Такие взрослые и дети страдают частыми простудными заболеваниями.

Проблемой человека являются болезни верхних дыхательных путей. Кроме отмеченных выше гриппа и ОРВИ, которые являются предметом заинтересованности многих медицинских специалистов, оториноларингологов интересуют различные нозологические формы болезней носа и околоносовых пазух. Среди них полипозный риносинусит. По данным международной статистики [3], 10 лет назад полипозный риносинусит регистрировался примерно у 1% населения земли. В настоящее время эта патология регистрируется почти у 4%. Полиэтиологичность и сложность патогенеза этого заболевания, а также его сочетание с бронхиальной астмой и непереносимостью неспецифических противовоспалительных средств сделали процесс лечения сложным и неоднозначным. Уже пройден этап радикальной хирургии, который показал, что как бы хорошо ни была удалена слизистая оболочка околоносовых пазух, рецидив полипоза насту-

пает. Эндоскопическая хирургия не во всех случаях приносит положительный результат. Сочетание хирургического и медикаментозного лечения дает обнадеживающие результаты. На настоящий момент не отработаны сроки мероприятий в процессе динамического наблюдения за этими больными, что требует продолжения научных исследований по этой проблеме.

Хроническое воспаление среднего уха, в том числе с образованием холестеатомы, одна из причин внутричерепных смертельных осложнений. После хирургического лечения необходимо наблюдение за таким больным. В поликлинике важно определить, какие условия способствуют хронизации процесса, так как возникновению острого отита и переход у его в хроническую форму способствуют заболевания носа и околоносовых пазух.

Заболевания гортани, сопряженные с возникновением различного рода гиперплазии и отека, расцениваются как предраковые заболевания. Поэтому при проведении диспансеризации необходим осмотр гортани даже при отсутствии изменений голоса. Нередко обнаруживаются новообразования на голосовых складках, требующие хирургического вмешательства для идентификации характера ткани.

Одной из задач является уточнение нозологических форм ЛОР-заболеваний, требующих динами-

ческого наблюдения. Важно установить сроки периодических осмотров, отработать терапию.

В заключение следует подчеркнуть, что созданный механизм взаимодействия стационарных и поликлинических ЛОР-отделений, единство в понимании значения ЛОР-органов и их заболеваний для человека, современная подготовка специалистов за годы совместной работы хорошо апробирован и его можно рекомендовать для широкого внедрения в практику.

Литература

1. Государственная программа развития здравоохранения в Российской Федерации. http://rosminzdrav.ru/docs/doc_projects/874).

2. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология». *Российская ринология*. №3, 2012, С. 40-54.

3. EP3OS Primary Care Guidelines: European position paper on the Primary Care Diagnosis and Management of rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 – a summary. *Prim Care Resp J* 2008; 17:2: 79-89.