

ТУРЧИНА
Мария Сергеевна

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАНИЕМ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
14.01.04 – внутренние болезни

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2011

Работа выполнена в медицинском институте ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет»

Научные руководители

доктор медицинских наук

Юрий Михайлович Морозов

доктор медицинских наук,
профессор

Валерий Иванович Вишневский

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Коротков Юрий Александрович

доктор медицинских наук Халимов Юрий Шавкатович

Ведущая организация:

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко» Министерства здравоохранения и социального развития

Защита диссертации состоится 30 сентября 2011 года в 10 часов на заседании специализированного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г.Москва, ул. Добролюбова, дом 11

С диссертацией можно ознакомиться в ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава организации и информатизации здравоохранения МЗ СР РФ по адресу:

г. Москва, ул. Добролюбова, дом 11

Автореферат разослан августа 2011 года.

Ученый секретарь диссертационного Совета
доктор медицинских наук

К.Г.Пучков

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Бронхиальная астма является глобальной медико-социальной проблемой современности, значение которой, безусловно, будет возрастать в последующие годы (Р.М.Хаитов, 2001; Н.П.Княжеская, 2005; А.Г.Чучалин и соавт., 2006; Н.С.Антонов, 2006; М.В.Гамазина, 2009; Л.А.Горячкина, О.С.Дробик, 2010; АА.Arif et al., 2004; S.M.Burburan, 2007). В настоящее время этим заболеванием страдает от 5 до 10% населения в разных регионах России (А.Н.Цой, В.В.Архипов, 2001; Н.П.Княжеская, 2002; С.И.Овчаренко, 2002; Н.С.Антонов, 2002; А.Л.Верткин и соавт., 2006). Только за последнее десятилетие произошло удвоение заболеваемости бронхиальной астмой, соответственно произошло увеличение распространенности этого заболевания (Р.М.Хаитов, 2001; Л.М.Огородова, Ф.И.Петровский, 2005; В.Н.Цибулькина, 2005; М.В.Гамазина, 2009; K.S.Babu, ST.Holgate, 2002; АА.Arif et al., 2004).

В структуре обращаемости больных бронхиальной астмой, преобладают среднетяжелые формы заболевания, однако, по данным популяционных исследований, 70-75% всех случаев составляет бронхиальная астма легкого течения. Это свидетельствует о гиподиагностике этой патологии, а также о том, что больные легкими формами бронхиальной астмы выпадают из-под врачебного контроля, не получают адекватной терапии и становятся потенциальными кандидатами в группу пациентов с тяжелыми и осложненными формами заболевания (Р.М.Хаитов, 2001; А.Н.Цой, В.В.Архипов, 2001; С.Б.Бендер, А.А.Визель, 2001; Н.П.Княжеская, 2002; А.Л.Верткин и соавт., 2006; С.И.Овчаренко, 2006).

Несмотря на доступность эффективных средств и наличие разработанных рекомендаций по диагностике и лечению бронхиальной астмы, немногим более 20 % пациентов получают регулярную противовоспалительную терапию и только у 5 % больных достигнут контроль заболевания, соответствующий критериям GINA (Л.М.Огородова, Ф.И.Петровский, 2005; Н.П.Княжеская,

2005; Т.В.Сметаненко и соавт., 2006; С.И.Овчинников, 2006; В.Л.Бараташвили, М.И.Лукашов, 2006).

В плане выбора тактики лечения сложную проблему для врачей представляет сочетание у больного хирургической патологии и бронхиальной астмы (А.М.Пилецкий и соавт., 2001; А.П.Радзиховский и соавт., 2002; Н.Р.Палеев, Н.К.Черейская, 2005; Э.В.Захарова, 2009; Г.З.Пискунов, 2009; Е.С.Галимова и соавт., 2010; A.Asnaque, 2004; Dennis L. Fung, 2006; Mohammed A Youssef et al., 2007).

Одной из наиболее распространенных проблем, обсуждаемых в последнее время в литературе, является наличие у пациентов с бронхиальной астмой заболеваний верхних дыхательных путей. Более 7% из них страдают хирургическими заболеваниями придаточных пазух носа (Е.В.Носуля и соавт. 2007; Г.З.Пискунов, 2008; Р.Г.Миракян, 2009; Э.В.Захарова, 2009; С.М.Пухлик, 2010; C.Grigoreas et al., 2002; V.Samolinski et al., 2002). Выбор тактики и показаний к хирургическому лечению у больных этой категории до настоящего времени является основой дискуссии специалистов оториноларингологов и пульмонологов (Г.З.Пискунов, А.А.Ширшова, 2003; А.Ю.Овчинников и соавт., 2006; Г.З.Пискунов, 2008; Э.В.Захарова, 2009; В.В.Вишняков, 2009; С.М.Пухлик, 2010; C.Grigoreas et al., 2002; Mc. Mains et al., 2006).

По данным А.М.Пилецкого и соавт. (2001), А.П.Радзиховского и соавт. (2002), М.То et al. (2002) примерно у 10% больных бронхиальной астмой возникает необходимость в хирургических вмешательствах на органах брюшной полости.

Неразработанность многих вопросов диагностической и лечебной тактики приводит к тому, что операции у таких больных выполняются, как правило, только по жизненным показаниям, что сопровождается высоким уровнем осложнений и летальности (А.М.Пилецкий и соавт., 2001; D.H.Bremerich, 2000). Индекс причин поступления в отделения интенсивной терапии и реанимации у больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, является одним из самых высоких и составляет 2,1, что

втрое превышает таковой при желудочно-кишечных кровотечениях (В.Д.Малышев и соавт., 2002).

Отсутствие отработанной системы оказания медицинской помощи больным хирургического профиля, страдающим бронхиальной астмой, при необходимости их хирургического лечения, приводит к ухудшению течения имеющихся заболеваний, развитию осложнений, снижению качества жизни пациентов.

Поэтому поиск технологических и организационных путей улучшения результатов лечения больных бронхиальной астмой, сочетанной с патологией хирургического профиля, является актуальной задачей медицинской науки и практики здравоохранения.

Цель: создать организационно-функциональную модель лечения больных хирургического профиля при наличии у них бронхиальной астмы позволяющую улучшить оказание им медицинской помощи на этапах медицинского обеспечения населения.

Задачи исследования:

1. Определить потребности в оказании медицинской помощи населению Орловской области при сочетании у них хирургической патологии и бронхиальной астмы.

2. Изучить общие результаты оказания медицинской помощи больным хирургической патологией, сочетанной с бронхиальной астмой, на всех этапах их медицинского обеспечения.

3. Разработать технологические методы противоаллергического сопровождения больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы в период их хирургического лечения.

4. Выявить организационные направления улучшения реабилитации больных бронхиальной астмой, перенесших хирургическое лечение.

5. Создать модель медицинского обеспечения больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы.

Научная новизна

- Впервые научно обоснована существенная зависимость результатов лечения больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, от организации оказания им медицинской помощи на внестационарных этапах.
- Впервые показано, что негативные стороны оказания медицинской помощи больным с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы на догоспитальном этапе преимущественно обуславливаются поздней диагностикой аллергозаболевания (более 23% случаев) и дефектами его лечения (в 50% случаев), поздней верификацией хирургической патологии (в 26,6% случаев).
- На большом числе наблюдений доказано, что наличие у больного хирургического заболевания и бронхиальной астмы сопровождается ухудшением течения астмы в 38,4% случаев с развитием гормонозависимых форм - в 48% случаев, осложнений - в 9,1% случаев, формированием синдрома вторичного индуцированного иммунодефицита, что обуславливает необходимость целенаправленной предоперационной подготовки таких пациентов и проведения им противоаллергического лечения как во время операции, так и в послеоперационном периоде.
- На основании целенаправленного анализа данных впервые научно аргументирована необходимость организации многокомпонентного реабилитационного лечения больных бронхиальной астмой, перенесших хирургические вмешательства, важнейшими из которых являются целенаправленная диспансеризация этой категории пациентов аллергологом поликлиники и санаторно-курортное лечение.

Практическая значимость работы

Целенаправленное выделение больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы в отдельную диспансерную группу с последующим наблюдением у аллерголога поликлиники позволяет повысить качество медицинского обеспечения, достичь контроля над астмой,

своевременно подготовить больных к оперативным вмешательствам, уменьшить инвалидизацию.

Проведение как плановых, так и экстренных оперативных вмешательств больным, страдающим бронхиальной астмой, предполагает осуществление им до операции небулайзерной терапии топическими кортикостероидами с последующим ее продолжением в послеоперационном периоде. Наличие у пациента гормонозависимой астмы обуславливает дополнительное использование поддерживающих доз системных гормональных препаратов на всех этапах хирургического лечения.

Важным компонентом постстационарной реабилитации больных, перенесших хирургическое лечение на фоне бронхиальной астмы, является санаторное лечение, позволяющее существенно улучшить их качество жизни.

При обследовании и лечении больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы целесообразно применять автоматизированные больничные информационные системы, что позволяет: облегчить работу медицинского персонала за счет унификации сведений о пациенте; накапливать информацию о больных и обмениваться ей в пределах территориального медицинского объединения; проводить статистический анализ данных и контролировать состояние здоровья пациентов на всех этапах их лечения при минимальном использовании дополнительных исследований.

Использование предложенной организационно-функциональной модели медицинского обеспечения больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы позволяет регламентировать порядок оказания медицинской помощи пациентам и улучшить результаты их лечения.

Положения, выносимые на защиту

1. Результаты лечения больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, определяются не только качеством оказания медицинской помощи в хирургических подразделениях стационара, но и существенно зависят от эффективности организации оказания медицинской

помощи таким пациентам на внегоспитальных этапах их медицинского обеспечения.

2. Нарушения принципов диагностики и лечения имеющихся заболеваний у больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы на догоспитальном, отсутствие преемственности в работе специалистов терапевтического и хирургического профилей, целенаправленной диспансеризации аллергологом этой категории пациентов являются причиной снижения эффективности лечения больных этой категории.

3. Сочетание хирургической патологии и бронхиальной астмы у больных приводит к взаимоотношению имеющихся заболеваний, что обуславливает необходимость целенаправленной предоперационной подготовки таких пациентов, проведения им противоаллергического лечения, как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

4. Для повышения эффективности организации оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией, на внегоспитальных этапах медицинского обеспечения населения целесообразно проведение системного диспансерного наблюдения врачом-аллергологом с использованием информационных технологий.

Апробация и реализация результатов работы.

Материалы исследований доложены и обсуждены на: 73-й научной конференции КГМУ и сессии Центр (Курск, 2008 г.); научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации (Орел, 2009 г.); XXXXII научно-практической конференции врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС» (Москва, 2010 г.); научно-практической конференции ГВКГ им. Н.Н.Бурденко (Москва, 2010 г.).

Основные положения диссертации используются в деятельности хирургических отделений Орловской областной клинической больницы, МУЗ «Красногорская городская больница №2», отделения торакальной хирургии 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Московской области, муниципальных учреждений

здравоохранения Орловской области. По материалам работы составлены методические рекомендации «Бронхиальная астма» принятые к обязательному использованию в работе лечебно-профилактических учреждений Орловского региона.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа содержит 56 таблиц, 25 рисунков, 2 схемы. Указатель литературы включает 132 отечественных и 54 иностранных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Анализировались данные о 8093 больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы. Ввиду того, что степень проявления имеющихся заболеваний определяла условия и место оказания помощи таким пациентам, для получения достоверных сведений об их медицинском обеспечении в масштабе региона возникла необходимость изучения результатов их лечения на всех этапах в различных подразделениях медицинских учреждений (табл. 1).

При оценке результатов лечения основные сведения о больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, получены путем анкетирования, амбулаторного и стационарного обследования.

Больные этой категории, поступавшие в лечебно-профилактические учреждения на лечение, проходили комплексное клиническое обследование по общепринятым методикам. Всем пациентам выполнялось исследование функции внешнего дыхания: спирография, пикфлоуметрия. При проведении спирографии оценивались: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$), максимальная объемная скорость выдоха (МОС) в интервале

25-75%, индекс Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ). По показаниям выполнялись другие инструментальные методы обследования.

Иммунный статус оценивали на основании показателей, характеризующих клеточный, гуморальный звенья иммунитета и неспецифическую резистентность организма.

Таблица 1

Этапы, объекты исследования, источники информации

Содержание этапа	Источники информации и объемы исследования
1.1. Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов 1.2. Анализ нормативных документов по вопросам медицинского обеспечения больных аллергологического профиля	186 источников литературы, 15 нормативных документов МЗ СР РФ
2. Изучение заболеваемости, особенностей оказания амбулаторной помощи больным бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией	Отчетные данные о результатах медицинского обеспечения 5932 больных бронхиальной астмой аллергологом Орловской областной консультативной поликлиники и специалистами городских поликлиник №2 и №4 в период с 2005 по 2008 гг, аналитические данные Бюро медицинской статистики Орловской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования.
3. Изучение особенностей проявлений астмы и ее специализированного лечения у больных хирургического профиля	Данные формы № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара» касающиеся лечения 1577 пациентов в отделении аллергологии и иммунологии областной клинической больницы с 2005 по 2008 гг.
4. Анализ особенностей течения сопутствующей бронхиальной астмы при оказании хирургической помощи больным, а также изучение возможностей улучшения результатов лечения больных этой категории	Данные формы № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара» о 133 пациентах, находившихся на лечении в хирургических подразделениях областной клинической больницы с 2005 по 2010 гг.
5. Изучение возможности улучшения реабилитации больных бронхиальной астмой, перенесших оперативные вмешательства, оценка качества их жизни	Результаты восстановительного лечения 451 больных в местном санатории после перенесенных хирургических вмешательств в 2006 - 2007 гг., специально разработанные анкеты.
6. Анализ и изложение результатов исследования в печатных изданиях, разработка практических предложений по улучшению медицинского обеспечения больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы, оформление диссертации.	Статистические методики, автоматизированные системы обработки данных

Аллергологическое обследование включало: сбор аллергологического анамнеза, проведение кожных тестов, физические пробы; лабораторную диагностику.

В качестве предоперационной подготовки пациентам с сопутствующей бронхиальной астмой, получавшим системные глюкокортикостероиды в течение последних 6 месяцев, во время операции внутривенно вводилось 100 мг гидрокортизона гемисукцината или 1 мг/кг преднизолона гидрохлорида с повторным введением через 6-8 часов.

В случае выполнения плановых и срочных хирургических вмешательств этим больным в предоперационном периоде проводился курс базисной терапии ингаляционными кортикостероидами будесонидом в дозе 1000 мкг/сут. в течение 3 (при легкой форме) и 5 дней (при средней и тяжелой формах) и симптоматической - бронхолитиками.

Больным, перенесшим хирургические вмешательства на фоне бронхиальной астмы, осуществлялась небулайзерная терапия будесонидом в дозе 1000 мкг/сут. в течение 5 дней (при средней и тяжелой формах). Введения системных гормональных и антигистаминных препаратов не осуществлялось, однако в случае наличия у пациента гормонозависимой астмы в послеоперационном периоде обязательно сохранялся прием поддерживающих доз гормональных средств.

Оценка тяжести бронхиальной астмы осуществлялась в соответствии со шкалой (GINA, 2006).

За основу оценки качества жизни больных, перенесших хирургические вмешательства на фоне БА, была взята бальная система в соответствии со Шкалой Ограничений ВОЗ (Who Handicap Scale, 1980, Wade, 1992).

Необходимую статистическую обработку полученных данных осуществляли методом вариационной статистики с использованием пакета Microsoft® Office Excel 2003.

Результаты исследования

При изучении потребности в оказании медицинской помощи жителям Орловской области, имеющим сочетание хирургической патологии и бронхиальной астмы, было выявлено несоответствие официальных статистических данных о заболеваемости бронхиальной астмой населения Орловской области реальной ситуации. В соответствии со статистическими данными, предоставленными Территориальным фондом обязательного медицинского страхования, отмечается снижение общей и первичной заболеваемости населения Орловской области бронхиальной астмой. Однако, данные неофициальной статистики свидетельствуют о высокой заболеваемости населения региона бронхиальной астмой, превышающей 9,2 на 1000 жителей, с тенденцией к росту около 5 % в год.

Анализ деятельности врача-аллерголога областной консультативной поликлиники показал, что отмечается тенденция к ежегодному росту как первичной, так и повторной обращаемости пациентов, что является отражением дефицита аллергологической помощи населению на муниципальном уровне.

Обследование обратившихся к аллергологу областной консультативной поликлиники больных бронхиальной астмой показало, что хирургическая патология имеется у каждого десятого из них (табл. 2.).

На основании сведений о пациентах, пролеченных в отделении аллерго-иммунологии областной клинической больницы в период с 2005 по 2008 гг. отмечено увеличение числа пациентов, страдающих бронхиальной астмой на 28%, имеется отчетливая динамика к ежегодному росту средней степени тяжести и тяжелых форм заболевания, числа больных бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией, более 8% в год.

Проведенный анализ позволил сделать заключение, что наличие у больного хирургической патологии способствует более тяжелому течению и развитию гормонозависимых форм сопутствующей бронхиальной астмы.

Частота выявления хирургической патологии среди больных бронхиальной астмой, обратившихся к врачу-аллергологу областной консультативной поликлиники.

Вид бронхиальной астмы	Число случаев (%) выявления хирургической патологии	Всего больных (100%)
аллергическая	19 (0,7)	2789
неаллергическая	185 (77,1)	240
смешанная	121 (64,7)	187
неуточненная	9 (13)	69
Всего	334 (10,2)	3285

Изучение качества оказания медицинской помощи больным с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы на догоспитальном этапе показало, что аллергопробы выполнялись лишь половине из них, лечение хирургической патологии осуществлялось лишь 40 % пациентов, полноценную базисную терапию получал лишь один из четырех больных этой категории.

За исследуемый период отмечалось уменьшение экстренной госпитализации больных бронхиальной астмой в отделение аллергологии-иммунологии, что свидетельствует о повышении уровня лекарственного обеспечения больных этой категории на догоспитальном этапе. Однако, в 14,7% случаев при госпитализации больных бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией, в экстренном порядке отмечалось расхождение диагноза направления и клинического диагноза, что негативно сказывалось на лечении пациентов.

Результатом вышеуказанных дефектов оказания медицинской помощи явились обострения и увеличение тяжести течения бронхиальной астмы, развитие осложнений и, впоследствии, стойкая утрата трудоспособности в 39,1 % случаев.

Данные, полученные при анализе медицинских карт стационарного больного, свидетельствуют о том, что на догоспитальном этапе имеющаяся

хирургическая патология у больных бронхиальной астмой не выявляется почти в 24% случаев.

Полученные данные свидетельствуют о том, что врачами как хирургического, так и терапевтического профиля уделяется недостаточно внимания проблеме оказания медицинской помощи больным с сочетанием бронхиальной астмы и хирургической патологии, что негативно сказывается на течении имеющихся заболеваний, качестве жизни и дальнейшем лечении пациента.

Для оценки потребности в участии аллерголога при оказании помощи таким пациентам было проанализировано 63 случая обострения бронхиальной астмы у больных хирургического профиля, проходивших стационарное лечение в различных специализированных отделениях областной клинической больницы с 2005 по 2008 гг. При этом аллерголог в 75% случаев консультировал больных лишь в случае обострения бронхиальной астмы. Наличие бронхиальной астмы у больных хирургического профиля привело к необходимости в интенсивной терапии пациентов после операции в 41,2% случаев и, соответственно, увеличению длительности проводимого лечения, а также к значительному увеличению средних сроков пребывания в стационаре (табл. 3).

При изучении удельного веса больных хирургического профиля с сочетанной бронхиальной астмой, госпитализированных в отделение хирургии, астма верифицирована у 22 пациентов (1,9 %), причем у 1/3 из них астма диагностирована впервые во время госпитализации.

Анализ полученных данных показал, по причине дефектов обследования и лечения имеющейся хирургической патологии у больных бронхиальной астмой осуществлялась поздняя диагностика хирургического заболевания (26,6% случаев), плановое хирургическое лечение было отсрочено у 96,5% пациентов, в 3,5% случаев возникла необходимость хирургического лечения в ургентном порядке.

Таблица 3.

Сравнительные показатели лечения основной патологии у больных хирургического профиля при наличии бронхиальной астмы и без нее.

Сравнительные показатели	Число больных (%)		Достоверность сравнения показателей p_1 и p_2
	страдающих бронхиальной астмой (n_1)	без аллергических проявлений (n_2)	
Средняя длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии	5,1	2,9	$p < 0,001$
Развитие осложнений:			
- нагноение послеоперационной раны	2 (9,1)	15 (1,4)	$p < 0,05$
- пневмония	3 (13,6)	21 (2)	$p < 0,05$
- ТЭЛА	1 (0,8)	2 (0,2)	$p < 0,001$
Средние сроки заживления раны (сутки)	11,9	9,7	$p < 0,05$
Средний койко-день лечения	15,8	11,8	$p < 0,001$
Летальность	2 (9,1)	45 (4,3)	$p < 0,05$
Всего больных	22 (100)	1039 (100)	

Изучение качества предоперационной подготовки больных бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией, выявило, что у 20,6% пациентов отсутствовала базисная терапия астмы, большая часть из них не получала специальной премедикации и подготовки к хирургическим вмешательствам (66,6%) и диагностическим исследованиям (58,7%), более чем у половины больных отсутствовало исследование функции внешнего дыхания, а у каждого пятого пациента проводилась неадекватная или несвоевременная симптоматическая терапия осложнений астмы.

В результате дефектов предоперационной подготовки и противоаллергического сопровождения во время операции в послеоперационном периоде обострения астмы отмечались в 80,3% случаев.

Оценка эффективности противоаллергического сопровождения больных бронхиальной астмой в послеоперационном периоде была проведена на основании сведений о 22 больных, находившихся на лечении в отделении хирургии №1 областной клинической больницы. Анализ причин обострения астмы у данного контингента больных показал, что у 11 пациентов оно было обусловлено введением медицинских препаратов (56,2% случаев), проведением

оперативного вмешательства - в 37,5% случаев, погрешностями в диете - в 6,3% случаев.

Было выявлено, что у всех больных бронхиальной астмой в послеоперационном периоде отсутствовало качественное противоаллергическое сопровождение. Кроме того, практически все больные этой группы лечились без участия аллерголога.

Для поиска путей улучшения качества предоперационной подготовки больных был проведен анализ результатов предоперационной подготовки 16 пациентов, страдающих бронхиальной астмой и нуждавшихся в хирургическом лечении. Контрольную группу составили 21 больной этой категории, которым целенаправленное противоаллергическое сопровождение в до- и послеоперационный период не осуществлялось.

Проведенное исследование показало, что использование в предоперационном периоде у пациентов основной группы топических кортикостероидов, а также системных кортикостероидов для профилактики аллергии и купирования аллергических реакций способствовало уменьшению реакции воспаления, что проявлялось нормализацией показателей клеточного состава крови в более ранние сроки после оперативного лечения, отсутствию выраженного лимфоцитоза и эозинофилии. Кроме того, замечено, что в группе пациентов, получавших базисную терапию, в раннем послеоперационном периоде насыщение крови кислородом было выше, чем у пациентов контрольной группы на 5,3%. У больных основной группы прирост показателей ОФВ₁ к 5 суткам после операции в среднем составил 12,6% к исходной величине, а пиковая скорость выдоха нормализовалась, причем суточные колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ) по сравнению с пациентами контрольной группы уменьшились почти в 1,5 раза.

Использование короткого курса небулайзерной терапии будесонидом в сочетании с традиционным лечением в предоперационном периоде позволило не только в кратчайшие сроки подготовить пациента к выполнению оперативного пособия, но и добиться уменьшения частоты обострения астмы

на 23,8%, снижения числа осложнений почти в 9 раз, сократить сроки лечения больных на 14% и послеоперационную летальность на 4,8%.

Исследование эффективности противоаллергического сопровождения в послеоперационном периоде пациентов с сопутствующей бронхиальной астмой осуществлялось у 11 чел., получавших оперативное пособие в хирургических отделениях областной клинической больницы.

Полученные данные показали, что клинические результаты хирургического лечения больных с сопутствующей бронхиальной астмой при наличии противоаллергического сопровождения в послеоперационном периоде оказались несколько лучше, чем у пациентов контрольной группы, не получавших такого лечения.

В исследовании специально были изучены возможности и результаты реабилитации больных бронхиальной астмой, перенесших хирургические вмешательства, в условиях местного санатория «Дубрава» за период 2006-2007 гг. Проведенный нами анализ полученных данных показал, что отбор пациентов для такого лечения осуществляется без учета клинических показаний, несмотря на то, что у больных бронхиальной астмой, перенесших оперативные вмешательства, отмечалось ухудшение течения имеющихся заболеваний. Это свидетельствует о том, что среди врачей распространено мнение о нецелесообразности санаторного лечения пациентов с бронхиальной астмой, проявляющейся в тяжелой форме.

Тем не менее, полученные в ходе исследования данные позволяют судить о высокой эффективности санаторного лечения в плане достижения стойкой ремиссии бронхиальной астмы у больных, перенесших хирургические вмешательства, что подтверждается более высоким уровнем качества их жизни по сравнению с пациентами, не получавшими такого лечения.

С целью оценки результатов и эффективности диспансерного наблюдения за больными бронхиальной астмой, в том числе сочетанной с хирургической патологией, был проведен анализ результатов диспансеризации данной категории больных в 2-х поликлиниках г. Орла в течение года. При этом

отмечено, что диспансеризация больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы специалистами хирургических подразделений поликлиник не осуществлялась, а более половины больных бронхиальной астмой проходили лечение у пульмонолога и участкового терапевта.

Сравнительный анализ показал, что наличие аллерголога в поликлинике приводит к улучшению диагностики аллергической астмы у пациентов, а также способствует улучшению качества их лечения. Кроме того, при обследовании больных бронхиальной астмой у врача-аллерголога отмечалась более высокая выявляемость сопутствующей хирургической патологии.

Больные аллергической формой бронхиальной астмой в 5 раз чаще направлялись на проведение специфической иммунотерапии врачом-аллергологом, нежели другими специалистами. У больных, стоящих на диспансерном учете у аллерголога, средние сроки временной утраты нетрудоспособности были значительно ниже, чем в целом у других специалистов. Отражением качества оказания медицинской помощи больным бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией, при наблюдении их у врача-аллерголога является увеличение почти на 45 % числа случаев планового хирургического лечения у данного контингента пациентов.

В целом, целенаправленное проведение диспансеризации больных бронхиальной астмой, сочетанной с хирургической патологией, позволило своевременно подготовить их к плановому хирургическому лечению и повысить его результативность, а также уменьшить группу пациентов с тяжелой формой течения астмы на 25%, инвалидизацию этой категории больных – в 3 раза.

Основным направлением социальной реабилитации больных бронхиальной астмой, в том числе имеющих сопутствующую хирургическую патологию, является проведение систематической медикаментозной патогенетической терапии. В процессе исследования показано, что для пациентов с тяжелыми формами астмы препаратами выбора являются комбинированные ингаляционные кортикостероиды.

Проведенные исследования показывают, что улучшение организации оказания медицинской помощи больным с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмой является важным направлением совершенствования их медицинского обеспечения. Основными организационными мероприятиями могут быть: диспансерное наблюдение аллергологом; лечение в специализированных подразделениях имеющейся патологии с последующей реабилитацией как по месту жительства, так и в условиях санатория; создание информационной системы, позволяющей накапливать и обмениваться сведениями о пациенте в оперативном режиме; совершенствование лекарственного обеспечения больных бронхиальной астмой с целью достижения ремиссии и контроля над заболеванием.

Таким образом, порядок медицинского обеспечения больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы должен включать не только технологические, но и основные организационные мероприятия, позволяющие улучшить результаты их лечения, и может быть представлен в виде единой организационно-функциональной модели лечения таких пациентов (рис. 1.).

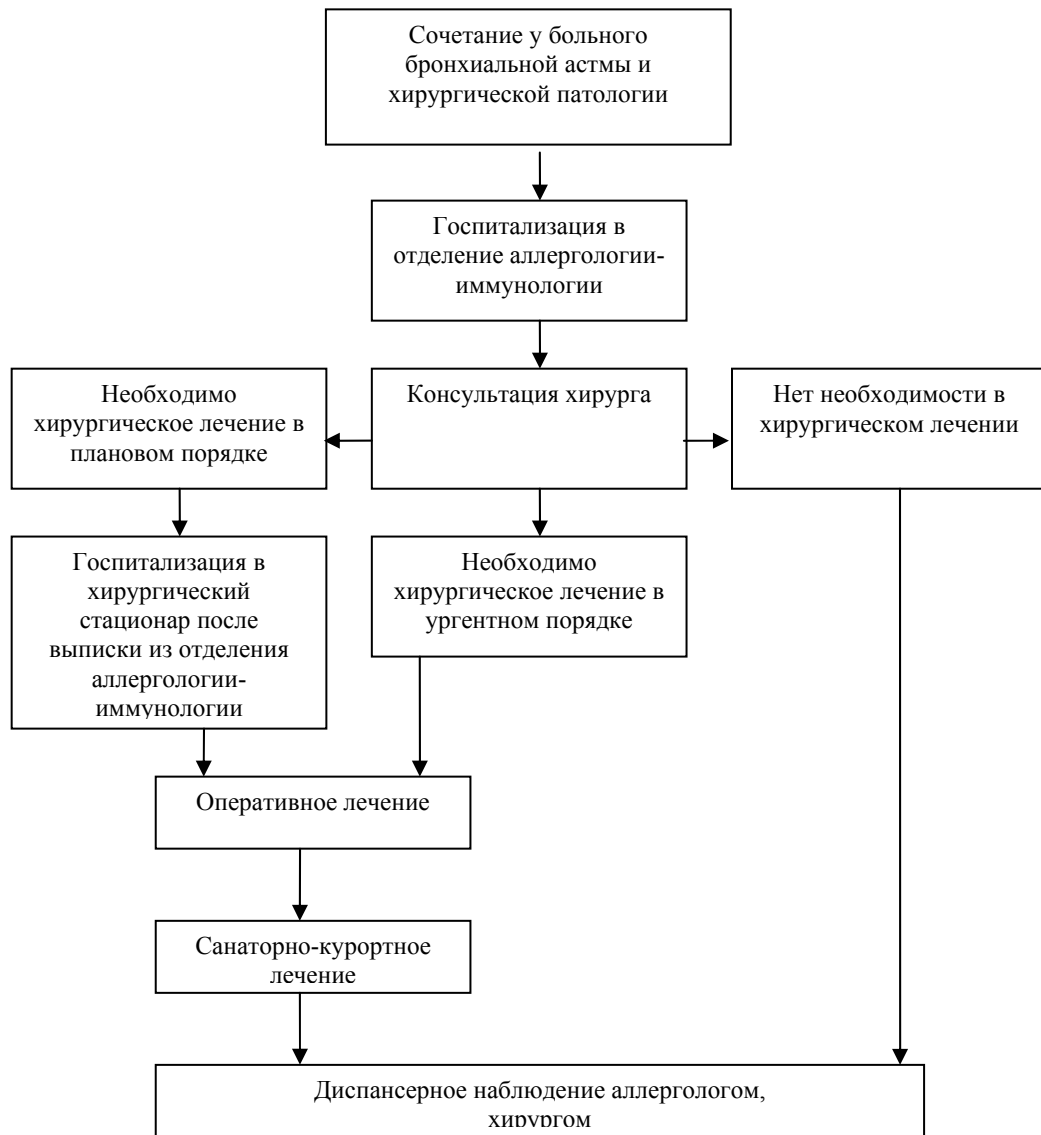


Рис. 1. Организационно-функциональная модель лечения больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы.

ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость населения Орловской области бронхиальной астмой составляет 9,2 на 1000 жителей и ежегодно возрастает на 5%. У каждого десятого из этой категории больных выявляется хирургическая патология. Нарушения принципов диагностики и лечения имеющихся заболеваний у больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы на догоспитальном этапе отмечаются более чем в 60% случаев, что приводит к увеличению тяжести течения астмы в 38,4% случаев, отказу от выполнения или

задержке хирургического пособия в 96,5% случаев, развитию хирургических осложнений в 3,5% случаев.

2. Наличие сопутствующей бронхиальной астмы у больных хирургического профиля приводит к существенному ухудшению результатов их хирургического лечения, а именно: ухудшению функции дыхания в послеоперационном периоде в 50% случаев; увеличению сроков интенсивной терапии почти в 1,8 раза; удлинению средних сроков пребывания в стационаре в 1,3 раза; росту послеоперационных осложнений в 6,5 раза; увеличению послеоперационной летальности в 2,1 раза.

3. Основными причинами ухудшения результатов хирургического лечения больных, страдающих бронхиальной астмой, являются: отсутствие консультации аллерголога и пульмонолога (в 91% случаев); отказ от мониторинга функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой до и после операции (в 100% случаев); отсутствие базисной терапии пациентам топическими стероидами (в 86,4% случаев); неадекватная симптоматическая терапия бронхолитиками, ошибки в тактике лечения у трех из четырех пациентов; отсутствие реабилитационных мероприятий в 97% случаев.

4. Специальная подготовка больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, возможна и необходима как в период их планового, так и экстренного оперативного лечения. Использование предложенной технологии подготовки этой категории больных к операции, а также методик проведения у них базисной терапии в раннем послеоперационном периоде способствует снижению частоты обострения астмы на 23,8%, уменьшению послеоперационных осложнений в 9 раз, снижению послеоперационной летальности на 4,8%.

5. Оптимизация результатов лечения больных бронхиальной астмой, перенесших хирургические вмешательства, на постстационарном этапе их реабилитации возможна путем использования возможностей комплексного санаторно-курортного лечения для достижения контроля над астмой, целенаправленной диспансеризации этой категории больных аллергологом

поликлиники, целенаправленной подготовки и организации тесного взаимодействия специалистов терапевтического и хирургического профилей, активного использования информационных медицинских систем типа «АБИС».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью подготовки пациентов, страдающих бронхиальной астмой к плановому хирургическому лечению, уменьшения группы больных этой категории с тяжелой формой течения астмы, снижения уровня инвалидизации необходимо своевременное выявление больных с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы с последующей их эффективной диспансеризацией аллергологом поликлиники.

2. Противоаллергическое сопровождение больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой, в период их оперативного лечения предполагает: проведение мониторинга функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой до- и после операции; обеспечение хирургических подразделений стационара достаточным ассортиментом и количеством медикаментозных средств, небулайзерами для купирования и лечения астмы.

3. Больным бронхиальной астмой, нуждающимся в плановом и срочном хирургическом лечении, целесообразно осуществлять до операции небулайзерную терапию будесонидом в дозе 1000 мкг/сут. с последующим ее продолжением в послеоперационном периоде течение 3 дней (при легкой форме) и 5 дней (при средней и тяжелой формах). В случае наличия у пациента гормонозависимой астмы в послеоперационном периоде необходим прием поддерживающих доз гормональных препаратов.

4. Для достижения стойкой ремиссии астмы и существенного повышения качества жизни больных астмой, перенесших оперативные вмешательства, возможно использование санаторного лечения пациентов.

5. Повысить эффективность организации оказания медицинской помощи больным с сочетанием хирургической патологии и бронхиальной астмы на всех

этапах их медицинского обеспечения возможно путем внедрения автоматизированной больничной информационной системы.

6. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи больным с сочетанием бронхиальной астмы и хирургической патологии целесообразно использовать предложенную единую организационно-функциональную модель лечения больных этой категории.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Турчина М.С. / Аллергические заболевания – как фактор риска выполнения больным хирургических вмешательств / Мовчан К.Н., Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Яковенко Т.В., Прохоренко А.В., Ткаченко А.Н., Турчина М.С. // Университетская наука: теория, практика, инновации: сб. тр. 73-й науч. конф. КГМУ и сессии Центр.-Чернозем. Науч. центра РАМН.- Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008.- Т.1.- С. 170-173.

2. Турчина М.С. / Эпидемиологические особенности течения аллергических заболеваний у пациентов с сопутствующей хирургической патологией / Мовчан К.Н., Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Яковенко Т.В., Прохоренко А.В., Турчина М.С. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. Прил. – 2008. - №2 (22), ч. 2. – С. 743-744.

3. Турчина М.С. / Принципы предоперационной подготовки больных хирургического профиля, страдающих бронхиальной астмой / Оболенская Т.И., Мовчан К.Н., Морозов Ю.М., Турчина М.С., Чижикова Е.О. // Актуальные вопросы хирургии: Материалы научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации / под общей редакцией академика РАН и РАМН профессора В.С.Савельева.- Изд-во: ОАО «Типография «Труд» - Орел, 2009.- С. 136-138.

4. Турчина М.С. / Диспансеризация как один из путей улучшения оказания медицинской помощи больным с сочетанной аллергологической и хирургической патологией / Турчина М.С., Оболенская Т.И., Мовчан К.Н.,

Морозов Ю.М., Волобуев О.А. // Актуальные вопросы хирургии: Материалы научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации / под общей редакцией академика РАН и РАМН профессора В.С.Савельева.- Изд-во: ОАО «Типография «Труд» - Орел, 2009.- С. 189-191.

5. Турчина М.С. / Аллергические заболевания у жителей Орловской области / Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Волобуев О.А., Мовчан К.Н., Турчина М.С. // Ход реализации национального проекта «Здоровье» в МЛПУЗ «Городская больница имени С.П.Боткина».- Орел, 2009.- С. 137-139.

6. Турчина М.С. / Организационные проблемы оказания аллергологической помощи жителям муниципальных образований / Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Лялюхин А.А., Волобуев О.А., Мовчан К.Н., Турчина М.С. // Ход реализации национального проекта «Здоровье» в МЛПУЗ «Городская больница имени С.П.Боткина».- Орел, 2009.- С. 139-143.

7. Турчина М.С. / Особенности оказания медицинской помощи пациентам с хирургической патологией и аллергией / Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Турчина М.С. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова.- 2009.- Т. 4, № 2.- С. 71-73., <http://pirogov-center.ru/info/20/>

8. Турчина М.С. / Особенности хирургического лечения пациентов с сопутствующей бронхиальной астмой / Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Турчина М.С. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова.- 2010.- Т.5, № 1.- С. 44-46., <http://pirogov-center.ru/info/20/>

9. Турчина М.С. / Проблема анафилактического шока в хирургии / Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Турчина М.С. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова.- 2010.- Т.5, № 2.- С. 82-85., <http://pirogov-center.ru/info/20/>

10. Турчина М.С. / Особенности верификации аллергологической патологии среди населения региона / Оболенская Т.И., Турчина М.С., Мовчан К.Н., Морозов Ю.М., Сидоренко В.А., Кисленко А.М. // Пути повышения

качества и эффективности труда медицинского персонала: Сборник тезисов XXXXII научно-практической конференции врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС».- М.: ОАО «Воентехиниздат», 2010.- С. 116-118.

11. Турчина М.С. / Возможности диспансеризации в совершенствовании оказания медицинской помощи больным с сочетанием аллергологической и хирургической патологии / Оболенская Т.И., Морозов Ю.М., Могила А.И., Турчина М.С., Мовчан К.Н., Сидоренко В.А., Азизов Э.М., Кисленко А.М., Тарасов А.В. // Пути повышения качества и эффективности труда медицинского персонала: Сборник тезисов XXXXII научно-практической конференции врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС».- М.: ОАО «Воентехиниздат», 2010.- С. 194-196.

12. Турчина М.С. / Бронхиальная астма как фактор риска развития осложнений у больных хирургического профиля / Морозов Ю.М., Оболенская Т.И., Турчина М.С., Кисленко А.М. // Хирург.- 2010.- № 8.- С. 29-33., http://surgeon_journal@mail.ru

13. Турчина М.С. / Особенности клинической картины хирургических заболеваний, сочетанных с аллергией / Оболенская Т.И., Мовчан К.Н., Морозов Ю.М., Турчина М.С. // Вестник Санкт-Петербургского университета.- СПб.- Сер. 11. - 2010. – Вып. 2.- С. 161-166., <http://vesty.unipress.ru>

14. Турчина М.С. / Особенности санаторно-восстановительного лечения больных, страдающих аллергией, после перенесенных хирургических вмешательств / Оболенская Т.И., Лунев В.П., Фомин С.А., Морозов Ю.М., Турчина М.С. // Комбинированная и сочетанная патология: проблемы диагностики и лечения в условиях крупных военных лечебных объединений: Тезисы докл. науч.-практ. конф. М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2010.- С. 216-218.