

Анализ результатов опроса пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух об организации и качестве специализированной медицинской помощи

Д.м.н., проф. В.И. ПОПАДЮК¹, д.фарм.н., проф. А.В. ФОМИНА², к.м.н., доц. И.А. КОРШУНОВА¹, асп. А.В. БИЦАЕВА¹

¹Кафедра оториноларингологии (зав. — д.м.н., проф. В.И. Попадюк); ²кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института (зав. — д.фарм.н., проф. А.В. Фомина) Российского университета дружбы народов, Москва, Россия, 117198

Цель работы — изучение влияния медико-социальных факторов на развитие заболеваний полости носа и околоносовых пазух, на степень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью. Проанализированы подходы к оказанию медицинской помощи пациентам на догоспитальном и госпитальном этапах лечения.

Ключевые слова: заболевания полости носа и околоносовых пазух, специализированная медицинская помощь, медико-социальная характеристика пациентов.

Analysis of the results of a questionnaire survey among the patients presenting with nasal cavity and paranasal sinuses diseases concerning organization and quality of specialized medical assistance

V.I. POPADYUK, A.V. FOMINA, I.A. KORSHUNOVA, A.V. BITSAEVA

Russian University of People's Friendship, Moscow, Russia, 117198

The objective of the present study was to evaluate the influence of the medico-social factors on the development of nasal cavity and paranasal sinuses diseases and satisfaction of the patients with the quality of the provided specialized medical assistance. The approaches to the treatment of such patient at the pre-hospital and hospital levels are discussed.

Keywords: nasal cavity and paranasal sinuses diseases, specialized medical assistance, medico-social characteristics of the patients.

В общей структуре заболеваемости ЛОР-органов патология полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП) в последние годы прочно заняла первое место как среди амбулаторных больных, так и в группе пациентов, проходящих лечение в стационарных условиях [1, 2].

В настоящее время одной из первостепенных задач является разработка мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с заболеваниями ПН и ОНП на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах с учетом уровня заболеваемости данной патологией и выявленных медико-социальных особенностей поведения данной группы пациентов, что и предопределило практическую целесообразность настоящего исследования.

Цель работы — анализ влияния медико-социальных факторов на возникновение заболеваний ПН и ОНП и на степень удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

Материал и методы

На первом этапе исследования (период с 2007 по 2011 г.) был проведен анализ заболеваемости пациентов с патологией ЛОР-органов в ЛОР-отделении ГБУЗ ГКБ №4 ДЗ Москвы и анализ работы ЛОР-кабинетов амбулаторно-

поликлинических учреждений ЮЗАО Москвы путем изучения сводных годовых отчетов окружного оториноларинголога о заболеваемости взрослого населения и диспансеризации.

В основу второго этапа (2012—2013 гг.) положен анализ результатов опроса 400 пациентов с заболеваниями ПН и ОНП, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ГКБ №4 Москвы, и 400 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении ГБУЗ ГП №68 ДЗМ филиал №1 ЦАО Москвы. Были изучены социально-гигиеническая характеристика, возрастно-половые особенности обследованных, морально-психологический климат в семье, удовлетворенность оказанной медицинской помощью, осведомленность пациентов о медицинских услугах (анкетирование выборочной группы пациентов).

Для реализации второго этапа была разработана анкета, состоящая из двух частей:

1. Комплексная медико-социальная характеристика лечебно-диагностического процесса в стационаре (городской поликлинике) и состояния здоровья членов семьи. Эту часть анкет заполняли непосредственно сами пациенты (анкета для стационара — 47 вопросов, для поликлиники — 38 вопросов).

2. Карта выкопировки сведений из истории болезни (амбулаторной карты) и экспертной оценки организации и качества медицинской помощи больному (19 вопросов для стационара и 15 вопросов для поликлиники). Медико-социальная характеристика включала вопросы, касающиеся объективного положения и статуса анкетированного (пол, возраст, район проживания, вид трудовой деятельности, удовлетворенность полученным образованием, специальностью, данные о составе семьи, морально-психологическом климате в семье, оценка состояния собственного здоровья, наличие вредных привычек, выполнение назначений врача). Другая часть вопросов была предназначена для изучения мнения пациентов о доступности и качестве амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью, осведомленности респондентов о медицинских услугах. Были изучены такие параметры, как оценка пациентом полученного лечения в поликлинике и стационаре; доступность амбулаторного и стационарного лечения; основные недостатки и достоинства лечения в городской поликлинике и стационаре, степень удовлетворенности лечением в городской поликлинике и условиями пребывания в ЛОР-отделении, степень удовлетворенности отношением ЛОР-врача и медицинского персонала к пациенту, оценка обеспеченности лекарственными средствами. Карта выкопировки из истории болезни (амбулаторной карты) содержала информацию, относящуюся к конкретному заболеванию, с которым пациент находился на лечении у поликлинического ЛОР-врача или в стационаре, что позволило на третьем этапе исследования оценить качество проведенного обследования, качество проведенного лечения (объем, сроки, комбинация методов лечения, длительность), исход заболевания, длительность периода общей временной нетрудоспособности. Заключительный этап включал в себя разработку мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с заболеваниями ПН и ОНП на амбулаторно-поликлиническом/стационарном этапе с учетом заболеваемости данным видом патологии и выявленных медико-социальных особенностей данной группы пациентов.

Результаты и обсуждение

Исследование структуры госпитализированной заболеваемости ЛОР-органов (по данным статистических отчетов) в ЛОР-отделении ГБУЗ ГКБ №4 ДЗ Москвы показало, что самую большую нозологическую группу составляли болезни ПН и ОНП — более 50,0%. На втором месте находилась патология уха — около 25,0%, на третьем — болезни глотки — около 10,0%.

В структуре заболеваний ПН и ОНП преобладали гнойные заболевания околоносовых пазух: острые (32,0%) и хронические синуситы (25,0%) в среднем за 5 лет. На втором месте — искривление перегородки носа (19,0%), травмы носа и околоносовых пазух (7,0%), фурункулы, абсцессы носа и другие болезни кожи и подкожной клетчатки (7,0%), все формы ринита (6%), носовые кровотечения (2%).

При анализе заболеваемости прикрепленного населения по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения (по данным статистических отчетов) ЮЗАО Москвы было выявлено, что на первом месте находились заболевания глотки — в среднем 26 531 (38,8%) случаев за год, на втором месте заболевания ПН и ОНП — 19 146 (28,0%) случаев за год, далее заболевания уха —

17 520 (25,6%) случаев и заболевания гортани — 5192 (7,6%) случая за год.

Среди изолированных заболеваний ПН и ОНП преобладал острый ринит — в 6479,8 случаев, что составляло 33,9% от всех обращений с заболеваниями ПН и ОНП, хронический ринит — 4173,6 (21,8%), острый синусит — 3332,8 (17,4%).

Первое место в структуре причин временной утраты трудоспособности занимали острые заболевания ЛОР-органов, среди которых удельный вес заболеваний полости уха и сосцевидного отростка составлял 31,3—33,1%, ПН и ОНП — 29,5—30,3%, глотки — 24,1—24,6%. Хронические заболевания ЛОР-органов по количеству случаев нетрудоспособности занимали второе место в структуре причин временной утраты трудоспособности среди прикрепленного населения. В этой группе лидировали заболевания ПН и ОНП (41,4—42,2%), глотки (29,1—30,2%), уха и сосцевидного отростка (18,6—19,6%). В целом, несмотря на снижение общего количества случаев нетрудоспособности за период исследования с 2007 по 2011 г., число дней нетрудоспособности практически не изменилось за счет увеличения средней продолжительности заболевания с 9,5 до 9,7 дня.

По данным нашего исследования, длительность лечения пациентов с заболеваниями ПН и ОНП на амбулаторном этапе варьировала от 5 до 65 дней, причем наиболее распространенная длительность — 7 дней (21%), 10 дней (18,5%), 14 дней (12,8%). Временная утрата трудоспособности (ВУТ) варьировала от 5 до 14 дней, причем 7 дней ВУТ имели 81,4% респондентов, не более 7 дней ВУТ — 89,2%, не более 9 дней ВУТ — 92,3%.

Из 400 стационарных пациентов по направлению поликлиники планово были госпитализированы 53,5%, по направлению поликлиники экстренно — 29,5%, по скорой медицинской помощи — 9,8%, самостоятельно — 7,0%.

Период, прошедший с момента начала болезни до госпитализации, позволил разделить пациентов на три группы: 1-я — госпитализированные в течение не более 1 мес после начала болезни (51,2%), 2-я — госпитализированные в течение нескольких месяцев (от 1 до 12) — 7,8%, 3-я — госпитализированные более 1 года после начала заболевания — 41,0%.

Среднее число дней от начала болезни до момента госпитализации (сроки до 1 мес и длительные периоды — месяцы и годы не рассматриваются) составил $7,6 \pm 5,2$ дня и варьировал от 1 до 30 дней. Период госпитализации, равный 7 дням, составил 21,6%, 10 дням — 16,5%, 5 дням — 14,6%, 3 дням — 8,0%.

Хирургическое вмешательство было проведено 97,0% пациентов, в том числе 56,3% — в первые сутки, 40,0% — на второй день. Среднее число дней, прошедших с момента госпитализации до хирургического вмешательства, — $1,4 \pm 0,7$ дня.

Общая длительность пребывания в стационаре составила $7,9 \pm 1,6$ дня (от 2 до 16 дней), длительность периода диагностики — $1,0 \pm 0,0$, периода лечения — $7,3 \pm 1,8$ дня (от 1 до 16 дней). Выздоровление наступило в 73,7%, улучшение состояния — в 26,0%, без изменений — в 0,3%.

Общая длительность пребывания в стационаре выздоровевших пациентов составила $7,7 \pm 1,2$ дня, с улучшением — $8,3 \pm 2,5$.

Различия в оценке респондентами своего здоровья проявлялись при анализе разных социально-экономических индикаторов, таких как образование, профессия, уровень материального благосостояния и т.п. По данным нашего исследования, на «отлично» свое здоровье оцени-

ли 14,2% респондентов, на «хорошо» — 41,8%, «удовлетворительно» — 35,9%, «плохо» — 6,6%, «очень плохо» — 0,1%. Среди пациентов поликлиник удельный вес тех, кто оценил свое здоровье на «отлично» в 3,2 (21,8%) раза больше, чем среди пациентов стационара (6,8%).

Пациенты с высшим образованием в целом выше оценили свое здоровье (на «отлично» — 13% респондентов с высшим образованием против 11% респондентов со средним специальным).

Образование оказывало влияние на оценку уровня здоровья членов семьи респондента. Установлено, что с ростом уровня образования респондента увеличивалась доля семей, в которых все члены были здоровы (от 61% у респондентов со средним образованием до 71% — с высшим).

Распределение респондентов с разным социальным статусом по оценке здоровья членов их семей показало, что наиболее благополучными с этой точки зрения были учащиеся. Именно в этой социальной группе отмечалась наибольшая доля лиц со здоровыми членами семьи (92%).

В здоровых семьях 51% пациентов лечились в поликлинике, а 49% — в стационаре. Наряду с этим более половины, а именно 67,3% респондентов, в семьях которых были алкоголики или наркоманы, лечились в стационаре и 58,2% — если члены семьи часто болели; но при хронических больных в семьях всего 31,9% лечились в стационаре. Отсюда следует, что социально-медицинское неблагополучие в семье заставляло пациентов чаще, чем в здоровых семьях, прибегать к стационарной помощи; наличие хронических больных, наоборот, заставляло пациента избегать госпитализации, оставаясь в семье, и использовать поликлиническую медицинскую помощь.

По данным анкетирования, ведущими причинами, вызвавшими заболевание ПН и ОНП, были состояние окружающей среды и нервно-психические стрессы — их указали почти 52 и 27% респондентов соответственно. На третьем месте (17%), по мнению респондентов, был комплекс внешних причин, в том числе медицинского характера, среди которых перенесенные травмы, операции, прием лекарственных препаратов, аллергические реакции, лечение у стоматолога. Неблагоприятные условия труда как причину болезни подчеркнули около 15% респондентов. Наименее значимыми причинами, по данным опроса, были курение и прием алкоголя (2,8%), неблагоприятные жилищно-бытовые условия (2,9%) и нарушения питания (3,3%).

По результатам проведенного опроса, большинство (71,2%) пациентов предпочитали получать медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях, 27,2% использовали помимо этого частно-коммерческие медицинские учреждения, 1,6% — только частно-коммерческие медицинские учреждения.

По данным анкетирования, половина пациентов (50,8%) получали необходимую медицинскую помощь «как правило, всегда», 23,1% — «не всегда» и 0,9% — «никогда».

По данным опроса, государственно-страховая медицинская помощь оценивалась на «хорошо» в 40,8%, «удовлетворительно» — 41,5%, «плохо» — 8,0%, «очень плохо» — 1,6%, затруднились в оценке 8,1% респондентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шишева А.К. Медико-организационные и экономические аспекты оптимизации оториноларингологической помощи в условиях крупного промышленного города. *Российская оториноларингология*. 2011;4:171-174.

Медицинским обслуживанием в поликлинике по месту жительства или стационаре были удовлетворены 82,8%, частично удовлетворены — 4%, не удовлетворены — 4,4%, затруднились с ответом 7,4% респондентов. Однако среди пациентов стационара удельный вес полностью удовлетворенных медицинским обслуживанием несколько больше, чем среди поликлинических пациентов (88,0% против 77,5%), частично удовлетворенных уровнем оказанной медицинской помощи в стационаре было 8%, в поликлинике такие респонденты отсутствовали. Неудовлетворенные медицинским обслуживанием в стационаре отсутствовали, а в поликлиниках составили 8,8%.

Наиболее высоко в лечебных учреждениях пациенты оценили уровень профессионализма, вежливость и внимание персонала при предоставлении медицинской помощи. По данным проведенного опроса выявлены три фактора, по которым поликлиническая и стационарная помощь различаются: в пользу стационара — профессионализм, вежливость и внимание персонала, в пользу поликлиники — хорошие условия.

По результатам опроса, наибольшие риски отрицательной оценки респондентами поликлиники связаны со следующими характеристиками: 1) стоимость медицинской помощи; 2) отношение персонала к пациентам (вежливость, внимание и пр.); 3) профессиональный уровень персонала.

По мнению пациентов, в городской поликлинике наиболее значимым недостатком являлись очереди, изношенное оборудование и невнимательное отношение персонала. Наибольшие отличия (на 27,1%) между поликлиническими и стационарными пациентами касались удовлетворенности лечением в городской поликлинике, наименьшие (на 9,3%) — очередей (60% поликлинических и 50,7% стационарных пациентов).

По вопросу организации лечебного процесса в стационаре 78,3% затруднились ответить. Только 5,8% указали, что недостатков в организации лечебного процесса не было. Остальные 16% респондентов отметили организационные недостатки лечебного процесса, среди которых — отсутствие лекарств, задержка лекарств и назначений, недостаточное оснащение.

Проведенный анализ распространенности патологии ПН и ОНП позволил сделать вывод о безусловном преобладании данной категории больных среди всей госпитализированной ЛОР-заболеваемости. Пациенты амбулаторного звена составили значительный процент от всех оториноларингологических больных (28,0%). Выявлена достоверная связь между обращаемостью за оториноларингологической помощью и медико-социальными характеристиками: возрастом, полом, составом семьи, социальным статусом, наличием хронических заболеваний, самооценкой здоровья, прохождением лечения в амбулаторно-поликлиническом или стационарном учреждении. Проведенное социологическое исследование среди пациентов с заболеваниями ПН и ОНП позволило выявить основные недостатки в организации их лечения.

Конфликт интересов отсутствует.

2. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе. *Вестник оториноларингологии*. 2011; 2:5-7.