

Принципы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями лорорганов в поликлинике в рамках обязательного медицинского страхования

И.В. Мороз, З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко

Поликлиника №129 ЦЛЮ, Москва (Главный врач - Засл. врач РФ И.В. Мороз)

Перед органами и учреждениями здравоохранения нашей Родины в настоящее время стоят большие задачи, направленные на организацию охраны здоровья населения страны в условиях обязательного медицинского страхования. Решение этой проблемы требует дальнейшего совершенствования форм и методов лечебно-профилактической помощи населению.

Современный период развития диспансерного наблюдения характеризуется как переходный от диспансеризации отдельных контингентов трудящихся к максимальному охвату населения диспансерным наблюдением. Являясь одним из методов профилактики заболеваний, диспансеризация в настоящее время представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, осуществление которого проводится на государственном уровне в виде отдельных программ при активном участии медицинских органов и учреждений.

На практике в поликлинике диспансерное наблюдение в рамках ОМС предусматривает 3 этапа:

I этап - группировка контингентов, подлежащих диспансеризации, их регистрация;

II этап - диспансерное наблюдение (этап исполнения);

III этап - оценка эффективности и качества диспансеризации.

Ежедневные рабочие процессы при осуществлении диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинической службе в системе ОМС и качественное проведение I этапа диспансеризации ЛОР-больных складываются из:

- учёта первичных и повторных больных, обращающихся в поликлинику и выявления среди них пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению
- профилактического лечения диспансерной группы больных, прикрепленных к обслуживанию в поликлинике в рамках ОМС, с заболеваниями ЛОР-органов согласно положений, определённых МЗ России
- статистического учёта дополнительных методов диагностики и стандартных методов лечения, используемых у больных диспансерных групп с заполнением первичной документации (форма №30)
- медицинского осмотра населения (поступающих на работу, учёбу, прикрепляющегося контингента, больных, направляемых на оперативное лечение) с последующим распределением по группам диспансерного наблюдения
- эпидемиологического обследования группой специалистов рабочих промышленных предприятий согласно договору между поликлиникой и администрацией
- медицинского осмотра подростков, прикрепляющихся к обслуживанию в поликлинике с отдельным учётом юношей с заболеваниями ЛОР органов,

своевременного их лечения и подготовки их к медицинскому освидетельствованию призывной комиссией военкоматов

- учёта, обследования и лечения юношей, признанных не годными к несению военной службы
- ежегодного врачебного контроля и своевременного лечения ИВОВ, УВОВ, ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС

Диспансеризация больных осуществляется, в первую очередь, по нозологическим формам заболеваний, которые могут привести к инвалидизации больного, либо дают высокую заболеваемость (общую и с временной утратой трудоспособности).

Успешное проведение этой работы во многом зависит от чёткого оформления и ведения медицинской документации. Основными документами диспансеризованного являются индивидуальная карта амбулаторного больного (учётная форма №25) и контрольная карта диспансерного наблюдения (учётная форма №30).

В индивидуальную карту амбулаторного больного вносятся данные первичного и последующего медицинских осмотров, происшедшие изменения в состоянии здоровья, условиях труда, быта. Эпикризы составляются не менее, чем за полный календарный год наблюдения, в них должны быть указаны:

- развёрнутый диагноз
- план лечебно-оздоровительных мероприятий (медикаментозное и противорецидивное лечение, госпитализация, санаторно-курортное лечение, режим труда, отдыха, питания, трудоустройство и др.)
- кратность и сроки повторного обследования в течение года

Индивидуальные карты должны иметь маркировку с учётом нозологической формы.

Контрольные карты диспансерного наблюдения маркируются в соответствии с нозологическими формами и хранятся в ящике картотеки у врача по месяцам в зависимости от срока назначенного посещения.

Анализ ежедневных дневников врачей ЛОР-отделения поликлиники №129 ЦАО г. Москвы за три года (1999-2001 гг.) свидетельствует о том, что ежегодно поликлинику посещает от 22 000 до 25 000 человек. При этом, удельный вес первично выявленных заболеваний ЛОР органов среди больных составляет 25-27%, т.е. 5 800 человек. Среди них на долю острых заболеваний ВДП приходится 26,1% (1150), хронических 52,9% (2 325), болезней уха 30,9% (1621). Подлежало диспансерному наблюдению среди них 10% больных с хроническими формами заболеваний ЛОР органов (500 человек).

Медицинское освидетельствование жителей района, поступающих на работу, учёбу, прикрепляющихся к обслуживанию в поликлинике, готовящихся к оперативному лечению и т.д. выявляет разнообразную ЛОР-патологию у 40%.

Количество диспансеризуемых больных в ЛОР-отделении ежегодно достигает 500, то есть 150 человек на одного врача. Диспансеризуются обычно больные с хроническими заболеваниями полости носа, глотки, гортани и уха.

Ежегодная диспансеризация населения проводится дифференцированно по группам наблюдения. Руководящими документами являются приказ № 1129 Минздрава СССР от 02.11.1979 г. "О введении в действие инструкции по дальнейшему совершенствованию диспансеризации больных в амбулаторно-поликлинических условиях".

Схема наблюдения за диспансеризуемыми ЛОР-больными согласно приказу № 1129 в поликлинике № 129 приведена в таблице 1.

Таблица 1. Стандарты диспансерного наблюдения за прикрепленным к поликлинике населением с выявленными ЛОР-заболеваниями в рамках обязательного медицинского страхования

Заболевание	Необходимые консультации	Стандарт обследования	Кратность наблюдения
Хронический гнойный мезотимпанит	Невропатолог, окулист	Рентгенография височных костей, аудиометрия, микологическое обследование	1 раз в год
Хронический гнойный эпитимпанит	Невропатолог, окулист	Рентгенография височных костей, аудиометрия, микологическое обследование	2 раза в год
Хронический тонзиллит, компенсированный	терапевт, стоматолог, ревматолог - по показаниям	общий анализ крови, мочи	1-2 раза в год
Хронический тонзиллит, декомпенсированный	терапевт, ревматолог-2 раза в год, стоматолог, окулист по показаниям	общий анализ крови, мочи-2раза в год, аллергологическое обследование 1 раз в год	2 раза в год
Хронический наружный отит, вялотекущие формы	Дерматолог	общий анализ крови, сахар крови, микологическое обследование, аллергологическое обследование	1 раз в год
Адгезивный отит с нарушением слуховой функции, отосклероз	Специалисты по показаниям	Аудиометрия	1 раз в год
Хроническая нейросенсорная тугоухость	Невропатолог, окулист по показаниям	Аудиометрия	1 раз в год
Синусит хронический, рецидивирующий	Специалисты по показаниям	рентгенография околоносовых пазух, аллергологическое обследование по показаниям, общий анализ крови, мочи	1 раз в год
Хронический ларингит	Специалисты по - показаниям	томография, биопсия по показаниям, общий анализ крови, мочи	1-2 раза в год
Предраковые заболевания гортани (гипертрофический ларингит, хронический хордит, контактные язвы, папилломатоз, гранулёмы,	Специалисты по показаниям	рентгенография, томография, биопсия по показаниям, общий анализ крови, мочи - 2 раза в год	3 раза в год

фиброматоз			
------------	--	--	--

В ЛОР-отделении ежегодно осматривается 1500 подростков, переходящих из детских поликлиник во взрослую сеть для медицинского обслуживания. Среди них острые заболевания ВДП выявляются у 5,5%, хронические заболевания у 52,2%, болезни уха у 1,6% детей. Диспансеризуются ежегодно 80-90 человек с хроническими заболеваниями ЛОР органов, которые по достижении 18-летнего возраста передаются во взрослую сеть для последующего диспансерного наблюдения.

Диспансеризация юношей осуществляется согласно приказу Правительства Москвы, департамента здравоохранения от 01.08.1996 г. "О медицинском обеспечении призыва юношей на действительную военную службу в 1995 г. и задачах на 1996 г.". Схема диспансерного наблюдения представлена в таблице 2.

Таблица 2. Стандарты диспансерного наблюдения за подростками допризывного возраста при заболеваниях ЛОР-органов согласно приказу Правительства Москвы

пп	Заболевание	Необходимый объём исследований и консультаций
37	Хронический гнойный отит	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие и характер выделений из уха, состояние барабанной перепонки с описанием её дефекта и локализации. Состояние верхних дыхательных путей. 2. Острота слуха: шёпотная и разговорная речь в метрах. 3. Аудиограмма. 4. Рентгенография височных костей в 2-х проекциях (Шюллер, Манер). В описании следует указать на наличие деструктивных изменений и холестеатомы.
38	Нейросенсорная тугоухость	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез. 2. Острота слуха: шёпотная и разговорная речь в метрах. 3. Аудиограмма ежегодно (не менее 2 раз в год) с указанием степени тугоухости. 4. Аудиометрия - тональная. 5. Порог слуха по УЗИ. 6. При одностороннем поражении - (компьютерная аудиометрия в городском сурдоцентре)
39	Хронический гнойный и полипозный гайморит	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контрастная рентгенография околоносовых пазух носа (при описании отметить наличие или отсутствие полипов, кист, остеомы). 2. Вскрытие решетчатого лабиринта при показаниях. 3. при удалении полипа указать результаты гистологического исследования. 4. Результаты пробного прокола верхнечелюстной пазухи.

В поликлинике наблюдаются профессионалы речевого и певческого голоса. Нормативные документы о порядке диспансерного наблюдения за этой группой больных отсутствуют. Стандарты диспансерного наблюдения за этой профессиональной группой предложены З.И. Анискиной (1999), И.В. Плешковым (2000).

Критерии формирования диспансерных групп среди профессионалов голоса по данным этих авторов представлены в таблице 3.

Таблица 3. Клинико-функциональные критерии при формировании групп диспансерного наблюдения вокалистов

Группы диспансерного наблюдения	Клинико-функциональные критерии (М±т)				
	Время максимальной фонации гласных (с)	Сила голоса (ДБ)	Диапазон голоса (тон)	Максимальный диапазон голоса	Стробоскопия
1. Здоровые солисты оперы - певцы 1-ой категории	29,8±0,9	98,8±1,0	13,2±0,4	16,3±1,4	Синхронные колебания голосовых складок
2. Здоровые артисты хора - певцы II-й категории	19,3±0,7	91,0±2,1	12,9±0,9	6,3±0,8	Синхронные колебания голосовых складок
3. Больные с функциональным и нарушениями голоса	13,2±0,7	91,7±1,2	12,2±0,3	4,1±0,5	Асинхронные колебания голосовых складок
4. Больные с органическими заболеваниями голосовых складок	14,1±1,0	82,1±0,3	10,6±0,6	4,7±0,6	Синхронность и амплитуда колебаний голосовых складок зависит от глубины функциональных нарушений голоса

Поводом для назначения дополнительного обследования и лечения и перевода лиц разговорного жанра и певцов в ту или иную группу диспансерного наблюдения служат:

- наличие воспалительных или органических изменений голосовых складок
- появление хронических воспалительных заболеваний полости носа и глотки
- развитие "синдрома верхних дыхательных путей" при сопряженной патологии внутренних органов и систем
- появление асинхронности и снижение амплитуды колебаний голосовых складок, симптома несмыкания голосовых складок, снижение интенсивности голоса при ларингостробоскопии
- снижение силы голоса, уменьшение рабочего диапазона, изменение динамического диапазона голоса при измерении голосового поля
- укорочение времени максимальной фонации гласных и снижение жизненной емкости легких по данным ФВД
- наличие сопряженной патологии внутренних органов и систем, подтвержденной данными ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, флюорографии, бронхоскопии

В таблице 4 представлены основные заболевания, взятые на диспансерный учёт в ЛОР-отделении поликлиники №129 за период 1999-2001 гг. согласно существующим нормативам.

Таблица 4. Основные заболевания, взятые на диспансерный учёт в ЛОР-отделении поликлиники №129 за период 1999-2001 гг.

Заболевания, выявленные у диспансерных больных	Состоит на "Д" учете на начало года			Всего взято на "Д" учёт			В том числе установленным впервые в жизни			всего снято с "Д" учёта			в том числе в связи						состоит на "Д"учёте на конец года		
													с излечением			с другими причинами					
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Искривление носовой перегородки	14	13	9		1	1		1	1	1	5	6	1	5	6				13	9	14
Вазомоторный ринит	39	46	64	10	20	20	8	18	10	3	2	24	3	2	10			14	46	64	60
Хронический ринит	21	27	36	7	13	20	5	10	15	1	4	10	1	3	7		1	3	27	36	46
Хронический синусит	54	53	58	2	7	5	2	5	5	3	2	7	2	1	5	1	1	2	53	58	56
Хронический тонзиллит	132	127	120	10	19	30	10	19	20	15	26	23	13	23	20	2	3	3	127	120	127
Хронический ларингит	48	47	47	2			2			3		3	2		2	1		1	47	47	44
Хронический средний отит	66	59	49		1			1		7	11	4	1	3	2	6	8	4	59	49	45
Адгезивный отит	5	5	5																5	5	5
Нейросенсорная тугоухость	95	97	97	3		1	3		1	1		12			3	1		9	97	97	86
Болезнь Меньера	2	2	1								1						1		2	1	1
Доброкачественные опухоли	15	16	17	1	1	3	1	1	3			1							16	17	19
Всего	491	492	503	35	62	80	31	55	55	34	51	90	23	37	55	И	14	36	492	503	503

Как видно из таблицы 4, ежегодно число диспансеризуемых ЛОР-заболеваний в отделении колеблется от 491 до 503. Наиболее часто диспансеризуются лица с хроническим

тонзиллитом (120-130 чел.), нейросенсорной тугоухостью (86-97 чел.), с хроническим синуситом наблюдается 54-58 чел., хроническим ларингитом 44-48 чел. Ежегодно с диспансерного учёта снимается от 34 до 90 человек, из них с излечением 23-55 человек, и по другим причинам от 11 до 36 человек. Вновь принимается на диспансерный учёт от 35 до 90 человек.

В таблице 5 представлено движение больных инвалидов и прикрепленного к поликлинике населения по основным группам, находящимся на диспансерном наблюдении в ЛОР-отделении с 1999 по 2001 г.

Таблица 5. Движение диспансерных больных по группам населения

Контингент	состоит на "Д" учёте на начало года			всего взято на "Д" учёт			всего снято с "Д" учёта			состоит на "Д" учёте на конец года		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Население	310	310	268	30	6	4	30	48	24	310	268	248
Подростки	51	54	83	13	30	56	10	1	20	54	83	119
ИВОВ	53	49	44	1	2	1	5	7	7	49	44	38
УВОВ	26	26	20	1		3	1	6	2	26	20	22
Чернобыльцы		3	24	3	21	2			1	3	24	25
Рабочие	31	22	16				9	6	6	22	16	10
Всего	471	464	455	48	59	66	55	68	60	464	455	462

Основную группу диспансеризуемых лиц составляют жители района, прикрепленные к поликлинике (от 248 до 310 человек), подростки (от 51 до 119 человек). ИВОВ и УВОВ (от 60 до 79 человек) наблюдаются ежегодно, снимаются с диспансерного учёта лишь после летального исхода. Ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС (25 человек) также наблюдаются и лечатся постоянно и не подлежат снятию с диспансерного учёта даже после устранения клинических признаков заболевания.

Эпидемиологическое обследование рабочих промышленных предприятий, осуществляемое группой специалистов в течение года, охватывает группу в 2500-3000 человек. Частота выявленных при медицинском осмотре среди них острых заболеваний ЛОР-органов равняется 3,6%, хронических 57,4%, заболеваний уха 10,1%.

В современных условиях профилактическая работа с рабочими не ведётся, так как финансовое неблагополучие промышленных предприятий не позволяет им финансировать последующее лечение осмотренных рабочих, требующих диспансерного наблюдения. Больные предоставлены сами себе и, в лучшем случае, они направляются врачами на дальнейшее лечение в поликлиники по месту жительства, куда они обычно не приходят. Поэтому в поликлинике диспансеризуются лишь рабочие, прикрепленные к обслуживанию. Число их невелико и составляет по годам от 31 до 16 человек.

В таблице 6 представлена сравнительная характеристика движения диспансерных больных за 2 изучаемых периода 1994-96 гг. В первые три года (с 1994 по 1996) оснащение отделения было типичным для большинства ЛОР-кабинетов поликлиник (рабочий стол, набор смотровых инструментов). И второй период (с 1999 по 2001), когда отделение было оснащено новой диагностической и лечебной аппаратурой, расширен штат врачей.

Как видно из таблицы 6, количество больных, взятых на диспансерный учёт, в первом периоде наблюдения было достаточным, но профилактическая работа была формальной. Движение диспансерных групп в течение года определялось только естественным выбыванием больных из обслуживания в связи с переездом. С излечением за 3 года было снято с учёта лишь 11 человек. Эти больные были прооперированы в стационаре по поводу хронических заболеваний ЛОР-органов.

Таблица 6. Число физических лиц, состоявших на диспансерном учёте в поликлинике за периоды 1994-1996, 1999-2001 гг.

Год	Состоит на "Д" учёте на начало года	всего взято на "Д" учёт	всего снято с "Д" учёта	в том числе в связи		состоит на "Д" учёте на конец года
				с излечением	с другими причинами	
1994	437	91	52	6	46	476
1995	476	1	19	1	18	458
1996	458	2	20	4	16	440
1999	389	55	36	20	16	408
2000	408	184	108	88	20	484
2001	484	198	182	157	25	500

За второй период с 1999-2001 гг. в отделении стало работать 4 врача, оно было оснащено современной диагностической и лечебной аппаратурой: аппаратом Нагашима, аудиометрами АД-229, АС-40, импедансометром AZ-226 (Interacoustic), скрининговым поликлиническим аудиометром, лечебными аппаратами квантовой терапии "МИЛТА", "РИКТА", "Мустанг", аппарат для ультразвуковой терапии тон-зиллор-2, синус-кан, "слухото". Оснащение отделения современным оборудованием позволило врачам использовать новые медицинские технологии для оздоровления большего коллектива больных и улучшить показатели здоровья прикрепленного контингента.

В связи с чем с излечением за этот период снято 265 человек, вновь взято на учёт 427 человек, которые продолжают профилактическое лечение и в настоящее время.

На II этапе наблюдения все диспансеризуемые больные в рамках ОМС получают активное противорецидивное, амбулаторное и, при необходимости, стационарное лечение.

Нами при лечении основных заболеваний, подлежащих диспансеризации (хронический тонзиллит, нейросенсорная тугоухость, хронический ринофарингит) используются современные медицинские технологии, позволяющие повысить эффективность профилактического лечения.

Так, при лечении больных с хроническим тонзиллитом, как правило, составляющих основную группу диспансеризуемых (120 человек), нами широко используются как традиционные физиотерапевтические методы лечения (КУФ, УВЧ), так и лазер малой мощности, магнитотерапия, лечение ультразвуком на аппарате "тонзиллор-2", электрофорез и фонофорез лекарственных веществ, ингаляции лекарств. В курс лечения включается промывание лакун миндалин, смазывание задней стенки глотки медикаментами, вливание в гортань противовоспалительных средств по показаниям, лечение полости носа.

В качестве примера приводим данные о лечении больных хроническим тонзиллитом. Диспансерной группе (80 больных) провели ультразвуковую терапию на аппарате

"тонзиллор-2" с использованием противовоспалительных препаратов, иммуностимуляторов одновременно с промыванием миндалин и витаминотерапией. Курс лечения составил 8-10 процедур продолжительность аппликации 3-5 минут.

Эффективность лечения оценивалась на основании улучшения фарингоскопических признаков, изменению показателей местного и общего иммунитета, уменьшению микробной обсеменённости миндалин.

Динамическое наблюдение за больными, пролеченными на аппарате "тонзиллор-2" в течение трёх лет свидетельствовали об исчезновении ангин у 75% больных, непродолжительные по срокам рецидивы хронического тонзиллита наблюдались у 22% больных и лишь у 3% больных, страдавших декомпенсированным тонзиллитом, лечение оказалось неэффективным, им была предложена тонзиллэктомия.

При лечении больных с нейросенсорной тугоухостью мы использовали препараты нового поколения Бетасерк и Актовегин. Механизм терапевтического воздействия препаратов основан на улучшении снабжения кислородом головного мозга.

Всего на диспансерном учёте с данной патологией находится 100 человек. Нами пролечено 55 ИВОВ и УВОВ в рамках правительственной программы реабилитации инвалидов с диагнозом нейросенсорная тугоухость 1-й степени, протекающей, как правило, в сочетании с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и гипертонической болезнью (преимущественно II степени). У части пациентов (20%) имелось нарушение вентиляционной функции слуховых труб. Им, кроме использования медикаментов Бетасерк и Актовегина, в курс лечения добавляли пневмомассаж барабанных перепонок, продувание слуховых труб по рутинным методикам, а также использовали аппарат "СЛУХ-ОТО-1" по стандартной схеме. Больным с выраженным шумом в ушах после окончания медикаментозного лечения назначалось лечение на аппарате "СЛУХ-ОТО-1" и один раз в 5 дней проводилось лечение фитосвечами. Курс составлял 5 процедур.

Для сравнения были оценены результаты только медикаментозного лечения больных по стандартной схеме (циннаризин, стугерон) - 50 человек.

Бетасерк использовали в дозировке 8 мг 3 р./сут., Актовегин 200 мг 3 р./сут., на протяжении 30 суток, у части больных использовали следующую схему: бетасерк 2 т. х 3 р./сут. 30 дней, затем Актовегин 1 т. х 3 р./сут. 30 дней.

Эффективность медикаментозного лечения оценивали по данным тональной пороговой аудиометрии, речевой аудиометрии, импедансометрии, РЭГ, ЭЭГ. В результате проведенного лечения у инвалидов, получающих Актовегин в комбинации с Бетасерком, отмечен положительный результат, проявившийся в повышении аудиометрической кривой в динамике на 7-10 дБ у 65% больных, уменьшении явлений лабиринтопатии, улучшении кровоснабжения головного мозга, подтверждённого данными РЭГ, ЭЭГ. С первых же дней терапии отмечалось уменьшение шума в ушах, к концу второй недели достигалось субъективное улучшение разборчивости речи.

Во второй группе лиц результаты оказались скромнее - медленнее исчезал шум в ушах, который сохранялся и по окончании курса лечения. Положительная динамика аудиометрической кривой наблюдалась в 50% случаев и повышение её было менее значительным.

Тем не менее, считаем, что профилактическое лечение нейросенсорной тугоухости целесообразно, так как оно уменьшает шум в ушах и несколько повышает разборчивость речи, что позволяет улучшить качество жизни больного, уменьшает депрессию и негативное отношение к окружающему миру.

В повседневной амбулаторной практике основную часть ежедневно обращающихся на приём больных составляют больные с длительно персистирующей вирусной инфекцией верхних дыхательных путей, удельный вес которой среди всех ХЗВДП составляет 35%.

Известно, что антибактериальная терапия при отсутствии признаков бактериального воспаления не может быть признана рациональной. В то же время, индуцируемое вирусной инфекцией воспаление, персистирующее в слизистой оболочке верхних дыхательных путей, вызывает длительно сохраняющиеся неприятные симптомы (кашель, першение в горле, охриплость, заложенность носа, астению и т.д.), что заставляет пациента обращаться к врачу.

Лечение больных с персистирующей вирусной инфекцией представляет большие трудности и, по нашим наблюдениям, успех лечения достигается благодаря поэтапному лечению таких больных.

Так, в качестве стартовой терапии в первые 5-7 дней больным рандомизированно назначали независимо от длительности заболевания противовирусные средства: деринат по 4 капли x 4 раза в день в полость носа в течение 4-5 дней или интерферон в виде капель, причём, в 1 день лечения по 5 капель в обе половины носа каждые 15 минут перекапывается вся ампула в течение 2 часов, а в последующие 2 дня перекапывается по 1 ампуле в течение суток. Усиливает действие противовирусных капель назначение свечей виферона №2 - 1 свеча x 2 раза в день в прямую кишку в течение 5 дней или приёма арбидола по 1 таб. x 3 раза в день в течение 5-13 дней. Местно назначаем кармолис в виде полосканий, ингаляций или приёма перорально по 10 кап. на полстакана воды по 1 ст.л. x 2 раза в день до еды, а также синупрет по 1 ч.л. x 3 раза в день в рюмке воды.

Одновременно 1 раз в день в ЛОР-кабинете больному производим орошение слизистой оболочки полости носа и глотки на аппарате Нагашима набором противовоспалительных средств: последовательно орошаем слизистую 5% раствором аминакапроновой кислоты, через 1 минуту 1% раствором диоксида, затем 2% раствором хлористого кальция или интерферона. Через 10 минут после орошения больному смазываем заднюю стенку глотки раствором Люголя или протаргола или керосина, вливаем в гортань оливковое масло, смешанное с ментоловым маслом или эмульсией гидрокортизона. После вливания больной подвергается облучению лучом лазера малой мощности в течение 10 минут на аппарате "МИЛТА" или "РИКТА", датчик устанавливаем на точки наиболее болезненно воспринимаемые больным и обязательно учитываем при этом наличие противопоказаний со стороны внутренних органов и сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы.

При вовлечении в воспалительный процесс слизистой оболочки трахеи, больному дополнительно назначаем щёлочно-масляные ингаляции 10-12 процедур, если же у больного выявлялись заболевания околоносовых пазух, непременно производим лечение гайморита методом перемещения жидкости ("кукушка") на аппарате Нагашима при отёчных формах синусита, значительно реже лечебные пункции пазух при наличии у больного уровня жидкости в верхнечелюстных пазухах по данным рентгенографии с введением антисептических растворов октинисепта, мирамистина или метрогила. Курс лечения составляет 5-6 процедур. Удельный вес подобных больных составляет не более 1-2%.

Решение вопроса об эффективности лечения и целесообразности увеличения объёма терапии принималось через 10 дней от начала лечения. Показанием для увеличения объёма или продолжительности лечения служило сохранение хотя бы одного симптома, характерного для персистирующей вирусной инфекции (кашля, заложенности носа, отекание слизи по задней стенке глотки). В том случае, если стартовая терапия оценивалась как недостаточно эффективная, после окончания курса лечения в ЛОР-кабинете для профилактики рецидива ОРВИ больному назначали приём гомеопатических препаратов: инфлюцид по 1 таб. x 3 раза в день в течение 3 недель или тонзилгон по 20

капель x 3 раза в день после еды, также 3 недели; имудон или рибомунил по схеме в течение 2-3 недель, промывание полости носа минеральной водой в домашних условиях с последующим закапыванием в полость носа масла туи по 2 капли x 2 раза в день в течение 2-3 месяцев.

Экспертиза оценки эффективности терапии показала достижение контроля над симптомами персистирующей острой вирусной инфекции у 75% больных, 25% больных продолжали часто болеть. Эти больные, как правило, были аллергизированы, либо у них определялся сниженный иммунитет, либо фарингомикоз.

При лечении больных, у которых стартовая двухэтапная терапия оценивалась как неэффективная, нами производилось новое увеличение объема терапии, включающей препараты:

- группу противовирусных средств (гриппферон, цикловир, анаферон, гриппол)
- внутримышечные инъекции иммуноглобулина, дерината или полиоксидония
- группу десенсибилизирующих средств (кларитин, зиртек, ломилан)
- группу местных иммуностимуляторов (имудон, бронхомунал, рибомунил)
- витамины (алфавит, центрум, витрум)

Подобное медикаментозное, местное и физиотерапевтическое лечение у больных с персистирующей вирусной инфекцией приводило к повышению иммунитета, исчезновению местного и общего дисбактериоза, у больных восстанавливалась трудоспособность, рецидивы заболеваний не отмечались. Назначение подобной ступенчатой терапии больным с персистирующей вирусной инфекцией верхних дыхательных путей обеспечивает достижение более высоких показателей качества жизни, чем применение антибиотиков или сульфаниламидов.

III этап диспансеризации, как правило, включает анализ качества и эффективности диспансеризации. По окончании года наблюдения составляют годовой эпикриз, где:

- указывают динамику заболевания в текущем году,
- характер и объем проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий,
- оценивают эффективность диспансеризации.

Критериями эффективности диспансеризации больных с хроническими заболеваниями являются:

- наличие или отсутствие обострений
- отсутствие заболеваний с временной утратой трудоспособности
- отсутствие случаев стойкой нетрудоспособности
- вывод о состоянии здоровья; улучшение, ухудшение, без перемен

Плановое профилактическое лечение диспансерных больных в условиях поликлиники способствовало тому, что больных с декомпенсированными формами хронического тонзиллита, требующих оперативного лечения за последние 3 года не было, из 55 больных с хроническим гнойным гайморитом, протекающим на фоне хронического бронхита или бронхиальной астмы, необходимость оперативного лечения возникла у 11 человек (20%). Своевременная диагностика и лечение обращающихся к ЛОР-врачу больных позволили снизить удельный вес больных, длительно и часто болеющих в течение года до минимума. Таких больных за последние 3 года наблюдалось не более 2-3 человек в год (0,01%). Уменьшилось число случаев с временной утратой трудоспособности со 167 в 1998 г. до 93 в 2001 г., и соответственно, дней нетрудоспособности, с 1767 до 1026. случаев стойкой нетрудоспособности не наблюдалось. Улучшение самочувствия и исчезновение воспалительных признаков при хронических заболеваниях верхних дыхательных путей отмечалось у 75% больных.

Литература

1. Аникеева З.И. Повышение эффективности рабочих процессов амбулаторного отоларингологического приёма в рамках ОМС / З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко // В сб.: Проблема реабилитации в оториноларингологии. - Самара, 2003 - С.501-502.
2. Балмасов А.А. Диспансеризация / А.А. Балмасов, А.Е. Свешников. - Л.: Медицина - 1982 - 186 с.
3. Новгородцев Г.А. Диспансеризация населения СССР / Г.А. Новгородцев, Г.З. Демченкова, М.Л. Полонский Изд. 2-е перер. и дополн. - М.: Медицина, 1984 - 325 с.
4. Плешков И.В. Клинико-акустические характеристики голоса у лиц гапосо-речевых профессий: Автореф. дис. докт. мед. наук / И.В. Плешков - М., 2000 - 36 с.