

Бурякова Юлия Викторовна

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/1/2011/12/22.html](http://www.gramota.net/materials/1/2011/12/22.html)

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

**Альманах современной науки и образования**

Тамбов: Грамота, 2011. № 12 (55). С. 70-72. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/1.html](http://www.gramota.net/editions/1.html)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/1/2011/12/](http://www.gramota.net/materials/1/2011/12/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [almanac@gramota.net](mailto:almanac@gramota.net)

## Список литературы

1. Бейдеман И. Н. Методика изучения фенологии растений и растительных сообществ. Новосибирск: Наука, 1974. 154 с.
2. Вайнагий Н. В. Методика статистической обработки материала по семенной продуктивности растений на примере *Potentilla aurea L.* // Раст. ресурсы. 1973. Т. 9. № 2. С. 287-296.
3. Вайнагий Н. В. О методике изучения потенциальной продуктивности // Ботанический журнал. 1974. Т. 59. № 6. С. 826-831.
4. Доспехов Б. А. Методика полевого опыта. М.: Агропромиздат, 1985. 351 с.
5. Работнов Т. А. Методы изучения семенного размножения травянистых растений в сообществах // Полевая геоботаника. 1960. Т. 2. С. 20-40.

УДК 616.441:616.8-009.7

Юлия Викторовна Бурякова

Курский государственный медицинский университет

### АНАЛИЗ ПРИЧИН ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ<sup>©</sup>

Медико-социальная значимость тиреоидной патологии ставит ее в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет и болезни сердца. Особенно часто тиреопатии выявляются у лиц молодого и среднего трудоспособного возраста, приводят к временной нетрудоспособности и инвалидности этой категории населения, в связи с чем проблема адекватного лечения больных тиреопатиями представляется особенно актуальной. В современных условиях большое внимание уделяется совершенствованию процесса организации своевременного лечения госпитализированных больных, являющегося важным условием повышения качества медицинской помощи, сокращения сроков пребывания в стационаре, повышения эффективности использования коечного фонда больничных учреждений.

Целью настоящего исследования явилось изучение причин госпитализации пациентов с патологией щитовидной железы, длительности стационарного лечения, зависимости ее от наличия и количества осложненных сопутствующих заболеваний.

Данные получены путем анализа карт 1202 больных, госпитализированных с различной тиреоидной патологией в эндокринологическое отделение Городской больницы № 2 г. Тула в 2003-2010 годах. Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики, используемых при сравнении средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей. Различия считали достоверными при вероятности ошибки менее 5% ( $p < 0,05$ ).

В результате проведенного исследования получены следующие данные.

Анализ потоков больных с тиреопатиями, госпитализированных в отделение эндокринологии, показал, что подавляющее большинство пациентов (98,84%,  $p < 0,05$ ) были госпитализированы планоно, 1,16% (14 больных) были переведены в эндокринологическое отделение из других лечебных учреждений.

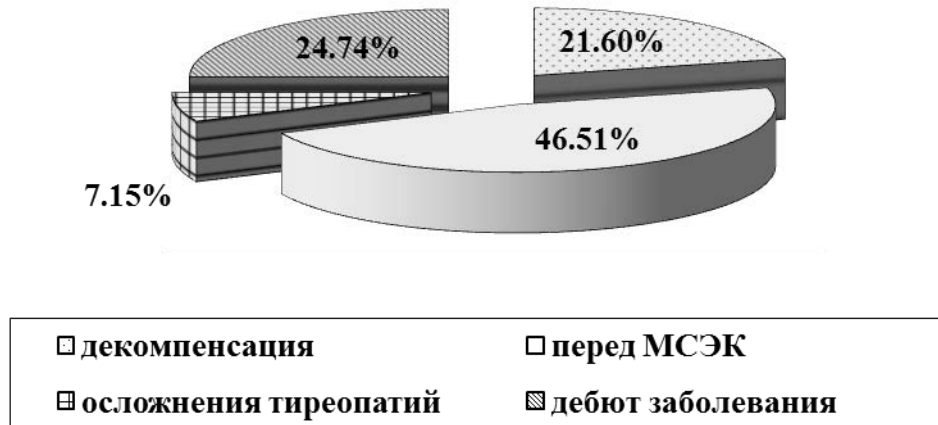
Большую долю среди госпитализированных пациентов составили поступившие для обследования перед МСЭ (46,51%,  $p < 0,05$ ). Наиболее редко показанием к госпитализации служило нарастание клиники осложнений тиреопатий (7,15%). Дебют заболевания и декомпенсация тиреоидной патологии (невозможность компенсации в амбулаторных условиях) явились причинами направления в стационар в 24,74% и 21,60% случаев соответственно (Рис. 1).

Среди всех госпитализированных больных тиреопатиями в 40,60% случаев направление в стационар было необоснованным.

Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов с тиреопатиями составила  $15,90 \pm 0,11$  дней. Больные с тиреотоксикозом пребывали в эндокринологическом отделении дольше, чем пациенты с гипотиреозом (в среднем по  $17,50 \pm 0,28$  и  $15,14 \pm 0,09$  дней,  $p < 0,05$ ). Для лиц с эутиреозом средняя продолжительность стационарного лечения была значимо ниже, чем при гипотиреозе и тиреотоксикозе ( $p < 0,05$ ), и составила  $12,57 \pm 1,63$  дня.

Средняя продолжительность лечения больных тиреопатиями при обоснованной госпитализации составила  $16,74 \pm 0,16$  дней, что значимо выше, чем при необоснованной госпитализации ( $14,67 \pm 0,08$  дней,  $p < 0,05$ ).

Средние сроки лечения госпитализированных, не имеющих осложнений основного заболевания, меньше продолжительности лечения больных с осложнениями. Максимальной продолжительностью лечения характеризовались пациенты с 3-4 осложнениями заболеваний щитовидной железы ( $16,36 \pm 0,21$ ), больные с 1-2 осложнениями пребывали в стационаре меньшее время ( $15,86 \pm 0,15$  дней,  $p < 0,05$ ), продолжительность лечения госпитализированных с пятью и более осложнениями была еще короче ( $15,06 \pm 0,33$  дней,  $p < 0,05$ ). Вышеописанные данные представлены в Таблице 1.



**Рис. 1.** Показания к госпитализации больных тиреопатиями

**Таблица 1.** Зависимость сроков лечения от осложнений основного заболевания

№	Количество осложнений	Продолжительность лечения (дней)
1	Без осложнений	14,70±0,44
2	1-2 осложнения	15,86±0,15 <sup>1</sup>
3	3-4 осложнения	16,36±0,21 <sup>1</sup>
4	5 и более осложнений	15,06±0,33 <sup>2,3</sup>

*Примечание:* <sup>1,2,3</sup> - показатель отличается от показателя строки с соответствующим номером (p<0,05)

В отношении сопутствующей патологии отмечена другая закономерность: средняя продолжительность стационарного лечения больных без сопутствующих заболеваний (16,55±0,06) значительно ниже, чем у лиц с любым их количеством (p<0,05). С увеличением числа сопутствующих заболеваний наблюдалось уменьшение продолжительности лечения пациентов с тиреопатиями: госпитализированные с 1-2 сопутствующими заболеваниями пребывали в стационаре в среднем 15,56±0,07 дней, при наличии 5 и более сопутствующих заболеваний продолжительность лечения уменьшалась до 14,31±0,28 дней (p<0,05). Описанные данные отражены в Таблице 2.

**Таблица 2.** Зависимость сроков лечения от сопутствующих заболеваний

№	Количество сопутствующих заболеваний	Продолжительность лечения (дней)
1	Без сопутствующих заболеваний	16,55±0,06
2	1-2 сопутствующих заболевания	15,56±0,07 <sup>1</sup>
3	3-4 сопутствующих заболевания	15,29±0,09 <sup>1,2</sup>
4	5 и более сопутствующих заболеваний	14,31±0,28 <sup>1,2,3</sup>

*Примечание:* <sup>1,2,3</sup> - показатель отличается от показателя строки с соответствующим номером (p<0,05)

#### Выводы

1. Большую долю среди госпитализированных пациентов составили поступившие для обследования перед МСЭ (46,51%, p<0,05).

2. В 40,60% случаев направление больных с патологией щитовидной железы в стационар было обоснованным.

3. Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов с тиреопатиями составила 15,90±0,11 дней. Больные с тиреотоксикозом пребывали в эндокринологическом отделении дольше, чем пациенты с гипотиреозом.

4. Средние сроки лечения госпитализированных, не имеющих осложнений основного заболевания, меньше продолжительности лечения больных с осложнениями, с увеличением количества сопутствующих заболеваний наблюдалось уменьшение продолжительности лечения пациентов с тиреопатиями.

## Список литературы

1. Андреева Н. С. Оценка распространенности и характера тиреоидной патологии среди взрослого населения г. Курска за 1997-2003 годы // Вестник СПб. ГМА им. И. И. Мечникова. 2004. Т. 5. № 2. С. 28-32.
2. Благосклонная Я. В. Болезни щитовидной железы / Я. В. Благосклонная, Е. И. Красильникова, Е. Н. Остроухова // Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 1995. № 11-12. С. 21-33.
3. Дедов И. И. Состояние и пути развития отечественной эндокринологии // Вестник РАМН. 2006. № 9-10. С. 38-44.
4. Калининская А. А. Экономический эффект от рационального использования коечного фонда стационаров // Экономика здравоохранения. 2001. № 3. С. 23-26.
5. Развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в РФ и потребность в их коечном фонде дневных стационаров / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, Э. Н. Матвеев и др. // Глав. врач. 2002. № 2. С. 2-5.
6. Смирнова А. Е. Медико-демографическая характеристика госпитализированных больных с тиреопатиями // Университетская наука: теория, практика, инновация. Курск: КГМУ, 2009. Т. 1. С. 233-235.

УДК 616.441:616.8-009.7

Юлия Викторовна Бурякова

Курский государственный медицинский университет

### ОЦЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНОГО ОБЪЕМА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ТИРЕОПАТИЯМИ<sup>©</sup>

Несмотря на значительные достижения в области тиреодологии, полученные за последние годы, медицинская и социальная значимость заболеваний щитовидной железы не вызывает сомнений. Тиреоидная патология занимает доминирующее место среди эндокринопатий, причем заболеваемость ими неуклонно растет. Тиреопатии имеют наиболее принципиальное значение в работе эндокринолога, поскольку около 40% пациентов, обращаются в специализированные эндокринологические учреждения по поводу заболеваний щитовидной железы. В условиях проводимых реформ здравоохранения, основной целью которых является повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, особенно актуальным представляется проблема адекватного лечения больных тиреопатиями. Совершенствование процесса организации своевременного лечения госпитализированных больных является важным условием повышения качества медицинской помощи, сокращения сроков пребывания в стационаре, повышения эффективности использования коечного фонда больничных учреждений.

Целью настоящего исследования явилось изучение целесообразного объема фармакотерапевтической помощи у госпитализированных больных с тиреоидной патологией, анализ его зависимости от вида тиреоидной дисфункции.

Данные получены путем анализа карт 1202 больных, госпитализированных с различной тиреоидной патологией в эндокринологическое отделение Городской больницы № 2 г. Тула в 2003-2010 годах. Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики, используемых при сравнении средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей. Различия считали достоверными при вероятности ошибки менее 5% ( $p < 0,05$ ).

В результате проведенного исследования получены следующие данные. Количество препаратов, целесообразно использованных в лечении пациентов с тиреопатиями, госпитализированных в эндокринологическое отделение, составило в среднем  $4,75 \pm 0,08$ , что на 17% меньше фактически назначенных (в среднем  $5,91 \pm 0,12$  лекарственных средств в лечении одного госпитализированного). Максимальное число препаратов было целесообразно использовано в терапии пациентов с гипотиреозом -  $5,47 \pm 0,09$  госпитализированных, минимальное (в среднем  $1,57 \pm 0,74$  лекарственных средства,  $p < 0,05$ ) - при эутиреозе. При заболеваниях, сопровождающихся тиреотоксикозом, обоснованно применялись  $4,62 \pm 0,12$  препарата на одного госпитализированного. При сравнении объемов фактической и целесообразной фармакотерапевтической помощи выявлено, что наибольшие различия наблюдались для эутиреоза: фактический объем фармакотерапевтической помощи (в среднем  $2,50 \pm 0,85$  препаратов на одного госпитализированного) превышал целесообразный на 37%, для гипотиреоза и тиреотоксикоза среднее количество назначенных фармакологических препаратов ( $6,19 \pm 0,14$  и  $5,46 \pm 0,18$ ) было выше количества обоснованно примененных на 13 и 18% соответственно.

В ходе анализа целесообразно назначенного лечения у больных с тиреопатиями обращает на себя внимание следующее. Среди пациентов с гипотиреозом на первом месте по числу целесообразно назначенных препаратов были пациенты с послеоперационным гипотиреозом ( $5,57 \pm 0,12$  на одного госпитализированного), на втором месте - больные с атрофической формой хронического аутоиммунного тиреоидита ( $5,31 \pm 0,71$  на одного госпитализированного), минимальное количество препаратов обоснованно использовалось в лечении пациентов с врожденным гипотиреозом ( $4,51 \pm 1,14$  на одного госпитализированного). При заболеваниях, сопровождающихся развитием тиреотоксикоза, в отношении целесообразного объема фармакотерапевтической помощи наблюдалось такое же соотношение, как для фактического объема. Так, максимальное число обоснованно назначенных фармакологических препаратов использовалось в терапии пациентов с узловыми формами токсического зоба ( $4,85 \pm 1,24$  и  $4,83 \pm 0,42$  на одного госпитализированного).