СТРУКТУРА НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА В ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ХИРУРГИЯ

Р. Коларов
Изпълнителна агенция „Медицински одит“ – София

MAXILLOFACIAL SURGERY: PREVALENCE AND CONSIDERATIONS

R. Kolarov
Executive Agency “Medical Audit” – Sofia

Резюме: Лицево-челюстната хирургия е хирургична специалност с мултидисциплинарен характер. В обема на специалността са включени различни групи болести: възпалителни, травми, онкологични, вродени и придобити дефекти. Този факт предполага широки познания и практически умения за работещите специалисти. От друга страна, лекуваните болни в различните клиники и отделения по лицево-челюстна хирургия се разпределят в групи по болести от самата специалност. В настоящата статия е направен анализ на лекуваните болни по клинични пътеки по ЛЧХ, като е създадена структура на заболяемостта в специалността.

Ключови думи: лицево-челюстна хирургия, клинични пътеки, преминали болни, заболяемост, операции, възпалителни заболявания, травми, онкология, малформации

Адрес за кореспонденция: *Доц. д-р Росен Коларов, дм, Изпълнителна агенция „Медицински одит“, ул. „Св. Г. Софийски“ № 3, 1606 София, e-mail: rossen_kolarov@mail.bg*

Abstract: Maxillofacial surgery is a medical science with a multi-disciplinary profile. Into its coverage included are different types of diseases: inflammatory, traumatic, oncologic, inherited and acquired defects. It requires broad range of medical knowledge, as well as practical skills. However patient care delivery in the clinics is organized in pathways within the discipline itself. Presented is an analysis of the clinical pathways structure.

Key words: maxillofacial surgery, clinical pathways, patient flow, prevalence, surgical treatment, inflammatory diseases, traumas, oncology, malformations

Address for correspondence: *Assoc. Prof. Rosen Kolarov, Executive Agency „Medical Audit“, 3, Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1606 Sofia, e-mail: rossen_kolarov@mail.bg*

Лицево-челюстната хирургия е хирургична специалност, която обхваща хирургични заболявания на лицето, лицевите и челюстните кости, шията, устната кухина, зъбите и околозъбните тъкани, външния нос и околоносните кухини (синуси), както и пластичновъзстановителните и реконструктивните операции в посочените области. Налага познания, технически умения и преценки за диагностика и лечение на хирургичните болести в лицево-челюстната и шийната област, главата и шията. Научната база изисква задълбочени познания по анатомия, физиология, образна диагностика, органна функционална диагностика, инвазивни изследвания, предоперативно оценяване, постоперативно хранене и грижи, интензивни грижи и др.

В този смисъл специалността изучава следните по-големи групи заболявания:

- Гнойно-септична лицево-челюстна хирургия – включва възпалителните заболявания на меките тъкани на лицето, главата, шията и устната кухина; възпалителни заболявания на костите (остеомиелити и периостити) и некрози от различно естество на челюстните и лицевите кости; одонтогенни и неодонтогенни синуити, лимфаденити, екзацербирали кисти; възпалителни заболявания на кожата на лицето и шията и др.
- Лицево-челюстна травматология – включва фрактури на челюстните и лицевите кости, орбитата, фронталния синус, носните кости и назоетмоидалния комплекс, наранявания на меките тъкани от различно естество в областта на лицето, устната кухина, шията и скалпа.
- Лицево-челюстна онкология – включва диагностика и хирургично лечение на онкологичните заболявания в раздела рак на главата и шията: злокачествени тумори на устната кухина, езика, прилежащия на устната кухина орофаринкс, челюстните и лицевите кости, злокачест-

вени тумори на кожата и меките тъкани в областта на лицето, шията, скалпа и главата; туморите на слюнчените жлези, лечение на първични и метастатични тумори на шията.

• Заболявания "Вария" – това са група заболявания, характерни само за лицево-челюстната област, каквито са заболяванията на слюнчените жлези, лицевите нерви, темпоро-мандибуларната става, синдроми, заболяванията на лигавицата на устната кухина, езика и устните, кожата на лицето и др.

• Лицево-челюстна пластичновъзстановителна, реконструктивна и естетична хирургия – включва група заболявания или дефекти в ЛЧО, получени в резултат на вродени и придобити дефекти, малформации, деформации или в резултат на остаряване на тъкани и органи, както и процедури, целящи постигане на по-добра естетика.

• Орална хирургия – обхваща обем от хирургични заболявания на устната кухина, зъбите, околозъбните тъкани и алвеоларните гребени [1, 2, 10, 11, 15].

Лицево-челюстната хирургия обхваща голям обем оперативни интервенции, които изискват познания както по лицево-челюстна хирургия, така и от други хирургични специалности, каквито са ортопедия и травматология, пластично-възстановителна хирургия, орална хирургия, неврохирургия, онкологична хирургия, естетична хирургия и др. [11, 15].

Най-близка до ЛЧХ е оралната хирургия (ОХ). Тя е дентално-медицинска специалност и обхваща в пълен обем лечението на всички хирургични заболявания на устната кухина и асоциираните с тях заболявания на челюстите и околните тъкани. Освен тях се включват и заболяванията на оралната лигавица, зъбите и пародонта, предпротетичната хирургия и имплантология, лицево-челюстни аномалии и деформации, при които се налага провеждането на хирургично лечение [15].

Оперативните интервенции в лицево-челюстната хирургия са малки, средни, големи (сложни) и много големи (високоспециализирани). Те се извършват в спешен и планов порядък [11].

Лицево-челюстната хирургия се осъществява в лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ. В лечебни заведения за болнична помощ дейността се финансира от НЗОК по разработени алгоритми на клинични пътеки, отразяващи патологията в специалността [11].

Качеството на оказаните здравни услуги е приоритет на всяка здравна система. Ето защо анализът на събраната през годините здравна информация е от съществено значение [3, 4, 8, 9, 29, 30, 31, 32, 33].

Цел на настоящата статия е да се определи структурата на заболяемостта в специалността лицево-челюстна хирургия по отделните групи болести от нейните раздели.

За изпълнение на така поставената цел са изследвани клиничните пътеки (КП) по лицево-челюстна хирургия, като са анализирани данни, получени от НЗОК, за отчетените болни, преминали по тях за периода 2007-2015 г. Отделните КП отразяват и групите заболявания от разделите на специалността [6, 7, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 34].

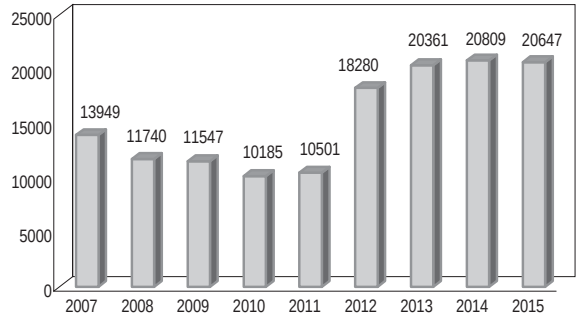
МАТЕРИАЛ

Изследван е броят преминали болни по КП с № от 259 до 266 за период от 2007 г. до 2015 г.

На табл. 1 и фиг. 1 са представени общият брой на преминалите болни по клинични пътеки за посочения период.

Таблица 1. Общ брой на преминалите болни по КП №№ 259-266

Година	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2914	2015
Брой преминали болни	13 949	11 740	11 547	10 185	10 501	18 280	20 361	20 809	20 647



Фиг. 1. Общ брой на преминалите болни по КП №№ 259-266

От така представените данни прави впечатление рязкото увеличаване на хоспитализираната заболяемост в специалността ЛЧХ след 2011 г. – увеличава се приблизително два пъти.

На табл. 2 е представено средното процентно разпределение на преминалите болни по клинични пътеки от 259 до 266 за периода от 2007 г. до 2015 г.

Това разпределение дава възможност да поставим основа, за да определим структурата на заболяемост в ЛЧХ по групи болести. От представените данни е видно, че възпалителни-

те заболявания заемат най-голяма част от лекуваните случаи – 41%.

Тук е мястото да се отбележи, че КП № 259 и КП № 260, отразяващи оперативните интервенции с много голям и голям обем, включват код процедури от онкологичната хирургия, както и реконструктивни операции. Може да се направи анализ само по обем на интервенциите, тъй като няма информация колко от болните са с онкологични болести и колко се нуждаят от реконструктивни операции. КП № 262, отразяваща малки оперативни интервенции, включва предимно операции от обема на орална хирургия.

Таблица 2. Средно процентно разпределение на лекуваните болни по КП №№ 259-266

КП	№ 259	№ 260	№ 261	№ 262	№ 263	№ 264	№ 265	№ 266
% разпределение на преминали болни	4%	11%	19%	5%	41%	8%	3%	9%

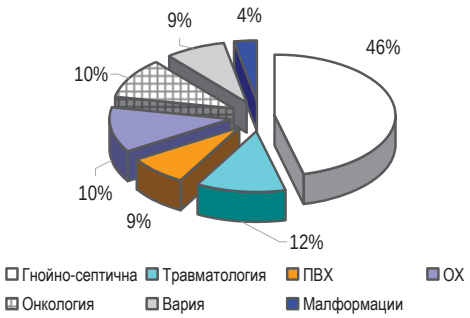
Що се отнася до следващата по процент група – това са оперативните интервенции със среден обем и сложност (КП № 261). При тази КП се обединяват код основна процедура от различни групи болести – така например 10% от код процедури са онкологични, 30% са от обема на пластичновъзстановителна хирургия, 15% – травматологични процедури, хирургия на околоносните кухини – 20% и др.

В КП 260 са отразени операциите с голям обем и сложност. Код основни процедури се разпределят, като 30% от основен код процедури са онкологични, а останалите 70 са пластичновъзстановителна и реконструктивна хирургия.

В КП 259 също са отразени код процедури от онкологична хирургия и ПВХ, като основен брой код е разпределен по равно (по 50%). При така представените данни можем да направим извод относно преминалите болни с онкологични заболявания в ЛЧО. При изчисляването се отнемат от КП №№ 259, 260, 261 и 262, съответно общият процент става 9%.

При КП №№ 263, 264, 265 и 266 и броя на преминалите болни през периода от 2007 г. до 2015 г. може да се направи по-задълбочен анализ, тъй като алгоритмите им определят отделните раздели на специалността: възпалителни, травми, малформации в ЛЧО.

Въз основа на всичко казано дотук може да се определи структурата на заболяемост в специалността ЛЧХ, която е представена на табл. 3 и фиг. 2.



Фиг. 2. Структура на заболяемостта в ЛЧХ

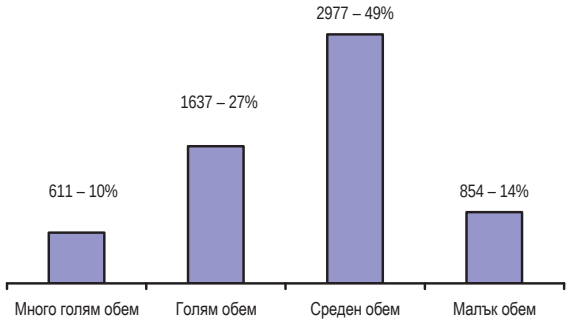
По данни на НЗОК за отчетените болни по КП №№ 259, 260, 261 и 262, отразяващи хирургични процедури с много голям, голям, среден и малък обем и сложност в лицево-челюстната хирургия може да се структурират различните обеми и сложност на хирургичните интервенции в специалността (табл. 4, фиг. 3).

Таблица 3. Структура на заболяемостта в ЛЧХ

Възпалителни заболявания	Травматология	Онкология	ОХ	ПВХ	Вария	Малформации
46%	12%	9%	10%	10%	9%	4%

Таблица 4. Разпределение на оперативните интервенции по обем и сложност

Разпределение на оперативните интервенции по обем и сложност за период 2007-2015 г.	Много голям обем и сложност	Голям обем и сложност	Среден обем и сложност	Малък обем и сложност
Среден брой/процент (2007-2015) на преминалите болни по КП	611 10%	1637 27%	2977 49%	854 14%



Фиг. 3. Разпределение на оперативните интервенции по обем и сложност

От така представените таблица и графика е видно, че с най-голям процент от оперативните интервенции са тези със среден обем и сложност. На второ място са оперативните интервенции с голям обем и сложност, следвани от тези с малък обем и сложност. На последно място са операциите с много голям обем и сложност, или високоспециализираните оперативни интервенции. Малкият процент на оперативните интервенции с малък обем се обяснява с факта, че голяма част от тях се извършват и в амбулаторни условия и не са лекувани в лечебни заведения за болнична помощ.

Заключение

Хоспитализираната заболяемост в ЛЧХ нараства стремглаво след 2011 г., почти с 90%. Най-голям дял при структурирането на болестите в ЛЧХ заемат възпалителните заболявания – 46%. Следват травми в ЛЧО – 12%, и онкологични заболявания – 9%. По отношение обем и сложност на оперативните интервенции най-голям относителен дял имат тези със среден обем и сложност – 49%. Последвани са от тези с големи обем и сложност – 27%, следват операции с малък обем и сложност – 14%, и на последно място са много големите (високоспециализирани) операции – 10%.

Рязкото увеличаване на хоспитализираната заболяемост в специалността след 2011 г. при тези клинични пътеки нараства от 10 501 за 2011 г. на 18 280 за 2012 г., 20 361 за 2013 г., 20 809 за 2014 г. и 20 647 за 2015 г. Този факт може да се обясни с промяната във финансирането на лечебната дейност, а именно – заплащане за преминал болен само от един източник (НЗОК).

Библиография

1. Анастасов, К. Хирургична стоматология. Мед. и физк., 1979.
2. Бакърджиев, А. Орална хирургия в денталната медицина. 2011
3. Генев Стр., НЗОК – Обичайният заподозрян, публична лекция, Департамент „Медикобиологични науки", Нов български университет, 2011
4. Грива, Х. С. Христова, Т. Чолакова. Здравни индикатори, НЦЗИ, 2000
5. Гладилов Ст., Евг. Делчева. Икономика на здравеопазването, 2000
6. Годишни отчети за дейността на НЗОК за 2007-2015 година, НЗОК.
7. Годишни отчети за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2007-2015 година, НЗОК.
8. Делчева, Е., Ст. Гладилов. Икономика на здравеопазването, С., Princeps, 2003.
9. Иванов, Л., Ж. Големанова. Болничен мениджмънт, С.: НЦОЗ при МЗ, 2005.
10. Коларов, Г. Пропедевтика на хирургичната стоматология. Мед. и физк., 1984.
11. Коларов, Р. и съавт. Медицински стандарт по лицево-челюстна хирургия, Наредба № 23 на МЗ, 2002.
12. Коларов, Р. Социалната страна на фрактурите на долната челюст, Обща медицина, 2007, № 3, 31-34.
13. Коларов, Р. Клинични пътеки в лицево-челюстната хирургия, Медицински мениджмънт и здравна политика, 2006, № 4, 11-16.
14. Комитов, Г. В. Борисов, К. Цачев, Стр. Генев. Управление на болнични ресурси. Нов болничен мениджмънт, 2011.
15. Медицински стандарт по орална хирургия, Наредба №50 на МЗ, 2010.
16. Национален рамков договор, 2002.
17. Национален рамков договор, 2003.
18. Национален рамков договор, 2005.
19. Национален рамков договор, 2006.
20. Национален рамков договор, 2007.
21. Национален рамков договор, 2008.
22. Национален рамков договор, 2009.
23. Национален рамков договор, 2010.
24. Национален рамков договор, 2011.
25. Национален рамков договор, 2012.
26. Национален рамков договор, 2013.
27. Национален рамков договор, 2014.
28. Национален рамков договор, 2015.
29. Петрова, Зл., Стр. Генев. Управление на здравната система, Health Media Group, 2013.
30. Петрова, Зл., Стр. Генев, Н. Енчев, А. Воденичарова, Глосариум на най-често ползваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването, Ес Принт, 2015.
31. Петрова, Зл., Х. Танушев. Дейности за осигуряване на финансовата стабилност и устойчивост на доброволен здравноосигурителен фонд, 2008.
32. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качеството на здравеопазването – съвременни измерения и тенденции, Знание, 2007.
33. Петрова, Зл. Качеството в здравеопазването – приоритет или псевдоприоритет в условията на реформиращо се здравеопазване? част I, Здравен мениджмънт, 2007.
34. Христов, Г. Клинични пътеки ли са Клиничните пътеки в България, Здравен мениджмънт, 2007.

Постъпила за печат на 29 септември 2017 г.