

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И. И. МЕЧНИКОВА"

*На правах рукописи*

**КОВАЛЕВ**

**Михаил Владимирович**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ  
НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.01.03 – болезни уха, горла и носа

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:  
Доктор медицинских наук,  
доцент С.А. Артюшкин  
Доктор медицинских наук,  
профессор А.А. Корнеенков

Санкт-Петербург – 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА, ГОРЛА И НОСА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	11
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО И СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОГИЕЙ.....	36
ГЛАВА 3. ДОСТУПНОСТЬ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАНЫМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА.....	43
3.1. Исследование социально-гигиенических характеристик больных с ургентной ЛОР патологией.....	43
3.2. Клинический анализ оказания оториноларингологической помощи больным с ЛОР-патологией на амбулаторном этапе.....	44
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНОЙ ЛОР-ПАТОЛОГИЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	51
4.1. Структура больных с экстренной хирургической патологией ЛОР- органов.....	52
4.2. Особенности в выборе клинико-диагностических показателей для госпитализации в специализированное оториноларингологическое отделение городского стационара.....	58

ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ ОБОСНОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИХ ЭТАПОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛОР-ПАТОЛОГИЕЙ.....	68
5.1. Организационные аспекты в оказании экстренной оториноларингологической хирургической помощи в Санкт-Петербурге.....	68
5.2. Аргументирование выбора альтернативных клиничко-организационных форм оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи.....	75
5.3. Обоснование эффективности стационарзамещающих технологий в условиях современного мегаполиса.....	78
5.4. Анализ экономической эффективности оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи в условиях дневного стационара.....	85
ГЛАВА 6. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ.....	91
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	101
ВЫВОДЫ.....	106
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	108
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	109
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	110

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования и степень разработанности темы**

Современное развитие здравоохранения России предусматривает необходимость научного обоснования и совершенствования клиничко-организационных форм специализированной медицинской помощи. В настоящий момент требования по реализации национальных программ по здравоохранению предполагают разработку, совершенствование имеющихся и внедрению новых организационных форм медицинских услуг и ресурсохраняющих технологий, значительное расширение и повышение качества амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Высокая распространенность оториноларингологической патологии (105,4 случая на 1000 населения), рост числа заболеваний околоносовых пазух-54,4% среди всех заболеваний ЛОР-органов, в том числе их осложненных форм, (9,8% среди всех больных синуситами), рост числа травм ЛОР-органов-7 %, гнойных воспалительных заболеваний глотки, требующих экстренной хирургической помощи-11,1%, а также несостоятельность организации оказания специализированной помощи указывают нам на необходимость поиска новых путей обеспечения возникающей потребности в оказании оториноларингологической помощи.

Такие социально-экономические преобразования в стране как внедрения рыночных отношений, скачкообразное и повсеместное развитие частного медицинского сектора, закрытие ряда лечебно-профилактических учреждений, вызванное дефицитом финансирования отрасли, снижение уровня доступности различных видов медицинской помощи большинству населения приводят к тому, что социальная значимость проблемы качества и доступности медицинской помощи особенно возрастает.

Оториноларингологические больные, требующие оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи, имеют значительный удельный вес в структуре общей оториноларингологической заболеваемости (54,4%). Оказание медицинской помощи больным с экстренной хирургической ЛОР-патологией осуществляется, в основном, в стационарных условиях. Большинству госпитализированных, из числа обратившихся за неотложной хирургической медицинской помощью, не требуется пребывания в стационаре на

весь период госпитализации. В этом случае необходимы иные пути организации неотложной хирургической оториноларингологической помощи с использованием стационарзамещающих технологий.

На современном этапе организации ЛОР помощи, как показало наше исследование, не хватает научных исследований по оценке уровня распространенности ургентной патологии уха, горла и носа. Нет целостного понимания потребности городского населения в экстренной хирургической ЛОР-помощи. Имеющиеся в литературе работы по оказанию неотложной оториноларингологической помощи иллюстрируют преимущественно показатели по одной, двум нозологическим формам. Недостаточно клинико-статистических исследований с анализом качества экстренной стационарной оториноларингологической помощи. Исследования по определению обеспеченности и доступности для населения как стационарной, так и амбулаторной ЛОР-помощи являются по-прежнему актуальными. Так, в 2015 году стационарную помощь в Санкт-Петербурге оказывали 89 медицинских учреждений с коечным фондом более 39 тыс. коек (39836 коек), в том числе 69 — городского подчинения (30346 коек) и 20 — федерального подчинения (9490 коек). В течение последних 5 лет в связи с мероприятиями по сокращению коечного фонда и ростом населения города показатель обеспеченности населения койками сократился на 16%, составив 58,1%. Нуждаются в совершенствовании организационные формы оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи, учитывающие современные технологии. Изучение проблем качества и эффективности оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи населению в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях в крупном промышленном городе остается актуальной проблемой современного здравоохранения.

Поэтому, в современных социально-экономических условиях, проблема наиболее эффективной реорганизации оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи населению, с определением потребности и оценкой качества оказываемой помощи является важной научно-практической задачей современной оториноларингологии, необходимость решения которой предопределила актуальность исследования, выбор цели и постановку задач данной работы.

**Цель исследования** — улучшение эффективности оказания экстренной оториноларингологической помощи на догоспитальном этапе и в условиях специализированного стационара.

### **Задачи исследования:**

1. Оценить структуру, доступность и современное состояние оториноларингологической службы для оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи в условиях крупного мегаполиса.

2. Разработать методику оценки качества и эффективности клинического, медико-социологического и клинико-статистического анализа оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи взрослому населению в городском стационаре.

3. Оценить уровень, факторы и структуру показателей, влияющих на распространенность экстренной ЛОР-патологии.

4. Предоставить результаты анализа потребности городского населения в экстренной специализированной стационарной ЛОР-помощи.

5. Оценить качество и эффективность оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи в специализированном стационаре.

6. На основе данных клинико-социологического анализа дать сравнительную оценку своевременности, доступности и качества оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи в условиях многопрофильного стационара.

7. Разработать рекомендации по усовершенствованию городской системы экстренной помощи больным с патологией уха, горла и носа.

### **Научная новизна исследования**

В работе был проведен комплексный клинико-статистический и медико-социологический анализ факторов и структура показателей, влияющих на распространенность экстренной ЛОР-патологии, требующих оказания ургентной хирургической оториноларингологической помощи. В случаях оказания различных видов экстренной специализированной ЛОР-помощи изучена актуальная потребность городского населения. Впервые проанализирована качественная медико-статистическая оценка эффективности госпитальной помощи пациентам с экстренной ЛОР-патологией. Определены клинические и клинико-организационные особенности хирургической активности среди госпитализированных пациентов, влияющие на качество и эффективность оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи. Проведено медико-

социологические исследование среди врачей- оториноларингологов, а также больных с экстренной хирургической ЛОР- патологией. Впервые был представлен алгоритм оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи в зависимости от нозологической формы.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Благодаря результатам исследования разработана специфика клинико-организационной деятельности врачей-оториноларингологов при лечении больных с хирургической патологией. Также результаты исследования были использованы для повышения качества оказания высококвалифицированной помощи. Методики, которые использовались для клинико-статистического анализа позволят стационарам самостоятельно вычислять доступность, степень удовлетворенности больных с экстренной ЛОР- патологией, а также потребность в госпитализации, что также приведет к повышению качества оказываемых услуг. Полученные данные о динамике неотложных состояний и разработанные критерии для госпитализации при заболеваниях уха, горла, носа целесообразно использовать участковым врачам-терапевтам и оториноларингологам на амбулаторном этапе в условиях лечебно-профилактических учреждений при планировании и реализации лечебных и реабилитационных мероприятий, а также диспансерном наблюдении. Результаты исследования о доступности, качестве и своевременности оказываемой экстренной хирургической оториноларингологической помощи городскому населению могут быть использованы в региональных проектах по реорганизации специализированной медицинской помощи. Предоставленные научно-практические рекомендации будут способствовать совершенствованию организационной структуры как на уровне амбулаторно-поликлинического звена, так и на этапе круглосуточного многопрофильного стационара.

## **Методология и методы исследования**

Работа выполнена в дизайне ретроспективного исследования стационарных карт больных. Применялись медико-статистический, социологический методы исследования.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Необходимость совершенствования существующих клинико-организационных форм специализированной ЛОР-помощи определяется высокой потребностью городского населения в экстренной хирургической оториноларингологической помощи, распространенности, особенности клинического течения и частоты осложнений при данных заболеваниях.

2. Установлено не целесообразное использование коечного фонда в городских многопрофильных стационарах, что приводит к неэффективности использования ресурсов медицинских учреждений на догоспитальном этапе и к отрицательным показателям доступности и качеству оказания ЛОР-помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

3. С учетом выявленного уровня экстренной ЛОР- патологии и хирургических вмешательств, проводимых при этих заболеваниях, в современных условиях крупного города наиболее ресурсосберегающей моделью оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи являются амбулаторные центры хирургии и стационары дневного пребывания, организованные на базе специализированных круглосуточных больниц.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования в виде методических рекомендаций представлены в Комитет по здравоохранению. Материалы и выводы диссертационного



исследования внедрены в учебный процесс кафедры оториноларингологии и кафедры общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, в систему последипломного образования и в лечебный процесс Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, в учебный процесс кафедры автоматизации управления медицинской службой с военно-медицинской статистикой Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность проведенного исследования обеспечена проработкой литературы по теме диссертации, детальной критикой источников и разработкой методического подхода, учитывая специфику данных. Данные, на которых основывается исследование, приведены в тексте диссертации. Все это делает работу воспроизводимой и проверяемой.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на:

IV международном форуме оториноларингологов России, (Санкт-Петербург, 2015); научных конференциях Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург, 2013-2015 гг.).

2-ой научно-практической конференции молодых ученых и специалистов «Трансляционная медицина: от теории к практике» (Санкт-Петербург, 2015); международном научном форуме «Многопрофильная клиника 21 века. Экстремальная медицина» (Санкт-Петербург, 2015)).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликованы 3 работы в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, в которых полностью отражены основные положения и результаты исследований.

### **Личный вклад автора**

Разработана программа и проведено клинико-статистическое и медико-социологическое исследование; выполнен сбор научной информации путем выкопировки данных из первичной медицинской документации в городских стационарах, проведено анкетирование среди больных, госпитализированных по экстренным показаниям. В клинике городского многопрофильного стационара проводился анализ деятельности врачей-оториноларингологов специализированных отделений (доля участия автора 100,0%). Автором осуществлялось планирование, обобщение и анализ результатов исследования (100%) с компьютерной обработкой данных (доля участия до 75,0%).

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, программы, методики и организации комплексного клинико-статистического и медико-социологического исследования, 6 глав с обсуждением результатов собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Диссертация изложена на 133 страницах, иллюстрирована 23 таблицами и 8 рисунками. Список литературы содержит 199 источников, из них 158 отечественных и 41 зарубежных.

## **ГЛАВА 1. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА, ГОРЛА И НОСА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

В современной системе здравоохранения всегда уделялось особое внимание исследованиям по распространению различных заболеваний в популяции и, одни из самых часто встречающихся заболевания ЛОР-органов не исключение.

На качество жизни населения оказывают влияние различные факторы — это и продолжительность заболевания, и уровень заболеваемости и смертности.

Исследования в этой области носят отрывочный характер, а имеющиеся данные, касающиеся Российской Федерации, описывают оториноларингологическую заболеваемость, в основном, в крупных городах, таких, как г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Новосибирск и др.

Некоторые работы 80-90 гг. касаются заболеваемости населения в районах, отличающихся как климатически, например, в условиях Крайнего Севера или степи, так и наличием в регионе специфических условий производства - нефтяные, газовые и угольные бассейны, крупные промышленные районы.

В середине XX столетия исследователи стали отмечать, что число ЛОР - заболеваний по первичной обращаемости, относительно другой патологии, имеет тенденцию к росту и достигает в среднем 25-27% во всех крупных городах Российской Федерации. (В.А. Быстрова, 1958г.; Н.И. Говор, 1957г.; С.Я. Гусакова, 1961г.; Л.А.Авербух, 1957г.).

Так, имеются данные о числе первичных обращений по поводу ЛОР - заболеваний среди всех обращений в лечебные учреждения г. Москвы, которые также подтверждают эту тенденцию. Массовая доля ЛОР-заболеваний составляла в 1926 г. - 9,2%, в 1937 г. - 10,1%, в 1947 г. - 11,3%.

В последующие десятилетия снижение числа обращений пациентов с заболеваниями ЛОР-органов тоже не наблюдается, а наоборот, отмечен их рост, что отображено в исследованиях некоторых авторов (А.С. Токман (1957г.)

В тот же период в 60-70 гг. исследования обращений за ЛОР-помощью стали дополнять материалами медицинских осмотров, что начало приводить к пониманию распространенности ЛОР-заболеваний по нозологиям. (В.П.Баранов с соавт., 1967г.; Г.В. Базиян; Н.П.Евсеева, 1972г.; Г.З.Пискунов 1972г.; Е.М.Харшак 1973г.; А.Е. Китаевич 1966г.; В.С. Кузнецов 1975г.).

Исследования заболеваемости, проведенные с 1926 по 1963 гг. в Кубанском медицинском институте и Краснодарской краевой клинической больнице В.К. Супруновым с соавт. (1965г.) имеют свои отличия, касающиеся структуры оториноларингологической заболеваемости.

Так, в довоенный период (до 1940 г.) наблюдается подъем числа острых средних отитов, после чего наступает снижение частоты этих состояний, а в два следующих десятилетия резкий спад - до 4% среди всех отоларингологических заболеваний.

В этот же период массовая доля хронических гнойных средних отитов сначала резко уменьшается, а затем падает постепенно и остается в пределах 8,6%.

Заболевания придаточных пазух носа остаются, по-прежнему, на высоком уровне и составляют около 15,7-21,7% за весь период исследования.

Явная тенденция к росту числа заболеваний отмечается у больных с хроническими заболеваниями глотки и гортани. До 1935г. массовая доля всех госпитализированных с этими состояниями составляла не более 5%, в следующие пять лет (до 1940 г.) - уже порядка 14-16%, а в последующие 10 лет достигла почти 40% [124].

С.З. Ромм в 1965 году опубликовал данные об оториноларингологической патологии в г. Ленинграде за период с 1955-1963 гг., согласно которым, на первом месте стоял острый и хронический тонзиллит. Второе место занимали

заболевания, связанные с патологией носа и околоносовых пазух, и третье - заболевания наружного и среднего уха.

Массовая доля первичных обращений по поводу ЛОР - заболеваний, среди всех выявленных обращений по всем заболеваниям, составила в 1955 г. - 8,7%, в 1961 г. - 8,9%, в 1963 г. - 8,8%.

В этом же исследовании проанализированы данные отоларингологических стационаров, согласно которым более половины всех госпитализированных больных с ЛОР-патологией составили больные с заболеваниями гортаноглотки - около 62%. Среди них, массовая доля больных с хроническими формами тонзиллита составила 34,3% от всех, кто был госпитализирован в отоларингологические стационары города.

Заболевания носа и придаточных носовых пазух составляли 17% среди всех госпитализаций с патологией ЛОР-органов и занимали второе место.

На третьем месте были заболевания среднего и наружного уха - 15% среди всех госпитализированных.

Имеются данные М.Г. Гариной (1962г.) о том, что из 1000 человек населения на оториноларингологическую заболеваемость приходится 236 случаев-23,6%, и чаще всего этими заболеваниями страдали молодые люди трудоспособного возраста (от 20 до 40 лет), хотя и в данной возрастной группе имеют место некоторые отличия в структуре оториноларингологической заболеваемости. [24]

Согласно этим исследованиям среди всей отоларингологической обращаемости первое место занимали острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей - 42,8%, на втором месте были заболевания органа слуха- 31%, и на третьем месте острые тонзиллиты - 26%.

Из всех заболеваний органа слуха, самой частой патологией были острый - 9,6% и хронический отиты - 10,6% на 1000 населения.

На проведенном в 1962 году первом Всероссийском Съезде отоларингологов были обнародованы данные исследований, которые показывали,

что удельный вес обращаемости за ЛОР - помощью, среди всех обращений, составлял от 12% до 16% по стране, что, несомненно, говорит о большой значимости оториноларингологической помощи в системе здравоохранения. (Н.А. Бобровский (1963 г.).

Исследования состояния здоровья населения предусматривали дальнейшее углублённое изучение заболеваемости по данным обращаемости в течение последующих лет.

Обширные исследования, охватывающие более 100 000 чел., провел проф. В.С. Кузнецов, результаты которых были опубликованы в 1975 г.

В них он попытался спрогнозировать и оценить динамику возникновения ЛОР – заболеваний городского и сельского населения различных климатических и географических зон Российской Федерации.

По этим данным установлено, что обращаемость населения (с учетом медицинских осмотров), заболеваемость хроническими ЛОР - болезнями на 1000 человек городского населения среди женщин и мужчин оставила соответственно 148,9 и 171,3 случая. При этом, распространенность отоларингологической патологии на юге страны оказалась гораздо ниже, чем в северных широтах.

В структуре всей ЛОР - патологии на первом месте оказались болезни глотки: как в сельской местности - 43,6 обращений, так и в городской среде 89,5 на 1000 человек населения.

Из них массовая доля хронического тонзиллита составляла около половины случаев заболевания - 51,5; гипертрофия аденоидов - 26,2; хронического атрофического фарингита до 3,3 случаев обращений, а заболевания носа и околоносовых пазух - 7,4 в сельской местности и 29,6 случаев в городе.

Заболевания органа слуха составили - 2,8 случая на 1000 населения.

Похожие исследования по данным обращаемости о заболеваемости сельских жителей за период 1969-1971гг. проводил А.Б. Морозов.

Сравнивалась распространенность ЛОР - заболеваний среди взрослого и детского населения. Выяснено, что число ЛОР - патологии на 1000 населения

среди детей составило 104,5 случаев, тогда как у взрослых этот показатель меньше - 84,1.

В структуре всей отоларингологической заболеваемости самую большую массовую долю имеют болезни глотки - 29,7% и гортани - 15,7%, на втором месте болезни органа слуха -15,1%, а процент заболеваний полости носа и его придаточных пазух составляет- 13,6%. (А.Б. Морозов с соавт. (1976г.)

Мнения многих авторов [55, 112, 135 и др.] сходятся на том, что средний показатель обращаемости населения за экстренной ЛОР - помощью составляет около 35-50 обращений в год на 1000 населения и перспективы к его снижению нет.

Исследования 1977 г., выполненные Тарасовым Д. И. с соавт., показывают частоту обращения населения по поводу:

- острых воспалительных заболеваний уха, горла и носа - 176,
- инородных тел, попавших в ЛОР- органы, трахею и пищевод - 73,
- механических травм - 58 обращений на 1000 человек.

Меньше всего больные обращаются по поводу ожогов полости рта химическими и термическими агентами, гортани, глотки и пищевода, а также по поводу рино- и отогенных внутричерепных осложнений (11,3 обратившихся на 1000 населения соответственно).

Из всех обращений только половине больных экстренная и неотложная ЛОР - помощь оказывалась на догоспитальном этапе, остальные 50% получили ее в условиях стационара [135].

Исследованная обращаемость в ЛОР - кабинеты поликлиник и стационары г. Новокузнецка И.И. Климовым с соавт. (1989г.) говорит о том, что острое воспаление среднего уха (острый отит) занимает лидирующую позицию, массовая доля этого заболевания составляла от 44% до 66% в последующем с тенденцией к снижению.

Из всех обратившихся с заболеваниями среднего уха - катаральный средний отит встречается в 75%, гнойный средний отит - в 19%, экссудативный отит в 8% случаев.

Среди госпитализированных в оториноларингологический стационар больные с острыми и рецидивирующими отитами составляют 22-27%, хронические гнойные средние отиты - от 11 до 18%.

В 1998 г. В.Т.Пальчун и соавт. также по данным госпитализации дают сравнительную характеристику распространенности заболеваний органа слуха.

Более половины больных - 63% оказались с воспалительными заболеваниями наружного уха, из них порядка 10% составили больные с острым средним отитом, на долю хронического гнойного среднего отита приходилось 6,8%, но на заболевания внутреннего уха пришлось 18%.

К аналогичным выводам пришли такие авторы, как В.М.Свиштушкин с соавт. (2005г.), П.А.Мингболатова, С.Я.Косяков (2008г.) в своих исследованиях, подтверждающие, что чаще всего госпитализируют больных с острыми и хроническими заболеваниями среднего уха.

В начале 90-х годов прошлого века резко возросло количество различных методик по изучению состояния здоровья населения.

Единый "пакетный" метод формирования выборочных совокупностей был предложен сотрудниками ФГБНУ НИИ общественного здоровья им. Семашко. Именно эта методика стала основной для многих авторов при исследовании общей заболеваемости населения (И.В. Отвагина, 2004г.; Е.В. Носуля, 1989г.; А.И. Нагорная с соавт., 1991г.; А.Б. Морозов, 1975г., А.П.Ушаков, 1976г.; Р.В. Банникова, СВ. Цыганов, 1991г.; В.Г. Поздеев, 1989г.).

В крупных промышленных мегаполисах проводились исследования, затрагивающие влияние на здоровье населения профессиональных, социальных и географических факторов. Такие данные поступали из специализированных медико-аналитических центров заболеваемости взрослого населения.



Например, М.А. Рымша и соавт., (2004г.), отмечает, что по состоянию на начало 2002 г. на 1000 человек в г. Новосибирске болезни глотки составляли 18,5 случаев, а острые воспалительные заболевания носа и ОНП -14,3 случая.

При этом, население «техногенных» районов города больше всего страдает болезнями носа и околоносовых пазух в то время, как в остальных городских районах, преобладают заболевания полости глотки и гортани.

Массовая доля хронических заболеваний ЛОР - органов по Центральному Федеральному округу была установлена в работе И.В. Отвагина (2004г.), и составила: 126 случаев на 1000 человек населения, при этом, у детей хронические заболевания ЛОР - органов равны 34,1, а у лиц среднего и старшего возраста 91,9 случая.

Структура всех хронических заболеваний ЛОР – органов среди всех, кто был госпитализирован в ЛОР - отделения, имеет следующую последовательность: преобладающее количество заболеваний среди всех хронических инфекций верхних дыхательных путей составили хронический ринит, тонзиллит, фарингит - 41,3%; хронические заболевания среднего уха находятся на втором месте -33%; пациенты с хроническими синуситами составляют от 20 до 30%.

Касательно южных районов известно, что по данным А.А. Абдуфаттаева (2004г.) в Республике Узбекистан в 2003 г. в 5,85% случаев причиной выдачи всех листов временной нетрудоспособности стали болезни ЛОР- органов, а именно - заболевания верхних дыхательных путей.

Из этих работ видно, что заболеваемость населения болезнями уха, горла и носа занимает одну из ведущих позиций, несмотря на географический разброс исследуемых районов.

Ряд авторов [151, 163] в своих трудах указывают на возрастание случаев обращения за экстренной оториноларингологической помощью.

Например, М.Н. Меринов отмечает, что в г. Санкт-Петербурге в 1997 г., среди 1000 обратившихся за помощью - 24,2 случая составляют заболевания ЛОР

- органов [72], а уже в исследованиях И.В. Фанты этот же показатель по г. Санкт-Петербургу в 2000 г. составил 210 обращений на 1000 человек [133].

Помимо амбулаторного звена изменения претерпела и структура ЛОР - патологии среди всех госпитализированных в стационары.

В период 60-70 гг. основная масса всех стационарных больных ЛОР - отделений составляли заболевания глотки: острый и хронический тонзиллит [109, 114], но уже за период с 2000 по 2010 гг. отмечается четкое снижение этого заболевания [149].

В настоящее время мы можем проследить тенденцию к увеличению процента больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух.

Гнойно-воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, среди которых и заболевания уха, горла, носа относят к числу наиболее распространенных [53, 152, 176, 183].

Страчунский Л.С. и Козлов С.Н. (2002г.) отмечают резкое повышение частоты обращаемости с заболеваниями ВДП в целом и ОПН в частности, что говорит об изменении, как микрофлоры верхних дыхательных путей, так и иммунологического статуса популяции, приведшее к увеличению частоты осложнённых форм синуситов. Они приходят к выводам, что к росту числа осложнений заболеваний околоносовых пазух приводит:

- низкое качество амбулаторного лечения,
- обращаемость за ЛОР - помощью в поздние сроки заболевания,
- неэффективность самолечения.

За период 2000-2004 гг. число рино- и отогенных осложнений возросло до 30% в сравнении с предыдущими годами [12, 18].

Т.И.Гаращенко, М.Р.Богомильский, (2002г.); В.Г.Жуховицкий, (2004г.); R.Sindwani, (2003г.) в своих работах рассматривают увеличение с каждым годом количества острых риносинуситов и обострения хронических синуситов со стороны экономической эффективности.

В структуре государственного здравоохранения, лечение данных заболеваний связано с современными методами лечения, особенно с использованием малых оперативных пособий и дорогих противомикробных препаратов.

Вместе с тем, частота и важность данной группы заболеваний обуславливает не только ее "экономическую" составляющую, но и, в большей степени, ее социальную значимость.

Риносинуситы, как наиболее частые заболевания ЛОР-органов, значительно снижают качество жизни людей (А.И.Волжанин, Metson, 1995г.; Ю.К.Субботин, 1987г.), могут вызвать психоэмоциональные проблемы (Bayar N. et al, 2001г.), также они влияют на успеваемость и работоспособность (А.К.Томпсон, E.Juniper, 2000г.; У.М.Эргашев, 2006г.).

Так, А.И. Крюков и соавт., (2002г.) отмечают, что в России у 5-15% взрослого населения, среди тех, кто обратился за медицинской помощью, имеются болезни носа и околоносовых пазух, что неудивительно, ведь риносинусит является одним из самых частых осложнений острой респираторной вирусной инфекции. Он развивается в 0,5 - 10% случаев (А.А Тарасов и соавт., 2003г.; Джон Дж. Бартлетт, 2000г.) и включает все возрастные группы (M.Fitzerald; L.Donville, 1995г.).

Различными формами острого риносинусита страдают 5% детей, и среди них около 10% имеют хронические формы этого заболевания (В.Т Пальчун и соавт., 2002г.).

По среднестатистическим данным в России острым риносинуситом каждый год болеет до 10 млн. человек, однако, 9 из 10 заболевших предпочитают самолечение и не обращаются за медицинской помощью (Лопатин А.С. и соавт., 2002г.).

Имеющийся на рынке в свободном доступе огромный арсенал лекарственных препаратов приводит к тому, что заболеваемость острым риносинуситом только увеличивается.

Среди всех хронических болезней ВДП частота выявления хронического риносинусита занимает первое место и составляет 14,6%.

Это заболевание занимает одно из первых мест по распространенности в патологии верхних дыхательных путей и отрицательно влияет на качество жизни пациента (И.В.Горбонос, 2002г.; С.Н.Козлов, Л.С.Страчунский, 2002г.; K.W.Allbegger, 1989г.; Н.А.Арефьева, 2004г.; M.Fitzerald; L.Donville,1995г.).

Сравнительный анализ организации экстренной оториноларингологической помощи показал, что между Россией и развитыми зарубежными странами имеется существенное различие, как в качественном распределении стационарных больных по различным нозологиям, так и в процентном соотношении госпитализированных больных из общего числа обратившихся.

Например, в странах с климатом, приближенным к европейской части России, таких как Германия, Чехия, Франция, Польша, Дания, заболеваемость составляет от 89 до 150 случаев на 1000 населения.

При этом, массовую долю всех пациентов среднего и старшего возраста составляют больные с хроническим синуситом, и только небольшую часть - до 10% - с острым (С. Chidiac, J.- M.Klossek, 2001г.). Так, в Германии с 1994 г. по 2003 г. было зарегистрировано от 7 до 10 миллионов случаев заболевания с острым и хроническим синуситом (Ю.К. Янов,2003г.).

Уровень госпитализации первичной обращаемости с ЛОР- заболеваниями в Российской Федерации иногда в полтора-два раза превышает тот же показатель в большинстве развитых стран и составляет более 20% от всех обратившихся за экстренной помощью.

Так, в США уровень госпитализации равен - 13,7%, в Японии - 8,3%, в Канаде - 14,7%, в Великобритании - 15,9%, а во Франции в 2001 году из 20563 пациентов, которым требовалась неотложная ЛОР- помощь, госпитализировано только 1225 человек, что составляет всего 6%.

Сроки пребывания госпитализированных в стационаре в России также увеличены и равны 17 дням.

Для сравнения: в Финляндии - 7 дней, в США – 9, во Франции – 12,4, в Великобритании – 14,5 дней. (А.И. Крюков, М.Н. Шубин 2001г.; Э.А. Цветков, (2003г.).

У больных, которым требовалась госпитализация в круглосуточный стационар, наиболее частыми заболеваниями оказались:

- внезапное снижение слуха,
- инородные предметы, попавшие в ЛОР- органы,
- носовые кровотечения,
- паратонзиллярный абсцесс (С.А. Timsit et.al., 2001г.).

Испанские исследования 21804 пациентов, выполненные V. Pino Rivero et al. (2003г.) среди больных с ургентной ЛОР-патологией, обратившихся за специализированной помощью, отмечает, что основную часть пациентов составили больные с патологией уха-35,63%, на втором месте выступали больные с болезнями полости носа и околоносовых пазух - 26,65% и на последнем месте - больные с острым тонзиллитом - 6,84%.

Более 60% обратившихся не имели ургентной патологии, а у 3% пациентов ЛОР - патологии не было вообще [190].

Автор работ S.E. Huang et al. (1991г.) с 01 января 1985 г. по 31 декабря 1989 г. в КНР изучил 2561 случай оказания неотложной оториноларингологической помощи.

Из полученных данных следовало, что массовая доля госпитализированных больных составляет 7,2% от общего количества обратившихся, из них с носовым кровотечением - 29%, с острым и обострением хронического тонзиллита - 24,5%, с инородным телом в глотке и пищеводе-14,1%.

Схожие данные получены и в Дании в работе M. Biering-Sorensen (1990г.).

В 1990 г. процент тех, кто был госпитализирован в оториноларингологическое отделение многопрофильной больницы составил 10,8% от числа всех обратившихся за экстренной оториноларингологической помощью.

Наиболее частыми причинами обращений были носовые кровотечения (14,8%), травмы лица, головы и шеи (10,8%) [175].

В Испании J. Perez Obon et al. (1995г.) изучили оказание экстренной ЛОР - помощи в крупном стационаре в течение 1 года.

По данным исследования и наблюдения из всех обратившихся за экстренной помощью, только 5% требовалась госпитализация. Самыми распространенными заболеваниями и состояниями были: кровотечения из носа - 16,3%, воспалительные заболевания среднего-14,6% и наружного уха-14,2% [188].

В Италии в Риме А. Gallo et al. (2000г.) в университетской клинике в течение года (с 01 января по 31 декабря 1996г) также исследовали оториноларингологическую обращаемость. Там из общего количества случаев обращения - 21548 было госпитализировано лишь 311 человек, что составило 1,4%.

Наиболее часто госпитализировались больные с травмами лицевого скелета - 26%, реже со стенозом гортани - 12,9% и с приступами головокружения -19,6% (61 человек), 2391 пациента получили лечение или обследование прежде, чем их отпустили домой.

С носовым кровотечением поступило 1156 пациентов, из них передняя тампонада носа осуществлена 1108 раз и 44 раза - задняя тампонада носа, после чего эти больные отпущены на амбулаторное лечение.

В 87,4% (18846 пациентов) случаев больные получили только консультативную амбулаторную помощь. Самой частой патологией у этих больных были заболевания уха- 39,6%.

Таким образом, выводы, сделанные авторами работ, свидетельствуют о том, что подавляющее большинство пациентов имело патологию явно вирусной природы: острые формы фарингита, ларингита, ринита и синусита и не требовало стационарного лечения. [153].

Анализируя данные о заболеваемости населения ЛОР-патологией, начиная с середины XX века до настоящего времени, как в Российской Федерации, так и в

других развитых странах, можно однозначно говорить, что число обращений населения по поводу экстренных заболеваний и травм ЛОР-органов, среди всех обращений, имеет устойчивую тенденцию к увеличению.

По мере строительства новых больниц, и многопрофильных центров увеличилось и количество госпитализаций на специализированные ЛОР - отделения.

Развитие организации оказания ургентной медицинской помощи происходит при более полном использовании внутренних ресурсов, и прежде всего, за счет увеличения количества специализированных оториноларингологических коек. Только в последнее десятилетие наметилась тенденции к интенсифицированному пути в организации оказания специализированной экстренной помощи.

Проблема соотношении госпитализированных больных к общему числу обратившихся изучалась многими авторами, в их работах отражается не только необоснованная госпитализация, но и те нозологические формы, с которыми больные поступили в круглосуточные стационары, но все эти данные не дают полной картины происходящего.

Данные М.Н. Меринова (1996г.), показывают, что более половины больных, получавших помощь в поликлинических комплексах (59,3%) были госпитализированы, хотя в некоторых случаях в этом не было необходимости.

Низкое качество оказания помощи в поликлиническом звене в целом и влечет за собой необоснованную госпитализацию.

Среди госпитализированных больных с ЛОР-патологией процентное соотношение по диагнозам распределилось следующим образом:

- на первом месте - обострение хроническим гнойным средним отитом - 16,1%,
- затем - острый средний отит -14,8%,
- на третьем месте заболевания околоносовых пазух - острый и хронический синусит - 11,1%.

О несоответствии между обеспеченностью оториноларингологическими койками и потребностью в них говорит низкий процент прооперированных в ЛОР-отделении - 45% от общего числа госпитализаций. [72].

Данные по операционной активности также изучены В.А. Кузнецовым (1995г.) в г. Пензе, где в многопрофильном стационаре уровень госпитализации колеблется от 30% до 39% от всех обратившихся за экстренной ЛОР-помощью, но только 35% из этого числа больных получают хирургическое лечение [50].

В.В. Скибицкий с соавт. (1999г.) изучили у населения г. Краснодар причины, структуру и сезонность обращаемости за экстренной помощью в одну из многопрофильных больниц.

Почти треть обратившихся за срочной ЛОР-помощью были госпитализированы, остальные получили помощь амбулаторно.

Первое место среди обращений занимали острые воспалительные заболевания ВДП и уха, затем - инородные тела уха, горла, носа и в конце шли травмы ЛОР-органов и пищевода.

Около 30% занимают кровотечения из ЛОР-органов различной этиологии, орбитальные и внутричерепные рино- и отогенные осложнения [124].

А.С. Гусева с соавт. (2000г.), так же изучили уровень госпитализации от числа обратившихся за экстренной ЛОР - помощью, он составил 42,4%. В больнице скорой медицинской помощи 74% больных получали лечение по поводу острых воспалительных заболеваний уха, горла, носа. Затем в структуре шли больные с травмами ЛОР - органов - 8,1%, а на третьем месте носовые кровотечения - 6,5% [31].

Как следует из вышеизложенного, в России чаще всего причинами госпитализации в специализированные ЛОР-стационары по экстренным показаниям являются острые и обострение хронических воспалительных заболеваний уха и носа (синуситы и отиты).

В то же время за рубежом госпитализируются, в основном, больные с более тяжелой патологией, такой как:



- стеноз гортани,
- носовое кровотечение,
- инородные тела пищевода,
- внезапная потеря слуха.

На фоне гораздо более обширных показаний к госпитализации, по сравнению с другими странами, некоторые исследователи [46] говорят о необоснованно высокой госпитализации в России, уровень которой составляет 30 - 70% от числа обратившихся против 5 - 10% в зарубежных стационарах.

В условиях современного уровня развития отечественного здравоохранения можно выделить несколько задач, которые пытается решить организационно-методический аппарат:

#### 1. Развитие внутренней инфраструктуры.

В настоящее время в России развиты:

- амбулаторно-поликлиническое звено,
- травм - пункты,
- службы скорой и неотложной медицинской помощи, имеющие в своем составе специализированные бригады различного профиля,
- больницы скорой медицинской помощи со специализированными центрами и оториноларингологическими стационарами с круглосуточным дежурством врача - оториноларинголога [47,117, 126, 132, 134].

#### 2. Укомплектованность койками и повышение уровня образования персонала.

За период с 1980 г. по 1987 г. Д.И. Тарасов (1989г.) проанализировал результаты работы оториноларингологической службы.

Полученные данные показывают, что обеспеченность населения страны кадрами врачей- оториноларингологов составляла 0,71-0,73 на 10 000 жителей.

При этом, укомплектованность штатных должностей оториноларингологов составляла 94,78%, что с течением времени привело к хроническому недостатку

специалистов, а данный факт, в свою очередь, повлек большой процент совместительства среди врачей этого профиля.

Обеспеченность оториноларингологическими койками на 1987 гг. составила 2,48 койки на 10 000 населения. Далее, в 1989 году этот показатель продолжал расти и в 1990г. достиг 4,9 койки.

В период 1960-1978 гг. длительность пребывания больных в стационаре составляла около 11 дней и достигла уровня 15,4 дней в 1991 г.

Однако, в последующие 10 лет (1991г.-1999г.) число коек в стационарах системы МЗ РФ уменьшилось на 23,8%, число всех стационаров уменьшилось на 41%, сократилось, а средняя длительность пребывания больного в стационаре уменьшилась до 12,8 дней в 1999г.

Совершенствование организации оториноларингологической помощи и сокращение длительности пребывания больного в стационаре до 9 дней приведет к радикальному улучшению материально-технического обеспечения ЛОР-помощи.

Всего этого можно достичь, если обследование больных в амбулаторных условиях будет происходить в полном объеме [133].

3. Увеличение эффекта от использования ресурсов и мотивация персонала на соблюдение норм и стандартов качества работы.

В условиях современной рыночной экономики одним из наиболее важных направлений концепции развития организации здравоохранения в Российской Федерации является повышение эффективности имеющихся ресурсов, в том числе за счет изменения в структуре всей отрасли и во внутренней структуре различных видов медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях, а также за счет введения новых элементов в систему медицинского страхования [61].

Имеются данные об экономических затратах на оказание помощи больным с острыми воспалениями ЛОР-органов.

Так, в ряде европейских стран (Германия, Нидерланды, Дания, Норвегия) на амбулаторную помощь тратится более 50% всех средств на здравоохранение.

В 1992 году расходы системы здравоохранения в США только на диагностику и лечение острого и хронического риносинусита составили 2,4 млрд. долларов, а спустя 4 года эта цифра уже достигла почти 6 млрд. и это без учета расходов на хирургическое лечение, при этом, более 1/3 выделенных средств (2,1 млрд.) приходилось на детей до 12 лет.

В период с 1995 по 1999 годы в США заболеваемость населения только хроническим синуситом достигла уровня 139-141 на 1000 человек, что составляло около 37 миллионов населения. (С. Chidiac, J.-M. Klossek, 2001г.).

Лечебно-профилактические учреждения в условиях быстрого развития рынка медицинских услуг, расширения сфер деятельности страховых компаний, образование новых норм права для защиты пациентов на высококачественную медицинскую помощь при недостаточном финансировании должны более эффективно использовать имеющиеся внутренние ресурсы, а также стимулировать более качественную и интенсивную работу медицинского персонала [3, 7, 19, 68, 73, 144].

Исходя из этого, низкая финансовая отдача от нагрузки коечного фонда, с точки зрения экономики здравоохранения, выражается в большом количестве необоснованных госпитализаций, что в свою очередь приводит к необоснованному увеличению оборота койки, или же использованию специализированных коек не по профилю.

Эти основные нарушения в организованной работе стационаров говорят о недостаточной преемственности в работе с амбулаторными и поликлиническими учреждениями [34, 111, 119, 125], и свидетельствуют о низкой эффективности использования медико-производственных ресурсов больниц и госпиталей российского сектора.

Согласно данным М.П.Николаева (1995г.) показатели работы коечного фонда принципиально не изменяются за последние 3-5 лет. Так, в России на одно

койко-место приходится до 80 человек в год, тогда как в Великобритании и США - 161 и 194 соответственно [119]. Средняя продолжительность госпитализации в ЛОР- стационарах колеблется от 10 до 15 дней.

В большинстве развитых стран отмечается увеличение продолжительности жизни лиц пожилого и старческого возраста. Соответственно, потребности населения в оказании медицинской помощи, также возрастают, что влечет за собой повышение расходов на здравоохранение и, прежде всего, на стационар [147, 155, 158, 159, 168, 177, 179, 181].

Многие авторы говорят о том, что проблема более эффективного использования коечного фонда, а также снижения необоснованного уровня госпитализации является одной из важнейших в улучшении медицинской помощи населению [41, 84, 96, 112, 180].

4.Повышение качества оказания медицинской помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

А.А. Лившиц (1998г.) указывает, что в настоящее время более 50% всех больных, получавших лечение в стационаре, были госпитализированы по экстренным показаниям. Такой большой удельный вес экстренных госпитализаций явно говорит о недостатках оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, поздних сроках направления на госпитализацию, а также об отказах больных от госпитализации в силу экономических условий жизни. [9, 83, 85,1347].

О низком качестве оказания ЛОР-помощи населению амбулаторно отмечено в работе З.И. Аникеевой с соавт. (2004г., 2005г.), в которой сказано, что причиной тому является неукомплектованность амбулаторно – поликлинического звена врачами-специалистами и, как следствие, большая нагрузка на них на амбулаторном приеме.

5. Организация системы обратной связи между разными структурами оказания медицинской помощи.

Одним из важнейших направлений реорганизации медицинской помощи населению является повышение уровня взаимодействия амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

Правильность и полнота обследования больных на догоспитальном этапе в значительной степени повышает эффективность и своевременность лечения больных в стационаре. Все это значительно сокращает время, прошедшее от момента возникновения заболевания до начала лечебного процесса [1, 59, 80, 98, 130].

Л.С. Богуш (2005г.) на основании анализа работы между врачами общей практики и терапевтами с узкими специалистами приходит к выводу о необходимости оптимизации обработки и обмена данными между различными ЛПУ [14].

Многие авторы говорят о необходимости консультирования пациентов врачами-специалистами только по направлению из догоспитального учреждения, в котором уже должны быть указаны данные проведенных обследований и цели направления, а также рекомендации по дальнейшей тактике лечения для обеспечения динамического наблюдения [14, 148, 150, 154].

#### 6. Повышение качества оказания стационарной помощи.

Важным моментом, влияющим на уровень удовлетворенности населения организацией медицинской помощи, влияет степень доступности стационарной помощи является важным моментом,

В результате исследований, проведенных А.Я. Гриненко с соавт. (2003г.), изучивших мнение пациентов об организации медицинской помощи, установлено, что большинство опрошенных (65%) говорят о полной доступности, часть из них (25%) отмечали, что стационарная помощь доступна не совсем, а 10% респондентов отметили, что стационарная помощь труднодоступна.

Как показывают данные опроса респондентов, 68,6% полностью удовлетворены стационарной помощью, 29% не совсем удовлетворены, а 2,5% - не удовлетворены вовсе [27].

На уровень неудовлетворенности стационарной помощью так же очень влияет недостаточное обеспечение больниц и госпиталей современными лекарственными средствами, в результате чего пациенты нередко приобретают необходимые для лечения медикаменты в аптеке.

От 35,7% до 85% опрошенных, участвовавших в анонимных социологических опросах, проведенных в различных субъектах РФ, подтверждают, что им было предложено приобрести лекарства для стационарного лечения за свой счет [27, 46, 60].

Подобная практика не является экстраординарным явлением не только в нашей стране, но и в других странах. В том числе и благодаря этому, в конце XX века в развитии мирового здравоохранения произошел сдвиг акцентов в сторону амбулаторно-поликлинической службы, это говорит о гораздо более обширных показаниях к госпитализации, расширение функций и появление новых внебольничных подразделений.

За 10 лет с 1983 г. по 1993 г. в США закрылось около 949 больниц, а число госпитализаций сократилось более чем на 10%.

В России такая тенденция проявилась значительно позже: с 1990-1998 гг., когда чисто стационаров уменьшилось на 1600 по стране.

Массовая доля госпитализации среди пациентов, обратившихся за экстренной ЛОР-помощью, по мнению зарубежных авторов колеблется от 1,4% до 10,8% от всех обратившихся [153, 162, 164, 173].

Однако, в нашей стране процент госпитализированных среди всех обратившихся за ЛОР-помощью через приемное отделение по экстренным показаниям составляет 32-74,4% [29, 54, 91, 95].

Такой высокий процент больных из числа нуждающихся в оказании медицинской помощи, направленных на госпитализацию, превышающий аналогичные показатели в других развитых странах в 5 - 45 раз, требует реорганизации неотложной медицинской помощи.

Отечественные авторы в своих работах также поднимают вопросы реорганизации медицинской помощи, призывая развивать амбулаторное звено.

Так, например, одни предлагают разделять всех больных, поступающих в приемное отделение, на три потока:

- 1) те, кому требуется экстренная помощь и интенсивная терапия;
- 2) больные, которым лечебно-диагностическая помощь может быть оказана в приемном отделении в том числе, с предварительным;
- 3) больные, нуждающиеся в амбулаторной лечебно-диагностической помощи с последующим отказом в госпитализации (Ю.В.Павлов с соавт. (2001г.).

Многие другие авторы предлагают иной путь в организации лечения в стационаре, а именно: пациент от момента лечения на койках круглосуточного пребывания и далее во время его лечения в дневном стационаре, а также дальнейшее амбулаторное наблюдение в консультационном кабинете осуществляется одним врачом (В.Д. Константинов с соавт. (1998г.).

В формировании и развитии организации экстренной амбулаторной и стационарной хирургической ЛОР - помощи одним из основных этапов реструктуризации является расширение возможностей амбулаторно-поликлинического звена за счет внедрения стационарно-замещающих технологий, таких как: центры и отделения амбулаторной хирургии, дневной стационар, стационар на дому.

Главная цель развития подобных замещений — это сокращение расходов финансирования системы здравоохранения, а также уменьшение сроков госпитализации в круглосуточные стационары при сохранении качества оказания медицинской помощи и ее доступности [10, 22, 28, 104, 123, 125, 135, 142].

Большое число статей, имеющих в современной литературе о деятельности стационарно-замещающих технологий, гласят о их удовлетворенности пациентами и экономической эффективности. [65, 141, 142, 165, 175].

В своих исследованиях Р.А. Галкин с соавт. (2000г.) показывает, что средняя стоимость лечения в дневных стационарах амбулаторно - поликлинических учреждений составляет 30,7% от стоимости лечения в круглосуточном стационаре, а в стационарах дневного пребывания, размещенных в больницах, составляет 42,3%, а выделение диагностических коек для динамического наблюдения за больными, у которых нет абсолютных показаний для госпитализации, в составе приемного отделения, снизило уровень госпитализации до 33% от общего числа обратившихся, что безусловно говорит об экономической эффективности. [20]

Исследования последних десятилетий подтверждают необходимость изучения распространённости ЛОР-заболеваний среди взрослого населения, а также их отдельных форм. Различные методики и множество подходов к изучению распространённости патологии ЛОР-органов, а также временная и географическая разница в проводимых исследованиях дают большой разброс в результатах и часто делают их несопоставимыми.

В работе Грязиной Н.В (2007г.) также были освещены вопросы оказания экстренной ЛОР - помощи на этапе стационара. Проведенный автором «клинико-статистический анализ догоспитального этапа оказания помощи больным с ЛОР-патологией выявил, что эффективность стационарного лечения во многом зависит от вида и интенсивности лечения больного именно на этом этапе. По данным исследования установлено, что основная часть пациентов была направлена на госпитализацию врачами - оториноларингологами городских поликлиник - 52,1%. Врачами других специальностей городских поликлиник было направлено 10,2% опрошенных больных, 18,1% пациентов -доставлены бригадами скорой медицинской помощи, 17,6% -поступили в стационар без направлений, после самостоятельного обращения в приемное отделение больницы. Незначительная часть (1,9%) участвовавших в анкетировании пациентов была переведена из других стационаров.



Этот анализ показал, что большинство больных (66,7%) были госпитализированы без проведения амбулаторного лечения, менее трети больных (26,9%) до госпитализации получили амбулаторное лечение в поликлинике по месту жительства или работы, а 6,4% находились на лечении в другом стационаре».

В настоящее время во всем мире накоплен значительный опыт выполнения целого ряда оперативных вмешательств в условиях центров амбулаторной хирургии.

В поликлиническом звене для организации подобных подразделений необходимо и достаточно выполнены следующие условия [61]:

создание изолированной операционной и сопутствующими помещениями;

оснащение блока современным инструментом и оборудованием;

наличие в штате центров амбулаторной хирургии высококвалифицированных хирургов, имеющих опыт работы в стационаре;

вероятность наблюдать пациентов в послеоперационном периоде на дому и в амбулаторных условиях.

В настоящее время в Российской Федерации во многих крупных промышленных городах открыты подобные центры.

Так, на базе Сибирского клинического центра ФМБА открыт дневной отоларингологический стационар, в котором могут получить экстренную хирургическую ЛОР - помощь по полису ОМС и при наличии направления от врача поликлиники порядка 640 пациентов в год. Подобный центр так же открыт на базе научно - исследовательского клинического центра оториноларингологии им. Л.И. Свержевского.

В Санкт-Петербурге для уменьшения расходов и увеличения эффективности лечения больных в стационаре и в поликлинике созданные центры амбулаторной хирургии и дневные стационары на базе МСЧ №122, и детской городской больницы №19 им. К.А. Раухфуса.

Особенностью данных центров является то, что прием пациента, которым экстренная хирургическая помощь может оказываться за счет мощностей амбулаторного центра осуществляется врачами стационара, и основная задача состоит в обеспечении повышения эффективности использования коечного фонда.

Операции низкой степени сложности выполняются высококвалифицированными хирургами стационара, которые затем осуществляют амбулаторно-динамическое наблюдение. Больным, которым не требуется круглосуточного медицинского наблюдения, а также тем, кто находится на долечивании и получивших хирургическую помощь в условиях стационара, развернут центр амбулаторно-хирургической помощи [30, 70, 142].

Однако, для приведения к единой системе стандартов необходимо выполнение комплексного клинико-статистического исследования с экономическим обоснованием медико-социальной эффективности и результативности введения новых форм организации оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи.

Одной из важнейших причин сохранения экстренных состояний в оториноларингологии является отсутствие оптимальных алгоритмов в организации ургентной помощи населению.

Опираясь на данные федеральной службы государственной статистики, как показано в рисунке 1, заболеваемость населения патологией верхних дыхательных путей, преобладающую часть которых занимает отоларингологический профиль, мы видим не только рост этих показателей, но и их устойчивость во временных рамках.



Рисунок 1 – Заболеваемость населения по болезням верхних дыхательных путей.

Сравнительный анализ заболеваемости больных, относящихся к оториноларингологическому профилю и уровню госпитализации среди них, можно сделать вывод, что за последние годы снижения частоты ЛОР-заболеваний не регистрируется.

Практически значимым представляется обоснование приоритетности обеспечения помощи больным с экстренной хирургической ЛОР-патологией вне системы круглосуточного стационара.

Необходимо научно аргументировать современные клинико-организационные формы для оказания качественной и эффективной ЛОР-помощи на стационарном этапе.

Проблема особенно значима в условиях современной глобализации крупных городов.

Все вышеизложенное и предопределило актуальность настоящего исследования.

## **ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО И СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОГИЕЙ**

Данная работа выполнена в рамках Федеральной программы по модернизации здравоохранения и улучшению оказания экстренной хирургической помощи оториноларингологическим больным в условиях стационара.

В настоящее время очень часто больные, которые нуждаются в специализированной помощи, особенно в экстренной, госпитализируются в стационар, даже при отсутствии коек. Таким образом, реальный уровень госпитализации urgentных больных почти равняется потребности в нем. Исходя из этого анализ данных узкоспециализированных стационаров является методом регистрации экстренных больных, что позволяет посчитать госпитализированную заболеваемость в регионе. Среди них находится абсолютное большинство нуждающихся в специализированной стационарной помощи. Та часть больных, которые нуждаются в экстренной узкоспециализированной стационарной помощи, но проходящих лечение амбулаторно, а также умершие вне госпитального этапа не влияют на величину заболеваемости.

Объектом исследования были выбраны больные госпитализированные в специализированные оториноларингологические отделения по экстренным показаниям с хирургической ЛОР-патологией. В которых оплата лечения больных осуществляется как за счет страховых медицинских компаний города по месту проживания или прописки застрахованного, или по страховке от производства, работодателя(ОМС+ДМС), так и благодаря оказанию услуг населению города на коммерческой основе.

Экстренные госпитализации в ЛОР-отделения городских стационаров выполняются круглосуточно, каждый день, по показаниям и независимо от наличия или отсутствия направления. Врачи приемного покоя оказывают специализированную ЛОР-помощь всем категориям больных, доставленным бригадами скорой и неотложной помощи, по направлению из городских поликлиник и медсанчастей города и поступающих «самотеком».

Для обработки данных по структуре экстренной хирургической оториноларингологической патологии взрослого населения, был составлен перечень нозологических форм заболеваний, на основе международной классификации болезней 10-го пересмотра (ВОЗ, Женева, 1995 г.).

Для изучения уровня и причин обращаемости в приемные покои многопрофильных больниц экстренных хирургических оториноларингологических больных, проведено клинико-статистическое исследование с выборкой сплошным методом данных медицинских карт стационарных пациентов, поступивших в приемное отделение по неотложным хирургическим показаниям с 1 января 2013г. по 31 декабря 2015 г., всего обработано 1158 медицинских карт. Так же использовались данные поступления и выбытия больных по месяцам в течение года,

- структура больных в стационаре (пол, возраст, заболевание), сроки и исходы их лечения;

- анализ операций по исследуемым нозологическим формам;

- отдельные показатели хирургической деятельности больницы;

- сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания (Ф -16/у-02);

Проведено медико-статистическое исследование на основе выборочного анализа на основе стандартной формы медицинской карты стационарного и амбулаторного больного (Ф-003/у), для выполнения исследования была

разработана «Анкета исследования качества и эффективности оказания экстренной хирургической ЛОР-помощи».

В карте содержится информация о пациенте: его пол, возраст, район проживания, данные анамнеза, также и о ЛОР-заболевании, с которым пациент поступил в стационар. Благодаря этим данным, мы можем определять степень тяжести больного, характер течение заболевания, отсутствие или наличие показаний для госпитализации в экстренном порядке, а также время, проведенное в приемном отделении. Определить среднее количество койко-дней на одного стационарного больного.

Оценить объем обследований и лечения, выполненный догоспитальном этапе, причины и давность заболевания, а также длительность амбулаторного лечения.

Для проведения исследования был разработан специальный план, состоящий из трех разделов:

Изучение необходимости в неотложной стационарной ЛОР-помощи, у взрослого населения Санкт-Петербурга.

Медико-социологическое исследование о качестве, доступности и эффективности оказания хирургической оториноларингологической помощи больным с экстренной патологией уха, горла и носа, с использованием оценок врачей-специалистов.

Исследование, основывающееся на социологическом опросе пациентов, госпитализированных в оториноларингологическое отделение о степени удовлетворенности уровне доступности оказания оториноларингологической помощи.

Анализ проводился двумя методами, с помощью специальных анкет и оценок экспертов. Врачами-экспертами выступали опытные врачи-оториноларингологи, которые оказывают экстренную и плановую хирургическую ЛОР-помощь 29,0% врачей, первая категория у 16,0%, вторая у 20,0% врачей. Среди привлеченных врачей-экспертов 35,0% специалистов не имели

квалификационной категории. Так как в опросе участвовали практически все категории врачей-оториноларингологов, результаты исследования можно рассматривать как объективную точку зрения, которая отражает мнение большинства ЛОР-специалистов Санкт-Петербурга.

Программа медико-социологической экспертизы состояла из вопросов, разделенных на несколько групп.

Первая группа вопросов позволяла получить сведения об опрашиваемом, его стаже работы по специальности, наличии ученой степени или квалификационной категории, длительности работы в стационаре.

На вопросы второй группы необходимо было ответить, с целью получения субъективной оценки врачами степени укомплектованности специализированного ЛОР-отделения, удовлетворенности техникой и инструментами для диагностики и оказания экстренной хирургической помощи ЛОР- пациентам.

Третья группа вопросов анкеты содержит перечень основных заболеваний и травм, связанных с ЛОР-органами. Экспертам-врачам из списка заболеваний предложили отобрать, только те нозологические формы и диагнозы, которые, по их мнению, госпитализация больных в специализированное оториноларингологическое отделение является наиболее рациональным решением. Список, представленный им, содержал, как и те болезни, которые чаще всего лечатся в амбулаторных условиях, так и те, с которыми больным требуется экстренная хирургическая ЛОР-помощь.

В результате проведенного социологического исследования пациентов получена оценка качества оказания ЛОР-помощи, оказываемой на догоспитальном и стационарном этапах.

Доступность, качество и объем оказанной стационарной помощи, являются основными пунктами, влияющими на уровень удовлетворения населения организацией ЛОР-помощи. Была разработана специальная анкета для этого социологического исследования, в которой более подробно рассматривались:

- качество лечения в приемном отделении;

- качество лечения в период госпитализации;
- степень удовлетворенности результатами лечения;
- доступность и своевременность стационарного лечения.

Оценка уровня организации стационарной помощи проводилась на основании анализа мнения госпитализированных о:

- бытовых условиях пребывания в ЛОР-отделении;
- отношении к пациенту лечащего врача и персонала.

Сбор анкетных данных проводился среди пациентов с хирургическими заболеваниями ЛОР-органов, находящихся на круглосуточном стационарном лечении в ЛОР-отделении в 2015 гг.

В этом исследовании приняло участие 220 человек. Заранее было получено согласие всех опрашиваемых на участие в исследовании.

Сравнительные таблицы, составленные по результатам исследования, показывают распространение и структуру экстренной хирургической оториноларингологической патологии, при этом изучалась эффективность и своевременность экстренных мероприятий, доступность стационарной и амбулаторной ЛОР-помощи. Также были разработаны клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи.

Для оценки затрат на лечение стационарного больного, в рамках медико-организационного анализа, проведена экономическая оценка себестоимости лечения стационарных пациентов с абсцедирующим фурункулом носа и смещенной носовой перегородкой, на примере данных экономического отдела городского стационара. Выполнены подсчеты по стоимости лабораторной диагностики, затрат на медикаменты, пребывания и питания больного в стационаре, обязательных физических и активных методов лечения (физиотерапии и др.), основанные на стандартах лечения.

Проведенные специальные вычисления показывают, что в Санкт-Петербурге потребность в экстренной стационарной ЛОР-помощи составляет 13,2 госпитализации на 10000 человек населения.



В формировании однородных групп пациентов для статистически значимых сравнений по распределению времени нахождения в приемном покое стационара использовался метод кластерной обработки данных. Это метод многофакторного исследования, выполняющий объединение (кластеризацию) группы элементов, которые имеют множественность значений, для получения однородных групп. Для разветвленной кластеризации основных болезней использовались данные о распределении времени пребывания больных в приемном отделении больниц. Для анализа были выбраны самые частые неотложные хирургические ЛОР-заболевания.

Выделение статистически значимых кластерных категорий дало возможность соединить и вычленить разные заболевания, у которых нет явного анатомо-физиологического сродства из разных групп классификации МКБ-10. Заболевания, имеющие наибольшее сходство по распределению времени пребывания в приемном покое больниц были выделены две группы: 1) острый синусит, фурункул носа, носовое кровотечение, стеноз гортани, целлюлит наружного уха; 2) хронический средний гнойный отит, хронический полипозный синусит, травмы наружного носа.

Для статистической обработки результатов исследования использовались методы математической статистики, включающие методы расчета числовых характеристик случайных величин, проверки статистических гипотез, оценки связи.

Для сравнения прогнозируемых и наблюдаемых частот встречаемости различных признаков использовались критерии согласия Пирсона Хи-квадрат. Сравнение количественных показателей проводилось с помощью t-критерия Стьюдента для зависимых и независимых выборок.

Метод визуального сравнения 95%-х доверительных интервалов использовался для проверки статистических гипотез о различии средних значений признаков.

Вся статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 10, Microsoft Excel, Microsoft Word.

### ГЛАВА 3. ДОСТУПНОСТЬ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА

#### 3.1. Исследование социально-гигиенических характеристик больных с ургентной ЛОР-патологией

В результате проведенного исследования дана структура социальных показателей обследуемых пациентов стационаров, поступивших по экстренным показаниям. Полученные данные говорят, что среди всех пациентов, поступивших в экстренном порядке, статистически не значимо ( $p \geq 0,05$ ) преобладали мужчины, удельный вес которых составил 51,7%, женщин соответственно - 48,3%. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Возрастно-половая структура пациентов, поступивших в специализированный стационар многопрофильной больницы с экстренной хирургической ЛОР-патологией (%).

возраст	м	Ж		оба пола		
	абс	%	абс	%	абс	%
18-39	365	31,5	275	23,7	40	55,4
40-59	140	12	181	15,6	323	27,8
60 и старше	101	8,4	103	8,8	195	16,8
Итого	606	51,9	559	48,1	1158	100

Среди общего числа больных, госпитализированных по экстренным показаниям, преобладает возрастная группа от 18 до 39 лет, что составляет 55,4%, в которой преобладают мужчины 31,5%, удельный процент женщин в данной группе составляет 23,7%.

Вторая возрастная группа от 40 до 59 лет составляет 27,7%, в которой, наоборот, удельный вес женщин преобладает над мужчинами (15,6% против 12,1% соответственно). Количество мужчин и женщин в третьей возрастной группе больных старше 60 лет примерно одинаковое и составляет 17,0 %.

Полученные данные показывают, что структура госпитализированных пациентов, среди которых проводился медико-социологический анализ, сходна с распределением больных по возрасту и полу.

Первая и вторая возрастные группы от 18 до 59 лет это лица трудоспособного возраста, и они составляют 83,0% пациентов.

Распределение среднего значения по возрасту:

В первой группе от 18 до 39 лет -  $27,8 \pm 0,5$  года,

Во второй группе от 40 до 59 лет – 49,0 лет,

В третьей группе старше 60 лет -  $70,9 \pm 0,8$  года.

Средний возраст исследованных пациентов составил  $40,8 \pm 0,5$  года.

### **3.2. Клинический анализ оказания оториноларингологической помощи больным с ЛОР-патологией на амбулаторном этапе**

Для примера взяты данные в период с 1 января 2014г. по 31 декабря 2014 г., проанализирован уровень обращаемости за неотложной хирургической ЛОР-помощью в многопрофильную больницу

Данные за этот период представлены в таблице 2, где количество обращений за экстренной хирургической помощью составила 2598 случаев. Амбулаторная помощь в приемном отделении оказана 781 больным ( $30,1\% \pm 1,5\%$ ), госпитализировали в экстренном порядке 1809 человек ( $70,2\% \pm 1,7\%$ ).

Таблица 2. Структура распределения больных с ЛОР - патологией с учетом сезонности (%).

Сезон	Госпитализированные			Амбулаторны е	Всего
	Всего	Плановые	Экстренные		
Зима	27,2	25,7	26,3	26,8	26,4
Весна	29,4	26,6	28,3	28,0	28,0
Лето	22,3	16,0	22,6	20,4	21,1
Осень	21,1	31,7	22,8	24,8	24,5
Итого	70,9	17,4	82,6	29,1	100,0

Результаты медико-статистического анализа показывают, что среди всех обратившихся больных, массовая доля всех госпитализированных составила 70,9%. Остальные 29,1% получали оториноларингологическую помощь амбулаторно на этапе приемного отделения, после чего направлялись в поликлинику.

Как показывают данные, процент экстренных больных, из числа обратившихся за помощью, составил 82,6%. В плановом порядке госпитализированы были лишь 17,4%.

В разные сезоны в течение года отмечается одинаковое поступление больных на госпитализацию. Для экстренной госпитализации такое распределение остается справедливым. Однако при плановой госпитализации в летний период массовая доля поступающих пациентов составил 22,6%, что незначительно меньше, чем в зимний период. Выявленные закономерности проявляются при госпитализации и при амбулаторной помощи в ЛОР-отделении.

Неравномерное распределение больных в течение суток отражено в рисунке 2, где показано распределение по экстренным показаниям в приемном отделении.

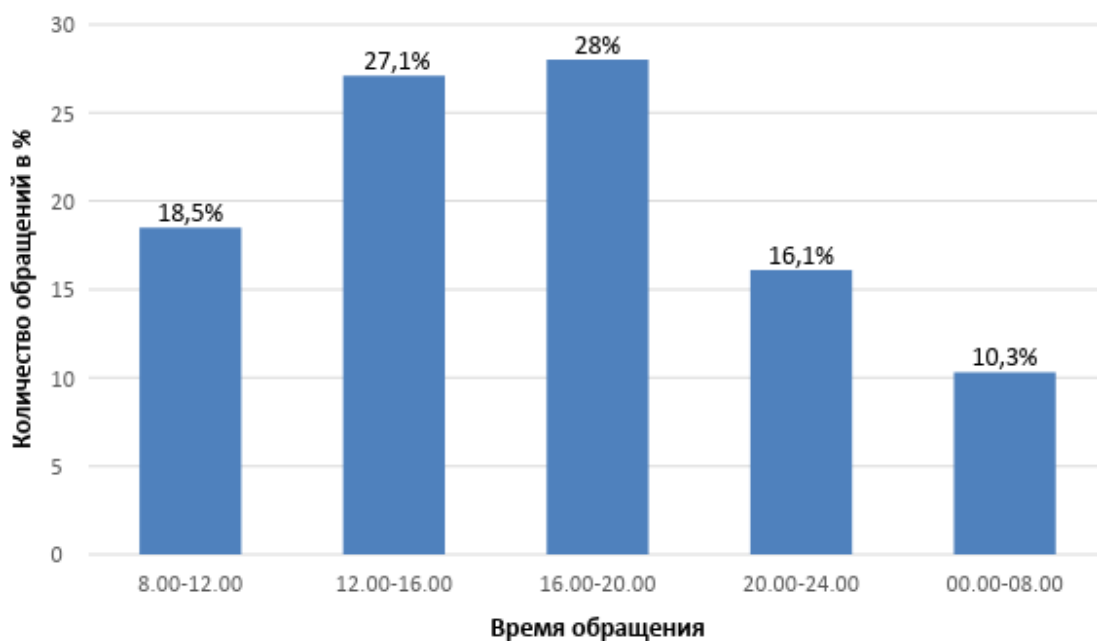


Рисунок 2 - Распределение количества пациентов в разные временные отрезки в течение суток при обращении в приемный покой в %.

Если выстраивать данные поступлений по часам можно заметить, что пиковая обращаемость приходится на период с 12 до 20 часов и составляет 55,1%. Наименьшее число обращений в больницу в ночное время с 00 до 8 часов утра и составляет всего 10,3%.

Эти данные обращаемости больных в стационары в течение суток носят общий характер распределения и это необходимо учитывать при организации работы приемного отделения и отделений стационара (таблица 3).

Таблица 3 Распределение больных с учетом вида направления на госпитализацию (%)

Куда направлен больной	Кем направлен больной					
	Лор- врач ГП	Врач ГП	БСМ П	Без направлен ия	Перевод из другого ЛПУ	Итого
Госпитализирован	85,6	61,7	41,3	69,8	83 ,8	69,9

Куда направлен больной	Кем направлен больной					
	Лор- врач ГП	Врач ГП	БСМ П	Без направлен ия	Перевод из другого ЛПУ	Итого
Амбулаторное лечение	9,3	26,3	32,7	18,1	16,2	19,3
В лечении не нуждается	1,9	8,3	9,4	3,1	-	6,2
Перевод в другое ЛПУ	2,0	1,7	1,4	1,2	-	1,4
Ушел до осмотра	1,2	3,2	5,2	0,8	-	3,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из всех обратившихся пациентов за экстренной хирургической ЛОР помощью, большое число госпитализаций приходится на пациентов, направленных ЛОР-врачами (85,6%) и другими врачами из поликлиник (61,7%), а также те, кого перевели из других больниц, где нет ЛОР - отделений (83,8%). Также большое количество обращений составили самостоятельные визиты больных в приемное отделение (69,8%). Меньше всего количество госпитализаций среди пациентов, доставленных бригадами скорой медицинской помощи (БСМП-41,3%), что скорее всего связано с недостаточным качеством распределения больных на этапе диспетчеров в службе скорой помощи.

Приведенные ниже данные отражают проанализированное нами распространение пациентов, поступивших из разных ЛПУ или обратившихся самостоятельно по заболеваниям и диагнозам, дает более полную картину распределения обращаемости (таблица 4).

Таблица 4 Распределение стационарных больных по заболеваниям в зависимости от вида направления на госпитализации в %.

Диагноз	ГП	СМП	Больницы города	Без направления	Другие лечебные учреждения	Итого
---------	----	-----	--------------------	--------------------	----------------------------------	-------

Наружный отит	8,7		4,8	41,7	4,8	100
Диагноз	ГП	СМП	Больницы города	Без направления	Другие лечебные учреждения	Итого
Хронический синусит	50	2,1	10,1	32	5,8	100
Фурункул носа	52,6	7	3	34,5	2,9	100
Острый средний отит, фурункул уха	50,7	2,8	4,6	34,7	7,2	100
Носовое кровотечение	1,5	69,5	12	14,5	2,5	100
Перелом костей носа	39	45	3	0	13	100
Паратонзиллярный или пара- фарингеальный абсцесс		0	22,5	47,5	20	100
Всего	9,9	6,7	7,6	29,3	6,5	100

Выявлены статистически значимые различия в распределении больных в зависимости от патологии ( $p < 0,05$ ). Почти половина пациентов с паратонзиллярным абсцессом госпитализировалось в ЛОР-стационар без направления (47,5%). Это связано с тем, что согласно приказу комитета по здравоохранению, все лечебные учреждения должны направлять больных с данной патологией в инфекционную городскую больницу № 30, поэтому больные в ЛОР-отделения многопрофильных стационаров поступают в основном при самостоятельном обращении их в приемное отделение.

Наибольшее число больных-39,9%, направляется на госпитализацию из городских поликлиник (особенно часто при фурункуле носа – 52,6%, наружном



отите - 48,7%, хроническом синусите - 50,0%), фурункул уха – 50,7. Третья часть из них поступает в стационар без направления-29,3%, наиболее часто при заболеваниях наружного -41,7%, и среднего уха-34,7% и др. С бригадами скорой медицинской помощи поступает наименьшая часть больных-16,7%, (кровотечения из носа различной этиологии – 69,5%, травмы наружного - 45%). Из других стационаров (6,5%) переводят чаще всего с осложнениями хронических инфекционных заболеваний - паратонзиллярных или парафарингеальных абсцессах - 21%, хронических гайморитах -5,8% и наружных отитах (3,8%).

Из всех обратившихся в стационар без направления, с дальнейшей госпитализацией, более половины с острыми воспалительными заболеваниями уха и ВДП. В этом случае это говорит прежде всего о недовольстве больных ЛОР-помощью, которая им оказывается в амбулаторном звене, о ее низкой доступности, что заставляет напрямую обращаться в приемный покой стационара.

Качество выздоровления больных во многом зависит от эффективности и длительности лечения на амбулаторном этапе. Медико-статистический анализ обращаемости показал (рисунок 3), что основная массовая доля направлений на госпитализацию приходится на врачей поликлиник – 44,6%, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, пациентов 18,1%, и около трети - 28,1% поступили в стационар самостоятельно, и только 7% пациентов, принявших участие в анкетировании, были переведены из других стационаров.

- Госпитализировано врачами городских поликлиник
- Доставлены бригадами скорой помощи
- Самостоятельно обратились в приемное отделение (без направлений)
- Из других стационаров

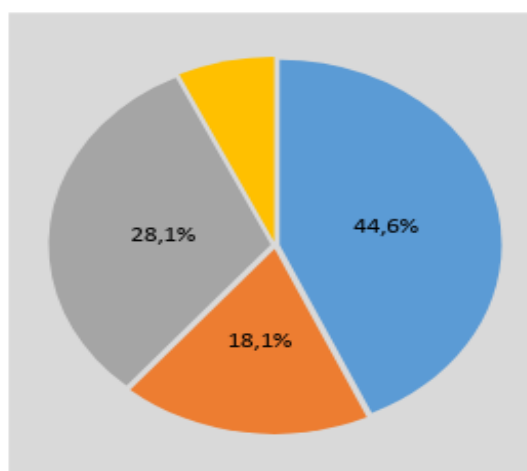


Рисунок 3 - Распределение госпитализированных больных по виду направления.

Проведенный медико-социальный анализ показал, что на распространение ЛОР-патологии не влияет половая принадлежность, а наиболее часто-55,4% болеют люди самого трудоспособного возраста от 18-40 лет. В разные сезоны в течении года так же не отмечается снижения поступления больных на госпитализацию. Проводя сравнительный анализ между больными, направленными на госпитализацию сразу после первичного приема в поликлинике-44,6%, и тех, кто в итоге получал медицинскую помощи в амбулаторном режиме-29,1%, можно сделать вывод, что более половины не получали помощь на этапе первичного звена.

## ГЛАВА 4. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО- СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНОЙ ЛОР-ПАТОЛОГИЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Полученные данные клинико-статистического анализа свидетельствуют о том, что в приемном отделении перед поступлением больного в стационар выполняется основная доля малых хирургических вмешательств и манипуляций: пункции гайморовых пазух, тампонады и коагуляции полости носа, репозиции и ушивание ран наружного носа, вскрытие абсцессов, гематом, фурункулов. Указанные хирургические вмешательства и манипуляции выполняются один раз, после чего больной только наблюдается на отделении.

Это в значительной степени увеличивает объем работы приемного отделения в оказании экстренной хирургической оториноларингологической помощи в то время, как большинство таких обратившихся могут получить полноценное лечение в условиях амбулаторно-хирургического центра, развернутого на базе больницы (таблица 5).

Таблица 5. Объем хирургических манипуляций, выполненных стационарным пациентам с экстренной ЛОР- патологией в приемном отделении и в отделении стационара за 2015г. (%)

Хирургическое вмешательство	Приемный покой		Стационар	
Пункция верхнечелюстной пазухи	28,3	744	20,0	525,8
Передняя тампонада носа	7,2	189,2	0,8	5,2
Задняя тампонада носа	0,4	10,5	0,2	5,2

Хирургическое вмешательство	Приемный покой		Стационар	
Вскрытие абсцесса(гематомы)	6,9	181,4	1,8	47,3
ПХО и ушивание раны	3,2	85	-	-
Удаление инородных тел	1,7	44,6	0,2	5,2
Репозиция костей носа	5,1	134	0,8	21
Санлирующая операция на ОПН	-	-	1,7	44,6
Санлирующая операция на сосцевидном отростке	-	-	0,8	21
Трахеотомия	0,2	5,2	0,8	21
Прочие	1,3	34,1	4,3	113
Без манипуляций (операций)	45,9	1206	68,8	1829,3
Итого	100,0	2634	100,0	2638

Результаты исследования показали, что в 28,4% случаев в приемном отделении проводят пункции гайморовых пазух, тампонада полости носа -7,3%, репозиция костей носа-5,1%, непосредственно в отделении на первом месте также пункция верхнечелюстных пазух (20,0%), затем - вскрытие абсцесса (гематомы) (1,8%) и санлирующие операции на околоносовых пазухах (1,8%).

#### **4.1. Структура больных с экстренной хирургической патологией ЛОР-органов**

В Санкт-Петербурге, по данным МИАЦ, по итогам 2014 года, представленным в таблице 6, получены следующие данные:

- стационарная оториноларингологическая помощь была оказана 20900 больным, из них: - экстренных больных было-14023 человека (67,1%);
- пациентов с болезнями уха и сосцевидного отростка -3857;
- общее число операций - 11634, из них на ухе – 1012;
- средняя длительность лечения составила 6,9 дня;
- средний оборот коек в лечебных учреждениях города равен 6,9 дней;

- занятость коек -76,4%;

-летальность среди госпитализированных оториноларингологических больных была на низком уровне и составила 0,07%.

Таблица 6. Показатели деятельности ЛПУ оториноларингологического профиля за 2013-2014 гг.

ЛПУ	Число коек		Поступило больных		Поступило экстренных				Средний койко-день		Летальность	
	2013	2014	2013	2014	2013 %	2013 абс	2014 %	2014 абс	2013	2014	2013	2014
Покровская больница (№1)	49	49	2109	2180	77,5	1634,4	73,0	1591,4	6,8	7,3	0,05	0,05
Больница Св. Елизаветы (№3)	71	68	5587	6135	84,8	4737,7	93,3	5723,9	4,4	4,1	0,16	0,07
Мариинская больница (16)	57	54	2842	2785	59,4	1688,1	55,1	1654,2	8,3	8,0	0,18	0,14
Больница №20	36	36	1492	1864	77,7	1159,2	69,4	1293,6	7,3	7,0	0,00	0,00
Больница №26	41	41	2146	2358	92,9	1993,6	82,7	1950	6,9	6,9	0,24	0,22
Больница №33	15	4	432	376	93,5	403,9	95,5	359	6,8	6,3	0,00	0,00
ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России	60	60	1097	1106	49,2	539,7	49,8	550,7	11,0	10,7	0,00	0,00
Клиника ПСПбГМУ им. ак. И. П. Павлова	53	53	1379	1685	34,7	478,5	41,2	694,2	8,6	9,2	0,00	0,00

ЛПУ	Число коек		Поступило больных		Поступило экстренных				Средний койко-день		Летальность	
	2013	2014	2013	2014	2013 %	2013 абс	2014 %	2014 абс	2013	2014	2013	2014
Клиника НИИ уха, горла, носа и речи	90	90	2025	1828	0,0	2025	0,0	1828	8,4	9,2	0,00	0,00
ВСЕГО	516	491	19634	20900	65,7	14660	67,1	15645	7,0	6,9	0,10	0,07

В структуре экстренной ЛОР - патологии наибольший процент занимают острые воспалительные заболевания ОПП-более 30,5%, затем идут заболевания среднего уха-14,2%, травмы наружного носа (12,5%), гнойные воспалительные заболевания наружного носа (3,4%), носовые кровотечения (5,8%), наружные диффузные отиты (4,8%), паратонзиллярные абсцессы (6,1%).

В специализированном ЛОР-стационаре амбулаторная помощь, оказанная пациентам, распределялась по заболеваниям следующим образом: на первом месте больные с травмами ЛОР - органов различной локализации - 33,2%, затем больные с острым гайморитом -14,6%, далее следуют – инородные тела гортани и глотки- 8,8% и больные с заболеваниями среднего и наружного уха-6,6% (таблица 7).

Таблица 7. Распределение по заболеваниям и травмам больных, учитывая вид оказания медицинской помощи при обращении в приемный покой стационара (%)

Заболевание	Госпитализированные	Амбулаторные
Острый синусит	30,5	14,6
Гнойный средний отит	10,4	1,9
Переломы костей носа	7,5	18,5
Носовое кровотечение	7,3	3,1
Фурункул носа	6,5	1,4

Хронический синусит	3,8	1,5
Заболевание	Госпитализированные	Амбулаторные
Негнойный средний отит	4,7	2,3
Наружный отит	3,5	4,3
Паратонзиллярный абсцесс	3,1	1,3
Острый фарингит, ларингит и трахеит	1,5	2,8
Стеноз гортани	1,0	-
Открытая рана головы	0,9	1,9
Поверхностные травмы головы (ушибы и ссадины и т.д.)	0,5	12,8
Инородное тело пищевода	0,1	0,3
Инородное тело глотки, гортани	0,1	8,8
Прочие заболевания	12,4	23,9
Всего	100,0	100,0

Структура экстренной патологии по числу госпитализированных больных основные позиции представлена следующим образом: острые воспалительные заболевания ОПН -33%, острые воспалительные заболевания среднего уха- 15,3%, травмы наружного носа - 8,3%, носовые кровотечения - 7,7%, фурункулы носа - 6,5%.

Статистически значимым ( $p < 0,05$ ) является и преобладание мужчин среди обратившихся с некоторыми нозологическими формами, такими как стенозы гортани (81,8%), переломы костей носа (73,2%), наружный отит (56,7%). (таблица 8).

Таблица 8. Распределение по полу ЛОР-заболеваемости у госпитализированных больных (%).

Диагноз	Мужчин	Женщин	Итого

Острый средний отит	48,4	51,5	100,0
Диагноз	Мужчин	Женщин	Итого
Хронический средний отит	61,4	38,6	100,0
Наружный отит	56,7	43,3	100,0
Острый синусит	46,5	53,5	100,0
Хронический синусит	44,6	55,4	100,0
Фурункул носа	45,8	54,2	100,0
Носовое кровотечение	35,1	64,9	100,0
Перелом костей носа	73,2	26,8	100,0
Паратонзиллярный и парафарингеальный абсцесс	44,6	55,4	100,0
Стеноз гортани	81,8	18,2	100,0
Прочие заболевания	48,1	51,9	100,0
Всего	51,5	48,5	100,0

Исключение составили такие нозологические формы как острые и хронические воспалительные заболевания ОПН, носовые кровотечения, острый средний отит, острый наружный отит, абсцессы наружного носа и перитонзиллярные абсцессы, где массовая доля женщин, госпитализированных с этими диагнозами, преобладает над мужчинами.

Структура распределения urgentной патологии больных с распределением по возрасту выглядит следующим образом. (таблица 9)

Таблица 9. Структура госпитализированных оториноларингологических больных по возрасту (в %).

Диагноз	Возраст (лет)			Итого
	От 15 до 39	От 40 до 59	Старше 60	
Острый средний отит	57,9	25,3	16,8	100,0
Хронический средний отит	45,6	31,6	22,8	100,0
Наружный отит	49,3	32,8	17,9	100,0



Острый синусит	55,4	29,8	14,8	100,0
Хронический синусит	38,9	50,0	11,1	100,0
Фурункул носа	54,2	36,1	9,7	100,0
Носовое кровотечение	17,6	37,7	44,7	100,0
Перелом костей носа	71,0	19,6	9,4	100,0
Паратонзиллярный и парафарингеальный абсцесс	55,4	33,8	10,8	100,0
Сенсоневральная тугоухость	19,4	54,8	25,8	100,0
Стеноз гортани	13,6	63,7	22,7	100,0
Прочие заболевания	43,2	39,4	17,4	100,0
Всего	48,9	33,0	18,1	100,0

Больше всего больных, которым требуется экстренная хирургическая ЛОР помощь приходится на возрастную группу- 15-39 лет (48,9%), в группе 40-59 лет уже-33,0%, а с60-79-18,1%.

Наиболее часто, в возрастной группе от 15 до 39 лет, встречается острые воспалительные заболевания ЛОР-органов, куда попали больные и с неосложненными травмами наружного носа, которые представляют 71,0% от общего числа больных с этой патологией.

Пациенты с обострением хронических заболеваний ЛОР-органов, таких как хронический синусит, хронический средний отит, в основном, представляли возрастную группу от 40 до 59 лет, к ней также относились 2/3 больных со стенозами гортани (63,7%).

Одной из самых частых причин носовых кровотечений являются хронические сопутствующие заболевания (ГБ, ИБС, онкология и заболевания крови), поэтому данная патология, в основном, встречается у больных старшей возрастной группы- 60 лет и более (44,7%), в средней возрастной группе несколько реже-37,7%. причинами носового кровотечения у лиц молодого возраста (17,6%) самыми частыми были травмы и острые вирусные инфекции.

Среди больных, находящихся на стационарном лечении в ЛОР-клинике, только 8,6% имели осложнения основного заболевания. Из них 11,9% случаев осложнений с заболеваниями околоносовых пазух, в 4,6% случаев с заболеваниями уха, и у 14,2% больных имелись сопутствующие соматические заболевания, летальность составила 0,07%.

#### **4.2. Особенности в выборе клинико-диагностических показателей для госпитализации в специализированное оториноларингологическое отделение городского стационара**

Врачи – оториноларингологи, участвующие в медико-экспертном анализе определяли заболевания, травмы и осложнения оториноларингологического профиля, при которых пациентам показано лечение на ЛОР-отделении в условиях стационара.

Список нозологических форм содержал и те формы заболеваний, с которыми больные нуждаются в экстренной хирургической ЛОР – помощи, и те, что лечатся преимущественно в амбулаторных службах. Так, например, все врачи-эксперты отметили, что больным с острыми назофарингитом, ларингитом и фарингитом, тубоотитом, неосложненными инородными телами глотки и гортани ЛОР-помощь вполне может оказываться в амбулаторных условиях.

Ведущее место в структуре ургентной патологии уха, горла и носа занимают острые воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух (таблица 10). В связи с чем, более половины респондентов-59,6% выступают за необходимость госпитализации больных с заболеваниями, относящимся к группе воспалительных заболеваний ОПН.

Таблица 10. Распределение показаний к госпитализации больных с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух (%).

Заболевания околоносовых пазух		Потребность в виде лечения		
		стационарно	амбулаторном	всего
Без осложнений	Этмоидит, гайморит	21,8	78,2	100,0
	Фронтит, пансинусит	34,6	65,4	100,0
Наличие выраженной интоксикации, тяжелой сопутствующей патологии		50,9	49,1	100,0
Орбитальные осложнения		90,9	9,1	100,0
Внутричерепные осложнения, сепсис		100,0	-	100,0
Итого		59,6	40,4	100,0

Однако, преобладающему большинству пациентов с этими заболеваниями не требуется круглосуточное лечение в стационаре и могут получать его в условиях дневного стационара несмотря на то, что данные заболевания являются показанием для госпитализации (70%).

При гайморитах и этмоидитах, по мнению основной части экспертов (78,2%), амбулаторное лечение является наиболее целесообразным.

Стационарному лечению предпочтение отдается заболеваниям с неосложненными формами фронтитов и пансинуситов (34,6%), а с заболеваниями ОПН с выраженной интоксикацией или при тяжелой соматической патологии (СД, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.) установлена необходимость (50,9%) госпитализации больных.

Показаниями к госпитализации в подавляющем большинстве (90,9%) являются орбитальные, а безусловными (100%), внутричерепные осложнения.

Необходимость госпитализации пациентов с носовыми кровотечениями представлена в следующей таблице 11:

Таблица 11. Структура показаний к госпитализации больных с кровотечениями из ЛОР-органов (%).

Локализация кровотечения	Потребность в виде лечения		
	Стационарном	Амбулаторном	Всего
Передние отделы полости носа	21,8	78,2	100,0
Средние и задние отделы полости носа	87,3	12,7	100,0
Наличие тяжелой сопутствующей патологии	74,6	25,4	100,0
Осложненное постгеморрагической анемией	96,4	3,6	100,0
Итого	70,0	30,0	100,0

Чаще других (87,3%), в госпитализации нуждаются больные с кровотечениями из средних и задних отделов полости носа.

Среди других заболеваний, относящихся к экстренной патологии носа, стационарное лечение требуется также при фурункуле носа, осложненном тромбозом вен лица (79,4%), при гематоме (абсцессе) перегородки носа (72,8%).

Воспалительные заболевания наружного и среднего уха являются второй по частоте встречаемости патологией ЛОР-органов, требующими оказания экстренной помощи.

Таблица 12. Структура показаний к госпитализации больных с травмами и повреждениями ЛОР - органов (%).

Травмы и повреждения ЛОР-органов	Потребность в виде лечения		
	Стационарном	Амбулаторном	Всего
Поверхностные травмы мягких тканей шеи, лица	24,6	75,4	100,0
Перелом костей носа	25,2	74,8	100,0
Ампутация носа или ушной раковины	69,7	30,3	100,0
Проникающие ранения шеи	97,4	2,6	100,0
Травмы стенок околоносовых пазух	81,4	18,6	100,0
Осложненное течение	85,5	14,5	100,0
Итого	64,6	35,4	100,0

Обработка полученных данных позволила показать, что в 75,4% случаев больные с поверхностными травмами мягких тканей лица (порезы, ссадины), после проведения первичной хирургической обработки ран в приемном отделении, могут наблюдаться амбулаторно, не нуждаются в и больные с переломами костей носа без смещения (таблица 12).

Среди пациентов с травмами и повреждениями ЛОР - органов обязательная госпитализация показана при переломах наружного носа для проведения репозиции костей под наркозом, в случае неудачной попытки в приемном отделении.

В условиях стационара первичная хирургическая обработка ран требуется больным с травмами стенок околоносовых пазух, при частичной или полной ампутации носа, или ушной раковины, открытых ранениях шеи, затрагивающих глотку и гортань. Стационарная помощь требуется также при наличии осложнений (нагноение ран, посттравматический остеомиелит, подкожная эмфизема др.).

Также были выделены показания с заболеваниями гортаноглотки (таблица 13).

Таблица 13. Показания к госпитализации больных с патологией глотки или гортани (%).

Патология глотки или гортани	Потребность в виде лечения		
	Стационарном	Амбулаторном	Всего
Острый тонзиллит	21,8	78,2	100,0
Паратонзиллярный абсцесс	50,9	49,1	100,0
Ангина язычной миндалины	36,4	63,6	100,0
Гортанная ангина	78,2	21,8	100,0
Абсцесс надгортанника	90,9	9,1	100,0
Стеноз гортани	100,0	-	100,0
Флегмоны шеи	100,0	-	100,0
Итого	68,3	31,7	100,0

Среди врачей - респондентов, принявших участие в экспертном исследовании, подавляющее большинство считает наиболее тяжелой экстренную хирургическую патологию гортани. Определено, что больные с абсцессами надгортанника, пациенты с ангиной гортани нуждаются в стационарном лечении в подавляющем большинстве случаев (90,9% и 78,2% соответственно), стенозы гортани различной этиологии с признаками дыхательной недостаточности, флегмоны и ранения головы и шеи являются стопроцентными показаниями к госпитализации в стационар (100,0%).

Из медико-экспертного анализа выяснено, что в стационарном круглосуточном лечении нуждаются, прежде всего, пациенты, которым необходимо выполнение неотложного хирургического вмешательства: с осложнениями воспалительных ЛОР-заболеваний или их тяжелым течением, а также при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии. При этом, неосложненные формы воспалительных заболеваний околоносовых пазух и

среднего уха не требуют госпитализации с последующим стационарным лечением и излечиваются амбулаторно.

Все эти факторы определяют целесообразность создания центра амбулаторной хирургии.

Организация амбулаторных центров на базе многопрофильных стационаров сможет со временем привести к улучшению связи между стационарной и амбулаторной помощью, что в свою очередь приведёт к удовлетворению потребности в амбулаторной помощи у населения.

Показателем эффективности лечения в стационаре является скорость восстановления трудоспособности пациентов (таблица 14).

Таблица 14. Структура больных с ЛОР- патологией различных возрастных групп, учитывая восстановления трудоспособности (в %).

Возрастные группы	Трудоспособность				Итого
	Восстановлена полностью	Снижена	Временно утрачена	Стойко утрачена	
До 39 лет	7,6	1,4	90,3	0,7	100,0
От 40 до 59 лет	7,0	4,7	87,0	1,3	100,0
Старше 60 лет	3,9	25	68,6	2,4	100,0
В среднем	6,8	6,7	85,3	1,2	100,0

У больных с экстренной хирургической ЛОР-патологией выявлена значительная массовая доля тех, у кого значительно снижена или стойко утрачена трудоспособность (6,7% и 1,2% соответственно). Эти данные актуальны для всех возрастных групп. Особенно это ярко выражено у пациентов старшей возрастной группы (старше 60 лет), у которых удельный вес больных со снижением трудоспособности составил 25,0%, а стойкая утрата трудоспособности у 2,4% от всех госпитализированных. Минимальный процент больных (6,8), у кого в процессе стационарного лечения полностью восстановилась трудоспособность.

Другим из важных показателей, определяющим качество оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи, является степень удовлетворенности пациентов стационарной помощью.

Медико-социальный опрос показал, что большая часть больных стационаров-71,2%, не полностью довольны качеством лечения в больнице, а воздержались от ответа- 7,5%.

Часть пациентов неудовлетворённых доступностью стационарной помощи (13,6%) по причине необходимости дополнительных трат на медикаменты, питание и пр., по удельному весу сопоставима с долей больных, отметивших неудовлетворительное оказание стационарной помощи (7,7%).

Некоторая часть пациентов (4,6%) указали формальное или равнодушно отстранённое обращение с ними врача, а еще 2,0% пациентов указали на ярко-выраженное грубое отношение к ним со стороны персонала больниц.

Немаловажное значение имеет так же и поведение с пациентами стационара среднего медицинского персонала, которое должно соответствовать правилам медицинской этики, ведь с лечащим врачом больной встречается только во время проведения медицинского осмотра и во время общего обхода, а под наблюдением медицинских сестер пациент находится в течении всей госпитализации.

Исследования показали, что часть пациентов (5,5%) были не вполне довольны поведением среднего медицинского персонала, отмечая формальное, невнимательное или равнодушное отношение, а 1,4% высказали негативное отношение в сторону медицинских сестер, хотя преобладающее количество 90,0% госпитализированных были удовлетворены взаимоотношениями с персоналом стационаров.

При проведении данного медико-социологического исследования пациентам было предложено внести собственные предложения по совершенствованию работы оториноларингологического стационара, которые мы систематизировали по группам. (таблица 15).



Таблица 15. Предложения пациентов по улучшению качества экстренной оториноларингологической помощи (%).

Предложения по улучшению качества медицинской помощи	Число пациентов
Улучшение санитарно-бытовых условий	30,2
Улучшение питания	47,6
Улучшение обеспеченности медикаментами	57,6
Сокращение времени ожидания приема (госпитализации)	21,0
Повышение культуры обслуживания	7,4
Другие предложения	9,8

Полученные результаты опроса показали, что более трети (30,2%) больных указали на необходимость улучшения санитарно-бытовых условий, в частности, обустройство душевых в палатах или на этаже, открытие буфетной комнаты, организация телевизионного зала, киоска с периодической и художественной литературой. Почти половина (47,6%) опрошенных указывают на необходимость улучшения питания в стационаре.

По поводу улучшения обеспеченности медикаментами высказались более половины пациентов - 57,6%, при этом, из данного числа опрошенных выяснилось, что 56,7% больных часть медикаментов покупали самостоятельно, для 27,1% пациентов необходимые лекарственные препараты в стационаре полностью отсутствовали, и только 16,2% госпитализированных ответили, что обеспеченность нужными им лекарственными препаратами и медикаментами была достаточной.

Многие респонденты отмечают необоснованно длительное ожидание отправки на отделение в приемном покое стационара. Чаще всего подобные задержки связаны с ожиданием дежурного врача или консультанта, занятых с

другим пациентом или работающими на отделениях, занятыми выполнением диагностических исследований или ожиданием их результатов. Порядка 21% больных указали на целесообразность уменьшения сроков госпитализации. Большая часть всех госпитализированных больных -48,3% провели в приемном покое менее часа. Треть их из них (33,6%) находились там до двух часов. 13,3% пациентов ожидали в приемном отделении до трех часов, а 4,8% находились в ожидании госпитализации более трех часов.

Предложения, внесенные пациентами, в основном касались возможности проконсультироваться у врачей других специальностей, в которых нет необходимости в данном случае заболевания, но к которым им трудно попасть в поликлинику на прием. Небольшая часть пациентов (7,1%) отметила целесообразность повышения культуры общения и сервиса медицинским персоналом.

В опросных листах пациентам было предложено оценить результат проведенного лечения. Анализ показал, что подавляющее число больных (91,2%) отметили положительный результат лечения, из них- 23,6% высказывались о своем состоянии как о полном выздоровлении в результате лечения, самочувствие у 67,6% больных после госпитализации значительно улучшилось, в 8,1% случаев проводимое лечение было расценено как малоэффективное, а менее 1% респондентов ответила, что их состояние после проведенного лечения только ухудшилось.

Данные этого исследования так же показали неудовлетворительную информированность населения о возможностях и преимуществах амбулаторий и поликлиник, как стационарозамещающих видах помощи.

Из всех опрошенных госпитализированных больных, более половины (64,0%) в будущем предпочли бы получать ЛОР-помощь в условиях больницы, 17,2% желали бы получать только амбулаторную помощь, и примерно столько же- 16,7% - больных с экстренной оториноларингологической патологией выбрали стационарозамещающие звенья медицинской помощи.

Оценивая условия и качество ургентной специализированной помощи пациентам с экстренными заболеваниями уха, носа и горла, решительное большинство врачей-экспертов (86,0%) заявляют о полной укомплектованности городских стационаров диагностической и лечебной аппаратурой, необходимыми инструментами для диагностики и лечения больных с экстренной ЛОР-патологией.

Основная массовая доля ЛОР-врачей экспертов 90,5% отмечают необходимость повысить уровень заработных плат и премий как врачей, так и медицинских сестер, что создаст благоприятные условия для притока квалифицированных специалистов, так как оказание помощи при ургентной хирургической патологии уха, носа и горла требует от врача глубоких знаний новых методик в диагностике и лечении.

Неотъемлемым элементом реорганизации работы является улучшение обеспечения медикаментами считает-85,0% экспертов. По их мнению, так же немаловажно и оптимизировать систему этапного лечения больных: углубить и расширить взаимодействие между стационарами и амбулаторно-поликлиническими структурами, что приведет к повышению качества оказания услуг в целом.

## ГЛАВА 5. КРИТЕРИИ ОБОСНОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-КЛИНИЧЕСКИХ ЭТАПОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛОР–ПАТОЛОГИЕЙ

### 5.1. Организационные аспекты в оказании экстренной оториноларингологической хирургической помощи в Санкт-Петербурге

В Санкт-Петербурге в настоящее время экстренная хирургическая оториноларингологическая помощь взрослому населению оказывается в специализированных профильных отделениях городских больниц, на базе высших медицинских учебных учреждений и в ведомственных учреждениях.

В 2014 г. в городе было развернуто 491 оториноларингологических коек для взрослых (таблица 16).

Таблица 16. Структура деятельности стационаров, оказывающие круглосуточную оториноларингологическую помощь взрослому населению за 2015г.(по данным МИАЦ).

ЛПУ	Число коек	Поступило больных	% экстренных	Средний койко-день
	2014	2014	2014	2014
Покровская больница (№1)	49	2629	73,0	7,3
Больница Св. Елизаветы	68	6135	93,3	4,1
Мариинская больница (16)	54	2785	55,1	8,0
Больница №20	36	1864	69,4	7,0
Больница №26	41	2358	82,7	6,9
Больница №33	4	376	95,5	6,3

ЛПУ	Число коек	Поступило больных	% экстренных	Средний койко-день
	2014	2014	2014	2014
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России	60	1106	49,8	10,7
Клиника ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. ак.И.П.Павлова Минздрава России	53	1685	41,2	9,2
Клиника НИИ уша, горла, носа и речи	90	1828	0,0	9,2
ВСЕГО	491	20900	67,1	6,9

Общее количество ЛОР-врачей составило по штату - 588, среди которых занято - 552, из них, на местах в стационаре: по штату - 173,25; занятых - 159. Число реально работающих на основном месте работы по оториноларингологическим ЛПУ - 389.

В оториноларингологических стационарах г. Санкт-Петербурга оказываются все виды ургентной помощи пациентам с экстренной патологией носа, горла и уха, проводится лабораторное и физикальное обследование больных, оказываются консультации не профильных больных, выполняется как хирургическое, так и консервативное лечение больных с повреждениями ЛОР-органов, инородными телами пищевода и верхних дыхательных путей, кровотечениями различной локализации, внутричерепными осложнениями.

Для обеспечения срочной ЛОР-помощи в больницах города круглосуточно работают реанимационные отделения, рентгенологические и КТ аппаратные, клинические лаборатории. В любое время суток можно получить консультацию сторонних специалистов для обеспечения полноценного обследования и лечения поступивших пациентов.

Полученные данные говорят о том, что из всех поступивших оториноларингологических больных-с экстренной патологией обратилось 67,1%. При этом более высокие показатели выявлены в специализированных отделениях Больницы №33 (95,5%), больницы Св. Елизаветы (93,3), больницы № 26 (82,7%), Покровской больницы (73,0) и больницы № 20 (69,4%).

Средняя длительность лечения составляет в целом по городу 6,9 дней (в клиниках ВУЗов и НИИ больше - 9,2; в Покровской больнице – 7,3 и в больнице Св. Елизаветы - 4,1 дней).

В 2014 году стационарная оториноларингологическая помощь была оказана 20900 больным, из них экстренных больных было - 15681 человек (75%). Пациентов с болезнями уха и сосцевидного отростка - 4176. Общее число операций, проведенных в стационарах в 2014 г., составило 10888, из них на ухе - 832, на миндалинах и аденоидах - 1628. Летальность среди госпитализированных оториноларингологических больных была на низком уровне и составила 0,07 %.

Бригада врачей оказывает экстренную хирургическую помощь, а также оказывает амбулаторный прием оториноларингологическим больным, доставляемым в больницы бригадами СМП, направленными из амбулаторных ЛПУ и поступающих «самотеком».

Выполненные клинико-статистический и медико-социологический исследования позволяют понять, что деятельность узкоспециализированных ЛОР-отделений в структуре стационара может быть усовершенствована за счет догоспитального этапа, на котором будут внедрены современные адекватные клинико-организационные формы помощи больным с оториноларингологической патологией.

Имеющиеся результаты говорят о неполной (более 50%) доступности населению оториноларингологической помощи на амбулаторном этапе. Причин несколько: сложности в осуществлении врачебного приема и высокий пациентопоток, отсутствие ЛОР-врача в поликлинике, неукomплектованность необходимым диагностическим оборудованием и хирургическими инструментами и пр.), некоторая часть (15,3%) пациентов обращается в амбулаторные центры, оборудованные специализированными кабинетами на платной основе.

Все эти факторы и заставляют более трети -32,7% больных с ЛОР-заболеваниями обращаться в специализированный стационар без предварительного лечения на уровне амбулаторного звена.

Если сравнивать больных, получивших стационарную помощь, которые были направлены на госпитализацию из поликлиник города -52,1% и количество пациентов, которые предварительно получали амбулаторную помощь до госпитализации в больницу-26,9%, можно предполагать, что почти половина пациентов, отправленных в стационар из поликлиник, предварительно амбулаторную помощь не получала.

Одним из основных критериев оценки эффективности деятельности любого ЛПУ является удовлетворенность населения организацией и качеством оказываемой медицинской помощи. Анализ показал, что полностью удовлетворены тем лечением, которое получили в поликлинике только 18,6 % из всех больных, кто лечился амбулаторно, результаты представлены в таблице 17.

Таблица 17. Структура больных по степени удовлетворения качеством амбулаторной помощи.

Число больных	Удовлетворенность качеством амбулаторной помощью				
	Удовлетворены	Не в полной мере	Не удовлетворены	Затруднились ответить	Всего
%	18,6	57,5	13,3	10,6	100,0

Из таблицы видно, что массовая доля пациентов, удовлетворенных качеством амбулаторной помощи, составляет менее 20%. Это говорит о недостатках в организации специализированной помощи в лечебно-профилактических учреждениях города амбулаторного звена.

На наш взгляд причинами низкого качества лечения являются прежде всего высокая нагрузка на врача на поликлиническом приеме, недостаточная оснащенность материальным и техническим оборудованием, которое бы позволило выполнять требующиеся манипуляции для диагностики и лечения пациентов, и в недостаточной квалификации медицинского персонала.

В тоже время, данные, полученные при исследовании, свидетельствуют о том, что около 2/3 опрошенных больных (59,1%) отметили полную доступность стационарной помощи для них. При этом 14,5% анкетированных заявили, что госпитальная помощь доступна им не в полной мере, в связи с необходимостью самостоятельно покупать лекарства, продукты питания и т.д. В некоторых случаях (таблица 18) пациенты отметили причину недоступности стационарной помощи- отказ предприятий от оплаты листка временной нетрудоспособности.

Таблица 18. Структура пациентов с оценкой доступности стационарной ЛОР-помощи (%).

Число больных	Доступность стационарной помощи				
	Доступна	Не в полной мере	Не доступна	Затруднились ответить	Всего
%	59,1	14,5	-	26,3	100,0

Еще примерно треть опрошенных-26,3% больных не смогла ответить на вопрос о доступности для них стационарной помощи, но не было ни одного респондента, указавшего на полную недоступность этого вида помощи для него.

Подавляющее большинство больных, предпочитающих лечение в условиях ЛОР-отделений стационаров, говорят о том, что в больнице работает более квалифицированный медицинский персонал, почти все основные лекарства



обеспечиваются за счет системы ОМС, а также имеется возможность получить более сложные лечебные манипуляции, чем в поликлиниках.

Высокий процент высказавшихся в пользу лечения в круглосуточном стационаре, не имели информации и понимания о других альтернативных способах получения лечения.

В структуре патологии среди стационарных больных преобладают те заболевания, при которых основной массовой доле пациентов можно оказать необходимую и адекватную помощь в стационарзамещающих условиях в поликлиническом звене. При этом, основная часть экспертов (85,0%) и подавляющее число опрошенных пациентов (71,3%) указывают на достаточно высокий уровень доступности и качества оказания оториноларингологической помощи в стационаре.

Полученные данные позволяют нам предполагать, с большой долей вероятности, что врачи круглосуточных стационаров необоснованно расширяют показания к госпитализации (при несоответствии потребности в койках и достаточной обеспеченностью ими).

Основная массовая доля врачей-экспертов-73,3% считают, что существующие на сегодняшний день оториноларингологические отделения в городских стационарах не нуждаются в диагностической и лечебной аппаратуре для лечения больных с экстренной ЛОР-заболеваниям, так как их оснащенность остается на современном уровне. Третья часть (30,9%) опрошенных врачей-экспертов указывают на необходимость реформирования системы этапного лечения, реорганизации процессов между догоспитальным, стационарным и восстановительно-реабилитационных этапах.

Подавляющее большинство врачей-экспертов-80,0% считает обязательным лечение больных с тяжелой патологией ЛОР-органов на базе специализированного ЛОР-отделения многопрофильной больницы.

Дополнительно врачами (40,0%) были внесены предложения о целесообразности создания диагностического стационара для проведения комплексного обследования и обеспечения наблюдения за больными в динамике.

Подобные рациональные предложения заставляют нас задуматься о необходимости создания на базе городского стационара альтернативных подразделений. Эти выводы находят подтверждение в тех данных, что большинство пациентов, на момент поступления находились в удовлетворительном состоянии-79,5%, а также в том, что у них отсутствовали осложнения основного заболевания, и низкий процент соматических заболеваний (83,8%).

Подводя итог результатам медико-социального анализа в оказании населению амбулаторной хирургической ЛОР-помощи, был выявлен ряд недостатков: более 2/3 больных были госпитализированы без проведения какого-либо лечения на амбулаторном этапе-66,7%. Только половина опрошенных респондентов-51,2% высказались за доступность для них амбулаторной помощи. Качеством же оказанной поликлинической помощи полностью удовлетворены оказались только 18,5% пациентов.

В противовес амбулаторной помощи, большая часть опрошенных (59,1%) отметила полную доступность стационарного лечения.

Объединяя данные, полученные в результате проведения клинико-статистического и медико-социологического анализов, приходим к выводам, что имеются весомые минусы в организации амбулаторной ЛОР-помощи населению. Скорее всего, в результате этого происходит увеличение нагрузки на специализированные стационары, имеющие в своей структуре ЛОР-отделения. При этом, рост числа госпитализаций не приводит к увеличению каких-либо материально-технических, медикаментозных и кадровых ресурсов. Отсутствие препаратов лечения, неудовлетворительные санитарно-бытовые условия, плохое однообразное питание, длительные задержки в приемном отделении и пр.

неизбежно приводит к неудовлетворенности больными качеством оказания медицинской помощи.

## **5.2. Аргументирование выбора альтернативных клинико-организационных форм оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи**

В настоящий момент стационары Санкт-Петербурга обладают 516 койками для осуществления экстренной госпитализации взрослого населения.

Установленные примерные нормативы потребности в коечном фонде среди дневных стационаров по оториноларингологическому профилю составили 0,22 койки на 10 тыс. населения.

Сокращение коечного фонда для оториноларингологических больных приведет к непременному увеличению потребности в специализированной амбулаторно-поликлинической помощи.

В условиях современных экономических, организационных, материально-технических проблем необходимо изменение акцентов в сторону амбулаторной помощи оториноларингологическим больным. В процессе такой реорганизации необходимо провести следующие мероприятия:

- реорганизация и оснащение оториноларингологических центров амбулаторной хирургии и дневных стационаров;
- дооснащение ЛОР-кабинетов необходимой диагностической и лечебной аппаратурой и инструментарием, расходными материалами;
- организация оказания более качественной медицинской помощи и диагностики больным с экстренной патологией в приемном отделении круглосуточных стационаров;
- разработка новых общегородских стандартов медикаментозного обеспечения и реабилитации пациентов.

Целесообразно формирование лечебно-диагностического кластера, который включает стационар, дневной стационар (ДС) и амбулаторный центр (АЦ).

Наличие этих или подобных структур позволяет решать сразу несколько вопросов:

- реструктурировать использование бюджетных средств больниц;
- расширить спектр медицинских и сервисных услуг;
- при необходимости, сократить время пребывания больного в стационаре;
- уменьшить возникновение послеоперационных осложнений, связанных с возникновением внутрибольничных осложнений;

-уменьшить психоэмоциональные переживания больных, так как пребывание больного после операции в домашней обстановке приводит к более быстрому выздоровлению и сокращению сроков нахождения на листке временной нетрудоспособности.

В 2014 г. на ЛОР-отделение Покровской больницы за помощью обратилось 4223 человека, из них 2629 были госпитализированы. Было проведено 1337 операций, в том числе: подслизистая резекция носовой перегородки - 178, конхотомия - 72, тонзиллэктомия - 62, полипозный риносинусит - 71, микромаксилотомия - 20, РО на верхнечелюстной пазухе - 64, иссечение синехий в полости носа - 14, вскрытие абсцессов носа - 83, удаление доброкачественных новообразований ротоглотки - 4, репозиция костей носа – 120 ,иссечение атером - 7, вскрытие фурункула наружного слухового прохода - 19, пластика мягкого неба (ронхопатия - ночной храп) – 5,пункции ВЧП - 460, диагностическая эндоскопия- 43.

Из общего числа обратившихся за помощью больных: работающие – 165, временно утратившие работоспособность - 127, пенсионеры - 87, учащиеся и студенты – 158 человека.

В среднем длительность госпитализации по стационару составила 6,85 дня, у больных ЛОР - отделения - 6,37 дня.

Пациенты поступали предварительно полностью обследованными амбулаторно и оперативное лечение проводилось в день поступления, таким образом, хирургическая активность составила 56,87%.

Из всех госпитализированных больных в выдаче листков временной нетрудоспособности нуждались 31,2%. Средняя длительность временной утраты нетрудоспособности составила 6,78 койко/дня.

При организации в стационарах подразделений для амбулаторного лечения больных с ЛОР – патологией, с целью повышения эффективности и доступности амбулаторной помощи, необходимо выполнить следующие пункты:

- обеспечить помещение для развёртывания операционной и сопутствующих функциональных помещений;
- оснастить необходимым операционным инструментом и оборудованием;
- укомплектовать штат опытными врачами-оториноларингологами и медицинскими сестрами;
- создание единой информационно-цифровой базы для регистрации, учета и диспансерного наблюдения пациентов;
- предусмотреть возможность проведения дополнительных рентгенодиагностики и лабораторных исследований.

В приемном отделении многопрофильного стационара, при поступлении больных с ЛОР-патологией дежурный врач оценивает заболевание, общее состояние пациента, состояние ЛОР-органов, сопутствующие заболевания. Если имеются показания для госпитализации, больные направляются в ЛОР-отделение, где проводится необходимое хирургическое вмешательство и терапия.

При неосложненном течении ЛОР-заболевания пациенты могут получать и наблюдаться в амбулаторном центре на базе дневного стационара специализированного оториноларингологического отделения.

Создание и развитие подобных центров призвано максимально объединить интересы всех заинтересованных сторон - пациентов, врачей, страховых

компаний, административных служб путём решения проблем, стоящих перед практическим здравоохранением на современном этапе.

Анализ выполненного объема и качества оказываемой медицинской помощи, ее своевременность, доступность, полнота обследования и лечения, будет вести к совершенствованию оториноларингологической службы города в целом.

Система учета и анализа заболеваемости, наблюдения за больными на этапе диспансерного наблюдения также требует переработки.

Городской муниципальный оториноларингологический центр или дневной стационар специализированной клиники должен выступать основным организационнометодическим и клиническим кластером, на базе которого, врачи - оториноларингологи смогут выполнять больший объем, как лечебной работы - оказание адекватной и своевременной медицинской помощи при экстренных вызовах или госпитализации, так и консультативной деятельности, направленной на создание групп риска или диспансерных групп; осуществлять мониторинг качества и эффективности лечения.

### **5.3. Обоснование эффективности стационарзамещающих технологий в условиях современного мегаполиса**

Для оценки полноты и качества реализации Программы модернизации здравоохранения г. Санкт-Петербурга по разделу «Оториноларингология» было проведено исследование работы оториноларингологического отделения многопрофильного стационара СПб. Полученные данные позволили оценить современное состояние хирургической оториноларингологической службы и разработать ряд мероприятий, направленных на решение имеющихся проблем.

В частности, установлено, что отрицательное влияние на качество специализированной медицинской помощи населению оказывают следующие факторы:

- несоответствие потребностей в ЛОР-помощи, фактически оказываемым объемам, специализированной ЛОР-помощи;
- отсутствие возможности динамического скрининга амбулаторно-поликлинической ЛОР - службы специалистами стационаров;
- недостаточная сбалансированность коечного фонда;
- несовершенство единой медицинской информационно-аналитической системы.

Для оказания специализированной оториноларингологической помощи с использованием современного оборудования и высоких технологий необходимо постоянное совершенствование профессионализма и повышение квалификации специализированных кадров.

В рамках Программы модернизации здравоохранения г. Санкт-Петербурга за 2012-2014 год современное оборудование, в том числе эндоскопическое, было дополнительно установлено в 187 учреждениях здравоохранения, включая кабинеты врачей-отоларингологов и процедурные кабинеты в поликлиниках. Однако, из-за отсутствия специализации и необходимого сертификата ЛОР- врачи не используют данное оборудование.

Важное значение имеет наличие в амбулаторно-поликлинических учреждениях манипуляционных кабинетов и/или малых операционных, дающих возможность выполнять как диагностические, так и лечебные процедуры.

Решение перечисленных проблем возможно при улучшении материально-технической базы амбулаторного звена, доукомплектованности рентгенологической и лабораторно-диагностической службы.

Мероприятия, направленные на снижение дефицита собственных средств ЛПУ, должны учитывать возможность сочетания различных источников оплаты оказываемых медицинских услуг.

Оценка степени вовлеченности амбулаторных и стационарных учреждений г. Санкт-Петербурга в оказание услуг, не входящих в территориальный фонд

ОМС, показала, что оториноларингология является одной из немногих специальностей, способной приносить реальный доход.

Из этого следует, что для реализации перечисленных задач по снижению дефицита собственных средств ЛПУ необходим пересмотр тарифов ОМС с адекватной оценкой стоимости приема, манипуляций, диагностических процедур и оперативного лечения, а также векторное развитие работы по привлечению фондов системы добровольного медицинского страхования (ДМС), формирование привлекательного реноме для оказания планового и экстренного оперативного лечения.

Сравнительного анализ оториноларингологической заболеваемости ясно показывает, что частота обращений больных с ЛОР-заболеваниями за последние десятилетия не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к увеличению.

Одной из основных причин устойчиво высокого, а иногда и увеличения уровня экстренных состояний в оториноларингологии может являться отсутствие адаптированных подразделений в оказании ургентной помощи населению. В крупных промышленных городах (мегаполисах) эта проблема особенно актуальна.

В Санкт-Петербурге в настоящее время развернута обширная сеть больниц скорой медицинской помощи, специализированных центров и профильных клиник.

В качестве одного из основных направлений Программы модернизации здравоохранения является улучшение эффективности использования ресурсов, в том числе, в результате реструктуризации отрасли в условиях изменения макроэкономики.

Процесс реформирования и реорганизации системы здравоохранения должен затронуть изменение структуры организации экстренной стационарной медицинской помощи, одной из задач которого будет значимое расширение амбулаторно-поликлинической, стационарзамещающей технологии, центров амбулаторной хирургии.



Опираясь на задачи по развитию стационарзамещающих технологий, таких как сокращение количества госпитализаций в круглосуточные больницы, приводящее к значительному уменьшению перерасходования денежных средств системы ОМС. При этом сохраняется доступность и высокое качество оказания медицинской помощи. Был изучен эффективный пример использования коечного фонда в городском стационаре (в частности, проанализирована работа ЛОР - отделения) (таблица 19), (рисунок 4).

Таблица 19. Показатели работы ЛОР – отделения 2012-2014 гг.

Показатели	2012		2013		2014	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Обратилось за ЛОР помощью	4059	100	4066	100	4223	100
Из них госпитализир.	2531	62,36	2517	61,9	2629	62,25
Обслуж. амбулат	1528	37,64	1549	38,1	1594	37,75
Поступило в план. Порядке	620	24,5	580	23,04	786	29,9
в экстренном	1911	75,5	1937	76,96	1843	70,1
Хирург. активн.	1580	60,35	1392	55,3	1392	55,3
Койко-дни	19451		18942		17501	
Работа койки	405,23		389,38		359,94	
Оборот койки	52,73		54,33		53,99	

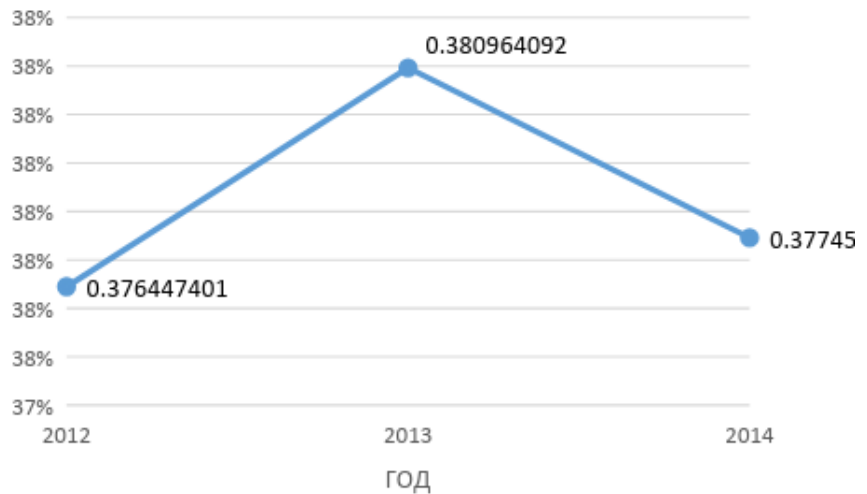


Рисунок 4 – Доля амбулаторных пациентов к общему числу обратившихся.

Выявлено, что доля всех госпитализированных пациентов к общему числу обратившихся на протяжении трех исследуемых лет, составила в 2012 году - 62,36%(61%÷64%), в 2013 году - 61,90%(61%÷64%) и в 2014 году - 62,25%(61%÷64%), а доля амбулаторных пациентов соответственно по тем же годам: 37,64%(36%÷40%); 38,1%(36%÷40%) и 37,75%(36%÷40%), что говорит не только об отсутствии снижения госпитализации, но и о трудностях диагностики или гипердиагностики тех состояний, с которыми обращаются пациенты (рисунок 5).



Рисунок 5 – доля госпитализированных к общему числу обратившихся.

Определены статистически значимые различия долей пациентов, поступивших в экстренном порядке, относительно всех госпитализированных ( $p < 0,05$ ), которая не превышала 77% ( $68\% \div 80\%$ ), а также долей прооперированных пациентов относительно всех госпитализированных ( $p < 0,05$ ) и составили 60,35% ( $50\% \div 65\%$ ) в 2012 году, 55,3% ( $50\% \div 65\%$ ) в 2013 году, 55,3% ( $50\% \div 65\%$ ) в 2014 году. (рисунок 6, рисунок 7)

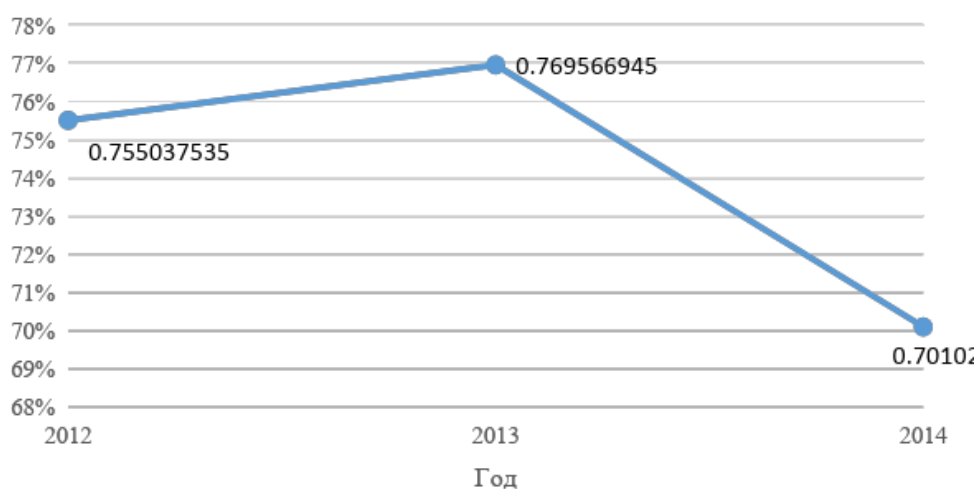


Рисунок 6 – Доля экстренных больных среди госпитализированных, %.

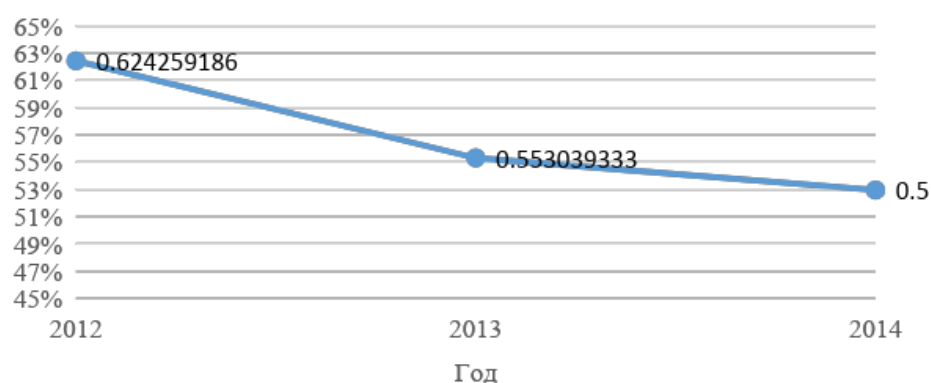


Рисунок 7 – Доля прооперированных среди госпитализированных, %.

Из приведенных выше данных явно прослеживается тенденция к снижению операционной активности среди госпитализированных пациентов, показатель которой только за 3 года снизился на 10%, в то время, как общий уровень заполнения коек остается на прежнем, высоком уровне.

В результате проведенной работы выявлены следующие проблемы в организации ЛОР-помощи:

- загруженность ЛОР-стационара пациентами, помощь которым без ущерба качества могла быть оказана в центрах амбулаторной хирургии, дневных стационарах и других амбулаторно-поликлинических учреждениях;

- несоответствие квалификации специалистов возможностям оказания высокотехнологичной медицинской помощи в амбулаторных и стационарзамещающих учреждениях, которое выражается в наличии неиспользуемого современного оборудования, установленного на этапе поликлинического звена;

- дефекты в организации преемственности между амбулаторными и стационарными звеньями.

В связи с вышеперечисленным устранение выявленных проблем должно включать в себя следующие рекомендации по организации:

- усовершенствование стандартов оказания амбулаторной и стационарной ЛОР- помощи, учитывая актуальность проблем, связанных с определением порядка госпитализации больных, четким разграничением объемов ЛОР- помощи, с учетом оптимизации коечного фонда;

- оптимизация тарифов ОМС, приведение их в соответствие с реально-существующими трудозатратами на лечение пациента и проведение хирургического лечения;

- реорганизация системы постдипломного медицинского образования для врачей - оториноларингологов.

Одним из важных направлений усовершенствования и оказания специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи является переход на современные медицинские информационные системы.

Опыт внедрения медицинских информационных систем обнаруживает важную потребность медицинских учреждений.

Во многих ЛПУ амбулаторно-поликлинического и стационарного профиля медицинская информационная система не внедрена, что непосредственно сказывается на неорганизованности рабочего времени врача.

Для ускорения внедрения информационного обеспечения деятельности оториноларинголога амбулаторно-поликлинического и стационарзамещающего звена необходима разработка единой информационной системы, электронной амбулаторной карты и истории болезни.

Обеспечение связи между этими документами и этапами в оказании специализированной ЛОР - помощи, разработка единого стандарта информационного обмена позволит государственным учреждениям здравоохранения существенно снизить нагрузку на врачей, в значительной степени решив при этом проблему очередей и недовольства пациентов.

#### **5.4. Анализ экономической эффективности оказания экстренной хирургической ЛОР- помощи в условиях дневного стационара**

Экономический эффект от лечения в условиях дневного стационара в системе ОМС носит очевидный характер. Стоимость небольших оперативных вмешательств ниже, чем в круглосуточных стационарах так как не требуют затрат на питание, коммунальные услуги, а также на заработную плату для медицинских работников в ночное время.

В рамках данного исследования проведена экономическая оценка (2014г.) себестоимости по оплате в системе ОМС лечения пациентов, обсуживающихся в городском круглосуточном стационаре. Для примера были выбраны острый гнойный гайморит и подслизистая резекция носовой перегородки (таблица 20).

Общая стоимость лечения больного в течение 7 дней составляет 10909,3 руб., структура расходов следующая:

- пребывание в палате и лечение— 7802,9 руб.

- расходы на препараты – 934,35 руб.;
- обязательная инструментальная диагностика – 939,1 руб.;
- обязательная лабораторная диагностика— 324,3 руб.;
- питание — 665,2 руб.

Из приведенных ниже расчетов видно, что массовая доля расходов на заработную плату медицинских работников и питания больных в круглосуточном стационаре значительно превысила расходы при амбулаторном лечении (дневной стационар). (таблица 20)

Предложенные расчеты дают представление о причинённом экономическом ущербе от необоснованного лечения больных с экстренной ЛОР-патологией в круглосуточном стационаре в отличие от дневного стационара:

$$C_e = N \times C_k \times C_p \times D,$$

где  $C_e$  - величина будущего ущерба;

$N$  - число госпитализированных, которых можно было лечить амбулаторно;

$C_k$  - стоимость использования койки (без учета коммунальных услуг, содержания оборудования и помещения);

$C_p$  - стоимость питания;

$D$  - средняя длительность лечения больного с ЛОР – патологией (в днях).

Таблица 20. Себестоимость лечения пациентов, обсуживающихся по системе ОМС. Заболевание - острый гайморит. (Цены указаны за 2015 год в руб.)

Перечень диагностических процедур, лечебных процедур и манипуляций		Кратность	Себестоимость	Итого
Наименование				
Лабораторная диагностика (обязательная)				
Клинический анализ крови	Определение клинического анализа крови	2	46,95	93,90
Общий анализ мочи	Анализ мочи общий	1	58,96	58,96
Биохимический	Определение АлТ, АсТ, общего	1	71,97	71,97

анализ крови	билирубина в сыворотке			
Глюкоза крови		1	28,75	28,75
Кал на я/глист		1	70,72	70,72
Итого				324,3
Инструментальная диагностика (обязательная)				
ЭКГ	ЭКГ с расшифровкой	1	291,7	291,7
Рентгенография ОНП	Рентгенография околоносовых пазух в 1 проекции	2	323,7	647,4
Итого				939,1
Медикаментозное лечение				
Нафтизин		1	16,5	16,5
Лидокаин 10%		1	3,68	3,68
Гидрокортизон		1	7,5	7,5
Диоксидин 0,5%		10	31	310
Цефазолин 1,0		15	16,28	244,2
Метогил 100,0		9	20,13	181,17
Димедрол 1 %		10	1,96	19,6
Анальгин 50%		10	11,72	117,2
Аскорбиновая кислота 5%		15	2,3	34,5
Итого				934,35
Физические и активные методы лечения (обязательные)				
Пункция в/ч	Пункция гайморовой пазухи	4	776,6	3106,4
Итого				3106,4
Всего				
Пребывание (лечение) в палате 1 к/день		7	1114,7	7802,9
Питание		7	93,6	665,2
Итого				13772,2 5

Экономический ущерб от необоснованного лечения больных с экстренных ЛОР-патологией в обычном круглосуточном стационаре, в отличие от амбулаторного лечения составляет:

$1848 \times (1114,7 + 93,6) \times 7 = 15\,630\,568$  рублей в год, где: 1848 - число госпитализированных больных, лечение которых возможно в амбулаторных условиях, 1114,7 (руб.) - стоимость койко/дня, без полного учета стоимости коммунальных услуг и средств, затраченных на содержание оборудования и помещений, 93,6 (руб.) - стоимость питания одного больного в день, 7 (дней) - средняя длительность стационарного лечения в городской больнице.

Для подслизистой резекции носовой перегородки экономический ущерб от пребывания больных в круглосуточном стационаре на весь период госпитализации составил:

$178 \times (1114,7 + 93,6) \times 7 = 1\,505\,541$  рублей в год, где: 178 - число прооперированных больных, лечение которых возможно в амбулаторных условиях, 1114,7 (руб.) - стоимость койко/дня, без полного учета стоимости коммунальных услуг и средств, затраченных на содержание оборудования и помещений, 93,6 (руб.) - стоимость питания одного больного в день, 7 (дней) - средняя длительность стационарного лечения (таблица 21).

Таблица 21. Себестоимость лечения пациентов, обсуживающихся по системе ОМС. Заболевание - смещенная носовая перегородка, гипертрофия нижних носовых раковин (цены указаны за 2014 год в руб.).

Перечень диагностических процедур, лечебных процедур и манипуляций	Кратность	Себестоимость	Итого
Наименование	ь	ь	
Медикаментозное лечение			
Нафтизин	1	16,5	16,5
Лидокаин 10%	1	3,68	3,68
Гидрокортизон	1	17,5	17,5
Диоксидин 0,5%	3	31	93



Цефазолин 1,0	4	16,28	65,12
Метогил 100,0	2	20,13	40,26
Димедрол 1 %	5	1,96	9,8
Анальгин 50%	8	11,7	93,76
Аскорбиновая кислота 5%	8	2,3	18,4
Итого			348,02
Физические и активные методы лечения (обязательные)			
Септопластика	1	3016,5	3016,5
Конхопластика	2	2164,0	4328,0
Итого			7344,5
Всего			
Пребывание (лечение) в палате 1 к/день	7		8696
Питание	7	93,6	655,2
Итого			17043,7

Проведены специальные расчёты потребности в экстренной стационарной ЛОР-помощи на 1000 населения по стандартной схеме, которая в перспективе составила:

$14023 \times 1000 / 5161\ 816 = 2,71$ , или 27,1 госпитализации на 10 000 человек,

Где 14023 - число больных, нуждающихся в экстренной оториноларингологической помощи в условиях круглосуточного стационара; 5 161 816 - население Санкт-Петербурга.

Круглосуточные стационары в настоящее время вынуждены оказывать экстренную и плановую хирургическую ЛОР-помощь, которая может быть оказана на амбулаторном этапе, что ведет к нерациональному использованию коечного фонда и финансовых ресурсов здравоохранения.

Таким образом, состояние оториноларингологической службы города характеризуется недостаточным объемом оказания помощи на амбулаторном этапе.

Создание и развитие центров экстренной хирургии в перспективе повлечет за собой дальнейшее расширение объёмов оперативных вмешательств на ЛОР-органах, внедрение и освоение новых методов лечения, эндоскопической и лазерной хирургии.

Развитие дневных хирургических стационаров, без сомнения, является экономически выгодным решением проблемы оказания хирургической помощи населению, особенно в условиях мегаполиса, где вопросы госпитализации стоят очень остро.

Развитие подобных центров может помочь в реализации потребности населения в объеме хирургического лечения.

## **ГЛАВА 6. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ**

В настоящее время в городских стационарах происходит уменьшение круглосуточных коек. С учетом того, что часть пациентов не могут лечиться в круглосуточных стационарах, организация отделений амбулаторной хирургии весьма своевременна и экономически целесообразна.

В условиях крупного города создание и содержание подобных учреждений может решить проблему загруженности по госпитализации больных в круглосуточных стационарах.

Развитие и усовершенствование стационарзамещающих технологий определяются методическими указаниями: «Организация стационарзамещающих форм медицинской помощи населению» от 04.11.2002 года, клиническими рекомендациями от 25.04.2003 года МЗ РФ № 500-У, и в том числе- проектом «Концепция развития стационарзамещающих технологий» (2001), в котором отображаются нормативно-правовые вопросы этого вида деятельности.

При участии ЛОР- врачей экспертов нами были разработаны критерии обоснованности госпитализации в оториноларингологический стационар, что в свою очередь приведет к оптимизации госпитальной помощи больным специализированного профиля и более рационального использования коечного фонда и других расходных средств.

Обязательная хирургическая помощь требуется следующим категориям граждан:

Больные с острыми воспалительными заболеваниями и травмами ЛОР-органов, которые требуют выполнения экстренного хирургического вмешательства.

Больные, имеющие осложнения основного оториноларингологического диагноза.

Пациенты с рецидивирующими носовыми кровотечениями, для которых лечение в амбулаторных условиях имело неэффективные результаты.

Пациенты с любым заболеванием гортани, при наличии признаков дыхательной недостаточности и вне зависимости от причины возникновения оной.

Пациенты с выраженным синдромом интоксикации, с ургентной ЛОР-патологией в тяжелом общем состоянии.

Больные с неотложной патологией уха, горла или носа, при наличии тяжелой соматической патологии (центральной нервной, сердечно-сосудистой, печеночной, дыхательной системы и др.).

Пациенты с оториноларингологическими заболеваниями в случаях неэффективности терапии в условиях амбулаторно-поликлинического звена или развития осложнения.

Проведенное медико-статистическое исследование, учитывающее все перечисленные параметры, показало, что большая массовая доля больных в исследуемой группе могла получать лечение в условиях дневного стационара или амбулаторных условиях.

Без показаний наиболее часто госпитализировались больные с переломами костей носа - 88,9%, в том числе переломы без смещения составили - 49,3% и репозиция костей носа в данном случае не требовалась. Другим пациентам эта операция была выполнена в приемном отделении, и больные нуждались только в дальнейшем наблюдении. Число больных, которым была сделана репозиция костей носа в ЛОР-отделении составило 8,4% из всех госпитализированных (таблица 22).

Таблица 22. Распределение пациентов, получавших лечение в ЛОР-стационарах с учетом обоснованности их госпитализации (%).

Диагноз	Обоснованная госпитализация	Необоснованная госпитализация	Итого
Острый средний отит	39,7	60,3	100,0
Хронический средний отит	38,8	61,2	100,0
Наружный отит	14,8	85,2	100,0
Острый синусит	29,7	70,3	100,0
Хронический синусит	37,9	65,1	100,0
Фурункул носа	49,0	51,0	100,0
Носовое кровотечение	88,8	11,2	100,0
Перелом костей носа	10,1	88,9	100,0
Паратонзиллярный абсцесс	37,2	62,8	100,0
Сенсоневральная тугоухость	100,0	-	100,0
Стеноз гортани	100,0	-	100,0
Прочие заболевания	13,2	86,8	100,0
Всего	29,7	70,3	100,0

Следующими по количеству необоснованно госпитализированных больных, по нашим данным, занимают обратившиеся с наружным диффузным отитом – 84,7%, затем идут больные с острыми синуситами - 71,3%, из этого числа более половины - 56 % составили пациенты с неосложненными формами острого синусита. Однократная пункция верхнечелюстных пазух при поступлении была выполнена лишь трети больных-32,1 %, поступающих с острыми гайморитами, затем они получали только медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

В многозадачных центрах могут лечиться пациенты, нуждающиеся в малых хирургических вмешательствах, которые, как правило, не длительны и сопровождаются небольшой кровопотерей.

К подобным вмешательствам можно отнести следующие манипуляции на ЛОР-органах:

Ухо: парацентез барабанной перепонки и шунтирование барабанной полости, полипотомия уха, вскрытие фурункула слухового прохода, вскрытие отогематомы наружного уха, иссечение келоидных изменений, удаление остеом, устранение лопухости и пластика ушных раковин, после разрыва барабанной перепонки, связанного с травмами, может выполняться мирингопластика.

Полость носа и околоносовые пазухи: лазерная септопластика, эндоскопическое удаление кист и инородных тел верхнечелюстных пазух, полипотомия носа и удаление доброкачественных образований, иссечение синехий полости носа, лазерная и ультразвуковая коррекция нижних носовых раковин, репозиция костей носа, вскрытие гематом и абсцессов носовой перегородки, забор биоптата новообразований полости носа и носоглотки.

Глотка: биопсия новообразований глотки, удаление доброкачественных новообразований с использованием лазера, вскрытие паратонзиллярных абсцессов, не осложненных флегмоной шеи, аденотомия.

В связи с этим были разработаны и предложены критерии обоснованности выполнения хирургических пособий больным с ЛОР-патологией в условиях стационарзамещающих технологий:

- относительно небольшой объем оперативного вмешательства (в пределах одного анатомического образования и/или одного органа);
- относительно небольшая продолжительность операции (в пределах 40–60 мин.);
- минимальный риск послеоперационных осложнений;
- возможность оперативного вмешательства под местной анестезией;
- при операции в условиях общей анестезии – при длительности наркоза не более 60 мин;
- минимальная интраоперационная и послеоперационная кровопотеря.

Основываясь на показаниях и противопоказаниях к оперативным вмешательствам, проводимым в амбулаторных условиях дневных стационаров и отделений амбулаторной хирургии, а также учитывая условия нахождения в таких стационарах после операции пациентов (пребывание на койке 1–3 часа), критериями отбора для оперативных вмешательств являются:

1. Малая инвазивность.
2. Небольшое время проведения операции (до 30–60 мин).
3. Через 1–3 часа пациент может быть отпущен домой под наблюдение родственников.

На основании всех этих факторов предложен перечень хирургических вмешательств для центров амбулаторной хирургии и дневных стационаров (таблица 23):

Таблица 23. Перечень хирургических вмешательств для отделений ЛОР - хирургии и дневных стационаров.

Наименование операций, их возможные варианты		Наименование операций, их возможные варианты
Вскрытие фурункула наружного слухового прохода и нагноившихся атером наружного уха, вскрытие отогематомы	4	Вскрытие гематомы и абсцесса носовой перегородки
Оперативные вмешательства при вазомоторных и аллергических ринитах: подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, гальванокаустика нижних носовых раковин, внутрираковинная подслизистая гальванокаустика, криовоздействие на носовые раковины,	5	Эндоларингеальное удаление доброкачественных опухолей гортани (полипов)

лазерная коррекция, подслизистая шейверная вазотомия носовых раковин.		
Миринготомия: хирургически и с использованием лазера	5	Полипотомия уха и удаление грануляций: хирургически, лазерным способом.
Наименование операций, их возможные варианты		Наименование операций, их возможные варианты
Репозиция костей носа при переломах и деформациях костного скелета носа	7	Удаление келоидных рубцов ушных раковин: хирургическим способом, с использованием ультразвукового ножа
Оперативные вмешательства при носовых кровотечениях из передних отделов носовой перегородки: отслойка слизистой оболочки, электрокоагуляция, лазерное воздействие	8	Иссечение врожденных кист, предушных фистул и свищей
Рассечение синехий носа: хирургически, лазерным способом	9	Удаление экзостозов наружного слухового прохода
Кристотомия носовой перегородки: хирургически лазерная коррекция	0	Операции по коррекции стриктур и атрезий хрящевой части слухового прохода
Полипотомия носа: хирургически, криополипотомия, полипотомия с помощью щипцов Блэксли, лазерное воздействие, полипотомия с помощью микродебридера	1	Пластические операции на ушной раковине: удаление привесок и придатков ушной раковины, прирастание мочки ушной раковины, ухо



		«сатира», торчащие уши
Удаление ринофимы: хирургически, лазерное воздействие	2	Мирингопластика
Наименование операций, их возможные варианты		Наименование операций, их возможные варианты
Удаление антрохоанального полипа: хирургически, с помощью микродебридера	3	Тимпанопластика 1 типа
Наименование операций, их возможные варианты		Наименование операций, их возможные варианты
Лечение ринхопатии: хирургически, лазерным воздействием	4	Микрогайморотомия
Удаление доброкачественных опухолей на ножке рото, носо и гортаноглотки	5	Удаление грануляций из барабанной полости после радикальной операции: хирургически, лазерное воздействие
При гипертрофическом фарингите: криовоздействие на слизистую оболочку задней стенки глотки, лазерная коррекция	6	Удаление доброкачественных образований наружного слухового прохода: хирургически, с помощью электрокаутера, лазерное удаление

Однако, необходимо отметить, что не все категории граждан могут лечиться в условиях дневного хирургического стационара, и для кого оперативное лечение в условиях амбулаторного отделения (центра) должно быть исключено, а именно:

- тяжелая сопутствующая патология сердечно - сосудистой и дыхательной систем;
- патология системы свёртывания крови;

- острые заболевания печени и почек (или обострения хронических заболеваний);
- поливалентная аллергия на лекарственные препараты;
- острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- признаки выраженной интоксикации;
- психоэмоциональная лабильность, не поддающаяся коррекции;
- недостаточная социальная адаптация пациента (неспособности приобретения лекарственных препаратов, перевязочных материалов, необходимых для амбулаторного лечения в послеоперационном периоде).

Возраст не является противопоказанием для лечения в таком центре. При необходимости оказания помощи пожилым людям подход в каждом конкретном случае должен быть индивидуальным.

При поступлении в стационар дневного пребывания для оперативного лечения пациенты должны быть предварительно обследованы, в течение 2-4 часов после операции, находясь под наблюдением медперсонала, отпускаются на амбулаторное лечение, а впоследствии приглашаются на контрольные осмотры.

На основании предложенных критериев нами разработан алгоритм (рисунок 8) оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи, на основании которого может быть оптимизирована работа любого оториноларингологического отделения.

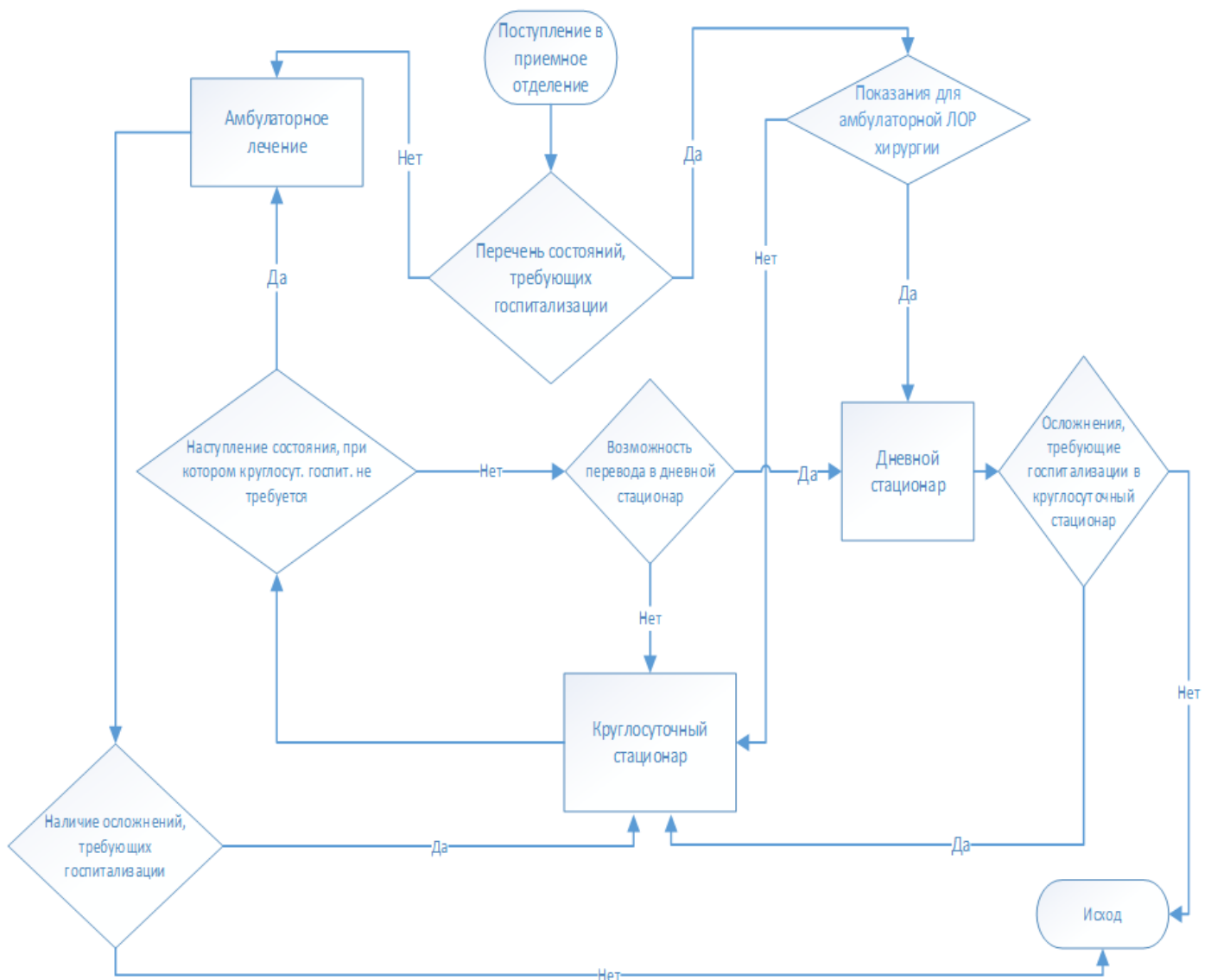


Рисунок 8 - Алгоритм оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи.

Высшим звеном в иерархии учреждений, оказывающих специализированную помощь больным с экстренной хирургической оториноларингологической патологией, являются клиники и базы высших медицинских учебных заведений и НИИ ЛОР.

В этих лечебных учреждениях прием пациентов осуществляется под руководством ведущих специалистов города, имеющих высшую квалификацию и различные ученые степени кандидатов и докторов медицинских наук.

Так же, как и в круглосуточные стационары города, пациенты поступают на лечение по направлению врачей из поликлиник, бригадами скорой медицинской помощи или при самостоятельном обращении на платной основе.

Оснащенность этих лечебных учреждений современным медицинским оборудованием качественно превосходит оснащение городских больниц, и, следовательно, в них возможно в максимальном объеме обследование и лечение больных, а также выполнение сложных хирургических вмешательств.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование выполнялось на базе крупного многопрофильного городского стационара, в специализированном ЛОР-отделении, осуществляющем в основном экстренную госпитализацию больных с ЛОР-заболеваниями в Санкт-Петербурге.

Выяснено, что основная массовая доля всех госпитализированных, которым требовалась неотложная хирургическая медицинской помощь, были госпитализированы необоснованно на круглосуточную койку, что заставляет не только пересмотреть действующие медико-организационные формы оказания экстренной оториноларингологической помощи, но и искать новые пути формирования современной модели здравоохранения.

Из всех исследованных пациентов с экстренной хирургической ЛОР-патологией, большое число госпитализированных приходится на больных, поступивших по направлениям от ЛОР-врачей -22,1% и других специалистов поликлиник города- 20,3% или переведенных из других больниц города, в которых ЛОР-отделений нет - 11,4%. Однако наибольшее количество госпитализаций приходится на «самотек»- 28,1%. И всего 18,1% были госпитализированы больные, доставленные бригадами СМП.

Рассматривая структуру экстренной ЛОР-патологии, с которой обращаются больные в круглосуточные стационары города, мы видим, что основная масса приходится на острые воспалительные болезни полости носа и околоносовых пазух (30,1%), далее следуют воспалительные заболевания среднего уха (14,2%) и травмы наружного носа (12,5%), гнойные воспалительные заболевания наружного носа (3,4%), носовые кровотечения (5,8%), наружные диффузные отиты (4,8%), паратонзиллярные абсцессы (6,1%).

Выявлена значимая доля больных (9,2%), имеющих осложнения основного заболевания, наиболее часто это встречается при болезнях околоносовых пазух-

13,6%, при острых и хронических отитах (4,8%). У 20,2% пациентов имелись сопутствующие хроническими заболеваниями внутренних органов и систем.

Выявлены статистически значимые различия распределения пациентов в зависимости от заболевания ( $p < 0,05$ ).

Больные, поступающие из городских поликлиник, занимают одно из первых мест по массовой доле, всех направленных на госпитализацию-39,9%, особенно часто при фурункуле носа – 52,6%, наружном отите-48,7, хроническом синусите - 50,0%. Почти треть пациентов поступает в стационар без направления на госпитализацию-29,3 %. Почти в половине случаев-41,7% с заболеваниями наружного уха, или в 34,7%-среднего уха. Наиболее часто больные с носовыми кровотечениями – 69,5% и травмами наружного носа - 45% поступают в круглосуточные стационары с бригадами скорой помощи. Больных из других стационаров, в которых нет ЛОР-отделения, в 6,5% переводят чаще всего при паратонзиллярных или парафарингеальных абсцессах (20%), хронических воспалительных заболеваниях околоносовых пазух (5,7%), а также при наружных отитах и фурункуле уха (4,8%).

Установлены различия в объеме небольших операций и манипуляций, проведенных в приемном отделении и в условиях стационара. Количество оперативных вмешательств и манипуляций в ЛОР- отделении едва превысила 53% от общего количества пациентов.

В многопрофильном стационаре, имеющего в своем составе специализированное ЛОР–подразделение, больше всего манипуляций выполнено в условиях приемного покоя, чем на отделении. Их структура такая: пункции ВЧП (соответственно: 29,2% и 21,0%), передняя тампонада носа (8% и 0,6%), вскрытие абсцесса (8,2% и 2%), репозиция костей носа (6% и 0,9%), первичная хирургическая обработка (4,0%) и др.

Врачами экспертами были установлены безусловные показания к госпитализации в круглосуточный стационар: рино- и отогенные внутричерепные и орбитальные осложнения (до 100 %), носовые кровотечения из средних и

задних отделов полости носа (до 88%), осложнённые тромбозом вен лица гнойные воспалительные заболевания носа (фурункул, корбункул -79,5%), абсцессы и фурункулы наружного уха, воспалительные заболевания среднего уха -59,2%, гематомы и/или абсцесс носовой перегородки -72,4%, все виды воспалительных заболеваний околоносовых пазух с симптомами выраженной интоксикации и сопутствующей соматической патологии -51,3%. Госпитализация в круглосуточный стационар с наличием осложнений при любой ЛОР - патологии является обязательной.

Определенные средние сроки нахождения в стационаре у больных с экстренной хирургической ЛОР-патологией составляют  $6,8 \pm 0,2$  в больнице и достоверно зависят как от возраста и половой принадлежности больных, так и от их клинического состояния ( $p < 0,05$ ). Массовая доля больных, отпущенных на амбулаторное лечение на следующий день после госпитализации, составляет порядка 26% от числа всех госпитализируемых (травмы наружного носа-25,6%, острый гайморит -19%, острые заболевания среднего уха -13,2%).

При проведении анализа удовлетворенности качества оказываемых услуг и условиями стационарного лечения выявлен достаточно большой процент неудовлетворенных 7,9%, и лишь 7,5% частично удовлетворены. При этом основная часть опрошенных (83,8%) больных с экстренной хирургической ЛОР патологией отметили полную удовлетворенность оказанной помощью.

Исследование организации оториноларингологической службы Санкт-Петербурга свидетельствует как о достаточной оснащенности профильными койками, так и об укомплектованности врачами - оториноларингологами и составляет 92,1% (а в специализированных стационарах до 95,6%). Средняя массовая доля всех больных с экстренной хирургической ЛОР - патологией по всем специализированным стационарам города составляет 77,3%, а в некоторых достигает 86,9-93,4%, при обороте койки 63-70 больных в год.

Во многих круглосуточных многопрофильных стационарах Санкт-Петербурга осуществляется оказание круглосуточной лечебно-диагностической,

консультативной и хирургической помощи больным с экстренной ЛОР-патологией, где в приемном отделении дежурят два врача - оториноларинголога. Длительность госпитализации в них составляет от 6 до 10 дней, на основных базах ВУЗов и НИИ до 14 дней.

Исходя из вышеизложенного следует, что в круглосуточных стационарах преобладают больные с болезнями околоносовых пазух и полости носа воспалительного характера-52,1%, заболеваниями наружного и среднего уха - 18,8%, гнойными заболеваниями наружного носа -5,1%, носовыми кровотечениями -4,7%, которым необходимую и адекватную помощь можно оказать в стационарзамещающих условиях на амбулаторном этапе, однако, этого не происходит из-за умышленного расширения показаний к госпитализации.

Подводя все итоги, приходится признавать, что состояние экстренной хирургической ЛОР-службы города в современной обстановке характеризуется недостаточным объемом оказания хирургической помощи в условиях амбулаторного звена, подавляющее большинство больных вынуждено получать экстренную оториноларингологическую помощь в больницах города, что приводит к нерациональному использованию коечного фонда и финансовых ресурсов всей отрасли здравоохранения. Отсюда мы делаем вывод о необходимости реорганизации системы оказания экстренной хирургической оториноларингологической помощи, и прежде всего, необходимо создание и укрепление обособленного амбулаторного звена.

Для оптимизации работы городской оториноларингологической хирургической службы необходимо вводить и применять такие мероприятия, как исследование своевременности и доступности оказания ургентной ЛОР- помощи. Проведение анализа полноты обследования и лечения больных с экстренной ЛОР-патологией. Не меньшего внимания требует совершенствование системы электронного учета и отчетности. Образование городского бюджетного оториноларингологического центра или дневного стационара на базе круглосуточного стационара, или специализированная клиника ВУЗа должны



выступать основным организационно-методическим и клиническим кластером, на базе которого высококвалифицированные специалисты такого центра смогут осуществлять выполнение большего объема экстренной хирургической помощи в условиях растущей обращаемости.

## ВЫВОДЫ

Определенные в ходе работы высокая потребность городского населения в экстренной оториноларингологической помощи (67,1%), наиболее высокие показатели выявлены в специализированных отделениях Больницы №33 (95,5%), больницы Св. Елизаветы (93,3%), больницы № 26 (82,7%), Покровской больницы (73,0) и больницы № 20 (69,4%), и низкая доступность хирургического лечения на амбулаторном этапе (11,3% больных из всех госпитализированных), говорят о необходимости совершенствования новых клинических и организационных форм для лечения больных на амбулаторном и стационарном этапах.

Медико-статистический анализ показал, что основная массовая доля пациентов, направленных на госпитализацию, имеют средний возраст  $40,5 \pm 0,8$  лет, и приходятся на врачей поликлиник – 44,6%, доставлены бригадами скорой медицинской помощи 18,1% пациентов, и, около трети - 28,1% поступили в стационар самостоятельно, и только 7% пациентов были переведены из других стационаров.

Проведенный клинико-статистический анализ показывает, что у основного большинства больных с экстренными заболеваниями ЛОР- органов в 78,9% общее удовлетворительное состояние при госпитализации, не требовало круглосуточного наблюдения. Для 52,9% госпитализированных больных было выполнено оперативное лечение, что говорит о необоснованной госпитализации в круглосуточный стационар.

70,3% больных могли бы получать хирургическую помощь в условиях амбулаторного центра. Тем более-31,5% пациентов не удовлетворены оказываемой помощью, и предпочитали бы получать ее в амбулаторном режиме. Определены критерии и показания, как к круглосуточной госпитализации, так и амбулаторному лечению. Расчетная потребность городских жителей составила 27,1 госпитализаций на 10000 жителей

Сравнительный анализ между стационарными больными, направленными на госпитализацию из поликлиник города (52,1%) и больными, получившими амбулаторно-поликлиническую помощь на догоспитальном этапе (26,9%), показал, что практически половина из всех, направленных в стационар на госпитализацию- не получили лечения в амбулаторных условиях поликлинического звена.

Проведенный медико-финансовый анализ стоимости лечения пациентов, на примере острого синусита в Санкт-Петербурге, показал, что экономическая выгода от лечения больных с экстренной хирургической ЛОР-патологией в амбулаторных условиях, в отличие от обычного круглосуточного стационара составит 15630568 рублей в год.

На момент исследования установлено, что для оказания экстренной оториноларингологической помощи в Санкт-Петербурге обеспеченность койками находится на достаточном уровне (0,22 койки на 10 тыс. населения). Однако, с ежегодным ростом населения города, будет актуально пересмотреть современные принципы оказания помощи больным с экстренной хирургической ЛОР-патологией.

В соответствии с современными задачами, предусмотренными национальными программами по здравоохранению, учитывая высокий уровень распространенности и клинико- диагностические особенности экстренной хирургической ЛОР-патологии, целесообразно создать сеть амбулаторных оториноларингологический хирургических центров (дневной стационар) на базе специализированных оториноларингологических отделений городских больниц. Это позволит осуществлять клинико-диагностическую деятельность и консультативную помощь

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Территориальным органам управления в соответствии с современными задачами, предусмотренными национальными программами по здравоохранению, учитывая высокий уровень распространенности и клинико-диагностические особенности экстренной хирургической ЛОР-патологии, практически целесообразно создать сеть бюджетных оториноларингологических хирургических центров (дневной стационар) на базе специализированных оториноларингологических отделений городских многопрофильных стационаров. Это позволит осуществлять клинико-диагностическую деятельность и консультативную помощь врачам оториноларингологам, осуществлять мониторинг заболеваемости и диспансерное наблюдение больных с хирургической ЛОР-патологией.

Главным врачам многопрофильных больниц при пересмотре штатно-организационной структуры целесообразно создание и развитие специализированных оториноларингологических центров догоспитального обслуживания. Доказана эффективность деятельности центров амбулаторной ЛОР-хирургии и дневных стационаров при оториноларингологических отделениях. Заведующим и врачам-специалистам приемного и оториноларингологического отделения необходимо использовать рекомендованные показания к госпитализации.

Главным врачам поликлиник необходимо обеспечить укомплектованность квалифицированными ЛОР-специалистами и техническое оснащение кабинетов современным диагностическим и лечебным оборудованием. Предусмотреть системное повышение квалификации участковых терапевтов и оториноларингологов.

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ГБ- городская больница

ЛПУ- Лечебно-профилактическое учреждение

МСЧ- Мед-санчасть

ДС- Дневной стационар

ВЧП-Верхнечелюстная пазуха

ОПН-Околоносовые пазухи

БСМП - Бригада скорой медицинской помощи

ДС-дневной стационар

ЛПУ- лечебно-профилактическое учреждение

ЦАХ- центр амбулаторной хирургии

ПХО- Первичная хирургическая обработка

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агарков, Л.Г. Повышение качества внутрибольничной консультативной помощи в многопрофильной больнице // Материалы 5-й ежегодной научно-практической конференции НПО / Л. Г. Агарков, Е.Г. Нагорная Медсоцэкономинформ (Чебоксары, 28-29 мая, 1998). -М., - 1998.-С. 153-154.
2. Альтерман, Е.М. Вопросы оказания неотложной ЛОР-помощи в приемном отделении многопрофильной больницы / Е.М. Альтерман, В.С. Медведев // Здравоохранение Российской Федерации. - 1982. -№3. -С. 27—31. -ISSN 0044- 197X.
3. Азаров, А.В. Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений /А. В. Азаров // Экономика здравоохранения. - 1999. - №2. - С. 29-30.
4. Аникеева, З.И. Оптимизация лечебно-диагностических процессов в системе ОМС в поликлиническом ЛОР-отделении / З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева, В. И. Василенко // Вестник оториноларингологии. - 2004. - №2. - С. 36-39. - ISSN 0042-4668.
5. Аникеева, З.И. Повышение эффективности оториноларингологической помощи в поликлинике в рамках ОМС /З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко // Российская оториноларингология. -2005. - №1(14).-С. 125-129.-ISSN 1810-4800.
6. Арефьева, Н.А. Риногенные внутричерепные осложнения: Методические рекомендации / Н.А. Арефьева, Р.Ш. Абдурашитов, Т.М. Янборисов. - Уфа, 1999. - 11 с.
7. Артюхов, А.С. Анализ коэффициента укомплектованности и нагрузки врачебного и среднего медперсонала в различных типах медицинских учреждений РФ / А.С. Артюхов, В.А.Жуков, А.Ф. Скворцов // Развитие стационарной медицинской помощи в период реформирования Здравоохранения в России: материалы 3-й Российской научно-практической конференции НПО Медсоцэкономинформ (Москва, 30-31 мая 1996). - М., 1996. - С. 208 - 209.

8. Бабанов, С.А. Пути оптимизации медицинской помощи населению /С.А. Бабанов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2001. - №3. - С. 30-32. - ISSN 0869 - 866X.
9. Бартлетт, Джон Дж. Инфекции дыхательных путей / Джон Дж. Бартлетт. - СПб, 2000.-192 с.
10. Байгенжин, А.К. Проблемы и перспективы развития консультативных поликлиник в условиях многопрофильных клиник / А.К. Байгенжин, О.Т. Жузжанов, А.Н. Цой // Современные инновационные технологии в области профилактики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации: сборник материалов 4-й международной научно-практической конференции - Астана, Ессентуки. - 2004. - С. 52-55.
11. Благовещенская, Н.С. Риносинусогенные внутричерепные осложнения и их диагностика на современном этапе / Н.С. Благовещенская // Вестник оториноларингологии. - 1992. - №1. - С.3-6. - ISSN 0042 - 4668.
12. Бобров, В.М. Флегмона шеи / В.М. Бобров, В.А Лысенко // Вестник оториноларингологии.- 2003. - №5. - С. 61-62. - ISSN 0042 - 4668.
13. Бобровский, Н.А. Состояние оториноларингологической помощи в РСФСР и мероприятия по ее улучшению / Н.А. Бобровский. - М.: Медицина, 1963.-20 с.
14. Богуш, Л.С. Преемственность и взаимосвязи в работе врача общей практики / Л.С. Богуш // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: тезисы докладов научно-практической конференции молодых ученых. -СПб.: МАПО. - 2005. - С. 304-306.
15. Вишняков, Н.И. Три звена контроля качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, В.В. Стожаров, Е.Ю. Муратова // Экономика здравоохранения. - 1997. - №2. - С. 26-28.
16. Вороненко, Ю.В. Системный подход к определению потребности населения в специализированной стационарной медицинской помощи: методические рекомендации / Ю.В. Вороненко. - Киев, 1990. - 28 с.

17. Воронкин, В.Ф. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев, Д.Л. Перехода // Российская ринология. - 1998. - № 2. - С. 37. - ISSN 0869-5474.

18. Гаджимирзаев Г.А. Особенности течения отогенных внутричерепных осложнений. Лечебно-диагностические трудности / Г. А. Гаджимирзаев, А.М. Магомедов // Вестник оториноларингологии. - 2006. - №3. - С. 4-7. - ISSN 0042-4668.

19. Гайдаров Г.М. Контроль качества и эффективности медицинской помощи в клинике медицинского ВУЗа / Г.М. Гайдаров // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1996. - №3. - С. 16-19. - ISSN 0869 - 866X.

20. Гайдаров Г.М. Оптимизация больничной помощи населению в условиях крупного города / Г.М. Гайдаров, И.О. Кицул, Д.В. Кулеш // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - №4. - С. 27-30. - ISSN 0869-866X.

21. Галкин Р.А. Оптимизация стационарной помощи в сельских районах / Р.А. Галкин, В.В. Павлов, С.И. Кузнецов // Здравоохранение Российской Федерации. - 2000. - № 4. - С. 27-28. - ISSN 0044 - 197X.

22. Галкин Р.А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности / Р.А. Галкин, И.А. Гехт, С.А. Суслин. - Самара: Перспектива, 2001. - 208 с.

23. Галкин Р.А. Экономическая эффективность стационарозамещающих видов медицинской помощи / Р.А. Галкин, Н.М. Скуратова, Л.С. Федосеева // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 9/10. - С. 16 - 18.

24. Гарина М.Г. О распространенности заболеваний уха, горла и носа среди взрослого населения г.Макеевки (Донбасс) / М.Г. Гарина // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1962. - № 6. - С. 7-12. - ISSN 0044 - 4650.



25. Гарпанович В.Я. Отогенные внутричерепные осложнения / В.Я. Гарпанович // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1980. - №2. - С. 50-53. - ISSN 0044 - 4650.

26. Горбоносов, И.В. Оценка влияния риносинусита на качество жизни пациента/ И. В. Горбоносов // Российская ринология.-2002.-№4.-С.4-5.

27. Григорьев, Г.М. Отогенные внутричерепные осложнения по данным городской больницы скорой медицинской помощи / Г.М. Григорьев, Н.С. Загайнова, А.В. Терновой // Вестник оториноларингологии. - 1990. - № 6. -С. 65-68. - ISSN 0042-4668.

28. Гриненко, А.Я, Тришин В. М. Изучение мнения пациентов об организации стационарной помощи в крупной агропромышленной области / А.Я. Гриненко, В.М. Тришин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - №3. —С.51 -52. - ISSN 0869 - 866X

29. Гудцова, А.П. Медицинская, экономическая и социальная эффективность стационарзамещающих технологий (история, оценка, перспективы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.П. Гудцова. - М., 2002. - 24 с.

30. Гусев А.С. Неотложная оториноларингологическая помощь населению г. Оренбурга по материалам ЛОР отделения 1 Городской Муниципальной Клинической Больницы Скорой помощи за 1998 г. / А.С. Гусев, Т.В. Костина, О.Ф. Росчислав // Спорные вопросы оториноларингологии: сборник трудов - Оренбург, 2000. - С. 107-108.

31. Гусев, О.А. Научное обоснование повышения эффективности работы стационара в условиях рыночной экономики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Гусев. - СПб., 1998. - 18 с.

32. Дедова, Н.Г. Развитие нетрадиционных форм стационарной медицинской помощи населению РФ / Н.Г. Дедова // Развитие стационарной медицинской помощи в период реформирования Здравоохранения в России: Материалы 3-й Российской научно-практической конференции НПО Медсоцэкономин- форм (Москва, 30-31 мая 1996). -М., 1996. - С. 124 - 126.

33. Диагностика и лечение отогенных внутричерепных осложнений / Г.М. Великсон, Т.В. Татти, В.В. Шабанова [и др.] // Материалы XV Всероссийского съезда оториноларингологов, 25-29 сент. 1995 г. - СПб., 1995. -Т. 1. - С. 419-421.

34. Ермаков Б.А., Поздняков В. А. Экономические механизмы повышения эффективности использования коечного фонда в условиях дефицитного финансирования / Б.А. Ермаков, В.А. Поздняков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины - 1995. - № 5. - С. 137-139. - ISSN 0869 - 866X.

35. Жане А.К. Пути совершенствования стационарной помощи населению в период реформирования здравоохранения: автореф. дис. ...канд. мед. наук / А.К. Жане. - СПб., 2000. - 23 с.

36. Жигалов В.А. Опыт организации травматологической и других видов неотложной ЛТОР-помощи детскому населению Саратова и саратовской области / В.А. Жигалов // Современные принципы диагностики и терапии при травмах уха, горла и носа: научно-тематический сборник. - Саратов, 1980. - С. 4-9.

37. Жуков В.А. Стационарная помощь: медико-экономические тенденции и перспективы развития / В.А. Жуков, А.Ф. Скворцов, Н.Г. Демидова // Экономика здравоохранения. - 1997. - № 6. - С. 12-19.

38. Загайнова Н.С. Экстренная патология околоносовых пазух по данным ЛОР-отделения городской больницы скорой медицинской помощи / Н.С. Загайнова, И.А. Ноговицын. // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: матер. XVI съезда оториноларингологов РФ; Сочи, 21-24 марта 2001 г. - СПб., 2001. - С. 576-578.

39. Инструктивно-методические рекомендации по совершенствованию организации неотложной отоларингологической помощи городскому населению / Д.И. Тарасов, В.С. Кузнецов, А.Б. Морозов [и др.]// - М., 1974. - 24 с.

40. К вопросу о заболеваемости сельского населения болезнями уха, горла и носа / Л.А. Авербух, Л.Р. Левинская, М.А. Перебогатова [и др.] // Журнал ушных, носовых и горловых болезней - 1977. - №2. - С. 82-86. - ISSN 0044 - 4650.

41. Кадыров Ф.Н. Экономические механизмы снижения уровня госпитализации / Ф.Н. Кадыров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1997. - №2. - С. 28-31. - ISSN 0869 - 866X.
42. Калининская А.А. Развитие коечного фонда стационарзамещающих форм медицинской помощи в РФ / А.А. Калининская, С.И. Шляфер // Здравоохранение. - 2000. - № 12. - С. 11 - 15.
43. Карташов В.Т., Жуков В. А. Механизмы перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное / В.Т. Карташов, В.А. Жуков // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 12. - С. 25 - 29.
44. Климова И.И. Динамика показателей распространенности хронических и рецидивирующих заболеваний ЛОР органов у детей Новокузнецка // Материалы XV Всероссийского съезда оториноларингологов, 25-29 сентября 1995 г. - Том II. - СПб., 1995. - С. 464 - 466.
45. Климова И.И. Клинико-эпидемиологическое исследование заболеваний среднего уха у детей Новокузнецка / И.И. Климова, К.З. Борисова, И.В. Батманов // Вторая конференция детских оториноларингологов СССР: Тезисы докладов(29-30 марта 1989 г., г. Звенигород). - М., 1989. - С. 167-169.
46. Ковалев И.В. Мнение врачей крупной областной больницы о качестве работы стационара / И.В. Ковалев // Проблемы оценки качества медицинской помощи: сборник трудов. - СПб., 1996. - С. 194 - 196.
47. Комаров Б.Д. Основы организации экстренной специализированной медицинской помощи / Б.Д. Комаров. -М.: Медицина, 1986. - 272 с.
48. Коновалов О.Е. Стоимостная доступность больничной помощи и удовлетворенность ею пациентов / О.Е. Коновалов, И.В. Успенская, Г.А. Пономарева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины - 2006. - № 4. - С. 10- 11.-ISSN 0869 -866X.
49. Константинов В.Д. Работа ЛОР отделения БСМП г. Волгодонска в условиях аренды и страховой медицины / В.Д. Константинов, А.И. Курильцев,

Н.Г. Ратиев // Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции оториноларингологов Ростовской области / Ростовский государственный медицинский университет. - Ростов-на-Дону, 1998. - С. 140-141.

50. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации: Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г.-№1387.

51. Кравченко Д.В. Комплексное лечение риногенных орбитальных осложнений / Д.В. Кравченко, О.Г. Переходенко, А.В. Кравченко // Российская ринология. - 2005. - № 2. - С. 105-106. - ISSN 0869-5474.

52. Кравченко Н.А. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (История и современность) / Н.А. Кравченко, И.В. Поляков. - М., 1998. - 56 с.

53. Крюков А.И. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, носа и верхних дыхательных путей: актуальность проблемы и пути решения / А.И. Крюков, В.Г. Жуховицкий // Вестн. оторинолар. —2004. - №1. - С. 3-4. -ISSN 0042 - 4668.

54. Крюков А.И., Хамзалиева Р.Б., Захарова А.Ф., Владимирова В.В. Диспансеризация в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. - 2005.-№5.-С.4-10.

55. Крюков А.И. Новые возможности консервативной терапии субатрофического ринита /А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Б. Туровский // Русский медицинский журнал.- 2006.-Т. 14, №27.-С. 1972-1973.

56. Крюков А.И., Туровский А.Б., Баландин А.В.Анализ адекватности лечения острых форм среднего отита и бактериального синусита в амбулаторно-поликлинической практике /А. И. Крюков, А. Б. Туровский, А. В. Баландин // Вестник оториноларингологии. - 2006.-№1.-С.61-64.

57. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Туровский А.Б. Новые возможности неинвазивного лечения синусита /А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Б. Туровский // Вестник оториноларингологии. -2007.- №2.-С.33-37.

58. Применение ингаляционной терапии при воспалительных заболеваниях гортани / А.И.Крюков, С.Г.Романенко, О.Г.Павлихин, О.В.Елисеев // Вестник оториноларингологии. - 2008.-№3. - С.53-55.

59. Кузнецов В.А. Организация оказания неотложной ЛОР-помощи населению Пензы в ЛОР отделении ЦГБ / В.А. Кузнецов // Научно-практическая конференция Захарьинские чтения: тезисы докладов - Пенза, 1995. - С. 38-40.

60. Кузнецов В.С. ЛОР заболеваемость (тенденции, прогнозы) и перспективы развития оториноларингологической помощи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.С. Кузнецов. - М., 1975. - 33 с.

61. Кузнецов В.С. Показатели летальности больных, госпитализированных в оториноларингологические стационары / В.С. Кузнецов, А.Б. Морозов // Вестник оториноларингологии. - 1972. - № 1. - С. 52-56. - ISSN 0042 - 4668.

62. Кузнецов В.С. Тенденции и структура причин летальности больных, госпитализированных в оториноларингологические отделения / В.С. Кузнецов, А.Б. Морозов // Вестник оториноларингологии - 1976. - №2. - С. 87-90.

63. Куницина М.Н. Состояние экстренной оториноларингологической помощи по материалам ЛОР отделения ИМГДКБ г. Иркутска за 1995-1999 гг. / М.Н. Куницина, И.А. Букша // Современные проблемы педиатрии и детской хирургии: сборник трудов - Иркутск: Иркутский ун-т, 2000. - С. 129-131.

64. Кучеренко В.З. Преимущество в организации экстренной помощи больным на догоспитальном и госпитальном этапах / В.З. Кучеренко, В.М. Борисов // Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - №12. - С. 12-16. - ISSN 0044-197X.

65. Ларионов Ю.К. Роль экономических механизмов в оптимизации медицинской помощи на региональном уровне: автореф. дис. канд. мед. наук / Ю.К. Ларионов. - М., 2000. - 24 с.

66. Лефельман Е.И. Опыт работы центра амбулаторной хирургии в повышении уровня и качества оказания хирургической помощи больным / Е.И.

Лефельман, С.В. Дергачев // Актуальные проблемы здравоохранения Санкт-Петербурга: сборник трудов - СПб., 1993. - С. 58 - 59.

67. Лившиц А.А. Научное обоснование оптимизации использования ресурсов здравоохранения в современных экономических условиях: автореф. дис. д-ра мед. наук / А.А. Лившиц. - М., 1998. - 47 с.

68. Линденбратен А.Л. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / А.Л. Линденбратен, В.С. Васюкова, Т.М. Шаровар. -М., 1999. - 49 с.

69. ЛОР заболеваемость детей дошкольного возраста на Севере / В.П. Ситников, О.С.Быков, В.И.Лежнева и др. // Тезисы докладов Второй конференции детских оториноларингологов СССР (29-30 марта 1989 г., г. Звенигород). -М., 1989.-С. 73-75.

70. Лудупова Е.Ю. Организационно-экономическое обоснование использования стационарзамещающих технологий в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ю. Лудупова. - М., 2002. - 24 с.

71. Луковский Р.В. Неотложная помощь в оториноларингологии: метод, указания к практическим занятиям для студентов и интернов / Р.В. Луковский.-Л., 1983.-51 с.

72. Лучихин Л.А. Особенности оказания ургентной ЛОР-помощи больным пожилого возраста / Л.А. Лучихин, Н.М. Кислова // Клиническая геронтология. - 2000. - Т. 6, № 7-8. - С. 16-17.

73. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: учеб. пособие / В.С. Лучкевич. - СПб: СПбГМА, 1997. - 184 с.

74. Любкина И.В. Неотложная помощь при травмах других заболеваниях уха, горла и носа / И.В. Любкина // Современные принципы диагностики и терапии при травмах уха, горла и носа: научно-тематический сборник – Саратов с.73-75

75. Медико-экономические основы Единой хирургической службы медико-санитарной части в условиях обязательного медицинского страхования / Н.И Вишняков, О.А. Гусев, Е.Н. Пенюгина [и др.]. - СПб., 1997. - 53 с

76. Меринов М.Н. Организация и оценка качества оториноларингологической помощи жителям южных районов Архангельской области /М.Н. Меринов // Проблемы оценки качества медицинской помощи: сборник научных трудов - СПб, 1996.-24 с.

77. Меринов М.Н. Оториноларингологическая заболеваемость взрослого населения Европейского севера России и перспективы развития специализированной медицинской помощи больным ЛОР-патологией: автореф. дис. канд. мед. наук / М.Н. Меринов. - СПб, 1997. - 18 с.

78. Методические рекомендации по организации приема больных на госпитализацию в отделение многопрофильной больницы. - М.: МЗ СССР, с.23

79. Миняев В.А. Некоторые актуальные финансово-экономические проблемы в концепции развития здравоохранения Санкт-Петербурга до 2003 г. / В.А. Миняев, Ю.В. Павлов, Н.И. Вишняков // Экономика здравоохранения. -1998. -№4/5. - С.5 - 10.

80. Мингболатова П.А., Косяков С.Я. Этиология, патогенез и принципы лечения хронического гнойного среднего отита // Российская оториноларингология. Приложение №2.-2008.-С.299-305.

81. Миронов С.Н. Организационные вопросы по оказанию экстренной помощи с носовым кровотечением в ЦГБ им. Г.А. Захарьина / С.Н. Миронов, В.А. Кузнецов // Научно-практическая конференция II Захарьинские чтения: Тезисы докладов -Пенза, 1995.-С. 49-50.

82. Морозов А.Б. Распространенность заболеваний уха, горла и носа среди сельского населения, по данным обращаемости и комплексных медицинских осмотров / А.Б. Морозов, А.П. Ушаков // Вестник оториноларингологии. - 1976. - № 3. - С. 9-12. - ISSN 0042 - 4668.

83. Найговзина Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты: учебное пособие для студентов медицинских вузов / Н.Б. Найговзина, М.Д. Ковалевский. - М.: Гэотар-Мед, 2004. - 451 с. - ISBN 5-9231-0338-9.

84. Николаев М.П. Вопросы организации и перспективы развития поликлинической и стационарной ЛОР-службы Москвы // Вестник оториноларингологии. - № 5. - С. 56-58. - ISSN 0042 - 4668.

85. Норбаев К.П. Организация и объём неотложной помощи городскому населению при травмах и болезнях уха, горла и носа: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.П. Норбаев. - М., 1971. - 24 с.

86. Носовые кровотечения по данным ЛОР отделения ММУ «БСМП» г. Волгодонска / А.И. Курильцев, Н.Г. Ратиев, В.А. Саенко [и др.] // Сборник трудов Юбилейной научно-практической конференции оториноларингологов Ростовской области; Ростовский государственный медицинский университет. - Ростов-на-Дону, 1998. - С. 138-140.

87. О состоянии ЛОР-помощи в Московской области и перспективы ее развития / В.Ю. Семенов, В.Г. Зенгер, Г.А. Оноприенко [и др.] // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (г. Нижний Новгород). - СПб., 2006.-С. 537.

88. Объем и характер диагностических исследований в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи / В.Г. Зайцев, Е.А. Кустова, Н.М. Дмитриева [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. - 1987. -№ 1. - С. 24 - 25. - ISSN 0044 - 197X.

89. Овчаров В.К. К вопросу об оптимизации деятельности стационаров лечебно-профилактических учреждений Тверской области / В.К. Овчаров, Б.И. Могилевский, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - №4. - С. 32 - 35. - ISSN 0869 - 866X.

90. Опыт работы по совершенствованию лечебно-диагностического процесса / В.М. Шевелев, М.Г. Кравцова, В.П. Синченко [и др.] // Здравоохранение Рос. Федерации. - 1998. - №4. - С. 33-34. - ISSN 0044 - 197X.

91. Орел В.И. Медико-социальные и организационные проблемы формирования здоровья детей в современных условиях: дис. д-ра мед. наук / В.И. Орел. - СПб., 1998. - 329 с.



92. Отвагин И.В. Хронические заболевания верхних дыхательных путей и органа слуха у населения Центрального федерального округа // Вестник оториноларингологии.- 2004.-№6.-С.38-40.

93. Особенности оказания неотложной помощи больным при риногенных осложнениях / И.Н. Одарченко, Л.И. Ктениди, К.И. Нестерова [и др.] // Материалы научно-практической конференции врачей и научных работников, посвященный 80-летию Омской областной клинической больницы. -Омск, 2000. - С. 280-282.

94. Павлищук А.В. Заболеваемость болезнями уха, горла и носа, по данным обращаемости населения Краснодара /А.В. Павлищук // Здравоохранение Российской Федерации. - 1975. -№ 6. - С. 13-16.

95. Павлищук А.В. ЛОР заболеваемость городского населения и нормативы потребности в оториноларингологической помощи (на примере Краснодарского края) : автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Павлищук. - М., 1976.- 17 с.

96. Павлищук А.В. Неотложная помощь при заболеваниях и травмах уха, верхних дыхательных путей и пищевода / А.В. Павлищук. - Л.: Медицина, 1990.- 104 с.

97. Павлов Ю.В., Гусев А. О. Роль приемного отделения крупной многопрофильной больницы в повышении качества стационарной помощи / Ю.В. Павлов, А.О. Гусев // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: материалы VI научно-практической конференции (24-25 апреля 2001 г.).-Часть2.-М., 2001.-С. 181-184.

98. Пальчун В.Т. Экстренная патология носа и околоносовых пазух / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Н.М. Кислова // Вестник оториноларингологии. -1998. - №3. - С.4-12. - ISSN 0042 - 4668.

99. Пальчун В.Т. Ургентные заболевания уха (сравнительные статистические данные) / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Н.М. Кислова // Вестник оториноларингологии. - 1998. - №6. - С. 4-10. - ISSN 0042 - 4668.

100. Пальчун В.Т. Ургентные заболевания гортани и глотки (сравнительные статистические данные) / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Н.М. Кислова // Вестник оториноларингологии. - 1999. - № 1. - С. 35-38. - ISSN 0042 - 4668.

101. Пальчун В.Т. Ургентная патология и оказание неотложной помощи больным в ЛОР-клинике 1 ГКБ / В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Н.М. Кислова // Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: материалы Российской научно-практической конференции (19—20 ноября, 2002): М., 2002. - С. 64-66. - ISBN 5-85941-004-2.

102. Петров М.Н. Клинические вопросы интенсификации использования коечного фонда терапевтических отделений больниц / М.Н. Петров // Терапевтический архив. - 1989. - №2. - С. 140-142. - ISSN 0040-3660.

103. Пискунов С.З., Завьялов Ф.Н., Ерофеева Л.Н. Исследование мукоцилиарной транспортной системы слизистой оболочки носа у здоровых лиц // Российская ринология. -1995.-№3-4.-С.60-62.

104. Пискунов Г.З. Особенности течения отогенных внутричерепных осложнений по материалам ЛОР клиники за 10 лет / Г.З. Пискунов, М.И. Гельфанд // Вестник оториноларингологии. - 1982. - №3. - С. 44-47. - ISSN 0042 - 4668.

105. Пискунов Г.З. Концепция развития оториноларингологии / Г.З. Пискунов // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. -2005.-Vol. 11.- №3/4. - С.79 - 83.

106. Погосов В.С. Рецензия на клинические лекции по оториноларингологии И.Б. Солдатов / В.С. Погосов // Вестник оториноларингологии. - 1993. -№4. -С. 57-59. - ISSN 0042 - 4668.

107. Поляков И.В. Актуальные проблемы здоровья населения многомиллионного города / И.В. Поляков, А.Г. Петрова // Экологическая безопасность городов: материалы научной конференции - СПб., 1993. - С. 19-20.

108. Поляков И.В. Маркетинговая стратегия и управление здравоохранением / И.В. Поляков, С.А. Уваров, Л.С. Михайлова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1997. - №3. - С. 14-17.

109. Поляков И.В. Качество медицинской помощи и руководство организацией / И.В. Поляков, А.С. Твердохлебов, Л.Ю. Жигулева. - СПб., 2003. - 127 с.

110. Поздеев В.Г. Особенности ЛОР заболеваний коренного детского населения Заполярья / В.Г. Поздеев // Тезисы докладов Второй конференции детских оториноларингологов СССР (29-30 марта 1989г., г.Звенигород). - М., 1989. - С. 79-80.

111. Поздеев С.Н. Проблемы и перспективы развития оториноларингологической помощи в Пермском крае / С.Н. Поздеев, А.М. Еловигов // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (г. Нижний Новгород). -СПб., 2006. - С. 534.

112. Полищук Т.В. Воспаление околоносовых пазух у детей / Т.В. Полищук, Г.Г. Васильев // Вопросы организации и оказания экстренной и неотложной помощи населению: сборник научных работ врачей Хабаровского края -Комсомольск-на-Амуре, 2000. - С. 153-155.

113. Риногенные внутриорбитальные и внутричерепные осложнения по материалам ЛОР отделения городской БСМП г. Волгодонска за период 1988-1997 гг. / Н.Г. Ратиев, А.И. Курильцев, В.А. Саенко [и др.] // Сборник трудов Юбилейной научно-практической конференции оториноларингологов Ростовской области / Ростовский государственный медицинский университет. - Ростов-на-Дону, 1998. - С.141-143

114. Риногенные воспалительные заболевания глазницы / В.С. Погосов, Р.Г. Акопян, Х.Ш. Давудов [и др.] // Вестник оториноларингологии. - 1996. - №6. - С. 14- 17.-ISSN 0042-4668.

115. Ромм С.З. К вопросу об отоларингологической заболеваемости в Ленинграде / С.З. Ромм // Сборник трудов Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи, том XIII. - Л., 1965. - С. 403 - 412.

116. Розенфельд И.М. Неотложная помощь при заболеваниях и травмах уха, верхних дыхательных путей и пищевода / И.М. Розенфельд. -Л.: Мед- гиз, 1958.-80 с.

117. Саркисова Ф.Р., Мишина Т. А. Амбулаторная хирургия в оториноларингологии / Ф.Р. Саркисова, Т.А. Мишина // Вестник оториноларингологии. - 2001. - №4. - С. 36-38.- ISSN 0042 - 4668.

118. Взаимосвязь экологической обстановки и заболеваний верхних дыхательных путей населения г. Новосибирска / М.А.Рымша, А.Б.Кисилев, О.В.Андамова и др. // Актуальные вопросы современной медицины: Материалы научно-практической конференции.- Новосибирск, 2004.- Раздел VI.- С.114.

119. Светличная Т.Г. Качество медицинской помощи в больницах села / Т.Г. Светличная, О.В. Ковалев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - №5. - С.32 - 35. - ISSN0869 - 866X.

120. Свистушкин В.М. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему. / В. М. Свистушкин, А. Ю. Овчинникова, Г. Н. Никифорова // Российская оториноларингология. - 2005. - №3(16).- С.93-96.

121. Семенов В.Ю. Определение условий экономии финансовых ресурсов в эксперименте по интенсификации использования коечного фонда больниц. / В.Ю. Семенов // Современное здравоохранение. - 1989. - № 9. - С. 19-21.

122. Сергеев М.М. Поликлиническая оториноларингология / М.М.Сергеев, В.Ф. Воронин. - СПб.: Гиппократ, 2002. - 192 с. - ISBN 5-8232-0232-6.

123. Сердюков А.Г., Набережная Ж. Б. Особенности стационарной помощи в условиях реформирования отечественного здравоохранения / А.Г. Сердюков, Ж.Б. Набережная // Проблемы городского здравоохранения: Сборник трудов. - СПб., 1998. - Вып. 3.-С. 31-35.

124. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм и оказании медицинской помощи населению / Г.П. Сквирская // Здравоохранение. -№1.- С. 5-10.

125. Скибицкий В.В., Сергеев М. М. Опыт оказания срочной оториноларингологической помощи в ЛОР отделении БСМП / В.В. Скибицкий, М.М. Сергеев // Организация здравоохранения. Хирургия. Гинекология. Травматология, ортопедия. Анестезиология. Материалы юбилейной конференции, посвященной 35-летию Краснодарского городского центра СМП, 15-16 декабря 1999 г. - Краснодар, 1999. - С. 211-215.

126. Смирнов Г.А. Неотложная помощь при заболеваниях и повреждениях уха, горла и носа/ Г.А. Смирнов, С.З. Ромм. - JL: Медицина, 1974. - 128 с.

127. Современные проблемы орбитальных и внутричерепных осложнений риносинуситов / А.М. Талышенский, С.А. Алескерова, Г.Р. Мустафаева [и др.] // Российская ринология. - 1998. - № 2. - С. 34-35. - ISSN 0869-5474.

128. Соколыщик М.М. Реформирование и организация стационарной медицинской помощи в условиях рыночной экономики / М.М. Соколыщик. -М.: Арбор. - 2001.-263 с.

129. Солдатов И.Б. Клинические лекции по оториноларингологии / И.Б. Солдатов. - М.: Медицина, 1990. - 93 с.

130. Состояние и пути совершенствования ЛОР помощи детскому населению Эвенкийского автономного округа / О.А. Грушевская, Т.И. Кин, Е.А. Полынцева [и др.] // Тезисы докладов Второй конференции детских оториноларингологов СССР, 29-30 марта 1989 г., Звенигород. -М., 1989. - С. 75-77.

131. Стационарная медицинская помощь (основы организации) / Е.А. Логинова, А.Г. Сафонов, В.З. Кучеренко [и др.]. - М.: Медицина, 1989. - 352 с. - ISBN 5-225-01502-6
132. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная терапия./ Л. С. Страчунский, С. Н. Козлов. - М.: Боргес. -2002.-436 с.
133. Столяров С.А. Анализ работы стационарозамещающих форм организации медицинской помощи / С.А. Столяров, Е.П. Шатунов, И.А. Никулина // Здравоохранение. - 2000. - № 12. - С. 17 - 19.
134. Супрунов В.К. Динамика заболеваемости по данным стационара ЛОР клиники за 35 лет / В.К. Супрунов, А.А. Горохов // Вестник оториноларингологии. -1965. -№3.~ С. 9-14.
135. Суслин С.А. Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / С.А. Суслин, Р.А. Галкин // Здравоохранение Российской Федерации. - 2006. - № 1. - С. 14-18. ISSN 0044-197X.
136. Тарасов Д.И. Скорая и неотложная помощь в оториноларингологии / Д.И. Тарасов, А.Х. Миньковский, Г.Ф. Назарова. - М.: Медицина, 1977. - 247 с.
137. Тарасов Д.И. Основные направления развития советской оториноларингологии в период до 2000 года / Д.И.Тарасов, А.Б.Морозов // Вестн. оторинолар. - 1989. - № 3. - С. 3-9. - ISSN 0042 - 4668.
138. Тарасов Д.И., Морозов А.Б. Частота и структура хронических заболеваний уха, горла и носа среди населения и их динамика. /Д. И. Тарасов, А. Б. Морозов // Вестник оториноларингологии. - 1991 .-№2.-С. 12-14.
139. Тарасов Д.И., Морозов А. Б. Состояние и динамика оториноларингологической помощи населению России / Д.И. Тарасов, А.Б. Морозов. - М.: Медицина, 1993.-52 с.
140. Терешина М.Г. Особенности риногенных осложнений по данным оториноларингологической клиники за 10 лет / М.Г. Терешина, В.С. Павленко, С.А. Павленко // Российская ринология. - 2005. - №2. - С. 83-84. - ISSN 0869-5474.

141. Тишук Е.А. Актуальные проблемы скорой медицинской помощи населению Российской Федерации / Е.А. Тишук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2006. - № 4. - С. 29-31. - ISSN 0869 - 866X.

142. Токман А.С. Заболеваемость болезнями уха, горла, носа и задачи организации отоларингологической помощи населению / А.С. Токман. -М.: Медицина. - 1957. - 55 с.

143. Тулкин В.Н. Информация о состоянии оториноларингологической помощи населению Российской Федерации за 1998 г. / В.Н. Тулкин, Л.М. Ковалева // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1999. - № 4 (20). -С. 151-154. - ISSN 1810-4800.

144. Фанта И.В. ЛОР-заболеваемость по результатам обращаемости в лечебно-профилактические учреждения города / И.В. Фанта // Новости оториноларингологии и логопатологии. -2000. - № 4 (24). - С. 60-62.-ISSN 1810-4800.

145. Фанта И.В. Структура и организация ЛОР-службы Санкт- Петербурга / И.В. Фанта // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1998. - № 1 (13). - С. 149-150. - ISSN 1810-4800.

146. Шаповалова В.П., Рыжов В. М. Место дневного стационара в деятельности поликлиники, оказывающей медицинскую помощь работникам промышленных предприятий / В.П. Шаповалова, В.М. Рыжов // Главный врач. - 2002. -№ 6. - С. 33-38.

147. Шевченко Ю.Л. О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001-2005 гг. и период до 2010 г. / Ю.Л. Шевченко // О ходе реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001-2005 гг. и период до 2010 г.: сборник докладов. - М., 2001. - С. 3 - 11.

148. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И.М. Шейман. - М.: Издатцентр., 1998. - 336 с. - ISBN 5-7816-0018-3.

149. Шустер М.А. Неотложная помощь в оториноларингологии / М.А. Шустер. -М.: Медицина, 1989.-304 с. - ISBN 5-225-01603-0.

150. Щепин В.О. Структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в 90-е годы / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2000. - №3. - С. 24-27. - ISSN 0869 - 866X.

151. Щепин О.П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: метод, материалы / О.П. Щепин. - М.: НИИ социальной гигиены, экономики и управления 30, 1999. - 73 с.

152. Экономическая эффективность хирургической службы (поликлиника - стационар) в многопрофильном медицинском учреждении / Я.А. Накатис, В.И. Ельсиновский, М.Ю. Шерстнев и др. // Экономика здравоохранения. - 1998. - № 4/5. - С. 26-28.

153. Экономические и медико-организационные основы деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения. /В.И. Стародубов, А.А. Калининская, Г.П. Сквирская [и др.] // Здравоохранение. - 2001. - № 1. - С. 31-35.

154. Экстренная помощь при травмах носа и околоносовых пазух в условиях страховой медицины / И.П. Енин, В.П. Карпов, И.Н. Тумарцов [и др.] // Оториноларингология на рубеже тысячелетий: материалы. XVI съезда оториноларингологов РФ (Сочи, 21-24 марта 2001 г.). - СПб, 2001. - С. 574-576.

155. Эргашев У.М. Совершенствование диагностики и оптимизация лечения больных хроническими ринитами: Дис. канд. мед, наук. - Ташкент, 2006.- 119 с.



156. Янов Ю.К. О медицинских стандартах в оториноларингологии / Ю.К. Янов, В.И. Егоров, А.В. Козаренко // Материалы XVII съезда оториноларингологов России, г. Нижний Новгород. - СПб, 2006. - С. 542.

157. Янов Ю.К. О перспективах развития оперативной оториноларингологии в амбулаторных условиях / Ю.К. Янов, И.Г. Макаревич // Российская оториноларингология. - 2005.-№4.-С .137-139.-ISSN 1810-4800.

158. A statistical study of six hundred cases of sudden deafness during the past fifteen years seen at Kitasato University Hospital / M. Okamoto, T. Shitara, Sh. Furusawa [et al.] //Pract. Otol. (Kyoto). - 1988. - Vol. 81, N 9. - P. 1258-1266.

159. Abel - Smith B. Cost Containment and Helth Care Reform: A Study of the European Union / B. Abel - Smith, E. Mossialos // Health Policy. - 1994. - Vol. 28.-P. 89-132.

160. Activité de l'interne d'ORL Durant la garde au CHU de Strasbourg / J.F. Herve, M. Wiorowski, P. Schultz [et al.] // Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. -2004.-Vol. 121, N 1.-P.33-40.-ISSN: 0003-438X.

161. Adecuacion de los ingresos hospitalarios urgentes en un servicio de ORL de un hospital de tercer nivel / M. Lopez Amado, A. Garcia Sarandeses, J. Herranz Gonzalez-Botas [et al.] // Acta Otorrinolaringol Esp. - 1993. -Vol. 44, N 1.-P. 31-34.

162. Allbegger K.W. Pathophysiology of acute rhinosinusitis // Wien. Med. Wschr. - 1989. - Vol. 104, N5.-P.58-61.

163. An audit of the E.N.T. casualty service at the Royal Victoria Eye and Ear Hospital / K. O'Driscoll, M.J. Donnelly, D.P. McShane [et al.] // Ir. J. Med. Sci.- 1993.-Vol. 162, N 11.-P. 462-465.-ISSN: 0021-1265.

164. An epidemiological study of otolaryngologic emergency diseases/ S.E. Huang, H.Y. Hung, J.H. Wang [et al.] // Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). - 1991. - Vol. 48, N6. - P. 456 -461. - ISSN: 0578-1337.

165. Belleza W.G. Otolaryngologic emergencies in the outpatient setting / W.G. Belleza, S. Kalman // Med Clin North Am. - 2006. - Vol. 90, N 2. - P. 329- 353.-ISSN: 0025-7125.

166. Biering-Sorensen M. Ore-nese-halsskader og-lidelser på en skadestue. Et års materiale / M.Biering-Sorensen // Ugeskr Laeger. - 1990. - Bd. 152, N 11.-S. 739-743. - ISSN: 0041-5782.

167. Bordley J. The future of otolaryngology in USA / J. Bordley // Proc R Soc Med. - 1974.-Vol. 67, №11.-P. 1137-1141. - ISSN: 0035-9157.

168. Burt C.W. Trends in hospital emergency department utilization: United States, 1992 - 1999 / C.W. Burt, L.F. McCaig // Vital Health Stat 13. - 2001. - Vol. 150.-P. 1-34.-ISSN: 0083-2006.

169. Charles J. Trends in childhood illness and treatment in Australian general practice, 1971-2001 / J. Charles, Y. Pan, H. Britt // Med. J. Aust. - 2004. - Vol. 180, N5. - P. 216-219. - ISSN: 0025-729X.

170. Chopra R. Epistaxis: a review / R. Chopra // J R Soc Health. - 2000. - Vol. 120, N 1.-P. 31-33.-ISSN: 0264-0325.

171. Contandriopoulos A.P. Reformer le systeme de santé: une utopie sortir d'un status quo impossible / A.P. Contandriopoulos // Ruptures. - 1994. -Vol. 1, N 1.-P. 8-26.

172. Drane Y.F. Spanish medicine: Trying to heal itself / Y.F. Drane // J. Amer. Med. Ass. - 1988. - Vol. 260, N 9. - P. 1219 - 1220.

173. Epidemiologic profile of otorhinolaryngological, head and neck disorders in a tertiary hospital unit in Greece: a challenge for general practitioners? / E.K. Symvoulakis, S. Klinis, A. Alegakis [et.al.] // BMC Ear Nose Throat Disord. -2006.-Vol. 7, N1. - P.6 -12. - ISSN: 1472-6815.

174. Epidemiology of epistaxis in US emergency departments, 1992 to 2001 / D.J. Pal lin, Y.M. Chng, M.P. McKay [et al.] // Ann. Emerg. Med. - 2005. - Vol. 46, N 1. -P.77-81. - ISSN: 0196-0644.

175. Estudio de las urgencias externas otorrinolaringologican en un hospital terciario/ J. Perez Obon, J. Rivaes Esteban, J. Leache Pueyo [et al.] // An. Otorrinolaringol. Esp. 1995. - Vol. 46, N 4. - P. 298 - 304. - ISSN: 0001-6519.

176. Estudio descriptivo de 21804 urgencias ORL en un hospital de tercer nivel / V. Pino Rivero, E. Rejas Ugena, T. Keituqwa Yanez [et al.] // An. Otorrinolaringol. Ibero Am. - 2003. - Vol. 30, N3. - P. 237-245. - ISSN: 03038874.

177. Étude épidémiologique et clinique portant sur 20563 patients accueillis a la grande garde d'urgences ORL adultes de Paris Ile-de-France / C.A. Timsit, K. Bouchene, B. Olfatpour [et al.] // Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. - 2001. - Vol. 118, N4. - P. 215-224. - ISSN: 0003-438X.

178. Gussack G.S. Major ambulatory surgery of the otolaryngologic patient / G.S. Gussack, W.R Hudson // Surg. Clin. North Am. - 1987 - Vol. 67, N4. - P .819-840.

179. Kanzaki J. Incidence and prognosis of acute profound deafness in Japan / J. Kanzaki, Y.Nomura // Auris Nasus Larynx. - 1986. - Vol. 13, N2. - P. 71-77. -ISSN: 0385-8146.

180. Krajewski M.J. Case analysis of private ENT practice in Warsaw, Poland / M.J. Krajewski // The XVII<sup>th</sup> World Congress of the International Federation of Otorhino-laryngological societies (IFOS): Abstract book. - Cairo, Egypt. -2002.-P. 130.

181. Lehmann P. Health and Social inequities in Switzeland / P. Lehmann,

182. Mamboury, C. Minder // Soc. Sci. Med. - 1990. - Vol. 31, N3. - P. 369-386. - ISSN: 0037-7856.

183. Maher J.W. Unit improves surgical costs and utilization / J.W. Maher // Hospitals. - 1980. - Vol. 54, N18. - P. 71-73. - ISSN: 0018-5973.

184. McShane D.P. Analysis of night-time and weekend otolaryngology service / D.P. McShane // Ir. J. Med. Sci. - 1989. - Vol. 158, N6. - P. 150-152. - ISSN: 0021-1265.

185. Meran A. Notfalle in der FINO-Praxis / A. Meran // Ther Umsch. - 1995. - Bd. 52, N3. - S. 208-213. - ISSN: 0040-5930.

186. Klossek J.M., Chidiac C. Current approaches to community-acquired acute maxillary rhinosinusitis or sinusitis in France and literature review // Rhi- nology.-2001 .-Suppl. 17. - P.3-38.

187. Otorinolaringology emergency unit care: The experience of a large university hospital in Italy - Brief Article - Statistical Data Included / A. Gallo, R. Moi, A. Minni [et al.] // Ear Nose Throat J. - 2000. - Vol. 79, N3. - P. 155-158. -ISSN: 0145-5613.
188. Paaske P.B. Nasoseptalfraktur. En epidemiologisk undersøgelse / P.B. Paaske, E.F. Madsen // Ugeskr Laeger. - 1987. - Bd. 149 - S. 1562-1563. - ISSN: 0041-5782.
189. Qureshi A.A. Day-case major ear surgery: is it viable? / A.A. Qureshi, N.D. Padgham, D. Jiang // J. Laryngol. Otol. - 2006. - Vol.120, N1. - P. 5-9.
190. Reuler J.B. Sinusitis. A review for generalists / J.B. Reuler, L.M. Lucas, K.L. Kumar // West J. Med. - 1995. - Vol. 163, N1. - P. 40-48. - ISSN: 0093-0415.
191. Richards T. Health reforms in Europe / T. Richards // BMJ. - 1991. -Vol. 303, N6. - P. 9. - ISSN: 0959-8138.
192. Roberts L. Day surgery - National and international from the past to the future / L. Roberts // Ambulatory Surgery. - 2006. - Vol. 12, N 1. - P. 143-145. - ISSN: 0966-6532.
193. Robinson M. Hospital faced with declining Part B. Payments / M. Robinson//Hospitals. - 1989.-Vol. 63, N13.-P. 22-25.-ISSN: 0018-597.
194. Sanchez-Alcon M.D. Urgencias O.R.L. en un hospital terciario: estudio de la frecuencia y etiología / M.D. Sanchez-Alcon, C. Morera, H. Perez-Garrigues // An. Otorrinolaringol Ibero Am. - 1993. - Vol. 20, N3. - P. 235-249. - ISSN: 0303-8874.
195. Schappert S.M. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02 / S.M. Schappert, C.W. Burt // Vital Health Stat 13. - 2006. - Vol. 159. - P. 1-66. ISSN: 0083-2006.
196. Sindwani R. Perioperative management of the sinus patient: A Canadian perspective / Sindwani R., Wright E.D., Janzen V.D., Chandarana S. // J.Otolaryngol.-2003.-Vol.32, N3.-P. 155-159
197. Tompson A.K., Juniper E., Meltzer E.O. Quality of life in patients with allergic rhinitis //Ann. Allergy Asthma Immunology.-2000. - Vol.85, N5. - P.338-347

198. Intracranial otogenic complications: Volgograd region ORL clinic / V. Bacoumov, I.V.Andreeva, E.N.Gorlinskaya [et al.] // The XVIIth World Congress of the International Federation of Oto-rhino-laryngological societies (IFOS): Abstract book. - Cairo, Egypt. - 2002. - P. 283-284.