



20. Increased Frequencies of Cochlin-Specific T Cells in Patients with Autoimmune Sensorineural Hearing Loss. / Moo-Jin Baek, Hyun-Min Park, Justin M. Johnson et al. // The Journal of Immunology – 2006. – Vol. 177. – P. 4203–4210.
21. Inner ear autoantibodies and their targets in patients with autoimmune inner ear diseases. / M. R. Boulassel, N. Deggouji, J. P. Tomasi et al. // Arch Otolaryngol – 2001. – №121 – P. 28–34.
22. Role of viral and Mycoplasma pneumoniae infection in idiopathic sudden sensorineural hearing loss. / J. R. Garcia Berrocal, R. Ramirez-Camacho, F. Portero et al. // Acta Otolaryngol (Stockh) – 2000. – №120 – P. 835–839.
23. Sudden sensorineural hearing loss. / A. L. S. Werneck, L. C. A. Gurgel, L. M. Mello et al. // Arq Neuropsiquiatr – 2003. – №61(4) – P. 1018–1022.

УДК: 616. 21–089: 338. 003. 1

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕНТРОВ АМБУЛАТОРНОЙ ЛОР-ХИРУРГИИ

И. Г. Макаревич

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт

уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий

(Директор – засл врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

В настоящее время, когда значительно возрос темп жизни, современная действительность диктует новые требования к формам оказания хирургической помощи пациентам. Поэтому актуальным является вопрос о создании дневных стационаров различного профиля, как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и на базе многопрофильных больниц и клиник институтов. Такие стационары обладают рядом преимуществ:

- улучшение использования коечного фонда;
- сведение до минимума внутрибольничного инфицирования и связанных с этим послеоперационных осложнений;
- сокращение сроков послеоперационной реабилитации и временной нетрудоспособности;
- уменьшение психоэмоциональной травматизации пациента и ощутимый экономический эффект.

В нашей стране в настоящее время существует множество центров амбулаторной хирургии различного профиля, которые максимально объединяют интересы пациентов, врачей, страховых компаний, городских властей – решая проблемы, которые стоят перед практическим здравоохранением на современном этапе. Однако, подобных центров ЛОР хирургии на базе больниц и клиник нет. Создание таких центров позволит перераспределить коечный фонд для оказания помощи пациентам, нуждающимся в сложных и высокотехнологичных операциях (Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 09/12/99 «Об организации деятельности дневных стационаров лечебно профилактических учреждений») [2].

По данным И. В. Фанты (2000) частота заболеваемости ЛОР-органов по обращаемости составляет – 210.0 на 1000 человек населения. В структуре выявленной ЛОР-патологии взрослого населения приходится на долю:

- острого гайморита – 12.6%,
- хронического ринита – 4.2%,
- хронического гайморита – 3.3%,
- хронического среднего отита – 6.6%,
- вазомоторно-аллергического ринита – 5.7%,
- прочих заболеваний ЛОР-органов – 12.8%.

Таким образом, более 40% пациентов, страдающих патологией ЛОР-органов, могут быть обеспечены хирургической помощью в амбулаторных условиях. [4]

Все эти данные позволяют рассматривать создание амбулаторных хирургических ЛОР-центров на базе больниц и кафедр институтов как неотъемлемую часть реалий сегодняшнего времени.



В настоящее время экономическая эффективность работы стационара вычисляется по формуле стоимости койко-дня:

$$Ск\backslash д = 3\text{ тк}\backslash д + Н\text{ зк}\backslash д + М\text{ к}\backslash д + П\text{ к}\backslash д + И\text{ к}\backslash д + О\text{ к}\backslash д + С\text{ кк}\backslash д,$$

где:

$Ск\backslash д$ – суммарная стоимость койко-дня.

$3\text{ тк}\backslash д$ – затраты на оплату труда персонала.

$Н\text{ зк}\backslash д$ – начисление на оплату труда, максимальный размер отчислений которой составляет 26,2%.

$М\text{ к}\backslash д$ – затраты на медикаменты.

$П\text{ к}\backslash д$ – затраты на питание.

$О\text{ к}\backslash д$ – износ оборудования.

$И\text{ к}\backslash д$ – износ мягкого инвентаря.

$С\text{ кк}\backslash д$ – косвенные расходы, учитываемые в стоимости.

В данной формуле не отражены затраты на оперативное вмешательство и анестезиологическое пособие. Вышеприведённая формула взята из «Инструкции по расчёту стоимости медицинских услуг» МЗ РФ, 2000 г. [1]

Попробуем определить экономическую эффективность лечения пациента в условиях центра. В течение одного дня в центре одна койка может быть использована при оперативном лечении трёх–четырёх пациентов, т. к. пребывание на койке в послеоперационном периоде составляет от одного до двух часов. Т. о. стоимость койко-дня в центре будет рассчитываться по следующей формуле:

$$Ск\backslash д = \frac{1}{3} 3\text{ тк}\backslash д + \frac{1}{3} Н\text{ зк}\backslash д + \frac{1}{3} М\text{ к}\backslash д + \frac{1}{3} И\text{ к}\backslash д + \frac{1}{3} О\text{ к}\backslash д + С\text{ кк}\backslash д + \frac{1}{2} А\text{ к}\backslash д + \frac{1}{3} 3\text{ ок}\backslash д.$$

Здесь отчётливо видно уменьшение стоимости койко-дня, т. к. большинство входящих в неё величин уменьшается в три раза за счёт большего оборота койки в течение дня. Кроме того из расчетов удалены затраты на питание, т. к. пребывание пациента достаточно краткосрочно.

Данная формула, в отличие от предыдущей, учитывает так же затраты на оперативное лечение и затраты на анестезиологическое пособие. Стоимость последнего меньше, по сравнению с анестезиологическим пособием, проводимом в стационаре, т. к. в данном случае значительно короче время воздействия и оно проводится более лёгкими препаратами. Что касается затрат на собственно оперативное лечение, то их уровень так же уменьшается за счёт небольших объёмов операций, стандартных техник их выполнения, значительного уменьшения числа послеоперационных осложнений (что связано с жёстким предоперационным отбором пациентов).

Для более полного расчета себестоимости определённого вида оперативных услуг можно использовать следующую формулу, где:

Sy_i – полная себестоимость i -той услуги.

R_j – расходы на оплату труда с начислениями данного подразделения за отчётный период.

N_j – сумма накладных расходов подразделения.

$T_i/T_{i1}+T_{i2}+...+T_{in}$ – доля каждой услуги в общей трудоёмкости отделения.

K_i – количество i -тых услуг, оказанных подразделением за отчётный период.

Rm_i – расходы на медикаменты на одну i -тую услугу.

Sa_i – амортизационные расходы, приходящиеся на i -тую медицинскую услугу. [3]

Всё вышеперечисленное делает более доступным и привлекательным для пациентов и страховых компаний проведение операций в условиях таких центров. Создание центров амбулаторной ЛОР-хирургии даст возможность разгрузить стационары и проводить в них лишь сложные и высокотехнологичные оперативные вмешательства, что позволит значительно повысить эффективность ресурсов специальности и отрасли.

Анализируя всё сказанное выше, можно сделать следующие **выводы** – экономическая эффективность использования центров амбулаторной ЛОР-хирургии складывается из:

- *увеличения оборота коечного фонда за счёт сокращения сроков послеоперационного лечения;*
- *снижения стоимости оперативных вмешательств за счёт использования щадящих технологий и сокращения времени операции;*



- снижения стоимости анестезиологического пособия за счёт уменьшения времени оперативного вмешательства и наркоза;
- отсутствия затрат на питание пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации «Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг», РАМН, 2000, 40 с.
2. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.12.99 №438 «Об организации деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений»
3. Рухлядо Н. О. Пособие по определению себестоимости медицинских услуг. /Н. О. Рухлядо, А. Г. Жабко, О. Л. Колганова, СПб., 2004 – 35 с.
4. Фанта И. В. Научное обоснование организации специализированной амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению крупного промышленного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук/ И. В. Фанта, СПб.: 2000 – 19 с.

УДК: 616. 282–002. 1–071

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО АГЕНТА НА ЦИЛИАРНУЮ АКТИВНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СРЕДНЕГО УХА**П. А. Мингболатова***ГОУ ДПО Российская медицинская академия**последипломного образования Росздрава, г. Москва**(Зав. каф. оториноларингологии – член-корр. РАМН, проф. Г. З. Пискунов)*

Хронический гнойный средний отит остается одной из ведущих проблем современной оториноларингологии, встречается у 0,5–3,5% населения и составляет 48,8% от числа обратившихся за ЛОР-помощью [1, 3].

Хронический средний отит отличается от острого среднего отита высеваемой при нем микрофлорой. Так, при хроническом среднем отите «микробный пейзаж» представлен главным образом золотистым стафилококком и грамотрицательной флорой (кишечная и синегнойная палочки, протей и другие), могут высеваться анаэробы – *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium* [4], среди грибковых агентов наиболее часто встречаются плесневые грибы – *Aspergillus* (60–74%), *Candida* (20–40%), *Penicillium* (4%), *Mucor* (2%) [2]. Роль вирусной инфекции в развитии хронического гнойного среднего отита незначительна, в отделяемом из среднего уха вирусы обнаруживаются лишь в 4% случае [6].

Главная роль в защите ВДП и уха человека от внешних и внутренних патогенных воздействий принадлежит мукоцилиарной системе (МЦС), которая осуществляет мукоцилиарный клиренс (МЦК), включающий физические и химические механизмы защиты, в том числе и местный иммунитет. Одной из важнейших задач мукоцилиарного клиренса является продвижение слизи, содержащей осевшие на ней частицы пыли, бактерии, вирусы и др. включения, по поверхности слизистой оболочки [7].

Скорость перемещения слизи по поверхности слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей определяется частотой движения ресничек мерцательного эпителия, которая подвержена колебаниям в широком диапазоне и находится в зависимости от значительного числа действующих на нее факторов: количество и качество секрета, покрывающего слизистую оболочку, физических, химических, биологических, медикаментозных и других раздражителей [9].

Таким образом, реснички и слизь на поверхности эпителия образуют единый функциональный комплекс [8].

Слизистая оболочка среднего уха имеет такую же структуру, как и слизистая верхних дыхательных путей [5].