



003493129

*На правах рукописи*

**ВАРВИНА**  
**Лина Юрьевна**

**КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
И ПУТИ ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ**

**14.01.30 – геронтология и гериатрия**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

11 МАР 2010

**Санкт-Петербург - 2010**

**Работа выполнена на медицинском факультете  
ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет» ФАО**

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук  
Прощаев Кирилл Иванович

**Официальные оппоненты:**  
заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук, профессор  
Кветной Игорь Моисеевич

доктор медицинских наук, профессор  
Серпов Владимир Юрьевич

**Ведущая организация:**  
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
им. И.И. Мечникова Федерального агентства по здравоохранению и  
социальному развитию»

Защита состоится "19" марта 2010 года в 12 часов на заседании  
диссертационного Совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском  
институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110,  
Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3).

Автореферат разослан "15" февраля 2010 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор биологических наук, доцент

Козина Л.С.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы диссертации

Проблема постарения населения актуальна для разных отраслей хозяйства и знаний. Согласно данным Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения, среди жителей планеты в 1950 г. люди старше 50 лет составили 214 млн. человек, в 1975 г. - 350 млн. человек, в 2000 г. - 590 млн., а к 2012 г. по прогнозам их будет 1 млрд. 100 млн. человек, что составит более 15% населения. Налицо быстро прогрессирующее постарение населения, причем возрастает удельный вес людей старше 75 лет. В России на конец 1999 г. насчитывалось около 30 млн. пенсионеров, или 19% населения, из них 3,2 млн. человек были старше 80 лет. В течение 1999-2009 гг. эта ситуация кардинально не изменилась. Одним из направлений стратегии государства как гаранта здоровья пожилого населения является создание адекватной системы контроля качества медицинской помощи и управления им. В настоящее время здравоохранение переориентируется на достижение качественных показателей деятельности, о чем свидетельствуют данные литературы [Вальчук Э.А., 1997, 1998; Колосова Т.В., 1998, 1999; Прощаев К.И., 2007]. В этом контексте, необходимо изучить роль отдельных медицинских подсистем в достижении результативности медико-технологического процесса. Особенно это актуально в отношении тех служб, оказывающих помощь пожилому населению, для которых ряд вопросов организационно-методического плана является нерешенным. Такой службой, наряду с другими, является оториноларингологическая [Грязина Н.В., 2004, 2005; Янов Ю.К. и соавт., 2005, 2007]. Согласно ряду клинико-эпидемиологических исследований, оториноларингологической патологией поражено до 30% пожилого населения [Капустина Т.А., 2003]. Значимость оториноларингологической службы в связи с количеством оториноларингологической патологии, регистрируемой в пожилом возрасте, ее усугублением в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями, увеличением количества выполняемых оперативных вмешательств, ориентации на дальнейшее развитие профилактики и реабилитации непрерывно возрастает. Вместе с тем, отсутствуют единые методические подходы к анализу и оценке качества гериатрической оториноларингологической помощи [Василенко Ю.С., 2004; Крюков А.И. и соавт., 2005; Пальчун В.Т., 2005]. В свою очередь, наличие научно обоснованных подходов к оценке оказываемой медицинской помощи определяет оптимальность разрабатываемых путей повышения ее результативности [Цыбин А.К., 1997; Люцко В.В., 2009; Saturno Hernandez P.J., 1995]. Вышеизложенное обуславливает актуальность исследований по изучению формирования качества медицинской помощи пожилым лицам с оториноларингологической патологией и разработке критериев ее результативности.

### Цель и задачи исследования

Цель исследования - научно обосновать систему оценки и пути опти-

мизации гериатрической оториноларингологической помощи с целью повышения ее результативности и повышения качества жизни пожилых пациентов.

**Задачи исследования:**

- 1) разработать методику изучения процесса оказания гериатрической оториноларингологической помощи;
- 2) определить факторы, которые реально определяют адекватность и эффективность медицинской помощи пожилым лицам с оториноларингологической патологией;
- 3) установить факторы, определяющие позитивное восприятие пациентами пожилого возраста влияния медицинской помощи на их состояние здоровья и качество жизни;
- 4) обосновать критерии оценки результативности оториноларингологической помощи пациентам пожилого возраста;
- 5) определить и обосновать пути оптимизации гериатрической оториноларингологической помощи с целью повышения ее медицинской, медико-социальной и социальной эффективности, а также удовлетворенности пожилых пациентов.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Факторы медицинского (профессиональный уровень врача, исходное состояние здоровья пожилого пациента и пр.), социального (осведомленность пожилого пациента об оториноларингологической помощи, его отношение к своему здоровью и т.д.) и экономического (распределение ресурсов между подразделениями поликлиники и больницы, объем финансирования службы и др.) характера достоверно определяют уровень достижения этапной и конечной результативности помощи.

2. Качество гериатрической оториноларингологической помощи формируется за счет достижения соответствующих степеней эффективности помощи, адекватности помощи и достижением пациентами желаемого качества жизни; при этом центральным звеном в достижении качества помощи является обеспечение ее этапной адекватности.

3. Разработанные критерии оценки результативности гериатрической оториноларингологической помощи, объединенные в четыре группы (критерии адекватности оториноларингологической помощи; критерии ее эффективности; критерии, отражающие состояние здоровья пожилого пациента; критерии удовлетворенности пациента), позволяют полно оценить все его компоненты и определить, за счет чего происходит снижение результативности оториноларингологической помощи.

4. Научно обоснованные пути оптимизации гериатрической оториноларингологической помощи представлены тремя модулями: повышение адекватности и эффективности оториноларингологической помощи, повышение качества жизни пожилых пациентов и клинико-организационный мониторинг результативности гериатрической оториноларингологической помощи.

5. Особенности реализации медицинской помощи влияют на качество

жизни пожилых пациентов. Качество жизни пожилых пациентов достоверно сопряжено с высокими степенями адекватности и эффективности гериатрической оториноларингологической помощи и определяется ими. При этом мнение пациентов по ряду позиций может и должно учитываться.

#### **Научная новизна и значимость полученных результатов**

Впервые предпринято исследование по системному изучению влияния медицинских и социальных факторов на качество гериатрической оториноларингологической помощи.

Впервые предложена методика оценки оториноларингологической помощи лицам пожилого возраста во взаимосвязи с ее эффективностью и адекватностью, а также удовлетворенностью пожилых пациентов своим качеством жизни.

Обоснованы характеристики различных компонентов оториноларингологической помощи, которые в наибольшей степени определяют достижение высоких степеней ее результативности в отношении пожилых пациентов.

Впервые создана научно обоснованная группировка критериев результативности гериатрической оториноларингологической помощи, представленная четырьмя группами - критерии адекватности; критерии эффективности; критерии, отражающие здоровье пожилого пациента; критерии удовлетворенности пожилого пациента качеством жизни.

Разработаны и обоснованы пути оптимизации гериатрической оториноларингологической помощи, реализация которых позволяет добиваться максимально возможных в конкретных реальных условиях медицинского, социального и экономического эффектов.

#### **Практическая значимость полученных результатов**

Применение разработанных критериев для оценки результативности гериатрической оториноларингологической помощи позволяет с единых позиций оценивать этот вид помощи в различных лечебно-профилактических учреждениях и адекватно оптимизировать его применение с целью повышения результативности. Использование предложенной усовершенствованной тактики действий врача-оториноларинголога позволяет повысить медицинскую эффективность благодаря предотвращению применения неадекватных и неэффективных компонентов помощи и возможных осложнений.

Внедрение результатов исследования в практику также позволяет добиваться повышения и социальной эффективности гериатрической оториноларингологической помощи вследствие увеличения доли случаев, оказывающих позитивное влияние на процесс восстановления нарушенных функций у пациентов пожилого возраста. Кроме того, предложенные пути оптимизации оториноларингологической помощи повышают удовлетворенность пожилых пациентов качеством жизни.

Разработанные научно-обоснованные подходы к оптимизации оториноларингологической помощи пожилым пациентам позволяют повысить ее результативность (т. е. ее адекватность и эффективность, а также удовлетворенность пациентов качеством жизни) без увеличения финансовых затрат на

ее сопровождение. Использование предложенных путей оптимизации дает возможность избежать прямых экономических потерь, связанных с необоснованным назначением различных методов обследования, лекарственных средств, неоправданным удлинением сроков пребывания пациентов в стационаре, затратами на лечение возникших в результате применения неадекватных технологий осложнений и связанного с этим увеличения сроков послеоперационного пребывания в стационаре, и т.д. Кроме того, устраняются косвенные экономические потери, которые обусловлены удлинением сроков нетрудоспособности (для работающих пенсионеров) при оториноларингологической патологии.

Таким образом, внедрение результатов исследования в практику дает возможность повысить результативность оториноларингологической помощи пожилым пациентам, и, следовательно, их медицинскую, экономическую и социальную эффективность.

### **Связь работы с НИР университета**

Диссертация выполнена в рамках НИР медицинского факультета Белгородского государственного университета.

### **Апробация и реализация результатов исследования**

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях: на Межрегиональной конференции с международным участием «Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде» (Белгород, 2009), Всероссийской конференции с международным участием «Проблемы высшего сестринского образования в России» (Ульяновск, 2009), конференции «Актуальные проблемы амбулаторной помощи» (Новополоцк, 2009); конференции «Актуальные вопросы организации здравоохранения в Российской Федерации в современных экономических условиях» (Москва, 2009); конференциях студентов и молодых ученых (Полоцк, 2007; Саратов, 2009). Результаты исследования используются в практической деятельности Департамента здравоохранения г. Белгорода, городских поликлиник № 1, 2, 4, 7 г. Белгорода, городской клинической больницы № 2 г. Белгорода, Новополоцкой центральной городской больницы, поликлиники ОАО «Полимир», а также в научно-педагогической деятельности Белгородского государственного университета.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 14 работ, в том числе 1 монография, 2 статьи в научных журналах из перечня ВАК Минобрнауки РФ, 1 статья в сборнике, 8 тезисов докладов, 2 брошюры.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из оглавления, введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из шести глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников. Работа представлена на 142 страницах, содержит 20 таблиц, 11 рисунков и список использованной

литературы, включающий 240 источников, из которых отечественных – 189, иностранных – 51.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

Методологией исследования был избран системный анализ.

При проведении настоящего исследования использовали следующий терминологический аппарат.

Под медицинской технологией понимали динамически взаимосвязанное клиническое, лабораторное, инструментальное, функционально-диагностическое, лекарственное, немедикаментозное, реабилитационное, организационно-методическое обеспечение лечебно-диагностического процесса, представляющее собой определенный набор и последовательность законченных действий (операций) и процедур (сумм операций) [Глушанко В.С., 1998].

Под качеством медицинских технологий, применяемых при стационарной помощи пожилым пациентам с оториноларингологической патологией понимали сочетание эффективности, адекватности помощи, а также влияние на качество жизни пожилых пациентов.

Эффективность медицинских технологий, используемых в оториноларингологической практике, представляющую собой достижение соответствующих медицинских (улучшение в состоянии здоровья), медико-социальных (восстановление трудоспособности для работающих пенсионеров), социальных (улучшение качества жизни) и экономических (предотвращение затрат, связанных с усугублением нетрудоспособности у работающих пенсионеров, инвалидизацией) эффектов, оценивали по четырехуровневой шкале как «отличную», «хорошую», «удовлетворительную» и «неудовлетворительную».

Адекватность медицинских технологий, представляющую собой соответствие осуществляемых в конкретной ситуации мероприятий сложившимся общепринятым подходам к действиям в подобных случаях, оценивали по градациям: «полная адекватность», «частичная адекватность», «неадекватность».

Качество жизни пожилых пациентов в нашем исследовании изучали в следующем аспекте: оценивали степень получения пациентами ожидаемых изменений в состоянии здоровья, а также характер восприятия пациентами сервисного сопровождения медицинской помощи.

Объектом изучения были: 1) оториноларингологические отделения и кабинеты поликлиник №№ 1, 2, 4 и 7 г. Белгорода, № 1 г. Старого Оскола, муниципальной городской клинической больницы № 2 г. Белгорода, Белгородской областной клинической больницы им. Святителя Иоасафа; 2) контингент пожилых больных из 708 человек.

Из всех пожилых пациентов, обратившихся за ЛОР-помощью в базовые

учреждения в 2004-2008 гг. методом направленного отбора была сформирована выборочная совокупность - пожилые больные, получавшие оториноларингологическую помощь. Единицей наблюдения явился каждый такой больной. Необходимое число наблюдений было определено в соответствии с характерными для клинико-организационных исследований методическими подходами, изложенными в литературе [Случанко И.С., Стоныгина В.П., 1979; Отдельнова К.А., 1980; Шиган Е.Н., 1987].

Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет, средний возраст – 65,2±3,4 года, мужчин – 302, женщин – 406 чел).

Распределение пожилых больных в зависимости от вида помощи (амбулаторно-поликлиническая, стационарная) и ее цели (оперативное лечение, медикаментозное лечение, диспансеризация по поводу оториноларингологической патологии, диспансеризация при соматической патологии) представлено в таблице 1.

Таблица 1

## Характеристика пожилых больных, включенных в исследование

Показатель	Вид и цель помощи					Всего
	Амбулаторная помощь			Стационарная помощь		
	Лечение	Диспансеризация по поводу оториноларингологического заболевания	Диспансеризация по поводу соматической патологии	Консервативное лечение	Оперативное лечение	
Кол-во пациентов, чел.	197	131	164	114	102	708
Доля (от общего числа наблюдений), %	27,8	18,5	23,2	16,1	14,4	100
Минимальный возраст	60	60	60	60	60	60
Максимальный возраст	74	74	74	73	72	74
Мужчин	82	58	73	44	45	302
Женщин	115	73	91	70	57	406



Текущее динамическое наблюдение осуществляли с января 2004 г. по декабрь 2008 г. Оно предполагало получение таких данных, которые невозможно найти в медицинской документации, как-то: отсутствие в больнице тех или иных медикаментов, проведение осмотра в поликлинике врачом-стажером без контроля со стороны квалифицированного специалиста и т.д. С целью получения данных также был применен метод выкопировки сведений из медицинской документации. С этой целью использовали утвержденные Минздравсоцразвития формы: «Медицинские карты стационарного больного», «Карты выбывшего из стационара», «Медицинские карты амбулаторного больного».

Для получения объективной оценки применяемых в оториноларингологической практике медицинских технологий применяли метод экспертных оценок.

Для изучения удовлетворенности пожилых пациентов медицинскими технологиями, применяемыми при оказании оториноларингологической помощи, применяли социологический метод (анкетирование по специально разработанным анкетам, которые включали вопросы по оценке пациентами влияния медицинской помощи на их качество жизни и удовлетворенности его уровнем).

Помимо традиционных методов параметрической статистики, использовали также метод Аптона - анализ полученных данных в терминах таблиц сопряженности [Аптон Г., 1982]. Связь между признаками считали достоверной при вероятности ошибки «р». Кроме того, проводили рейтинг-шкалирование признаков [Глушанко В.С., 1991], определяющих те или иные компоненты гериатрической оториноларингологической помощи, по значению вероятности.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### Характеристика оториноларингологической помощи пожилым пациентам с острыми и обострениями хронических заболеваний

Изучено 197 случаев оказания оториноларингологической помощи пожилым пациентам с острыми и обострениями хронических оториноларингологических заболеваний. Анализ экспертной оценки примененных медицинских технологий от общего числа изученных было признано отличными, хорошими – 51,8% (102 случая), удовлетворительными – 35,5% (70 случаев) и неудовлетворительными – 5,6% (11 случаев). При анализе адекватности помощи было выявлено следующее. Из 197 случаев оказания ЛОР-помощи пожилым пациентам адекватные технологии были применены в 21,3% случаев (42 наблюдения), частично адекватные – в 60,4% случаев (119 наблюдений) и неадекватные – в 18,3% случаев (36 наблюдений).

При этом были выявлены достоверные сопряженности между степеня-

ми эффективности и адекватности примененных оториноларингологических технологий при лечении пожилых больных в поликлинике (табл. 2).

Таблица 2

Зависимость эффективности амбулаторно-поликлинической помощи пожилым пациентам с острыми и обострениями хронических оториноларингологических заболеваний от адекватности примененных технологий и внешних причин

Степень эффективности	Рейтинг	Характеристика	p
Отличная	1	Применение адекватных технологий	0,0000
Хорошая	1	Применение адекватных технологий	0,0030
	2	Применение частично адекватных технологий	0,0082
Удовлетворительная	1	Применение частично адекватных технологий	0,0365
	2	Позднее обращение пациента	0,0387
Неудовлетворительная	1	Несвоевременное направление пациента к врачу-оториноларингологу другим специалистом	0,0052
	2	Применение неадекватных технологий	0,0180
	3	Позднее обращение пациента	0,0253

\* здесь и в последующих таблицах - величина вероятности «р» рассчитана с точностью до  $0^{-16}$  при помощи анализа таблиц сопряженности по методу Аптона. На основе этих значений признаки расположены по рейтингу. Если полученное значение вероятности оказывается менее 0,00005, то в описании приводится величина  $p = 0,0000$ , т.е. в данной таблице и во всех последующих приводятся только первые (ведущие) после запятой цифры указанного значения.

С учетом значимого вклада адекватности применения медицинских технологий при лечении пожилых пациентов с острой и хронической оториноларингологической патологией, детализировали позиции, определяющие ту или иную степень адекватности (табл. 3).

Полную адекватность медицинских технологий определяли следующие позиции: рациональная антибактериальная терапия (при наличии показаний к антибиотикотерапии); проведение отоскопии, риноскопии и осмотра полости рта и глотки, непрямой ларингоскопии (при наличии показаний) при первичном осмотре, внешнего осмотра, осмотра лимфоузлов при первичном осмотре; своевременное назначение и проведение повторных осмотров; рациональная медикаментозная терапия; правильная экспертиза трудоспособности (у работающих пенсионеров); правильная хирургическая тактика (при наличии показаний); рациональная немедикаментозная терапия; проведение заключительного осмотра в полном объеме; проведение оценки сопутствующей патологии.

Таблица 3

Рейтинг-шкалы характеристик различных степеней адекватности амбулаторно-поликлинической помощи пожилым пациентам с острыми и обострением хронических оториноларингологических заболеваний

Степень адекватности	Рейтинг	Характеристика	p
Полная адекватность	1	Рациональная антибактериальная терапия (при наличии показаний к антибиотикотерапии)	0,0001
	2	Проведение отоскопии при первичном осмотре	0,0004
	...	...	...
	12	Правильная хирургическая тактика (при наличии показаний)	0,0310
	...	...	...
	15	Проведение оценки сопутствующей патологии	0,0416
Частичная адекватность	1	Дефекты в проведении экспертизы трудоспособности (у работающих пенсионеров)	0,0008
	2	Непроведение отоскопии при первичном осмотре	0,0111
	...	...	...
	7	Непроведение не прямой ларингоскопии при первичном осмотре (при наличии показаний)	0,0347
	8	Нерациональная немедикаментозная терапия	0,0350
Неадекватность	1	Нерациональная антибиотикотерапия	0,0000
	2	Неправильная хирургическая тактика	0,0000
	...	...	...
	6	Непроведение осмотра полости рта и глотки	0,0428
	7	Непроведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре	0,0434

К частичному снижению адекватности приводили дефекты в проведении экспертизы трудоспособности (у работающих пенсионеров), непроведение отоскопии при первичном осмотре, непроведение риноскопии при первичном осмотре, непроведение осмотра полости рта и глотки, непроведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре, нерациональная медикаментозная терапия, непроведение не прямой ларингоскопии при первичном осмотре (при наличии показаний), нерациональная немедикаментозная терапия.

Анализ удовлетворенности пожилых пациентов, страдающих острыми и обострениями хронических заболеваний, своим качеством жизни показал высокую степень сопряженности с адекватностью и эффективностью (табл. 4, 5).

При этом 92 пожилых пациента (46,7%) были полностью удовлетворены влиянием медицинской помощи на их качество жизни, 68 (34,5%) – частично удовлетворены и 37 (18,8%) – не удовлетворены.

Таблица 4

Сопряженность удовлетворенности пожилых пациентов, страдающих острыми и обострениями хронических оториноларингологических заболеваний, качеством жизни с адекватностью и эффективностью амбулаторно-поликлинической помощи

Степень удовлетворенности пациента	Степень эффективности и адекватности	P
Полная удовлетворенности	Отличная эффективность	0,0010
	Хорошая эффективность	0,0034
	Полная адекватность	0,0089
Частичная удовлетворенность	Частичная адекватность	0,0204
	Хорошая эффективность	0,0251
	Удовлетворительная эффективность	0,0362
Неудовлетворенность	Полная неадекватность	0,0008
	Неудовлетворительная эффективность	0,0017

Таблица 5

Рейтинг-шкала характеристик удовлетворенности пожилых пациентов, страдающих острыми и обострениями хронических оториноларингологических заболеваний, влиянием амбулаторно-поликлинической помощи на их качество жизни

Рейтинг	Характеристика	P
1	Удовлетворенность характером первичного осмотра	0,0032
2	Удовлетворенность продолжительностью первичного осмотра	0,0040
3	Удовлетворенность характером беседы с врачом во время первичного осмотра	0,0060
4	Удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом при первичном осмотре	0,0062
5	Возможность свободного выбора врача	0,0152
6	Удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом при заключительном осмотре	0,0154
7	Удовлетворенность обезболиванием во время операции (в случае хирургического лечения)	0,0203
8	Удовлетворенность характером заключительного осмотра	0,0229
9	Удовлетворенность продолжительностью заключительного осмотра	0,0249
10	Удовлетворенность характером беседы с врачом при заключительном осмотре	0,0424
11	Удовлетворенность сроками лечения	0,0437
12	Удовлетворенность операцией в целом (в случае хирургического лечения)	0,0441

#### Характеристика диспансеризации пожилых пациентов с оториноларингологическими заболеваниями

Изучен 131 случай диспансеризации пожилых пациентов по поводу оториноларингологической патологии. Анализ экспертной оценки показал, что 64,1% (84 случая) исследуемых медицинских технологий от общего числа изученных было признано отличными, хорошими – 26,7% (35 случаев), удовлетворительными – 35,5 % (70 случаев) и неудовлетворительными – 9,2 % (12 случаев). При анализе адекватности помощи было выявлено следующее. Из 131 случаев диспансеризации оториноларингологических больных пожилого возраста адекватные технологии были применены в 61,1%

случаев (80 наблюдения), частично адекватные – в 25,9% случаев (34 наблюдений) и неадекватные – в 13,0% случаев (17 наблюдений).

При этом были выявлены достоверные сопряженности между степенями эффективности и адекватности примененных оториноларингологических технологий при лечении пожилых больных в поликлинике (табл. 6).

Таблица 6

Зависимость эффективности помощи оториноларингологическим пожилым пациентам в рамках диспансеризации от адекватности примененных технологий и внешних причин

Степень эффективности	Рейтинг	Характеристика	P
Отличная	1	Применение адекватных технологий	0,0001
Хорошая	1	Применение адекватных технологий	0,0044
Удовлетворительная	1	Применение частично адекватных технологий	0,0282
	2	Несвоевременная явка пациента к врачу	0,0406
	3	Нерегулярная явка пациента к врачу	0,0418
Неудовлетворительная	1	Неявка пациента к врачу	0,0057
	2	Применение неадекватных технологий	0,0192
	3	Нерегулярная явка пациента к врачу	0,0319
	4	Несвоевременная явка пациента к врачу	0,0371

Мы детализировали позиции, определяющие ту или иную степень адекватности диспансерных технологий. Выявленные сопряженности представлены в таблице 7.

Анализ удовлетворенности пожилых пациентов, страдающих оториноларингологическими заболеваниями, влиянием диспансеризации на качество жизни показал высокую степень сопряженности с адекватностью и эффективностью.

При этом 82 пожилых пациента (62,6%) были полностью удовлетворены влиянием диспансеризации на качество жизни, 31 (23,7%) – частично удовлетворены и 18 (13,7%) – не удовлетворены. Удовлетворенность пожилых пациентов формировали такие составляющие как удовлетворенность продолжительностью осмотра, возможность свободного выбора врача, удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом ( $p < 0,01$ ), удовлетворенность характером осмотра с врачом, удовлетворенность характером беседы с врачом ( $p < 0,05$ ).

Таблица 7

Рейтинг-шкалы характеристик адекватности диспансеризации пожилых пациентов с оториноларингологическими заболеваниями

Степень адекватности	Рейтинг	Характеристика	p
Полная адекватность	1	Рациональные медикаментозные мероприятия	0,0022
	2	Проведение отоскопии	0,0043
	3	Проведении риноскопии	0,0056
	4	Проведение осмотра полости рта и глотки	0,0195
	5	Полный сбор анамнеза заболевания	0,0228
	6	Проведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре	0,0275
	7	Проведение внешнего осмотра при первичном осмотре	0,0308
	8	Проведение не прямой ларингоскопии (при наличии показаний)	0,0327
	9	Своевременное назначение и проведение повторных осмотров	0,0345
	10	Рациональное назначение лабораторно-инструментального обследования	0,0349
Частичная адекватность	1	Дефекты в назначении немедикаментозных мероприятий	0,0012
	2	Дефекты в назначении медикаментозных мероприятий	0,0200
	3	Непроведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре	0,0239
	4	Неправильное назначение частоты осмотров в рамках диспансеризации	0,0452
	5	Нерациональная немедикаментозная терапия	0,0480
Неадекватность	1	Непроведение не прямой ларингоскопии при первичном осмотре (при наличии показаний)	0,0204
	2	Непроведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре	0,0232
	3	Непроведение риноскопии при первичном осмотре	0,0250
	4	Непроведение отоскопии при первичном осмотре	0,0337
	5	Дефекты в назначении медикаментозных мероприятий по профилактике и реабилитации	0,0458
	6	Непроведение осмотра полости рта и глотки	0,0466

**Характеристика качества оториноларингологической помощи  
пожилым пациентам при диспансеризации  
по поводу соматической патологии**

Осмотры врачом-оториноларингологом по поводу соматической патологии являются компонентами других (не оториноларингологических технологий), однако мы решили в сравнительном плане дать и их характеристику. Изучено 164 случая диспансеризации пожилых пациентов по поводу соматической патологии. Выявили, что 38,5% (63 случая) исследуемых медицинских технологий от общего числа изученных было признано отличными, хорошими – 41,5% (68 случаев), удовлетворительными – 11,5 % (19 случаев) и неудовлетворительными – 8,5 % (14 случаев). При анализе адекватности помощи было выявлено следующее. Из 131 случаев диспансеризации оториноларингологических больных пожилого возраста адекватные технологии были применены в 43,9% случаев (72 наблюдения), частично адекватные – в 39,0% случаев (64 наблюдений) и неадекватные – в 17,1% случаев (28 наблюдений). В таблице 8 представлены рейтинг-шкалы характеристик различных степеней адекватности диспансеризации пожилых пациентов с соматическими заболеваниями.

Таблица 8

Рейтинг-шкалы характеристик различных степеней адекватности диспансеризации пожилых пациентов с соматическими заболеваниями

Степень адекватности	Рейтинг	Характеристика	p
Полная адекватность	1	Проведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре	0,0040
	2	Проведение отоскопии	0,0104
	3	Проведение осмотра полости рта и глотки	0,0122
	4	Полный сбор анамнеза заболевания	0,0187
	5	Проведении риноскопии	0,0302
	6	Проведение внешнего осмотра при первичном осмотре	0,0413
Частичная адекватность	1	Непроведение отоскопии	0,0302
	2	Непроведение осмотра ротовой полости и глотки	0,0328
	3	Непроведение осмотра лимфоузлов при первичном осмотре	0,0331
	4	Непроведение риноскопии	0,0416
Неадекватность	1	Непроведение осмотра полости рта и глотки	0,0024
	2	Непроведение осмотра лимфоузлов	0,0025
	3	Непроведение риноскопии	0,0076
	4	Непроведение отоскопии	0,0237



Анализ удовлетворенности пожилых пациентов влиянием диспансеризации на качество жизни показал высокую степень сопряженности с адекватностью и эффективностью ( $p < 0,04$ ). При этом 122 пожилых пациента (74,4%) были полностью удовлетворены, 27 (16,5%) – частично удовлетворены и 15 (9,1%) – не удовлетворены. Удовлетворенность пожилых пациентов по посещением врача-оториноларинголога в рамках диспансеризации по поводу соматической патологии определялась следующими позициями: удовлетворенность характером беседы с врачом, удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом ( $p < 0,03$ ), удовлетворенность характером осмотра врачом ( $p < 0,04$ ), удовлетворенность продолжительностью осмотра ( $p < 0,05$ ).

### **Характеристика качества стационарной оториноларингологической помощи пожилым пациентам**

С целью изучения механизмов формирования качества стационарной гериатической помощи пожилым больным с оториноларингологической патологией проведен анализ 216 случаев оказания помощи. При этом 114 пациентов получали хирургическое лечение, 102 – консервативное.

Анализ экспертной оценки примененных медицинских технологий показал, что 14,4% (31 случай) исследуемых медицинских технологий от общего числа изученных было признано отличными, хорошими – 50,5% (109 случаев), удовлетворительными – 26,3 % (57 случаев) и неудовлетворительными – 8,8% (19 случаев). При анализе адекватности помощи было выявлено следующее. Из 216 случаев оказания оториноларингологической помощи пожилым пациентам адекватные технологии были применены в 27,3% случаев (59 наблюдений), частично адекватные – в 59,3% случаев (128 наблюдений) и неадекватные – в 13,4% случаев (29 наблюдений). При этом были выявлены достоверные сопряженности между степенями эффективности и адекватности примененных оториноларингологических технологий при лечении пожилых больных в стационаре ( $p < 0,04$ ).

С учетом значимого вклада адекватности применения стационарных медицинских технологий при лечении пожилых с оториноларингологической патологией, детализировали позиции, определяющие ту или иную степень адекватности. Выявленные сопряженности представлены в таблицах 9-11.

Определены позиции, достоверно характеризующие удовлетворенность пожилых пациентов влиянием стационарной оториноларингологической помощи на качество жизни (табл. 12). При этом 152 пожилых пациента (70,4%) были полностью удовлетворены, 44 (20,3%) – частично удовлетворены и 20 (9,3%) – не удовлетворены.

Таблица 9

Рейтинг-шкала полной адекватности стационарной гериатрической оториноларингологической помощи

Рейтинг	Характеристика	p
1	Полный первичный осмотр	0,0002
2	Полный предоперационный осмотр*	0,0002
3	Соблюдение технологии предоперационного обследования*	0,0003
4	Своевременный первичный осмотр	0,0007
5	Правильная хирургическая тактика*	0,0007
...	...	...
12	Полный послеоперационный осмотр*	0,0190
13	Своевременный послеоперационный осмотр*	0,0238
14	Обеспечение повторной консультации терапевтом (при необходимости)	0,0374
15	Обеспечение консультации зав. отделением	0,0402
16	Полный осмотр в процессе лечения	0,0412

\* для случаев применения хирургических методов лечения.

Таблица 10

Рейтинг-шкала частичной адекватности стационарной гериатрической оториноларингологической помощи

Рейтинг	Характеристика	p
1	Неполный предоперационный осмотр*	0,0106
2	Неполный послеоперационный осмотр*	0,0168
3	Несвоевременный предоперационный осмотр*	0,0224
4	Нерациональная медикаментозная терапия	0,0230
5	Неполный первичный осмотр	0,0239
6	Несвоевременный первичный осмотр	0,0351
7	Неполный осмотр при выписке	0,0382
8	Недостаточная кратность осмотра пациента в процессе лечения	0,0391
9	Неполный осмотр в процессе лечения	0,0408
10	Отсутствие осмотра врачом-терапевтом	0,0411

\* для случаев применения хирургических методов лечения.

Таблица 11

Рейтинг-шкала неадекватности стационарной гериатрической  
оториноларингологической помощи

Рейтинг	Характеристика	p
1	Неправильная хирургическая тактика*	0,0001
2	Неполный предоперационный осмотр*	0,0008
3	Несоблюдение технологии предоперационного обследования*	0,0012
4	Несвоевременный первичный осмотр	0,0018
5	Неполный первичный осмотр	0,0019
6	Неправильная тактика по обезболиванию*	0,0116
7	Несвоевременный первичный осмотр	0,0122
8	Отсутствие консультации врачом-анестезиологом*	0,0149
9	Неправильная послеоперационная тактика*	0,0160
10	Неполный первичный осмотр	0,0371
11	Нерациональная медикаментозная терапия	0,0374
12	Недостаточная кратность осмотров в процессе лечения	0,0375
13	Несвоевременный послеоперационный осмотр*	0,0418
14	Неполный осмотр в процессе лечения	0,0421
15	Неполный предоперационный осмотр*	0,0428

\* для случаев применения хирургических методов лечения.

Следует подчеркнуть, что анализ удовлетворенности пожилых пациентов показал высокую степень сопряженности с адекватностью и эффективностью.

Полная удовлетворенность была достоверно сопряжена с ее отличной ( $p < 0,01$ ) и хорошей ( $p < 0,02$ ) эффективностью, полной адекватностью ( $p < 0,02$ ); частичная удовлетворенность – с частичной адекватностью ( $p < 0,01$ ) и удовлетворительной эффективностью ( $p < 0,02$ ); неудовлетворенность – с полной неадекватностью ( $p < 0,01$ ) и неудовлетворительной эффективностью ( $p < 0,02$ ).

Таблица 12

Рейтинг-шкала характеристик удовлетворенности пожилых пациентов влияния стационарной оториноларингологической помощи на качество жизни

Рейтинг	Характеристика	p
1	Удовлетворенность характером первичного осмотра	0,0048
2	Удовлетворенность продолжительностью первичного осмотра	0,0078
3	Удовлетворенность характером беседы с врачом перед операцией*	0,0095
4	Удовлетворенность характером предоперационного осмотра*	0,0098
5	Удовлетворенность характером послеоперационного осмотра*	0,0123
6	Удовлетворенность обезболиванием*	0,0147
7	Удовлетворенность продолжительностью послеоперационного осмотра*	0,0161
8	Удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом перед операцией*	0,0189
9	Удовлетворенность характером осмотра при выписке	0,0226
10	Возможность свободного выбора врача	0,0229
11	Удовлетворенность продолжительностью предоперационного осмотра*	0,0231
12	Удовлетворенность осмотра заведующим отделением	0,0268
13	Удовлетворенность продолжительностью осмотра при выписке	0,0285
14	Удовлетворенность характером беседы с врачом при поступлении	0,0367
15	Удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом при поступлении	0,0388
16	Удовлетворенность характером беседы с врачом после операции*	0,0389
17	Удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом при выписке	0,0401
18	Удовлетворенность операцией*	0,0404
19	Удовлетворенность характером беседы с врачом при выписке	0,0451
20	Удовлетворенность продолжительностью беседы с врачом после операции*	0,0462
21	Удовлетворенность кратностью осмотра врачом в процессе лечения	0,0480

\* для случаев применения хирургических методов лечения.

### Анализ этапной адекватности гериатрической оториноларингологической помощи

Как видно из представленных выше данных, в основе достижения итоговой результативности помощи и удовлетворенности пациентов своим качеством жизни лежало обеспечение этапной адекватности.

Выявлено, что при несвоевременных осмотрах осмотр осуществлялся не в полном объеме ( $p=0,0234$ ), врачом не давалась оценка данным обследования ( $p=0,0125$ ). Это было обусловлено излишней торопливостью врача ( $p=0,0267$ ) и малыми временными возможностями ( $p=0,0000$ ). На последующих этапах достоверно чаще допускались ошибки в назначении медикаментозных ( $p=0,0204$ ), немедикаментозных ( $p=0,0314$ ) и диагностических ( $p=0,0281$ ) мероприятий. Причем ошибки были сопряжены с невнимательностью врача ( $p=0,0001$ ).

При анализе причин проведения осмотров не в полном объеме выявлены следующие достоверные сопряженности. Эти причины можно разделить на две группы. Первую группу составили причины, связанные непосредственно в врачом-оториноларингологом: недостаточная квалификация врача ( $p=0,0000$ ); особенности отношения врача к обязанностям ( $p=0,0002$ ); сложившийся неверный стереотип к проведению осмотра ( $p=0,0043$ ). Вторая группа – причины, связанные с организацией гериатрической оториноларингологической помощи: экстренность ситуации ( $p=0,0305$ ), сопряженная с излишней торопливостью врача ( $p=0,0022$ ) и сложившимся неверным стереотипом в проведении осмотра ( $p=0,0147$ ). Обращает на себя внимание тот факт, что случаи неполного осмотра имели место при оказании амбулаторной помощи в случаях проведения диспансеризации по поводу соматического заболевания ( $p=0,0132$ ), по поводу ЛОР-заболевания ( $p=0,0243$ ), при оказании стационарной помощи при легком состоянии пациента ( $p=0,0429$ ). Это может свидетельствовать об отсутствии настороженности врача в отношении у пациента скрытой патологии или атипичного ее течения и недостаточного понимания необходимости полного обследования даже при ясности клинической ситуации.

При анализе лечебно-диагностических мероприятий были выявлены следующие достоверные сопряженности. По мнению экспертов, наиболее значимыми причинами дефектов в лечебно-диагностической тактике были следующие:

1) связанные непосредственно с врачом-оториноларингологом: невнимательность врача ( $p=0,0001$ ), недостаточная квалификация врача ( $p=0,0003$ ), стремление врача перестраховаться ( $p=0,0306$ ), неправильная оценка врачом состояния пациента ( $p=0,0309$ ), недобросовестное отношение врача к обязанностям ( $p=0,0312$ );

2) связанные с организацией помощи и условиями ее оказания на предыдущих этапах: неполный объем осмотра ( $0,0012$ ), несвоевременность осмотра

( $p=0,0038$ ), необоснованное снижение кратности осмотров ( $p=0,0107$ ); экстренность ситуации ( $p=0,0186$ ); неназначение консультации смежных специалистов ( $p=0,0202$ ), заведующего отделением ( $p=0,0241$ ) перепоручение работы врачам-стажерам без должного контроля со стороны врача-куратора ( $p=0,0358$ );

3) связанные с ограниченным количеством ресурсов: материально-технических – недостаточная оснащенность подразделений ( $p=0,0036$ ), нехватка медикаментов в больнице ( $p=0,0148$ ); финансовых – недостаточное финансирование лечебного учреждения ( $p=0,0115$ ); недостаточное материальное благосостояние пожилого пациента ( $p=0,0362$ ).

В результате анализа сопряженностей между различными характеристиками лечебно-диагностических компонентов при оказании гериатрической оториноларингологической помощи были выявлены следующие закономерности. Наиболее часто дефекты в диагностике заболеваний и в лечебной тактике наблюдались в следующих случаях: при заведомо небольшом сроке пребывания пациентов стационаре (до 3 дней) ( $p=0,0089$ ); при заведомо небольших операциях ( $p=0,0102$ ); в стационаре при легком ( $p=0,0303$ ) и тяжелом ( $p=0,0376$ ) состоянии пациента, но не при состоянии средней тяжести ( $p=0,0244$ ); при амбулаторном лечении острых воспалительных процессов у неработающих пожилых пациентов ( $p=0,0305$ ); при отсутствии у пациентов сопутствующей соматической патологии ( $p=0,0416$ ). Изложенное может свидетельствовать о том, что зачастую ЛОР-врачи не придают должного значения вероятности возникновения непредвиденных ситуаций у пожилых пациентов при оказании оториноларингологической помощи в относительно простых стандартных ситуациях.

### **Интегральный механизм формирования качества гериатрической оториноларингологической помощи**

Все факторы влияющие на достижение этапной результативности гериатрической оториноларингологической помощи, можно объединить в четыре группы, как-то: 1) связанные непосредственно с деятельностью врача-оториноларинголога, оказывающего помощь; 2) связанные с организацией работы оториноларингологического отделения; 3) внутриучрежденческие факторы; 4) надучрежденческие факторы; 5) связанные с отношением пациента к своему здоровью и медицинской помощи.

Первая группа представляет собой факторы, отражающие характеристики врача-оториноларинголога, осуществляющего процесс оказания гериатрической оториноларингологической помощи. Это, во-первых, его профессиональный уровень, обеспечивающий определенную степень соблюдения медико-технологического процесса: чем ниже квалификация врача, тем более вероятны нарушения в технологии оказания помощи. Во-вторых, это факторы, несомненно связанные с личностными особенностями врача: отношение к работе, особенности мышления (например, его стереотипность), особенности поведения в ситуациях различной степени сложности (например, излиш-

няя торопливость, стремление перестраховаться), умение найти контакт с пациентом.

Вторая группа факторов, оказывающих влияние на процесс достижения этапных результатов гериатрической оториноларингологической помощи, непосредственно связана с организацией работы отделения, в котором пожилой пациент получает помощь. Они отражают сложившиеся в подразделении подходы к осуществлению тех или иных элементов ЛОР-помощи. Это такие позиции как характер организации работы врачей-стажеров, учет профессионального уровня врачей отделения при планировании работы, система контроля за кратностью и периодичностью врачебных осмотров, участие в процессе оказания гериатрической оториноларингологической помощи завдующего оториноларингологическим отделением, предоставление пациенту возможности свободного выбора врача.

Внутриучрежденческие факторы, влияющие на процесс достижения результативности гериатрической оториноларингологической помощи, связаны с характером взаимоотношений между оториноларингологической службой и другими подразделениями, а также состоянием других видов помощи. Это, например, согласованность с анестезиологической, терапевтической службами, оснащенность диагностических подразделений необходимым оборудованием для проведения исследований, характер распределения ресурсов между службами больницы.

Группу надучрежденческих факторов, влияющих на гериатрическую оториноларингологическую помощь, формируют такие факторы как характер финансирования лечебно-профилактического учреждения; акты, регламентирующие деятельность тех или иных медицинских служб, система подготовки кадров, согласованность учреждений в вопросах направления пациентов.

К факторам, связанным с пациентом, относятся отношение пациента к своему здоровью (что, например, определяет своевременность обращения за медицинской помощью), уровень медицинской грамотности (например, понимание необходимости постоянной коррекции повышенного артериального давления при артериальной гипертензии, что, в конечном итоге является способом профилактики носовых кровотечений).

В результате, при формировании конкретной клинической ситуации ЛОР-врач использует в рамках реализации медицинской технологии те или иные мероприятия по оказанию гериатрической оториноларингологической помощи под влиянием позитивных и негативных факторов, формируется та или иная степень адекватности помощи, ее эффективности и удовлетворенности пациентов.

### **Критерии для осуществления клинико-организационного мониторинга гериатрической оториноларингологической помощи**

На основании анализа позиций, которые определяют различные компоненты результативности гериатрической оториноларингологической помощи, были сформулированы критерии для осуществления клинико-

организационного мониторинга.

*1. Критерии, отражающие адекватность гериатрической оториноларингологической помощи*

1.1. Полнота осмотра пациента врачом-оториноларингологом (поликлинического/стационарного, первичного/повторного, предоперационного/послеоперационного и т.д.).

Позиции, определяющие полный осмотр. 1.1.1. Жалобы пациента. 1.1.2. Анамнез настоящего заболевания. 1.1.3. Анамнез сопутствующих заболеваний. 1.1.4. Анамнез жизни. 1.1.5. Состояние головы и шеи. 1.1.6. Оценка лимфатической системы. 1.1.7. Оценка полости рта и глотки. 1.1.8. Риноскопия. 1.1.9. Отоскопия. 1.1.10. Непрямая ларингоскопия (по показаниям) 1.1.11. Аудиометрия (по показаниям). 1.1.12. Дополнительное ЛОР-обследование (по показаниям). 1.1.13. Оценка других систем организма (серечно-сосудистой, дыхательной и т.д.). 1.1.14. Оценка результатов проведенного лабораторно-инструментального и консультативного обследования.

1.2. Своевременность осмотра.

1.3. Соблюдение кратности осмотров.

1.4. Полнота лабораторного обследования.

1.5. Обоснованность лабораторного обследования.

1.6. Полнота инструментального обследования.

1.7. Обоснованность инструментального обследования.

1.8. Полнота консультативного обследования.

1.9. Обоснованность консультативного обследования.

1.10. Рациональность медикаментозной терапии.

1.11. Рациональность немедикаментозной терапии.

1.12. Рациональность хирургической тактики (в случае применения хирургических методов лечения)

1.13. Коррекция сопутствующей патологии.

1.14. Рациональность программы диспансеризации.

*2. Критерии, отражающие эффективность гериатрической оториноларингологической помощи*

2.1. Характер влияния на исход заболевания.

2.2. Характер влияния на восстановление нарушенных функций.

2.3. Характер влияния на восстановление трудоспособности (у работающих пенсионеров).

2.4. Характер влияния на качество жизни.

*3. Критерии, отражающие состояние здоровья пациента*

3.1. Общая оценка состояния здоровья.

3.2. Оценка динамики оториноларингологического заболевания.

3.3. Оценка динамики сопутствующей патологии.

*4. Критерии, отражающие удовлетворенность пациента влиянием медицинской помощи на качество жизни*

4.1. Удовлетворенность пожилого пациента характером осмотра (поликлинического/стационарного, первичного/повторного, предоперационно-



го/послеоперационного и т.д.).

4.2. Удовлетворенность продолжительностью осмотра.

4.3. Удовлетворенность характер беседа врача с пожилым пациентом.

4.4. Удовлетворенность продолжительностью беседы врача с пациентом.

4.5. Удовлетворенность кратностью осмотров.

4.6. Удовлетворенность операцией.

4.7. Удовлетворенность качеством жизни в целом.

4.8. Удовлетворенность возможностью свободного выбора врача оториноларинголога.

В ходе исследования на основе указанных критериев мы также разработали карту проведения экспертной оценки гериатрической оториноларингологической помощи, удобную для практического применения.

### **Оптимизация применяемых в гериатрической оториноларингологической практике медицинских технологий как средство повышения качества помощи**

Все мероприятия по оптимизации применяемых медицинских технологий можно определить в три модуля. Первый модуль – повышение адекватности и эффективности медицинских технологий – включает следующие направления: 1) оптимизация оказания гериатрической оториноларингологической помощи на ее этапах (соблюдение стандартов помощи, предоставление пациенту возможности выбора врача и т.д.); 2) дифференциация работ между сотрудниками отделения анестезиологии в зависимости от квалификации; 3) устранение негативного воздействия на процесс оказания помощи факторов, связанных с характерологическими особенностями ЛОР-врача; 4) оптимизация обучения врачей-оториноларингологов.

Формирование удовлетворенности пожилых пациентов качеством жизни и влиянием медицинской помощи на него представлял собой второй модуль мероприятий по повышению качества гериатрической оториноларингологической помощью. В него вошли следующие направления: соблюдение технологии (стандартов) помощи, повышение степени осведомленности пожилых пациентов, формирование позитивного восприятия пожилыми пациентами оториноларингологической помощи на здоровье, реализация права пациента на свободный выбор врача-оториноларинголога.

В третий модуль вошли следующие мероприятия: динамическое наблюдение за применяемыми технологиями; проведение их оценки по критериям адекватности и эффективности с выявлением компонентов, приведших к снижению результативности; разработка и совершенствование стандартов оториноларингологической-помощи в гериатрии; регулярное изучение мнения пациентов.

\*\*\*

Таким образом, использование клинико-организационного мониторинга за медицинскими технологиями в гериатрической оториноларингологической практике позволит оперативно выявлять нарушения в технологии ото-

риноларингологической помощи и своевременно и адекватно корректировать их, а также будет способствовать объективизации труда врачей-оториноларингологов.

## ВЫВОДЫ

1. Наилучшая результативность гериатрической оториноларингологической помощи наблюдается при диспансеризации (отличная эффективность примененных технологий 64,1%, полная адекватность – 61,1%). Результативность медицинских технологий, примененных в стационарах, ниже (отличная эффективность примененных технологий 14,4%, полная адекватность – 27,3%). Самая низкая результативность наблюдается в поликлиниках при лечении острых и обострении хронических оториноларингологических заболеваний у пожилых (отличная эффективность примененных технологий 7,1%, полная адекватность – 21,3%).

2. Качество гериатрической оториноларингологической помощи формируется за счет достижения соответствующих степеней эффективности помощи, адекватности помощи и удовлетворенности пациентов своим качеством жизни в результате получения помощи. При этом центральным звеном в достижении качества помощи является обеспечение ее этапной адекватности.

3. Определены факторы, достоверно влияющих на качество гериатрической оториноларингологической помощи ( $p < 0,05$ ): 1) факторы, отражающие характеристики врача-оториноларинголога (профессиональный уровень, особенности поведения в ситуациях различной степени сложности и др.); 2) организацией работы оториноларингологического отделения: характер организации работы врачей-стажеров, предоставление пациенту возможности свободного выбора врача и др.; 3) внутриучрежденческие факторы (материально-техническое и лекарственное обеспечение учреждение и др.); 4) надучрежденческие факторы (система подготовки кадров, согласованность учреждений в вопросах направления пациентов и др.); 5) факторы, связанные с пациентом (отношение пациента к своему здоровью, уровень медицинской грамотности и др.).

4. Степень удовлетворенности пожилых пациентов с оториноларингологической патологией качеством жизни и влиянием на него медицинской помощи достоверно сопряжена со степенями эффективности и адекватности ( $p < 0,05$ ).

5. Разработаны критерии для осуществления клинико-организационного мониторинга. Критерии объединены в четыре группы. Первая группа отражает адекватность применяемых медицинских технологий (14 критериев и 14 подкритериев), вторая – их эффективность (4 критерия), третья – состояние пожилого пациента (3 критерия), четвертая группа содержит критерии удовлетворенности пожилых пациентов влиянием помощи на качество жизни (8 критериев).

6. Разработано три модуля мероприятий по оптимизации применяемых

в гериатрической оториноларингологической практике медицинских технологий. Первый модуль – повышение адекватности и эффективности медицинских технологий; второй модуль – обеспечение качества жизни пожилых пациентов с оториноларингологической патологией; третий модуль – клинико-организационный мониторинг применяемых технологий.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При проведении экспертной оценки качества оториноларингологической помощи пожилым пациентом целесообразно использовать предложенные нами критерии, что своевременно позволит выявить причины снижения качества помощи в конкретном учреждении и провести необходимую коррекцию в технологии оказания помощи.

2. При анализе качества медицинской помощи в гериатрической оториноларингологической практике целесообразно учитывать мнение пациента, т.к. степень удовлетворенности пожилых пациентов качеством жизни и влиянием на него медицинской помощи достоверно сопряжено с уровнем эффективности и степенью адекватности примененных технологий.

3. В поликлиниках и стационарах на основе центральных стандартов (федеральных, отраслевых и т.п.) необходимо разрабатывать адаптированные стандарты оказания оториноларингологической помощи пожилым пациентам, регламентируя действия врача-оториноларинголога в конкретных клинических ситуациях в конкретных условиях функционирования лечебно-профилактического учреждения.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**

#### *Статьи в журнале, включенном в Перечень ВАК Минобрнауки РФ*

1. Геронтологическая помощь: сопоставление позиций населения и медицинских работников / М.М. Киселевич, К.И. Процаев, Л.Ю. Варавина, О.А. Болховитина, А.Н. Ильницкий, Д.С. Медведев // Вестник Российского университета дружбы народов, Серия медицина. – 2009. - № 4. – С. 461-464.

2. Критерии оценки качества стационарной помощи пожилым больным с оториноларингологической патологией/Л.Ю. Варавина, К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий, Д.С. Медведев, К.В. Перелыгин // Успехи геронтологии. – 2010. - № 1. – С. 34-37.

#### *Монография*

3. Обеспечение качества оториноларингологической помощи пожилым / К.И. Процаев, Л.Ю. Варавина, А.Н. Ильницкий. – Белгород: БелОГОРАН, 2009. – 123 с.

#### *Статья в сборнике*

4. Добрия Т.С. Оптимизация диспансерного наблюдения за пожилыми – ветеранами производства – с патологией ЛОР-органов/ Т.С. Добрия, Г.С.Гришкевич, Л.Ю. Варавина // Матер. конф. промышленной медицины: Новополюцк, 2007. – 2007. – Т 4. – С. 78-80.

- 28 -

### *Тезисы докладов*

5. Стандартизация оказания ЛОР-помощи пожилым больным как путь к повышению ее эффективности / В.И.Бессарабов, Л.Ю. Варавина // Стандарты и качество: Матер. конф. – Киев, 2007. – С. 34-35.

6. Оториноларингологическая помощь в условиях развития рынка платных услуг / В.И. Бессарабов, А.А. Лукьянов, Л.Ю. Варавина // Стандарты и качество: Матер. конф. – Киев, 2007. – С. 56-57.

7. О компонентах удовлетворенности пациентов платной медицинской помощью при заболеваниях, требующих оперативного лечения / К.И. Прощаев, Л.Ю. Варавина // Высшее сестринское образование в России: Матер. конф. – Ульяновск: УлГУ, 2009. – С. 31.

8. Факторы, определяющие удовлетворенность пожилых пациентов ЛОР-помощью в стационаре / Л.Ю. Варавина // Молодежь и наука - итоги и перспективы: Матер. конф. – Саратов: СГМУ, 2009. – С. 48.

9. О реализации стандартов ЛОР-помощи у больных с носовыми кровотечениями на фоне нелеченой артериальной гипертензии / Л.Ю. Варавина // Актуальные проблемы амбулаторной помощи: Матер. конф. – Новополюцк, 2009. – С. 27-28.

10. Разработка критериев оценки качества стационарной гериатрической ЛОР-помощи / Л.Ю. Варавина // Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде. – Белгород: БелГУ, 2009. – С. 4.

11. Варавина Л.Ю. Об удовлетворенности пожилых пациентов с ЛОР-патологией стационарной медицинской помощью / Л.Ю. Варавина // Осенняя геронтологическая конференция в Белгороде. – Белгород: БелГУ, 2009. – С. 5-6.

12. Специализированная хирургическая помощь и платные медицинские услуги/М.А. Иванова, К.И. Прощаев, В.В. Люцко, Л.Ю. Варавина// Здравоохранение России в современных экономических условиях: Матер. конф. – М., 2009. – С. 9.

### *Методические разработки*

13. Варавина Л.Ю.Схемы изучения качества оториноларингологической помощи пациентам пожилого возраста / Л.Ю.Варавина, К.И. Прощаев – Москва: Евроклиник, 2007. – 52 с.

14. Прощаев К.И. Качество медицинской помощи и его оценка / К.И.Прощаев, Л.Ю. Варавина, А.Н. Ильницкий: Уч.-метод. разработка. – Полоцк: ПГУ, 2007. – 26 с.

**Варавина Лина Юрьевна** КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ// Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.30 – СПб., 2010. – 28 с.

---

Подписано в печать 14.02.2010. Формат 60\*84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 55.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО "Принт - Экспресс"

197376, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А