Роль отоларингологического кабинета в реализации национального проекта "Здоровье"

1. Основные задачи и направления работы отоларингологического кабинета

**·** обеспечение раннего активного выявления больных отоларингологической патологией, оказание им неотложной помощи и их своевременная госпитализация в стационар

**·** квалифицированная диагностика, обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях больных отоларингологическими заболеваниями, не требующими обязательной госпитализации;

**·** реабилитация и диспансеризация переболевших отларингологическими болезнями в условиях поликлиники;

**·** проведение организационно-методической работы (анализ заболеваемости, уровня диагностики, качества лечения, разбор ошибок диагностики);

**·** участие в профилактической работе

**·** обеспечение квалификационной консультативной помощи в вопросах диагностики, обследования и лечения больных отоларингологическими заболеваниями, осуществляемых в условиях поликлиники; - проведение организационно - методической работы, слагающейся из анализа заболеваемости, смертности, уровня диагностики и качества лечения отоларингологических больных, проводимого врачами поликлиники. Разработка и участие в осуществлении мероприятий по оптимизации этих показателей;

Роль врача в деятельности кабинета:

- регулярное проведение амбулаторного приема по графику, утвержденному администрацией поликлиники;

динамическое наблюдение и активное лечение больных до их выздоровления, ремиссии или госпитализации;

контроль за своевременностью выполнения диагностических и лечебных процедур больными, находящимися под наблюдением в данном отделении (кабинете);

своевременное направление больных, при показаниях, на ВТЭК;

консультации больных по направлениям других врачей -специалистов, в т.ч. на дому;

своевременное выявление лиц, подлежащих диспансеризации по профилю данного отделения (кабинета), и взятие их на динамическое наблюдение;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности с выдачей

больничных листков в соответствии с действующим законодательством;

проведение санитарно - просветительной работы и гигиенического воспитания населения.

2. Принцип преемственности и взаимосвязи

Кабинет заболеваний уха горла и носа проводит свою работу в тесной взаимосвязи с отоларингологическим отделением городской больницей (отделением), оргметодотделом, врачами - специалистами поликлиники и территориальным центром санитарно - эпидемиологического надзора, ревматологическим отделением городской больницы для взрослых, с отделением восстановительного лечения, стоматологической поликлиникой, педиатрической службой, сифекционным кабинетом городской поликлиники для взрослых. Скорой медицинской помощью.

Также принцип преемственности происходит с отделением челюстно-лицевой хирургии, хирургическим отделением городской больницы для взрослых, офтальмологическим отделением и санаторно-курортными учреждениями.

3. Ангина (острый тонзиллит)

Структура отоларингологической заболеваемости

Потребность в различных видах оториноларингологической помощи определяется уровнем и структурой заболеваемости болезнями верхних дыхательных путей и органов слуха.

Знание практическими врачами данных о заболеваемости способствует не только рациональному планированию лечебно-профилактических мероприятий, но и дает возможность наметить необходимый объем специализированной медицинской помощи по борьбе с наиболее распространенными и опасными по своему течению заболеваниями.

Согласно научным исследованиям последнего времени, несмотря на некоторые различия общих показателей заболеваемости в разных экономических и географических зонах страны, уровень распространенности большинства болезней уха, горла, носа примерно одинаков.

Это положение дает основание при планировании лечебно-профилактических мероприятий пользоваться средними показателями заболеваемости.

Наибольший удельный вес по группе болезней уха, горла и носа в структуре обращаемости занимают заболевания глотки и носоглотки (38,3%). Высокий удельный вес этих заболеваний обусловлен значительной распространенностью хронического и острого тонзиллита.

Болезни полости носа и придаточных пазух по удельному весу занимает второе место в структуре заболеваемости (23,1%). Интенсивный показатель распространенности этой патологии определяется высокой обращаемостью по поводу острого и хронического ринита.

Третье и четвертое места по удельному весу принадлежат хроническому и острому отиту (14,4% и 10,5%). Наименьший показатель в структуре заболеваемости имеют прочие болезни уха (наружный отит, кохлеарный неврит и др.) - 7,7% и болезни гортани (ларингит) - 6%.

При массовых ежегодных медицинских осмотрах дополнительно к данным обращаемости на каждую 1000 выявляется 53,4 случая хронических заболеваний, в том числе 33,5 случая хронического тонзиллита и 3,6 - хронического среднего отита.

Таким образом, основной объем лечебно-профилактической помощи (по оториноларингологии) обусловлен прежде всего значительным уровнем заболеваемости хроническим тонзиллитом, хроническим и средним отитом.

Наибольший удельный вес обращений по поводу большинства заболеваний верхних дыхательных путей и уха приходится на холодное время года - осенние, зимние и в меньшей степени весенние месяцы. В эти же периоды года заболеваемость острым катаром верхних дыхательных путей и гриппом наиболее высока.

Следовательно, в этиологии большей части болезней уха, горла и носа важную роль играют острый катар верхних дыхательных путей и грипп. Благодаря успешному лечению и эффективной профилактике скарлатины, кори, дифтерии детские инфекционные болезни утрачивают в настоящее время значение ведущего фактора в этиологии и патогенезе отита, синусита и других поражений верхних дыхательных путей

Ангина - (тонзиллит) как медико-социальная проблема

Наиболее восприимчивы к ангине люди молодого возраста (17-30 лет), на их долю приходится примерно половина всех случаев. Не болеют ангиной дети первого года жизни, т.к. они обладают антитоксическим и антимикробным стрептококковым иммунитетом, приобретенным от матери.Ангина широко распространена в странах с низким уровнем жизни и плохими материально-бытовыми условиями. Источником стрептококка группы А (основного возбудителя ангины) являются здоровые носители микробов, а также больные манифестными формами стрептококковых заболеваний. Продолжительность здорового стрептококкового носительства составляет от 1 месяца до 1 года и более, причем в некоторой мере зависит от сезона (более продолжительное осенью, кра Самым серьёзным осложнением после ангины(которая чаще всего вызывается стрептококком группы А) может быть ревматизм(поражение клапанов сердца, суставов и редко - нервной ткани). Дело в том, что чужеродные белки на поверхности возбудителя, схожи по строению с белками на поверхности клеток соединительной ткани. При заболевании организм начинает выделять антитела, которые связываясь с белками на поверхности микроорганизма, обезвреживает его, но после того как все возбудители уничтожены - антитела могут начать взаимодействовать с белками клеток соединительной ткани. Развивается аутоиммунный процесс - ревматизм. Самая главная его опасность состоит в том, что ревматический процесс может поражать клапаны сердца приводя к пороку. тковременное - весной). Кроме того ангина опасна такими осложнениями как гломерулонефрит; образование пролапсов клапанов сердца; гнойное воспаление тканей ротоглотки (паратонзиллярный абсцесс); воспаление легких; воспаление среднего уха, на этой почве - снижение слуха; обострение аллергических заболеваний ухудшается общее самочувствие, появляются головные, мышечные и суставные боли.

Факторы риска острого тонзиллита:

· возраст

· климатические условия

· состояние местного и общего иммунитета

· частота респираторных заболеваний, которые приводят к утрате нормального строения лимфоидного органа.

· состояние окружающей среды

· кариозные зубы, хронический гнойный синусит, затрудненное носовое дыхание (гипертрофический ринит, аденоиды)

Экономический ущерб

Экономический ущерб складывается из стоимости услуг врача, среднего и младшего медицинского персонала, стоимости диагностических услуг, ущерба в связи с временной утратой трудоспособности = выплата пособий по временной утрате трудоспособности + потеря стоимости не созданной продукции из-за уменьшения числа дней работы, или ущерба в связи с инвалидностью = выплата пособий по инвалидности + потеря стоимости не созданной продукции из-за уменьшения лет работы, или ущерба в связи с летальностью, который определяется величиной потери не созданной продукции из-за уменьшения числа лет работы вследствие смерти, стоимости обеспечения больного с острым тонзиллитомлекарствами после выписки из стационара; из оплаты выплат в случае инвалидности

Реабилитация больных ангиной:

В большинстве случаев прогноз благоприятный Одно из основных препаратов для лечения ангины - это качественный, надежный антибиотик. К сожалению, многие бактерии, вызывающие различные заболевания, за годы и десятилетия неправильного применения лекарств "привыкают" к старым антибиотикам, и те перестают на них действовать. Если использовать эти лекарства, толку не будет: драгоценное время будет уходить, а симптомы ангины, вместо того, чтобы идти на убыль, будут усиливаются. Это означает, что выбранный антибиотик не подошел, и необходимо назначение другого препарата. Его должен назначать врач.

Обычно правильно подобранные антибиотики принимают 5-7 дней - этого вполне достаточно для того, чтобы избавиться от ангины и обеспечить надежную защиту организма от грозных осложнений.

Помимо антибиотиков, иногда необходимо принимать и жаропонижающие препараты. Но делать это нужно с осторожностью. Дело в том, что лихорадка, высокая температура - это ни что иное, как защитная реакция организма, естественная и физиологичная. Если её прервать, то блокируется иммунитет, и с инфекцией борются только антибиотики. При этом снижается синтез полезных антител, а это значит, что в следующий раз инфицирование может произойти легче и быстрее. Если же дать человеку нормально переболеть, то появляется так называемый "напряженный" иммунитет, который в несколько раз снижает вероятность повторного заражения. Именно поэтому врачи советуют прибегать к помощи жаропонижающих средств, только если температура приближается к 39 градусам, или она очень плохо переносится человеком, то есть вред от лихорадки перевешивает "пользу".

И, конечно же, для удаления с поверхности воспаленных миндалин бактерий и вредных продуктов обмена необходимы полоскания горла. Лекарственных растворов для этой цели довольно много, но с помощью врача можно подобрать наиболее подходящий для каждого конкретного случая. Кроме того, в раствор можно добавлять эфирные масла пихты, эвкалипта, лимона или мяты.

А что же нужно сделать, что бы не заболеть ангиной снова? Во-первых, необходимо регулярно посещать стоматолога и пролечивать кариозные зубы. Дело в том, что кариес является источником инфекции, которая может "перейти" на миндалины и вызвать их воспаление.

Во-вторых, необходимо остерегаться людей, больных ангиной. Она является заразной болезнью, возбудитель которой легко переносится воздушно-капельным путем.

Есть ещё один, достаточно неожиданный, способ профилактики ангины. Это… пение. Оно затрагивает все структуры гортани и глотки: работает язык, мягкое небо, миндалины, и все мышцы, которые их окружают. Кровоснабжение этих структур многократно усиливается. Это улучшает местный иммунитет и снижает вероятность заражения в несколько раз. Поэтому песня, пусть даже фальшиво спетая, считается прекрасной профилактикой ангины.

И, конечно же, необходимый элемент профилактики болезни и осложнений - это своевременное обращение к врачу - терапевту или отоларингологу. Грамотный специалист назначает самые подходящие индивидуально для вас современные и наименее токсичные лекарства, которые помогут вернуться к здоровой, активной жизни максимально быстро и без осложнений.

Роль врача в гигиеническом обучении и воспитании при ангине

Врачи должны проводить занятия с пациентами и знакомить их со следующими темами:

1. с анатомическим строением органов уха горла и носа для понимания того, что происходит с горлом во время ангины

2. с современными лекарственными препаратами и методами лечения ангины

. с мероприятиями, которые нужно провести на работе и дома, чтобы максимально в короткие сроки пойти на выздоровление

. с методами контроля температуры, и своевременное проведение дезинтоксикационной терапии

. с правильным применением ингаляционных препаратов, если такие имеются

. со способами регулирования дозы лекарственного препарата,

. Оценка качества медицинской помощи, оказываемой в кабинете инфекционных заболеваний

отоларингологический тонзиллит ангина инфекционный

Структурный подход

1. Помещение

Отоларингологический кабинет городской поликлиники для взрослых располагается на 2 этаже поликлиники. Поликлиника расположена недалеко от остановки наземного общественного транспорта, в 5 минутах ходьбы от станции метро. Подняться в кабинет можно по 2 лестницам, а также есть 2 лифта.

В кабинете имеется 1 манипуляционно-диагностический столик. 1. Компьютер. 1 Манипуляционный столик .1 Измеритель АД. 1 Электрокардиограф. 1 Пневмотахометр.

Весы напольные. 1 Ростомер. 1 Молоток неврологический. 1 Сумка ВОП. 1 Негатоскоп. 1. Стол канцелярский 2-х тумбовый. 1. Стул (кресло). 1. Кушетка смотровая. 1. Шкаф

двухстворчатый гардеробный. 1. Шкаф канцелярский. 1. Ширма медицинская 3-х секционная. 1. Сейф. 1. Лампа настольная. 1 Умывальник. 1. Тумбочка. 1. Вешалка напольная

Материально-техническое оснащение

Кабинет обеспечен в достаточном количестве стандартными лекарственными средствами (антимикробные средства, противоаллергические средства, "противошоковая аптечка", аптечка "Анти-СПИД", кристаллоидные и коллоидные растворы, витамины, средства для лечения сопутствующей патологии.. В достаточном количестве кабинет обеспечивается расходным материалом - одноразовыми шприцами, системами для капельниц, катетерами для периферических вен, перчатками и т.п.

Отоларингологическое оборудование: отоскоп, насадки для отоскопа, распылитель жидких, порошковых препаратов, емкости для замочки использованных инструментов, набор камертонов, зонд аттиковый, крючок для удаления инородного тела из уха и носа, держатель надгортанника, игла парацентезная, шпателя, шприц Жане, тазик почкообразный, набор элеваторов для репозиции костей носа, иглы Куликовского, гортанный шприц с конюлей для заливания лекарств в гортань, зонды - носовой, гортанный с нарезкой, зажимы для тампонады уха и носа, пинцет ушной, катетеры резиновые, канюли, зажим Кохера или Микулича, коникотом. Медикаментозные средства: 10% р-р лидокаина, 2% р-р дикаина, 10, 30, 40, 50% р-ры Ляписа, спирт нашатырный, 96% спирт , 3% р-р перекиси водорода, бриллиантовый зеленый, борный спирт, линимент синтомицина, порошок стрептоцида, ксероформа, стерильный набор для задней тампонады носа

Таким образом, материально-техническое обеспечение кабинета находиться на должном уровне, однако необходимо увеличение финансирования на лекарства для закупки качественных дорогостоящих препаратов.

3. Кадровый состав

В кабинете работает 1 врач доктор медицинских наук, 1 медицинская сестра. Врачи и средний медицинский персонал постоянно проходят курсы повышения квалификации. Также врачи обучаются в тематических школах, получают дополнительные сертификаты при освоении новых навыков.

Укомплектованность врачами составляет 100% - (число занятых врачебных должностей/ число штатныхдолжностей)\*100

Коэффициент совместительства у врачей составляет 1. - число занятых врачебных должностей/число врачей

Укомплектованность медицинскими сестрами также составляет 100%, коэффициент совместительства 1.

Таким образом, кабинет полностью укомплектован врачами и средним медицинским персоналом.

Процессуальный подход

. Выполнение плана проведения периодических медицинских осмотров работающих 81%

Осмотрено лиц по контингентам \* 100%

Подлежало осмотру

. Полнота охвата больных диспансерным наблюдением 83%

Состоит под ДН на конец отчетного года\*100

Зарегистрировано больных с данным заболеванием

. Своевременность взятия больных под ДН 74%

Число больных взятых под ДН впервые в жизни установленным диагнозом\*100

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом

. Число диспансерных больных не наблюдавшихся в течении года 65%

Не наблюд. в течении года\*100

Состояло под диспансерным наблюдением на начало года

. Частота совпадения поликлинических и клинических диагнозов 90%

Число поликлинических диагнозов совпадающих с клиническими\*100

Общее число клинических диагнозов

ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ

. Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения:

(Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в отчетном году / общая численность лиц трудоспособного возраста) х 10 000 (1000).

. Показатель первичной инвалидности детского населения:

(Число детей до 18 лет, впервые признанных инвалидами в отчетном году / общее число детей до 18 лет) х 10 000 (1000).

. Показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям (возрасту, социальной принадлежности):

(Число лиц, впервые признанных инвалидами от отдельных заболеваний в отчетном году / общее число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году) х 100%.

. Показатель структуры первичной инвалидности по группам инвалидности:

(Число лиц, впервые признанных инвалидами 1-й (2-й, 3-й) группы в отчетном году / число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году) х 100%.

. Показатель общей инвалидности трудоспособного населения (распространенность инвалидности):

(Число инвалидов трудоспособного возраста / среднегодовая численность трудоспособного населения) х 10 000 (1000).

. Показатель общей инвалидности детского населения (распространенность детской инвалидности):

(Число детей-инвалидов до 18 лет / среднегодовая численность детского населения до 18 лет) х 10000 (1000).

. Удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами:

(Число лиц, впервые признанных инвалидами в отчетном году / общее число инвалидов на начало отчетного года) х 100%.

Результативные показатели

показатели смертности

1. Показатель смертности данной возрастной группы населения (повозрастная смертность):

(Число умерших в данном возрасте за год / среднегодовая

численность лиц данного возраста) х 1000.

2. Показатель смертности данной возрастно-половой группы населения:

(Число лиц данного пола, умерших в данном возрасте за

год / среднегодовая численность лиц данного возраста и пола) х 1000.

3. Показатель смертности от данного заболевания:

(Число умерших от данного заболевания за год / среднегодовая численность населения) х 1000.

4. Показатель структуры причин смерти:

(Число умерших от данной причины за год / общее число умерших за год) х 100%.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ВРАЧЕБНОЙ ДИАГНОСТИКИ

. Частота расхождения диагнозов поликлиники и стационара:

(Число случаев расхождения диагнозов поликлиники и стационара / число больных, направленных на госпитализацию) х 100%,

. Частота направления на госпитализацию больных без диагноза:

(Число больных, направленных на госпитализацию без диагноза (или с симптомом) заболевания / число больных, направленных на госпитализацию) х 100

. Факторы, влияющие на соблюдение санитарно-эпидемиологического благополучия в отоларингологическом кабинете городской поликлиники для взрослых, мероприятия, направленные на снижение риска возникновения внутрибольничных инфекций

1. соответствие проводимых профилактических мероприятий внутри всей поликлиники и должных, в связи с существующей санитарно-эпидемиологической обстановкой, прогнозом заболеваний и его изменений;

2. все мероприятия осуществляются в соответствии с Федеральным Законом "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"

. соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, обеспечение безопасной среды обитания для человека, его здоровья;

. наличие государственного санитарно-эпидемиологического надзора в сфере обеспечения санэпидблагополучия.

. отсутствие внутрибольничных инфекции (измерение температуры тела при поступлениии)

. контроль за младшим медицинским персоналом на наличие гнойничковых заболеваний кистей рук

. плановый контроль медицинского персонала на наличие ВИЧ инфекции, гепатитов В и С

. соблюдение санитарно-эпидемилогического режима (стерилизация инструментов, утилизация использованных одноразовых инструментов)

6. Виды профилактики в отоларингологическом кабинете городской поликлиники для взрослых

*1 Первичная профилактика*

Первичная профилактика - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

*2 Вторичная профилактика*

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

*3 Третичная профилактика*

Третичная профилактика как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

7. Основные проблемы в отоларингологическом кабинете городской поликлиники для взрослых

· Недостаточное количество высококвалифицированных врачей

· Трудоемкость поддержания санитарно-эпидемиологического контроля

· Недостаточная материально-техническая база для оказания высококвалифицированной помощи и диагностики.

· Недостаточное финансирование оказания дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи

· Недостаточное финансирование мер по пропаганде здорового образа жизни (среди беременных, будущих родителей).

· Износ медицинского оборудования

Пути решения:

. Подготовка специализированных кадров

. Улучшение условий труда

. Обеспечение отделения необходимыми материально-техническими средствами и лекарственными препаратами

. Увеличение объема финансирования

. Повышение зарплаты врачей и медицинского персонала

. Ремонт в отоларингологичеких кабинетах

. Снабжение ЛПУ необходимыми лекарствами, оборудованием и техникой

. Выделение льгот по проезду, оплаты жилищно-коммунальных услуг для работников отделения

.Совершенствование системы информационного обеспечения отделения

. Совершенствование ведения медицинской документации

Клиническая модель системы качества оториноларингологической помощи

Клиническая модель системы качества оториноларингологической помощи на практике требует определенных организационных решений. С точки зрения организации контроля качества лечебно-диагностического процесса при оказании оториноларингологической помощи выделяется несколько уровней контроля качества:

на первом уровне - контроль качества медицинской помощи осуществляется самим пациентом, когда оценивается удовлетворенность собственных ожиданий пациента как потребителя медицинской помощи.

второй - осуществляется лечащим врачом, экспертиза проводится в порядке самоконтроля;

третий - комиссия по обеспечению качества медицинской помощи клинического подразделения.

четвертый уровень - комиссия по обеспечению качества медицинской помощи учреждения.

Разработанная клиническая модель системы качества применяется на всех уровнях контроля качества, так как анатомические и функциональные индикаторы используются (хотя и в разной степени) при оценке удовлетворенности от полученной медицинской помощи пациентом и при оценке оказанной медицинской помощи врачом-оториноларингологом. В условиях стационара (военного госпиталя) общая схема организации системы контроля качества оториноларингологической помощи представляет собой

Комиссия по контролю качества медицинской помощи

Врач по клинико -эксперной работе

Врачебный персонал отделения

Средний медицинский персонал отделения

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

. Оценку качества лечения больных с заболеваниями уха, горла и носа необходимо проводить только в рамках клинической модели системы качества оториноларингологической помощи, реально отражающей все стороны лечебного процесса. Она позволяет в наиболее полной мере контролировать лечебно-диагностический процесс и оперативно регулировать его с целью достижения максимально-возможного объема и качества медицинской помощи.

. Для качественного и оперативного учета состояния лечебно-диагностического процесса целесообразно использовать динамическую систему анатомо-функциональных индикаторов, объективно отражающих качество выполнения всех этапов лечения.

. Целесообразно разработать и внедрить в клиническую практику единую унифицированную систему клинической оценки качества лечения больных с заболеваниями уха, горла и носа по отдельным нозологическим формам и с учетом существующих стандартов лечения.

. Роль отоларингологического кабинета в реализации национального проекта "Здоровье"

1. Повышение квалификации врачей в своей специальности

. Достаточный объем санитарно-гигиенических мероприятий с целью предупреждения возникновения и распространения инфекций

. Развитие профессионализма медицинского персонала.

. Укрепление материально-технической базы кабинета.

. Удовлетворение потребностей населения в высокотехнологической помощи.

. Сокращение сроков ожидания диагностических исследований до 1 недели.

. Снижение частоты обострений и осложнений хронических заболеваний у населения.

. Увеличение объемов оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи.

. Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний (всеобщая диспансеризация)

. Материально- техническое оснащение поликлиник и стационаров

Список использованной литературы

1. "Общественное здоровье и здравоохранение" под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, М.: "МЕДпресс-информ", 2003г.

2. ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА "Концепция развития пульмонологической службы России на 2002-2007", автор Директор НИИ Пульмонологии МЗ РФ, Председатель секции пульмонологии №11 Ученого Совета Минздрава России, главный пульмонолог России, академик РАМН, профессор А.Г.Чучалин.

3. В. А. Медик, В. К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть I - М.: Медицина, 2003

4. В. А. Медик, В. К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть II - М.: Медицина, 2003

. В. А. Медик, В. К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть III - М.: Медицина, 2003

# 6. КЛИНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР ОРГАНОВ (http://meddisser.ru/view\_page.php?page=27&ID=0)

7. Клинико-этические и организационные проблемы современной детской оториноларингологии (http://www.dissercat.com/content/kliniko-eticheskie-i-organizatsionnye-problemy-sovremennoi-detskoi-otorinolaringologii)

8. Болезни носа, глотки, гортани и уха. Овчинников Ю.М., Гамов

. Многотомное руководство по оториноларингологии Том IV. Заболевания верхних дыхательных путей Под ред. Лихачёва А.Г.