

На правах рукописи

Махачева Ханна Гаджиевна

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ МОДЕРНИЗАЦИИ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН**

14.01.03 – болезни уха, горла и носа

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва–2015

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор **Дайхес Николай Аркадьевич**

доктор медицинских наук, профессор **Асхабова Луиза Магомедовна**

Официальные оппоненты:

Попадюк Валентин Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов Минобрнауки России»

Мареев Олег Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России

Ильченко Ирина Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения и профилактической медицины ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» Департамента здравоохранения г. Москвы

Защита диссертации состоится «__» _____ 2015 года в __ час. на заседании Диссертационного совета Д 208.059.01 при ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» по адресу: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30 корп. 2, 6 этаж, конференц-зал.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» по адресу: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30 корп. 2 и на сайте <http://otolar-centre.ru>.

Автореферат разослан «__» _____ 2015 года

Ученый секретарь Диссертационного совета,
кандидат медицинских наук:

Наумова И.В.

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

Социальная значимость проблемы качества и доступности медицинской помощи особенно резко возрастает в условиях социально-экономических преобразований в стране: внедрения рыночных отношений, развития частного медицинского сектора. Закрытие ряда лечебно-профилактических учреждений, особенно в сельской местности, вызванное дефицитом финансирования отрасли, не могло не отразиться на уровне доступности большинству населения различных видов медицинской помощи [Комаров Ю.М., 1991; Щепин О.П., 2000; Лисицын Ю.П., 2002].

Современные требования при реализации национальных программ по здравоохранению предусматривают необходимость разработки и внедрения новых организационных форм медицинских услуг и ресурсосберегающих технологий, значительное расширение и повышение качества амбулаторно-поликлинической помощи населению.

В условиях реформирования отечественного здравоохранения повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи. Проблемы оценки удовлетворенности и доступности медицинской помощи населению выступают одним из элементов эффективности управления деятельностью медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений [Щепин О.П., 1994; Лисицын Ю.П., 2002; Кучеренко В.З., 2008; Асхабова Л.М., 2010].

Необходимость регионального и популяционного подходов к изучению состояния здоровья и патологии человека определяется тем, что под влиянием экстремальных природных факторов внешней среды у представителей различных этнических групп формируются специфичные для каждой популяции морфофункциональные, психофизиологические, метаболические особенности, в том числе и этническое своеобразие в развитии патологических процессов [Комаров Ю.М., 1991; Лисицын Ю.П., 2002].

Республика Дагестан (РД) представляет собой уникальный регион для изучения региональной и популяционной нормы и патологии человека. С одной стороны, Северный Кавказ – самый сложный регион в стране с точки зрения социально-экономической ситуации, осуществления государственного управления, а также обеспечения национальной безопасности России. Среди факторов, оказывающих более или менее существенное на ситуацию как на Северном Кавка-

зе как в целом, так и в отдельно взятых национальных республиках, можно выделить геополитическое положение региона, чрезвычайно сложный этнонациональный и конфессиональный состав его населения, территориальные аспекты межэтнических взаимоотношений, их включенность в систему трансрегиональных этнополитических отношений и др. Общепринятое деление республики – город, сельская местность; горы, предгорье, равнина.

В развитии заболеваемости в РД имеют значение следующие факторы: ухудшение экономического положения семей, снижение жизненного уровня населения, высокий уровень заболеваемости, усиление отрицательного факторов внешней среды, медико-организационный риск [Асхабова Л.М., 2010]. Высокая распространенность оториноларингологической патологии, рост числа заболеваний околоносовых пазух, в том числе осложненных форм синуситов, рост числа травм ЛОР-органов, гнойных воспалительных заболеваний глотки и несовершенство организации оказания специализированной помощи определяют необходимость снижения уровня оториноларингологической патологии [Пальчун В.Т., 1980].

Актуальными являются исследования по определению обеспеченности и доступности для населения стационарной и амбулаторной оториноларингологической помощи. Нуждаются в совершенствовании организационные формы оказания экстренной ЛОР-помощи. Практически целесообразным является внедрение и рациональное использование современных медицинских клинико-диагностических технологий. При этом важным аспектом является изучение проблем качества и эффективности оказания оториноларингологической помощи населению в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях на территории РД [Джамалудинов Ю.А., 2004].

Учитывая то, что более 60% населения РД по настоящее время проживает в сельской местности, специфика условий труда сельских жителей, сезонность сельскохозяйственных работ, отдалённость населённых пунктов, слабые экономические возможности сельских жителей требуют особого подхода к организации оториноларингологической помощи сельскому населению. В связи с этим проблема более эффективной организации оказания специализированной оториноларингологической помощи населению РД с определением потребности и оценкой качества оказываемой помощи является важной научно-практической задачей современной отори-

ноларингологии, необходимость решения которой предопределила актуальность исследования, выбор и постановку задач данной работы.

Таким образом, актуальность данного комплексного медико-социального исследования очевидна, так как бесспорно влияние на показатели здоровья таких факторов, как образ жизни семьи, медицинское обслуживание и других, влияющих на распространенность патологии ЛОР-органов. Настоящее исследование представляет не только сугубо научный интерес, но и практическую значимость, поскольку позволяет иметь дополнительную научную аргументацию к проведению профилактических мероприятий в области оториноларингологии и не только в регионе, на модели которого проведено исследование, но и в целом в масштабах страны.

Цель исследования: разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию организации и внедрению эффективной модели оториноларингологической службы на основе комплексной оценки оториноларингологической заболеваемости в условиях модернизации системы медицинского обслуживания населения республики Дагестан.

Задачи исследования

1. Представить медико-демографическую характеристику населения республики Дагестан.
2. Изучить и оценить оториноларингологическую заболеваемость в республике Дагестан.
3. Провести анализ организации, качества и эффективности медицинской помощи оториноларингологическим больным на региональном уровне.
4. Оценить обращаемость и потребность населения республики Дагестан в оториноларингологической помощи.
5. Оценить удовлетворенность населения организацией работы и качеством оказания оториноларингологической помощи (по данным опроса населения).
6. Разработать программу и методику для мониторингования и анализа качества и эффективности оказания оториноларингологической помощи населению республики Дагестан с использованием опросных методов.
7. Внедрить методику универсального аудиологического

скрининга новорожденных и детей первого года жизни на территории республики Дагестан.

8. Разработать рекомендации по совершенствованию системы обеспечения качества и эффективности оториноларингологической помощи на основе модели организации медицинского обслуживания населения в условиях модернизации системы.

Методы исследования.

Для решения поставленных задач в данной работе были применены социально-гигиенический, статистический, а также клиничко-экспертный методы анализа.

Научная новизна работы

Впервые с учетом региональных особенностей, выгодно отличающих РД от других территорий РФ, проведено комплексное клиничко-статистическое и медико-социологическое исследование структуры, уровня и факторов, влияющих на распространенность оториноларингологических заболеваний в различных климатогеографических территориях одного региона юга РФ (на модели РД), требующих оказания специализированной амбулаторной или стационарной помощи.

Изучена потребность населения, проживающего на территории РД (регион с населением более 2,6 млн человек) в оказании различных видов специализированной оториноларингологической помощи.

Впервые дана клиничко-статистическая характеристика оценка качества и эффективности оказания специализированной оториноларингологической помощи населению РД.

Выявлены медико-организационные, клинические и социально-гигиенические особенности, влияющие на качество и эффективность оказания оториноларингологической помощи.

Проведены медико-социологические исследования среди врачей-оториноларингологов и пациентов с ЛОР-патологией.

Впервые проведен анализ своевременности, доступности и эффективности специализированной оториноларингологической помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Впервые обоснованы организационные формы по совершенствованию оказания оториноларингологической помощи.

Впервые проведен углубленный комплексный анализ обеспеченности населения РД оториноларингологической помощью. Установлены истинное состояние заболеваемости и доступности насе-

лению РД оториноларингологической помощью, и удовлетворенность населения в её оказании. Затронутая в диссертационном исследовании проблема ранее не исследовалась.

С помощью социологического метода исследования изучено мнение пациентов и врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) РД об организации, доступности и качестве оказываемой оториноларингологической помощи, выявлены ее недостатки, научно обоснованы предложения по повышению ее эффективности и качества.

Разработана и внедрена программа профилактики основных оториноларингологических заболеваний.

Результаты работы представляют научную значимость и могут использоваться в качестве программы по оздоровлению населения.

Теоретический вклад

Предложены пути повышения эффективности профилактики заболеваний ЛОР-органов.

Получена экспертная оценка состояния и перспектив развития оториноларингологической помощи РД по результатам социологического опроса руководителей оториноларингологической службы и врачей-оториноларингологов.

Практическая значимость работы

Произведены оценка особенностей клинико-организационной деятельности врачей-оториноларингологов и использование их для повышения качества и эффективности оказания амбулаторной и стационарной оториноларингологической помощи.

Использование методики медико-социологического и клинико-статистического анализа позволило амбулаторно-поликлиническим и стационарным учреждениям определять потребность, доступность и степень удовлетворенности больных с ЛОР-патологией в медицинской помощи.

Данные о динамике заболеваемости и критериях госпитализации при заболеваниях уха, горла и носа будут рационально использованы в практической работе участковых терапевтов, врачей общей практики и оториноларингологов на догоспитальном этапе при диспансерном наблюдении, планировании и реализации лечебных и реабилитационных мероприятий.

Результаты исследования о своевременности, доступности и качестве ЛОР-помощи могут быть использованы в перспективных программах по совершенствованию специализированной оторино-

ларингологической помощи.

Представленные научно-обоснованные рекомендации способствуют совершенствованию организационной структуры амбулаторных и стационарных учреждений, оказывающих специализированную оториноларингологическую помощь.

Использование программ целевого подхода способствует совершенствованию оториноларингологической помощи на региональном уровне.

Результаты экспертной оценки руководителей оториноларингологической службы и врачей-оториноларингологов использованы для составления перспективного плана развития оториноларингологической службы в РД.

Внедрение в практику

1. Внедрение в практическое здравоохранение.

- Разработаны и внедрены в практику ЛПУ методические рекомендации «Совершенствование организации, качества и эффективности поэтапного оказания лечебной и профилактической помощи больным оториноларингологической патологией», утвержденные МЗ РД (2013).

- Материалы исследования легли в основу изданного приказа Минздравсоцразвития РФ №1550-н от 25 марта 2011 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология», а также приказа Минздрава РД №25-л от 02 декабря 2011 г. «О состоянии оториноларингологической помощи населению Республики Дагестан и мерах по дальнейшему совершенствованию службы».

- Основные положения и выводы использованы при разработке «Республиканской программы социально-экономического развития Республики Дагестан, состояния общественного здоровья населения республики», а также при подготовке ежегодных государственных докладов «О состоянии здоровья детского населения в Республике Дагестан» (2011–2013 гг.).

2. Внедрение в науку.

- Издано информационно-методическое письмо МЗ РД «Состояние и перспективы оториноларингологической помощи в республике Дагестан» (2013).

3. Внедрение в учебный процесс.

● Основные положения работы включены в методические рекомендации, используемые в программе подготовки и повышения квалификации ЛОР-врачей и организаторов здравоохранения, а также включены в учебную программу врачей-интернов, ординаторов кафедр болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей и общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Апробация работы

Апробация диссертации состоялась на научно-практической конференции ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» «18» сентября 2014 г.

Публикации

Материалы диссертации опубликованы в 24 научных работах, из них 10 – в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ. Изданы методические рекомендации «Универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни» (новая медицинская технология ФС №2011/049 от 05.04.2009 г.).

Основные положения работы доложены на ежегодных коллегиях Минздрава РД (2011, 2012, 2013), а также на научно-практических конференциях:

- посвященных 80-летию Дагестанского государственного университета (Махачкала, 2011) и 80-летию Дагестанской государственной медицинской академии (Махачкала, 2012).
- III конференция ЮФО (2008);
- Всероссийская конференция гериатров (Махачкала, 2008);
- Всероссийская конференция оториноларингологов (Москва, 2008);
- III научно-практическая конференция оториноларингологов Центрального федерального округа РФ (Москва, 2009);
- II Всероссийская конференция (Москва, 2009);
- 2-я Всероссийская конференция гериатров (Махачкала, 2010);
- I Петербургский Форум оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 2012);
- XXXI Всемирный конгресс аудиологов (Москва, 2012);
- научно-практическая конференция «Санаторно-курортное лечение и реабилитация в оториноларингологии» (Пятигорск, 24–26 сентября 2014).

Личный вклад автора

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа исследования, разработаны анкеты. Анкетирование, выкопировка данных из первичной медицинской документации выполнены автором лично. Программа статистической обработки полученного материала и сама обработка проводилась с участием автора. Анализ, интерпретация, изложение полученных данных, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично автором.

Автор лично приняла участие в подготовке:

- методических рекомендаций «Универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни»;
- программы тематического повышения квалификации «Аудиологический скрининг новорожденных»;
- методических рекомендаций «Стандартизация условий проведения аудиологического скрининга новорождённых и детей первого года жизни»;
- приказа МЗ РД от 17.04.2013 г. №246-м «Состояние и перспективы модернизации оториноларингологической помощи в республике Дагестан»;
- методического письма МЗ РД «Состояние и перспективы модернизации оториноларингологической помощи в республике Дагестан».

Объем и структура работы

Диссертация построена по традиционному плану, текст изложен на 364 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений. Библиография включает 265 источников, в том числе 208 отечественных и 57 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 98 таблицами и 67 рисунками.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Оториноларингологическая заболеваемость городского и сельского населения республики Дагестан.
2. Доступность и удовлетворенность населения качеством медицинской помощи как медико-социальная проблема.
3. Взаимосвязь состояния здоровья населения с доступностью

и удовлетворенностью качеством предоставляемых медицинских услуг.

4. Организация медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан.

5. Качество и эффективность оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи оториноларингологическим больным в РД по данным социологических исследований.

6. Обоснование необходимости внедрения универсального аудиологического скрининга в республике Дагестан.

7. Концептуальные подходы к модернизации оториноларингологической помощи в системе здравоохранения Дагестан.

Содержание работы

Программа, объем и методы исследования

В соответствии с поставленными целью и задачами исследование проводилось в период 2007–2014 гг. на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» (ФГБУ НКЦО) (директор – д.м.н., профессор Н.А. Дайхес) и ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России (ректор – д.м.н., профессор Османов А.О.).

Большинство факторов, влияющих на уровень заболеваемости можно представить в виде следующих *факторов*: медико-биологических, социально-гигиенических, клинических и медико-организационных.

Программой данного исследования предусмотрено изучение влияния указанных факторов на частоту и уровень заболеваемости ЛОР-патологией, что нашло выражение в разработанных нами анкетах опроса.

При проведении исследования были использованы как общенаучные, теоретические, так и современные методы. Для достижения цели работы и решения поставленных задач в качестве методологической основы в диссертации применена комплексная методика, включающая следующие *методы исследования*:

– *кластерный метод* (использование статистических материалов, а также получение материалов с интернет-страниц, электронных баз данных и литературных источников);

– *изучение и обобщение опыта*;

– *выборочный метод*, позволяющий распространить результаты, полученные в ходе исследования по части единиц наблюдения на всю совокупность изучаемого объекта при соблюдении репрезентативности выборки;

– *метод системного анализа* полученных материалов и данных, их трактовки и графического оформления;

– *медико-социологический и экспертный методы* (анкетирование пациентов, их родителей и врачей-оториноларингологов);

– *метод логического анализа* особенностей нормативно-правового обеспечения организации оториноларингологической службы в РФ;

– *метод статистической обработки* результатов исследования.

Выбор методов исследования и способов сбора материала определялся поставленными целью и задачами:

– изучение популяций, состоящих на диспансерном учете в республиканских и городских, а также в районных лечебно-профилактических учреждениях;

– анализ течения, распространенности и исходов ЛОР-патологии в динамике;

– выявление факторов риска развития ЛОР-патологии среди населения;

– изучение организационных вопросов деятельности оториноларингологической службы на экспериментальных территориях.

Все направления взаимосвязаны, что и характеризует комплексный системный характер проводимого исследования.

Разработка и внедрение мероприятий по профилактике ЛОР-заболеваний обеспечивают выявление уровня распространенности данной патологии в масштабах всего региона. Поэтому приоритетное значение имеет научно-обоснованная методика, дающая при минимальных затратах сил и средств достоверную информацию. Исходя из этого, в отобранных для исследования экспериментальных базах изучение и анализ заболеваемости проводились методом выборочного наблюдения путем обследования случаев заболеваний, зарегистрированных в период 2008–2012 гг.

Единицами наблюдений были все пациенты, обратившиеся за оториноларингологической помощью и принявшие участие в анкетировании (взрослые пациенты – старше 18 лет; пациенты-подростки – 15–18 лет; пациенты дети (их родители) – 0–15 лет), а

также врачи-оториноларингологи, принявшие участие в анкетировании.

Предметом исследования послужило изучение потребности, доступности и качества оториноларингологической помощи в РД.

Период наблюдения – 2008–2012 гг.

Источники получения информации:

- «Анкета опроса взрослых пациентов»;
- «Анкета опроса пациентов-подростков»;
- «Анкета опроса пациентов-детей»;
- «Анкета опроса врачей-оториноларингологов»);
- статистические сборники Росстата, справочники федеральной службы государственной статистики и справочные материалы Минздрава России и Минздрава РД;
- отчетная документация Минздрава России и Минздрава РД;
- нормативно-правовая документация, регламентирующая оказание оториноларингологической помощи в РФ (стандарты, приказы, информационные письма).

Объектом медико-социологического исследования являлась статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных единиц наблюдения (в проведенном опросе – пациенты и врачи-оториноларингологи).

Среди всех видов опроса было выбрано *анкетирование*, так как оно позволяет получить достоверные результаты и дать оценку профессиональности знаний и компетенции медицинского персонала по изучаемому вопросу. Специальный статистический инструментарий был представлен анкетами для проведения опроса врачей-оториноларингологов ЛПУ РД.

При обработке полученных данных применялись различные математико-статистические методы. Прежде всего, определялись интенсивные и экстенсивные показатели, характеризующие частоту заболеваемости ЛОР-патологией, для чего применялись общепринятые формулы.

При исчислении частоты *первичной заболеваемости* в расчет принимались только впервые зарегистрированные случаи. При расчете показателя *болезненности* в расчет принимались все случаи, состоящие на диспансерном учете.

На заключительном этапе исследования все полученные данные были систематизированы; на основании результатов анализа информации выделены основные проблемы организации оторинола-

рингологической медицинской помощи в РД в современных условиях; разработаны и научно обоснованы предложения по совершенствованию организации оториноларингологической помощи в РД.

В работе применялись *методы математической статистики*. Статистическая обработка результатов исследования и анализируемых данных проведена на персональном компьютере IBM PC/AT с помощью прикладного пакета программ Microsoft Excel и «Statistica 6.0» с вычислением средних величин и средних ошибок, достоверности их различия с помощью критерия Стьюдента (при значении $P < 0,05$).

Результаты собственных исследований и их обсуждение **Медико-демографическая характеристика населения** **республики Дагестан**

Данная работа является первым научным исследованием, посвященным изучению заболеваемости, смертности, распространенности, диагностике и лечению заболеваний ЛОР-органов, а также состояния оториноларингологической службы и помощи в условиях самого южного региона России – республики Дагестан.

Природные и антропогенные элементы экологической системы РД свидетельствуют о неблагоприятности и отягощенности ее, особенно на территории равнинной зоны. На этом фоне отмечается увеличение распространенности курения и приема алкоголя среди населения РД. Причинами, вызывающими смертность населения РД, остаются болезни системы кровообращения (1 место), органов дыхания (2 место) и новообразования (3 место).

Обеспеченность населения доброкачественной питьевой водой является проблемной для РД: наблюдается дефицит питьевой воды и жесткий график ее подачи; низкое качество питьевой воды по санитарно-микробиологическим показателям; недостаточная обеспеченность системой водоснабжения всех регионов РД, что, несомненно, сказывается на состоянии здоровья населения и, в первую очередь, детского.

Население РД «старое» (удельный вес возрастной группы 60 лет и старше составляет 8,4%) (*табл. 1*), отмечается усиленная миграция молодежи из РД в поисках работы; большая часть населения проживает в сельской местности (*табл. 2*).

**Распределение населения РД (%)
по основным возрастным группам в 2010 г.**

Пол/ Возраст	Территория		
	РД	СКФО	РФ
Дети (от 0 до 15 лет)	25.5	18.6	16.1
Мужчины (от 16 до 59 лет)	63.1	61.4	62.3
Женщины (от 16 до 54 лет)			
Мужчины (от 60 лет и старше)	11.4	20.0	21.6
Женщины (от 55 лет и старше)			

Таблица 2

Численность городского и сельского населения РД

Терри- тория	2009		2010		2011		2012	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Город	1 115 779	41.5	1 112 440	41.5	1 159 639	42.4	1 349 116	45.3
Село	1 572 053	58.5	1 587 430	58.5	1 577 674	57.6	1 632 258	54.7
РД	2 687 822	100.0	2 711 670	100.0	2 737 313	100.0	2 981 374	100.0

Основными положительными тенденциями РД в социально-экономической и медико-демографической сферах являются:

– относительно благоприятная демографическая ситуация: высокие показатели рождаемости (18,4‰ в 2012 г.), низкие показатели смертности (5,5‰), высокий естественный прирост населения (12,94‰) и высокая ожидаемая продолжительность жизни при рождении (78 лет);

– большая доля населения трудоспособного (57,9%) возраста.

Проблемными областями, снижающими уровень и качество жизни в республике, являются:

– высокий показатель младенческой смертности (14‰) с худшими показателями по сельским районам;

– высокий показатель безработицы;

– низкий уровень доходов населения;

– неразвитость инфраструктуры сельской местности.

Заболеваемость по обращаемости населения РД

Заболеваемость взрослого населения РД за период наблюдения (2008–2012) характеризуется значительными колебаниями.

Анализ общей и первичной заболеваемости взрослого и детского населения РД позволил вывить ряд закономерностей по сравне-

нию с СКФО и РФ (табл. 3–4):

- более низкие показатели заболеваемости в РД:
 - по болезням с наибольшим вкладом в смертность населения – новообразованиям, болезням системы кровообращения, травмам, несчастным случаям и отравлениям.
- более высокие показатели заболеваемости в РД:
 - по болезням крови и кроветворных органов;
 - по болезням органов пищеварения;
 - по врожденным аномалиям.

Таблица 3

**Заболеваемость по обращаемости ЛОР-болезнями
всего населения РД в 2009–2012 гг. (сл. на 100 000 населения)**

Структура заболеваний	Территория	2009	2010	2011	2012
Болезни уха и сосцевидного отростка	РД	3669,8	3541,3	3086,9	3056,9
	Города	4052,4	3908,0	3082,8	3025,6
	Сёла	3287,1	3174,6	3091,1	3088,1
Хронический отит	РД	571,9	563,3	487,8	478,4
	Города	521,7	538,6	405,3	389,2
	Сёла	622,1	587,9	570,3	567,5
Аллергический ринит	РД	530,2	451,8	354,1	304,3
	Города	496,9	284,4	255,5	240,1
	Сёла	563,4	423,7	419,8	368,5
Хронический фарингит, назофарингит, ринит, риносинусит	РД	1256,6	1151,9	971,7	721,1
	Города	1105,5	1086,7	930,4	889,2
	Сёла	1407,6	1217,1	1013,0	553,0
Хронические болезни миндалин и аденоидов	РД	1499,3	1509,3	1497,9	1439,4
	Города	1556,0	1548,8	1349,4	1320,0
	Сёла	1442,5	1469,7	1646,5	1558,8

Таблица 4

Заболеваемость по обращаемости ЛОР болезнями детского населения РД (0–14 лет) в 2009–2012 гг. (сл. на 100 000 населения)

Структура заболеваний	Территория	2009	2010	2011	2012
Болезни уха и сосцевидного отростка	РД	5881,0	5734,5	4206,5	4585,1
	Города	8347,9	7440,5	3810,8	4442,8
	Сёла	4338,3	4647,7	4466,2	4667,1

Хронический отит	РД	641,9	685,8	652,8	735,2
	Города	548,1	546,6	652,8	735,2
	Сёла	700,6	774,5	775,9	681,2
Аллергический ринит	РД	442,7	440,9	454,2	557,9
	Города	405,2	385,6	379,1	406,3
	Сёла	466,2	476,1	503,5	645,3
Хронический фарингит, назофарингит, ринит, риносинусит	РД	1406,3	1373,3	1423,4	–
	Города	831,3	828,6	839,2	–
	Сёла	1765,9	1720,3	1806,8	–
Хронические болезни миндалин и аденоидов	РД	3404,0	3266,0	3525,5	3308,5
	Города	4023,6	3890,7	3676,3	3697,9
	Сёла	3016,5	2868,1	3426,5	3084,0

В структуре первичной ЛОР-заболеваемости всего населения и отдельно детского населения РД (табл. 5–6) доминируют болезни среднего уха, хронические болезни миндалин и аденоидов.

Таблица 5

Структура первичной ЛОР-заболеваемости (%) всего населения РД с диагнозом, установленным впервые в жизни в 2012г.

Структура заболеваний	РД	Города	Сёла
Болезни наружного уха	16,6	20,7	12,6
Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	38,2	38,5	37,9
в т.ч. хронический отит	11,5	7,6	15,4
Болезни внутреннего уха	0,9	0,7	1,0
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	2,6	2,2	3,0
Аллергический ринит	5,5	4,5	6,5
Хронический фарингит, назофарингит. Ринит, риносинусит	16,4	12,5	20,2
Хронические болезни миндалин и аденоидов	19,9	20,9	18,8
Итого:	100,0	100,0	100,0

Таблица 6

Структура первичной ЛОР-заболеваемости (%) детского населения (0–14 лет) РД с диагнозом, установленным впервые в жизни в 2012 г.

Структура заболеваний	РД	Города	Сёла
Болезни наружного уха	11,6	12,5	10,7
Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	35,6	31,8	39,4
в т.ч. хронический отит	11,1	10,4	11,6
Болезни внутреннего уха	0,8	0,6	1,0
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	1,7	1,2	2,2
Аллергический ринит	4,5	4,9	4,1
Хронический фарингит, назофарингит. Ринит, риносинусит	12,2	7,1	17,3
Хронические болезни миндалин и аденоидов	33,6	42,5	24,7
Итого:	100,0	100,0	100,0

Вместе с тем, среди сельского населения РД выше показатели первичной заболеваемости хроническим отитом, болезнями внутреннего уха, кондуктивной и нейросенсорной тугоухостью, хроническим фарингитом.

Анализ оториноларингологической заболеваемости населения РД позволил установить:

- более высокие показатели ЛОР-заболеваемости среди сельского населения по годам, как среди всего населения, так и среди детского населения;

- более высокие показатели заболеваемости глухотой детей первого года жизни, особенно сельских жителей;

- более высокие показатели первичного выхода на инвалидность по болезням уха и сосцевидного отростка среди сельских жителей, несмотря на положительную динамику в снижении доли детей-инвалидов с болезнями уха и сосцевидного отростка в общей структуре детей-инвалидов.

Организация специализированной

оториноларингологической помощи в республике Дагестан

В РД первичную медико-санитарную помощь населению в 2012 г. оказывали в 56 учреждениях здравоохранения, в том числе: в 36 центральных районных больницах (ЦРБ), 3 межрайонных больницах (МРБ), 113 сельских участковых больницах (СУБ), в 15 городских больницах (ЦГБ), в 19 специализированных диспансерах,

в 218 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях и в 1021 фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП) (табл. 7).

Общий коечный фонд составляет 19 217 коек круглосуточного пребывания и 221 койка дневного пребывания при ЛПУ. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения составляет 63,0; по городам – 88,4, по районам – 42,0 (в РФ – 88,1 на 10 тыс. населения, в СКФО – 76,7). Показатель работы койки в 2012 г. составил 336,6 дня, в том числе по городам – 339,5 дня, по районам – 331,1 дня (по РФ – 325,0). Средняя длительность пребывания больного на койке составила 12,5 дней, в том числе по городам – 12,5, по районам – 12,6 (по РФ – 12,6).

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений – 31 175,9 посещений в смену, что составляет 104,6 в расчете на 10 тыс. населения, в том числе по городам – 17 260,8 посещений (127,9), по районам – 13915,1 посещений в смену (85,2).

Дневные стационары при больничных учреждениях функционируют в 7 городских и республиканских учреждениях на 150 коек и в 9 сельских ЛПУ на 71 койку. Дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют в 22 ЛПУ городской местности на 264 койки и в 7 сельских ЛПУ мощностью на 40 коек.

Врачей всего по РД – 9079, из них: по городам – 3662, по районам – 2586. Обеспеченность врачами основных специальностей в системе Минздрава РД в 2011 г. составила 30,4, врачей на 10 тыс. населения, в том числе: в городах – 27,1 врача на 10 тыс. населения, в сельской местности – 17,5 врачей на 10 тыс. населения.

Средних медработников по республике – 22 808, из них: городам – 7737, по районам – 10733. Обеспеченность средним медперсоналом составила по республике 76,5 специалистов на 10 тыс. населения, в том числе по городам – 57,3 на 10 тыс. населения, по районам – 65,7 на 10 тыс. населения [176].

Первичная медико-санитарная доврачебная медицинская помощь сельскому населению оказывается персоналом ФАПов, которые имеются в каждом населенном пункте в сельской местности, с численностью до 800 человек. В составе ФАПов, как правило, работают фельдшер и санитарка, либо фельдшер, акушерка и медицинская сестра в зависимости от численности прикрепленного населения. ФАПы оснащены всем необходимым медицинским оборудованием для оказания экстренной доврачебной помощи при травмах,

отравлениях и внезапных заболеваниях, а также проведения необходимых лечебных манипуляций, назначенных врачами СУБ или ЦРБ.

Неотложная доврачебная медицинская помощь населению оказывается персоналом ФАПов. После оказания помощи, в случае необходимости, доставка в стационар осуществляется бригадой скорой медицинской помощи.

Таблица 7

Сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РД

Структура ЛПУ	2009	2010	2011	2012
Центральные городские больницы (ЦГБ)	9	10	10	10
Центральные районные больницы (ЦРБ)	36	36	36	36
Межрайонная больница (МРБ)	3	3	3	3
Сельские участковые больницы (СУБ)	103	109	112	113
Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП)	1058	1052	1019	1021
Офисы врачей общей практики	–	–	–	–
Стоматологические поликлиники	10	10	10	10
Дома ребенка	2	2	2	2
Санаторные учреждения	5	5	5	5
Учреждения особого типа	3	3	3	3
Самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения	220	218	218	218
Станции СМП	7	8	8	8
Больничные учреждения	181	191	191	195
Диспансеры	20	19	19	19
Республиканские учреждения	–	–	–	64

Программой модернизации здравоохранения РД, утвержденной постановлением Правительства РД от 15 марта 2011 года № 66-а «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Республики Дагестан на 2011–2012 годы», предусмотрены мероприятия по внедрению стандартов оказания медицинской помощи и по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

В программе модернизации значительное место отводится подготовке кадров и повышению профессионального уровня. За период исследования (2008–2011 гг.) обеспеченность врачами основных специальностей в системе Минздрава РД несколько выросла (с 30,4 на 10 тыс. населения до 33,5), однако, за период 2010–2011 гг. она осталась практически на одном уровне (33,2–33,5). Что касается

сельской местности, то здесь динамика роста более разительна (с 9,8 до 18,3), т.е. практически обеспеченность выросла в 2 раза. Обеспеченность населения оториноларингологами и сурдологами-оториноларингологами в целом по республике также увеличилась (с 0,5 до 0,6). Аналогичная ситуация обстоит и со средним медперсоналом, обеспеченность которым в целом по республике возросла – с 76,5 до 82,8 на 10 тыс. населения, в т.ч. и по сельской местности, где показатели обеспеченности выросли вдвое – с 30,2 до 63,0. Рост укомплектованности специалистами районных ЛПУ, преимущественно за счет молодых специалистов, объясняется программой госгарантий молодым специалистами на селе (согласно Постановлению Правительства РФ), выплатой подъёмных средств в размере 1 млн. рублей на приобретение жилья и т.д. (табл. 8)

Таблица 8

Обеспеченность медицинскими кадрами РД
(на 10 000 населения)

Обеспеченность врачами	2009	2010	2011	2012
Всего врачей по РД	30,4	32,8	33,2	33,5
<i>в т.ч. врачей в сельской местности</i>	9,8	13,6	17,5	18,3
Всего врачей отоларингологов и сурдологов-отоларингологов	0,5	0,5	0,6	0,6
<i>в т.ч. отоларингологов</i>	0,50	0,53	0,53	0,53
<i>в т.ч. сурдологов-отоларингологов</i>	0,01	0,01	0,55	0,55
Всего среднего медперсонала	76,5	79,8	81,3	82,8
<i>в т.ч. среднего медперсонала на селе</i>	30,2	39,5	53,8	63,0

Согласно приведенному материалу в *таблице 9* по вопросу квалификации медицинских кадров, процент категорированности как среди врачей, так и среди средних медицинских работников из года в год увеличивается. Так, за период наблюдения (2009–2012 гг.) несколько вырос показатель среди врачей в целом по РД (с 31,8% до 33,3%) и в 1,5 раза – на селе (с 16,5% до 23,4%). Аналогичная ситуация складывается и в отношении врачей-оториноларингологов и сурдологов-оториноларингологов. Что касается среднего медперсонала, то здесь также отмечается рост процента имеющих квалификационную категорию (с 43,8% до 48,3% в среднем по республике и с 42,8% до 49,4% по районам), однако темпы роста по уровням несколько уступают врачам.

Таблица 9

Квалификация медицинских кадров РД (в %).

Имеют квалификационную категорию	2009	2010	2011	2012
Всего врачи по РД	31,8	31,9	32,8	33,3
<i>в т.ч. врачи в сельской местности</i>	<i>16,5</i>	<i>26,1</i>	<i>26,2</i>	<i>23,4</i>
Всего врачи отоларингологи и сурдологи-отоларингологи	31,3	33,3	34,6	39,5
<i>в т.ч. отоларингологи</i>	<i>30,6</i>	<i>33,1</i>	<i>36,1</i>	<i>39,0</i>
<i>в т.ч. сурдологи-отоларингологи</i>	<i>18,7</i>	<i>20,0</i>	<i>35,3</i>	<i>38,7</i>
Всего средний медицинский персонал	43,8	46,2	47,9	48,3
<i>в т.ч. средний медицинский персонал в сельской местности</i>	<i>42,8</i>	<i>47,2</i>	<i>48,4</i>	<i>49,4</i>

В таблице 10 отражена обеспеченность оториноларингологическими койками в РД.

Таблица 10

Обеспеченность оториноларингологическими койками учреждений здравоохранения, подведомственных Минздраву РД (на 10 000 населения)

Территория	2009	2010	2011	2012
РД	0,7	0,7	0,6	0,5
РФ	1,4	1,3	1,3	1,3

Структурный анализ охвата диспансерным наблюдением больных с ведущими нозологическими формами оториноларингологической патологии (табл. 11) отразил динамику роста выявленных заболеваний при обращениях пациентов в ЛПУ, наряду с выявленными при целевых медосмотрах, с последующим диспансерным контролем, о чем свидетельствуют результаты статистического анализа как в целом по республике по всей ЛОР-патологии в разрезе городской и сельской местности, так и в отдельных нозологических формах оториноларингологической заболеваемости.

Таблица 11

Динамика охвата диспансерным наблюдением ЛОР - больных в зависимости от места проживания в РД (в %)

Нозологические формы и группы болезней	Территория	2009	2010	2011	2012
Болезни среднего уха и сосцевидного отростка	РД	18,8	22,2	22,5	23,1
	Города	15,4	17,9	19,0	20,8
	Сёла	21,9	25,0	24,9	25,3
<i>в т.ч. хронический отит</i>	<i>РД</i>	<i>56,7</i>	<i>57,4</i>	<i>62,4</i>	<i>63,9</i>

	<i>Города</i>	56,5	56,3	65,7	66,1
	<i>Сёла</i>	56,8	58,5	59,1	61,8
Аллергический ринит	РД	41,3	43,9	44,7	45,8
	Города	46,3	48,9	50,4	51,3
	Сёла	36,2	39,4	39,0	40,2
Хронический фарингит, назофарингит, назофарингит, синусит, ринит	РД	35,3	38,6	42,3	42,9
	Города	36,4	40,2	41,8	42,6
	Сёла	36,1	37,1	42,7	43,2
Хронические болезни мин- далин и аденоидов	РД	55,2	55,9	56,9	58,8
	Города	60,5	61,5	62,3	64,1
	Сёла	49,9	50,3	51,5	53,5
Итого с ЛОР-патологией	РД	37,7	40,2	41,6	42,7
	Города	39,7	42,1	43,4	44,7
	Сёла	36,1	37,9	39,5	40,6

Таким образом, в РД создана и осуществляется медицинская помощь населению системой здравоохранения, включающая учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и стационары.

Несмотря на наличие определенных негативных особенностей, влияющих на организацию медико-социальной помощи жителям РД (удаленность и разобщенность населенных пунктов, снижение числа предприятий агропромышленного комплекса, где работала значительная часть трудоспособного сельского населения, проблемы достаточного обеспечения финансовыми средствами учреждений здравоохранения и др.), структура и ресурсное обеспечение лечебно-профилактических учреждений РД позволяют обеспечить достаточный уровень медицинской помощи населению.

Необходимые мероприятия:

⇒ провести инвентаризацию существующих специализированных структур и дать оценку состояния ПМСП и специализированной помощи ЛОР больным;

⇒ определить достаточность существующей нормативной базы для модернизации системы оказания медико-профилактической помощи населению и ЛОР больным;

⇒ на основании результатов проведенного анализа научно обосновать пути совершенствования ПМСП и специализированной помощи ЛОР-больным, предложить организационно-функциональную модель эффективной системы организации.

Установлены положительные закономерности, характеризую-

шие состояние здоровья респондентов из РД по сравнению с другими регионами России: более низкая распространенность поведенческих факторов риска – курения, низкой физической активности среди мужчин; распространенность избыточной массы тела и более высокие показатели хорошей самооценки собственного здоровья.

Вместе с тем, состояние здоровья среди женщин хуже, чем среди мужчин, причем женщины менее активны физически, имея более низкие показатели самооценки. Они также имеют более высокую распространенность хронических заболеваний и инвалидность.

Процедура стандартизации по возрасту обеспечила сопоставимость данных между группами респондентов, проживающих в различных климатогеографических зонах республики. Установлены неблагоприятные тенденции по распространенности потребления алкоголя и курению; по распространенности хронических заболеваний и инвалидности среди жителей горных районов республики. Жители предгорных районов характеризуются наиболее низкой самооценкой здоровья, эта группа лиц чаще других имеет льготы на лекарственное обслуживание. Жители равнинных районов республики характеризуются самой высокой самооценкой своего здоровья.

Среди факторов, способствующих более низкой общей заболеваемости и заболеваемости по отдельным классам болезней в РД, можно выделить следующие:

- низкая распространенность курения среди жителей РД;
- более высокая физическая активность, особенно среди мужчин;
- более низкая распространенность избыточной массы тела и ожирения;
- более высокая самооценка здоровья.

Среди факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья взрослого населения РД, можно выделить следующие:

- более высокая распространенность хронических заболеваний (в 31,1% случаев) и инвалидности (в 11,8% случаев) взрослого населения по сравнению с другими регионами РФ;
- проживание в горных районах республики сопряжено с более высоким потреблением алкоголя и курения, наличием хронических заболеваний и инвалидов;
- женское население республики характеризуется более высокой распространенностью хронических заболеваний и инвалидов по сравнению с мужчинами-дагестанцами.

Обращаемость в целом за оториноларингологической помощью характеризуется следующими особенностями.

- В структуре обращений преобладают заболевания носа (27,1%), уха (23,2%).
- В структуре обращений пожилых (60 лет и старше) преобладают заболевания уха (40,7%), а в структуре молодых возрастных групп (18-29 лет) – заболевания носа (32,2%) и горла (18,2%).
- 72% респондентов сообщили, что они обращаются за медицинской помощью лишь «иногда». Населением широко используются порочные практики «отказа от лечения» и «самолечения» (37,9%), особенно распространенные среди сельского населения. Причинами, побуждающими к самолечению, являются – большая потеря времени при обращении за ЛОР помощью (12,9%) и занятость на работе (7,4%) (особенно актуально для молодых возрастных групп населения); низкая квалификация врачей (4,8%) (особенно актуально для пожилых).
- Практики самолечения сопровождаются выбором населением не лицензированных и не медицинских методов лечения – лечение домашними средствами (49,5%), подбор лекарств по совету друзей и родных (18,4%), по совету работников аптек (13,8%). Такими практиками чаще всего пользуются жители горных и предгорных районов РД.
- При обращении за ЛОР-помощью 40% респондентов не прошли полностью назначенный курс лечения, особенно часто жители горных территорий (в 46% случаев) чаще всего по причине нехватки денежных средств.

Обращаемость за амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощью характеризуется следующими особенностями.

- Обращаемость взрослого населения за амбулаторно-поликлинической ЛОР помощью относительно низкая (среднее число обращений составляет 2,3 обращений в год).
- Наблюдаются случаи недообращения из-за практик «отказа от лечения» и «самолечения», а также по причине низкой доступности для жителей горных территорий (в 11,4% случаев).
- В целом доступность амбулаторно-поликлинических ЛОР услуг населением признается как хорошая: попасть на прием к ЛОР

врачу не трудно, если прийти к началу приема (48,6%), или записаться на прием накануне (21,2%).

Обращаемость за стационарной оториноларингологической помощью характеризуется следующими особенностями.

- Обращаемость населения чрезмерно высокая (в среднем 2 раза в год), обращалось 33,9% респондентов, особенно в старших возрастных группах населения в 63% случаев, что косвенно свидетельствует о том, что в амбулаторно-поликлиническом звене данный вид помощи не был оказан своевременно и качественно.
- Потребность в стационарных ЛОР-услугах также высокая, особенно среди жителей горных и предгорных районов РД.
- При обращении за стационарными ЛОР услугами встречаются практики самостоятельного обращения без направления из ЛПУ и по экстренным причинам, особенно часто среди жителей горных районов.

Установлены *факторы, увеличивающие обращаемость за оториноларингологической помощью в РД:*

- сравнительно короткий период наблюдения пациента в ЛПУ;
- плохие коммунальные условия жизни пациента, ассоциирующиеся с проживанием в сельской местности;
- большой стаж курения;
- тесная зависимость между обращаемостью за амбулаторной ЛОР-помощью и стационарной: чем выше обращаемость за амбулаторно-поликлинической помощью, тем ниже обращаемость за стационарной и наоборот.

Анализ заболеваемости, обращаемости и удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в детском и подростковом возрасте позволил прийти к следующим выводам:

- распространенность вредных привычек (курение и потребление алкоголя) среди родителей опрошенных детей относительно не велика, особенно в горной и предгорной местности;
- распространенность вредных привычек среди детей и подростков ниже, чем по РФ; побудительные мотивы к употреблению алкоголя и наркотических средств такие же, как и в других регионах страны;
- доля детей, имеющих хронические заболевания составляет 7–11%; охват диспансеризацией недостаточный, также как и удовлетворенность ее качеством; в семьях широко используются практики самолечения детей и позднего обращения за медицинской помо-

щью;

- среднее число обращений детей за амбулаторной ЛОР помощью – 3 раза в год, за стационарной – 2,5 раза в год;

- удовлетворенность работой ЛОР-врачей высокая с наилучшими показателями в низменной и предгорной частях республики;

- большинство родителей удовлетворены работой ЛПУ; самая низкая удовлетворенность – по системе записи в поликлинику, времени ожидания приема врача.

- удовлетворенность работой медицинских сестер относительно низкая по профессиональному уровню и вниманию к пациентам.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что по отдельным аспектам организации работы в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях РД достигнуты хорошие результаты. В первую очередь по таким, как время, уделяемое врачом пациенту, получение диагностических услуг, возможность попасть на прием к врачу терапевту или специалисту, система записи.

Можно говорить о том, что мужчины, молодые, люди с высоким уровнем образования более удовлетворены работой медицинских учреждений в РД, чем представители других социальных групп.

Низкие показатели удовлетворенности организацией работы в ЛПУ связаны с «возможностью дозвониться в поликлинику», «обслуживанием на дому», «обеспеченностью оборудованием в поликлинике», «близостью поликлиники», «расписанием работы врачей». При этом чаще всего не удовлетворены пожилые, сельские жители из предгорных и горных районов РД. Поскольку пожилые люди и жители сельских районов не всегда имеют возможность воспользоваться дорогостоящими частными медицинскими услугами, государственные бесплатные службы являются единственным доступным местом первичной медицинской помощи для данных слоев населения. Таким образом, доступность медицинских услуг особенно для данных категорий населения является гарантом справедливости и равенства всех граждан в сфере здравоохранения.

Наши результаты свидетельствуют о том, что оценка качества организации медицинских услуг в РД и удовлетворенность населения работой медицинского персонала поликлиник систематически взаимосвязаны. Клиенты, которые удовлетворены работой врачей, медицинских сестер и других специалистов поликлиники, высоко оценивают работу поликлиники в целом. Опираясь на полученные результаты, мы можем говорить о том, что основа поликлиники –

это ее сотрудники. Именно на персонале лежит ответственность за создание комфортной атмосферы для клиентов.

Несмотря на то, что в исследовании была выявлена значительная удовлетворенность населения профессиональным уровнем ЛОР-врачей, специалистов и медицинских сестер и особенно знанием отоларингологами современных лекарств, в тоже время получила критику недостаточность знаний условий жизни пациента. Как показывают результаты многочисленных международных исследований, от обходительности медперсонала с пациентами в процессе оказания услуг, от взаимоотношений, складывающихся между врачом и пациентом, в значительной степени зависит удовлетворенность пациентов работой медицинских служб. Если врач и медицинская сестра не знакомы в достаточной степени с условиями жизни пациента или не учитывают точку зрения пациента, позитивные взаимоотношения и эффективная коммуникация между профессионалом и клиентом сформироваться не могут. Основываясь на результатах нашего исследования, мы можем говорить о том, что качество первичных медицинских услуг может быть улучшено путем повышения коммуникационных способностей ЛОР врачей, медицинских сестер. Необходимо организовать работу врачей таким образом, чтобы избежать их чрезмерной перегруженности работой с документацией, тем самым, высвободив время для взаимодействия с пациентом.

В случае получения медицинской услуги неудовлетворительного качества, жители РД чаще всего идут в другое медицинское учреждение, меняют врача и очень редко обращаются в страховую организацию, однако многие не знают, что делать в подобной ситуации. Среди них больше мужчин, лиц с начальным и неполным средним образованием.

Работа в отмеченных выше направлениях будет способствовать повышению степени удовлетворенности пациентов условиями и качеством медицинских услуг в РД, что поможет улучшить результаты лечения, а также даст возможность уменьшить экономические затраты в данной сфере.

Организация универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в РД.

Сохранение тенденции к росту числа детей с тугоухостью и глухотой на фоне уменьшения младенческой смертности от перина-

тальных причин выдвигает на одно из первых мест решение проблемы ранней диагностики патологии слуха.

С ноября 2007 г. ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» совместно с руководством территориальных органов здравоохранения начал внедрение методики универсального аудиологического скрининга в пилотных регионах Российской Федерации в рамках Федеральной целевой программы «Дети России» на 2007–2010 гг., с 2009 г. в рамках ПНП «Здоровье» эта работа была распространена на все регионы РФ.

Для оценки качества проведения аудиологического скрининга нами были разработаны следующие *индикаторы*:

- 100%-ый охват скринингом в возрасте до 3-х месяцев (по отношению ко всем новорожденным);
- доля ложноположительных результатов;
- доля глухих и слабослышащих детей, поставленных на учет в возрасте до 3-х месяцев.
- индикаторы качества в части организации скрининга в ЛПУ, территории, области (критерии отбора учреждений, потоки, показатели функционального и технического оснащения).
- «диагностический аудит» – стандартизация скрининговых процедур и приборного оснащения; диагностический аудит включал также выявление и исключение систематических ошибок при сборе и передаче данных.

Предложенная нами методика аудиологического скрининга основана на проведении объективных аудиологических исследований – регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ) на первом этапе и комбинации методов регистрации отоакустической эмиссии и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) – на втором.

За счёт полноценного двухэтапного аудиологического скрининга достигается 100%-ная выявляемость нарушений слуха у новорожденных и детей первого года жизни. С учётом раннего вмешательства и начала реабилитации это позволяет максимально эффективно социально адаптировать таких детей в обществе.

Повсеместное внедрение программы аудиологического скрининга новорожденных (на уровне роддомов, начиная с первых дней жизни новорожденных) является одним из ключевых аспектов адекватной реабилитации пациентов с тугоухостью и глухотой.

Для единой последипломной подготовки специалистов сурдологов-оториноларингологов, работающих в ЛПУ Минздрава России и других ведомствах разработана *программа тематического усовершенствования по направлению «Аудиологический скрининг новорожденных»*.

За 2009–2013 гг. в республике Дагестан проведено обучение аудиологическому скринингу 92 специалиста (*табл. 12*).

Таблица 12

Год	2009	2010	2011	2012	2013
Количество курсантов	17	30	21	12	12
Всего	92				

Определены основные *критерии отбора медицинских учреждений* для проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни.

Базовыми принципами, лежащими в основе отбора медицинских учреждений, являются следующие.

- Знание особенностей административно-территориального деления территории, позволяющие:
 - достичь максимального охвата всех новорожденных универсальным аудиологическим скринингом;
 - обеспечить доступность скрининга для различных групп населения, в том числе и для проживающих в отдаленных сельских районах.
- Общее число новорожденных за год и особенности их распределения по территории.
- Распределение потоков новорожденных между учреждениями родовспоможения, детскими учреждениями и сурдоцентрами на основании апробации системы в пилотных регионах:
 - анализ частоты выявления патологии по результатам первого этапа аудиологического скрининга;
 - расчет минимально необходимых потребностей в приборном оснащении различных типов учреждений, входящих в систему аудиологического скрининга, учитывающем распределение реальных потоков новорожденных между ними;
 - расчет потребностей в дополнительном кадровом обеспечении (с учетом реальных объемов нагрузки, которые лягут на учреждения родовспоможения, детские поликлиники и сурдологические

центры).

- Знание особенностей существующих на территориях сетей учреждений родовспоможения, детства и сурдологической помощи:
 - с учетом их территориального размещения;
 - с учетом мощности ЛПУ, оснащенности, укомплектованности кадрами, наличием помещений, компьютеризацией;
 - с учетом реальных потоков новорожденных, проходящих через ЛПУ в течение года;
 - расчет потребностей в функциональном и техническом обеспечении ЛПУ, формирующих систему универсального аудиологического скрининга, также связан с определением приоритетов.

К числу приоритетных задач относятся:

- внедрение системы универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни, соответствующего современным стандартам качества в области диагностики нарушений слуха;
- адекватное задачам современное техническое оснащение ЛПУ;
- обучение персонала.

Анализ результатов, полученных при аудиологическом скрининге в аспекте климатогеографических зон проживания, показал, что наибольший процент охвата новорожденных аудиоскринингом приходится на предгорье (98,6%) при минимальном удельном весе выявленных новорожденных с подозрением на нарушение слуха (2,08%). В горах при наименьшем количестве новорожденных в целом и обследованных в данной когорте удельный вес новорожденных с подозрением на нарушение слуха был максимальным (4,72%), что также свидетельствует о не всегда доступном и некачественном наблюдении врачами на дородовом этапе.

Охват новорожденных аудиологическим скринингом в РД увеличился с 96,8% в 2010 г. до 99,1% в первом полугодии 2014 г.

Перспективы модернизации оториноларингологической службы республики Дагестан

В РФ, в том числе в регионах, уже на протяжении более 20 последних лет оториноларингологическая служба и все обеспечиваемые ею функции находятся в стадии медленных изменений без ясно и четко поставленных целей и задач преобразования и адаптации их

к условиям рыночных отношений.

По нашему мнению существует 6 основных проблем, от которых зависит эффективность работы оториноларингологической службы и которые должны быть решены для реформирования и совершенствования оториноларингологии в РД (рис. 1).



Рис. 1. Основные проблемы оториноларингологической службы

С учетом мирового опыта, особенностей нашей страны, накопленного за годы советской власти и последние 20 лет положительного и отрицательного опыта можно определить условия и далее сформулировать модель (модели) развитие отечественной оториноларингологии как совокупности предложений для разработки, обсуждения поисков дополнительных решений. Итогом всей этой работы должны стать одна или несколько моделей, одобренных оториноларингологической ассоциацией, соответствующих Российскому законодательству, мировому опыту, подходящих для условий России и исключающих уже сделанные и накопленные ошибки. В формировании такой модели должна быть оформлена идеология оториноларингологической ассоциации России и представлены цель и задачи ее работы (рис. 2).



Рис. 2. Компоненты модели развития отечественной оториноларингологии

Понятие ЛПУ подразумевает не абсолютную, но известную ограниченность ареала оказания медицинской помощи, определяет категории охвата населения (в сравнении с несопоставимо более сложной проблемой оказания диагностической помощи, к примеру, сельскому населению, либо населению, живущему в отдаленных местностях). Естественно, при этом реже возникают проблемы, связанные с транспортом, а при использовании стационарозамещающих технологий – с проживанием и питанием пациентов.

Учитывая, что вопросы доступности и качества медицинской

помощи, как правило, вызывают основные нарекания и недовольство населения, совместная профессиональная деятельность администрации, статистиков, юристов и других специалистов, направленная на формирование информационной среды по принципу обратной связи с пациентами и персоналом учреждения, должна рассматриваться в настоящее время одной из главных организационных технологий решения данных вопросов.

Поскольку подавляющее большинство обращений в ЛПУ является «опосредованным» работниками других медицинских учреждений, особое внимание в работе ЛПУ должно уделяться вопросам этико-правового регулирования коллегиальных отношений.

Разнообразие моделей правоотношений, возникающих в работе ЛПУ между персоналом и пациентами или их законными представителями, предполагает принятие административных решений по разработке соответствующей специфики учреждения локальной нормативной документации и организационных технологий регулирования этих отношений.

Поскольку и сам пациент, и направляющие лечебно-профилактические учреждения должны знать, «из чего» они могут выбирать, одной из определяющих организационных технологий здесь является технология информационная. С этой целью в качестве одной из первоочередных рекомендаций следует назвать обязательное информирование ЛПУ обслуживаемой территории о видах, объемах, характере и сроках проведения в соответствующих диагностических центрах консультативно-диагностических исследований, порядке направления пациентов и др.

Проведенное исследование позволило обосновать следующие основные условия улучшения доступности и качества оториноларингологической помощи в работе ЛПУ.

1. Оснащенность и своевременная реновация медицинского оборудования ЛПУ, при этом особое внимание должно уделяться вопросам его изношенности и обслуживания.

2. Высокий профессионализм врачей-оториноларингологов и организация постоянного повышения его квалификации; материальное и моральное поощрение научного роста врачей и среднего медицинского персонала.

3. Создание условий для внедрения в работу учреждения новых методов и организационных форм в области диагностики и лечения.

4. Учет климатогеографических, транспортных, национальных

условий и особенностей региона, направленный на более точное определение потребности населения в оториноларингологической помощи.

5. Формирование положительной психоэмоциональной среды и решение вопросов комфортности пребывания пациентов и сопровождающих их лиц в учреждении здравоохранения.

6. Информирование персонала и пациентов по вопросам современного правового статуса пациента и врача с целью предупреждения этического-правовых конфликтов.

7. Возможность проведения на базе ЛПУ дополнительных к основным видам профессиональной деятельности (краткосрочное пребывание для прооперированных больных).

8. Взаимодействие с другими ЛПУ, направленное на более эффективное использование ресурсов, связанное с уменьшением обращений по поводу рутинных исследований, улучшение преемственности в оказании медицинской помощи и т.д.

Постоянное внимание к этим вопросам в ЛПУ позволит добиться высокого уровня доступности и качества медицинской помощи, существенно увеличив пропускную способность ЛПУ, комплексность проводимого исследования, частоту раннего выявления заболеваний.

Выводы

1. Основная положительная тенденция республики Дагестан в социально-экономической и медико-демографической сфере – относительно благоприятная демографическая ситуация, которая характеризуется:

- высокими показателями рождаемости (18,3‰);
- низкими показателями смертности (5,5‰);
- положительным приростом населения (+12,8‰);
- высокой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (78 лет);
- большой долей трудоспособного населения (57,9%).

Проблемными областями, снижающими уровень и качество жизни в республике, являются:

- высокий показатель младенческой смертности (14‰) с наихудшими показателями по сельским районам;
- высокий уровень безработицы;
- низкий уровень доходов населения;

– недостаточная развитость инфраструктуры сельской местности.

2. Анализ оториноларингологической заболеваемости населения республики Дагестан позволил установить:

– более высокие показатели заболеваемости среди сельского населения, как взрослого, так и детского;

– более высокие показатели заболеваемости глухотой детей первого года жизни, особенно среди сельских жителей;

– более высокие показатели первичного выхода на инвалидность по болезням уха и сосцевидного отростка среди сельских жителей (несмотря на положительную динамику в снижении доли детей-инвалидов с болезнями уха и сосцевидного отростка в общей структуре детей-инвалидов).

3. Несмотря на наличие определенных негативных особенностей, влияющих на доступность и своевременность оказания качественной лечебно-диагностической помощи, в том числе специализированной, особенно жителям сельской местности, структура и ресурсное обеспечение ЛПУ республики Дагестан позволяют обеспечить достаточный уровень медицинской помощи населению, для чего необходимо:

– провести инвентаризацию существующих специализированных структур и дать оценку состояния первичной медико-санитарной и специализированной помощи оториноларингологическим больным;

– определить достаточность существующей нормативной базы для модернизации системы оказания медико-профилактической помощи населению и оториноларингологическим больным;

– научно обосновать пути совершенствования первичной медико-санитарной и специализированной помощи оториноларингологическим больным на основании результатов проведенного анализа, предложить организационно-функциональную модель эффективной системы организации.

4. Обращаемость за оториноларингологической помощью в целом характеризуется следующими особенностями:

– в структуре обращений преобладают заболевания носа (27,1%) и уха (23,2%);

– в структуре обращений пожилых пациентов (60 лет и старше) преобладают заболевания уха (40,7%), а в структуре молодых воз-

растных групп (18–29 лет) – заболевания носа (32,2%) и глотки (18,2%);

– 72% респондентов сообщили, что они обращаются за медицинской помощью лишь «иногда»; широко используются порочные практики «отказа от лечения» и «самолечения» (37,9%), особенно распространенные среди сельского населения; причины, побуждающие к самолечению, – большая потеря времени при обращении за оториноларингологической помощью (12,9%) и занятость на работе (7,4%) (актуально для молодых пациентов), низкая квалификация врачей (4,8%) (актуально для пожилых пациентов);

– при обращении за оториноларингологической помощью 40% респондентов не проходили полностью назначенный курс лечения, особенно часто – жители горных территорий (в 46% случаев), чаще всего по причине нехватки денежных средств.

Обращаемость за амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощью характеризуется следующими особенностями:

– обращаемость взрослого населения за амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощью относительно низкая (среднее число обращений – 2,3 в год);

– наблюдаются случаи недообращения из-за практик «отказа от лечения» и «самолечения», а также по причине низкой доступности для жителей горных территорий (11,4%);

– в целом доступность амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощи населением признается как хорошая.

Обращаемость за стационарной оториноларингологической помощью характеризуется следующими особенностями:

– обращаемость населения высокая (в среднем 2 раза в год), что косвенно свидетельствует о том, что в амбулаторно-поликлиническом звене данный вид помощи не был оказан своевременно и качественно;

– потребность в стационарной оториноларингологической помощи также высокая, особенно среди жителей горных и предгорных районов.

Установлены факторы, увеличивающие обращаемость за оториноларингологической помощью:

– сравнительно короткий период наблюдения пациента в ЛПУ;
– плохие коммунальные условия жизни пациента, ассоциирующиеся с проживанием в сельской местности;

- большой стаж курения;
- тесная зависимость между обращаемостью за амбулаторной оториноларингологической помощью и стационарной: чем выше обращаемость за амбулаторно-поликлинической помощью, тем ниже обращаемость за стационарной и наоборот.

5. Проведенный анализ свидетельствует о том, что по отдельным аспектам организации работы в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях республики Дагестан достигнуты хорошие результаты, в первую очередь по таким, как:

- время, уделяемое врачом пациенту;
- профессиональный уровень врачей-оториноларингологов;
- получение диагностических услуг;
- возможность попасть на прием к врачу-специалисту;
- система записи.

Респонденты молодых возрастных групп, население мужского пола, а также лица с высоким уровнем образования более удовлетворены работой медучреждений, чем представители других социальных групп.

В случае неудовлетворительности качеством медицинских услуг жители чаще всего обращаются в другое учреждение или меняют врача и очень редко обращаются в страховую организацию.

6. Разработаны программа и методика для мониторингования и анализа качества и эффективности оказания оториноларингологической помощи населению республики Дагестан. При разработке и обосновании программы учитывалось состояние здоровья населения, соотношение заболеваемости, смертности, потребности в специализированной медицинской помощи при обращаемости к специалистам в амбулаторно-поликлинические учреждения и структуры коечного фонда, а также уровня доступности медицинской помощи.

7. Внедрена методика универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни на территории республики Дагестан. Охват новорожденных аудиологическим скринингом увеличился с 96,8% в 2010 г. до 99,1% в 2013 г.

8. Предложен комплекс организационных мероприятий по совершенствованию системы оказания оториноларингологической помощи в республике Дагестан. Обоснованы основные условия улучшения доступности и качества оториноларингологической помощи в работе ЛПУ:

– оснащенность и своевременная реновация медоборудования ЛПУ (при этом особое внимание должно уделяться вопросам его изношенности и обслуживания);

– высокий профессионализм врачей-оториноларингологов и организация постоянного повышения его квалификации; материальное и моральное поощрение научного роста врачей и среднего медперсонала;

– создание условий для внедрения в работу ЛПУ новых методов и организационных форм в области диагностики и лечения;

– учет климатогеографических, транспортных условий и особенностей региона, направленный на более точное определение потребности населения в оториноларингологической помощи;

– взаимодействие с другими ЛПУ, направленное на более эффективное использование ресурсов, связанное с уменьшением обращений по поводу рутинных исследований, улучшение преемственности в оказании медицинской помощи.

Практические рекомендации

1. С целью повышения доступности оториноларингологической помощи жителям отдаленных населенных пунктов и рационального использования рабочего времени врачей в оториноларингологических отделениях (кабинетах) сельских центральных районных больниц необходимо организовать дифференцированный прием. Рекомендовано вести прием жителей отдаленных сел в утренние часы, а во второй половине дня – принимать пациентов из районного центра и близлежащих сел.

2. Изучение нагрузки врачей-оториноларингологов по сезонам года показало, что наименьшая загруженность врачей наблюдается в весеннее время. В связи с этим рекомендуется планировать профилактическую работу именно на этот период. Это необходимо учитывать и при составлении плана повышения квалификации врачей-оториноларингологов и среднего медицинского персонала.

3. В условиях страховой медицины необходимо организовать подготовку районных оториноларингологов в качестве врачей-экспертов для регулярного проведения ведомственного контроля качества оказания оториноларингологической помощи сельскому населению.

4. Программу повышения квалификации сельских врачей-оториноларингологов необходимо составлять с учетом особенно-

стей их работы в сельской местности.

5. Разработка перспективной модели оториноларингологической службы должна осуществляться на основе системного подхода к оценке оториноларингологических аспектов здоровья населения с использованием демографических данных, данных об оториноларингологической заболеваемости, развитии инвалидности, обусловленной оториноларингологической патологией.

6. Важная роль при формировании перспективной модели оториноларингологической службы отводится анализу деятельности оториноларингологических лечебно-профилактических учреждений. При этом особое внимание следует уделять определению эффективности использования ресурсов, оценке качества оториноларингологических услуг с учетом мнения пациентов и объективных оценок качества оториноларингологической помощи.

7. Формирование перспективной модели оториноларингологической службы целесообразно осуществлять путем определения реальной потребности населения в оториноларингологической помощи с последующей разработкой механизма, обеспечивающего удовлетворение этой потребности путем совершенствования управления и планирования, координации планирования и финансирования, разработки и внедрения инновационных технологий организации оториноларингологической помощи, повышения профессионального потенциала врачей-оториноларингологов на базе внедрения новых технологий оказания оториноларингологических услуг, оптимизации законодательной деятельности, совершенствования ресурсного и лекарственного обеспечения, повышения эффективности управления обеспечением качества оториноларингологической помощи.

8. В целях получения объективной и достоверной информации о потребности населения крупного города в оториноларингологической помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения различных организационно-правовых форм, целесообразно регулярно проводить социологические опросы потребителей медицинских услуг. Для комплексной оценки потребности наряду с результатами анкетирования пациентов следует учитывать данные официальной статистической отчетности об объемах оказанной медицинской помощи, уровне обращаемости за платными медицинскими услугами и данные экспертных оценок показанности и обоснованности медицинских услуг.

9. Для повышения доступности и качества оказания оториноларингологической помощи в ЛПУ необходимо комплексное проведение следующих мероприятий с оценкой их эффективности:

- разработка таблиц оснащенности ЛПУ необходимым оборудованием;
- обеспечение постоянного повышения квалификации врачей-оториноларингологов и среднего медицинского персонала;
- усиление заинтересованности во внедрении в работу учреждения новых методов диагностики и лечения;
- изучение потребностей населения в оториноларингологической помощи с учетом особенностей региона;
- проведение учреждением разумной ценовой политики при оказании платных услуг;
- информирование персонала и пациентов о вопросах современного правового статуса пациента и врача с целью предупреждения этико-правовых конфликтов;
- отработка взаимодействия с другими ЛПУ.

Список научных трудов, опубликованных по теме диссертации

1. Джамалудинов Ю.А. Значение антиген-специфического гуморального иммунного ответа у часто болеющих детей с патологией ЛОР-органов и комплексной оценке клинико-иммунологического статуса /Ю.А. Джамалудинов, Х.Г. Махачева // Российская оториноларингология: Материалы III конференции ЮФО. - С.-Петербург, -2008. -№ 5(36). - С.34-37.
2. Махачева Х.Г. Возрастные изменения слуха у лиц пожилого и старческого возраста / Х.Г. Махачева // Здоровье пожилого пациента. Состояние и пути совершенствования гериатрической помощи: Материалы Всероссийской конференции гериатров. - Махачкала, - 2008. - С.346-350.
3. Махачева Х.Г. Клиническое течение и результаты лечения воспалительных заболеваний ЛОР-органов у лиц пожилого и старческого возраста Здоровье пожилого пациента /Т.М. Серажева, Х.Г. Махачева // Состояние и пути совершенствования гериатрической помощи: Материалы Всероссийской конференции гериатров. -Махачкала, -2008. -С.364-368 .

4. Джамалудинов Ю.А. Состояние местного клеточного иммунитета у часто болеющих детей с аденоидными вегетациями II-III степени в зависимости от длительности заболевания / Ю.А. Джамалудинов, Х.Г. Махачева, И.И. Нажмудинов // Материалы конференции. «Актуальные вопросы оториноларингологии». – Москва, -2008. -С.15-17.
5. Джамалудинов Ю.А. Комплексная оценка состояния системного и местного иммунитета у часто болеющих детей с патологией ЛОР-органов / Ю.А. Джамалудинов, Х.Г. Махачева, П.Ю. Амирова // Материалы III научно-практической конференции оториноларингологов Центрального федерального округа РФ. «Актуальное в оториноларингологии». – Москва, -2009. -С.243-244.
6. Серажева Т.М. О некоторых аспектах оториноларингологической помощи пожилым пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях /Т.М. Серажева, Х.Г. Махачева // Особенности здоровья пожилых. Организационные аспекты гериатрической помощи: Материалы 2-й Всероссийской конференции гериатров. - Махачкала. -2010. - С.191 -196 .
7. Махачева Х.Г. Характеристика исследования слуха при комплексном аудиологическом и генетическом скрининге новорожденных (по материалам Республики Дагестан) /Х.Г. Махачева, Ю.А. Джамалудинов, С.Г. Хабибов // Материалы I Петербургского Форума оториноларингологов России. - С.-Петербург, -2012. том II. -С.273-275.
8. Махачева Х.Г. Комплексный аудиологический и генетический скрининг новорожденных. Complex audiologic and genetic screening of newborns / Х.Г. Махачева, Ю.А. Джамалудинов, Р.С. Шамсудинов, С.Г. Хабибов //XXXI Всемирный конгресс аудиологов. XXXI World Congress of Audiology: Тез. докл. -М., - 2012. -С.127.
9. Махачева Х.Г. Оценка обеспеченности, доступности, качества и эффективности оказания оториноларингологической помощи детям и подросткам в Республики Дагестан по данным социологического опроса / Х.Г. Махачева, Н.А. Дайхес, Л.М. Асхабова // Российская оториноларингология. - С.-Петербург, -2013. -№ 3(64). -С.109-115.
10. Махачева Х.Г. Эффективность лечения оториноларингологических больных в Республики Дагестан на различных

этапах оказания медицинской помощи /Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова // Российская оториноларингология. - С.-Петербург, -2013. - №5(66). -С.72-77.

11. Махачева Х.Г. Результаты проведения комплексного аудиологического и генетического скрининга новорожденных в Республики Дагестан /Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова // Российская оториноларингология. -С.-Петербург, -2013. -№ 6(67). -С.96-98 .
12. Махачева Х.Г. Оториноларингологическая заболеваемость и инвалидность городского и сельского населения Республики Дагестан /Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова // Российская оториноларингология. -С.-Петербург, - 2014. -№ 3(70). -С.84-88 .
13. Махачева Х.Г. Сравнительная характеристика аудиологических скрининговых исследований у новорожденных / Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова, Н.А. Дайхес // Голос и речь. - М., -2014. - №2 (12). -С.5-11 .
14. Махачева Х.Г. Влияние модернизации здравоохранения и диспансеризации населения на современное состояние оториноларингологии в Республики Дагестан /Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова, Н.А. Дайхес // Здравоохранение Российской Федерации. -М., - 2014. - № 2. -С.18-20.
15. Махачева Х.Г. Некоторые аспекты первичной заболеваемости детского населения Республики Дагестан / Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова // Вопросы практической педиатрии. -М., - 2014г. -Том.9. -№ 3. -С.73-75.
16. Махачева Х.Г. Методика и программа исследования по изучению распространённости оториноларингологической патологии в Республике Дагестан /Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова // Здравоохранение Российской Федерации. -М., - 2014. - №5. - С.18-21.
17. Махачева Х.Г. Анализ оториноларингологической заболеваемости сопутствующей соматической патологии у населения пожилого и старческого возраста /Х.Г. Махачева, Л.М. Асхабова, Т.М.Серажева //Российская оториноларингология. -С.-Петербург, -2014. - №4. -С.66-75 .
18. Алиев Р.Г. Сестринское дело в хирургии: учебно-методическое пособие для факультета высшего сестринского медицинского образования / Р.Г. Алиев, Р.М.,Газиев, З.В. Курбанова, Х.Г.

- Махачева, Х.З. Омарова и др. - Махачкала: Лотос, -2010. -В 2-х ч. -Ч.2. -320с.
19. Дайхес Н.А. Универсальный аудиологиический скрининг новорожденных и детей первого года жизни: методические рекомендации / Н.А. Дайхес, С.В. Яблонский, А.В. Пашков, Х.Г. Махачева, И.В. Наумова. -М.: Аргумент-Полиграф. -2012. -34с.
 20. Махачева Х.Г.Маркетинг в здравоохранении: учебно-методическое пособие /Х.Г. Махачева. - Кисловодск: КИЭП. - 2012. -82с.
 21. Махачева Х.Г. Бюджетно-страховая медицина: курс лекций /Х.Г. Махачева. -Кисловодск: КИЭП. - 2012. -62с.
 22. Махачева Х.Г. Менеджмент в здравоохранении: учебно-методическое пособие /Х.Г. Махачева. - Кисловодск: КИЭП. - 2013. -66с.
 23. Махачева Х.Г. Стратегия социального управления: учебно-методическое пособие / Х.Г. Махачева. - Кисловодск: КИЭП. - 2014. -86с.
 24. Махачева Х.Г. Состояние ЛОР-помощив республике Дагестан и перспективы еёразвития (результаты широкомасштабных эпидемиологических исследований) /Х.Г. Махачева, Ю.А. Джамалудинов, С.Г. Хабибов // Материалы межрегиональной (СКФО и ЮФО) научно-практической конференции «Санаторно-курортное лечение и реабилитация в оториноларингологии» - Пятигорск. -2014. -С. 4.

Список сокращений

ДРКБ – детская республиканская клиническая больница
ЗВУТ – заболеваемость с временной утратой трудоспособности
КСВП – коротколатентные слуховые вызванные потенциалы
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
ОАЭ – отоакустическая эмиссия
ПМСП – первичная медицинская помощь
РД – республика Дагестан
РКБ – республиканская клиническая больница
СКФО – Северокавказский федеральный округ
УБ – сельские участковые больницы
ЦГБ – Центральные городские больницы
ЦРБ – Центральные районные больницы
ЮФО – Южный федеральный округ