

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное медико-биологическое агентство

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

Диссертация

на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научные консультанты:
доктор медицинских наук,
профессор Н.А. Дайхес
доктор медицинских наук,
профессор Л.М. Асхабова

Москва–2015

Оглавление

Список принятых сокращений	5
Введение.....	6
Глава 1. Обзор литературы. Особенности формирования заболеваний ЛОР-органов в современных условиях и пути совершенствования оториноларингологической помощи.....	18
1.1. Распространенность заболеваний ЛОР-органов	22
1.2. Распространенность нарушений слуха.....	29
1.3. Основные звенья этиологии и патогенеза тугоухости.....	36
1.4. Лечение и реабилитация оториноларингологических больных	39
1.5. Организация работы аудиологического скрининга	43
1.6. Особенности системы здравоохранения в республике Дагестан	47
Резюме к главе 1.....	55
Глава 2. Программа, объем и методы исследования	57
2.1. Особенности изучения совокупности: методика и программа исследования.....	57
2.2 . Объект исследования и методы сбора информации	63
2.3. Методика анализа первичной документации.	68
2.4. Особенности обработки статистического материала	70
Резюме к главе 2.....	71
Глава 3. Медико-демографическая характеристика населения республики Дагестан.....	73
3.1. Природно-климатические особенности жизни населения республики Дагестан	73
3.2. Социально-экономическое положение республики Дагестан	77
3.3. Численность и естественное движение населения республики Дагестан	80
Резюме к главе 3.....	87
Глава 4. Заболеваемость по обращаемости населения республики Дагестан	88
4.1. Заболеваемость населения республики Дагестан.....	88
4.1.1. Первичная заболеваемость детского и взрослого населения (с диагнозом, установленным впервые в жизни).....	93
4.2. Оториноларингологическая заболеваемость городского и сельского населения республики Дагестан.....	103
Резюме к главе 4.....	110
Глава 5. Организация специализированной оториноларингологической помощи в республике Дагестан	111
5.1. Организация медицинской помощи населению республики Дагестан	111
5.2. Нормативно-методическое обеспечение оказания медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан	116
5.3. Организация медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан	119
5.4. Эффективность лечения оториноларингологических больных в	

республике Дагестан на различных этапах оказания медицинской помощи	126
5.5. Качество и эффективность оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан (по данным социологических исследований).....	133
5.5.1. Характеристика выборки взрослого населения, условий их проживания в зависимости от пола и климатогеографических зон проживания в республике Дагестан.....	135
5.5.2. Поведенческие факторы риска и самооценка здоровья в зависимости от пола и региона проживания в республике Дагестан.....	138
5.5.3. Обращаемость взрослого населения за лечебно-профилактической помощью в зависимости от пола и региона проживания в республике Дагестан	146
5.5.4. Отношение населения республики Дагестан к предоставляемым амбулаторным и стационарным услугам и их качеству	169
5.5.5. Оценка состояния здоровья детей и подростков, организации медицинской помощи и качества ее оказания детям и подросткам в РД по данным опроса	194
Резюме к главе 5.....	218
Глава 6. Организация универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в республике Дагестан.....	224
6.1. Обоснование необходимости совершенствования организации медицинской помощи пациентам с врожденной тугоухостью. Организация работы аудиологического скрининга	224
6.2. Разработка и внедрение инновационной системы универсального двухуровневого скрининга	227
6.3. Разработка методического обеспечения. Методика проведения аудиологического скрининга.....	229
6.4. Разработка нормативного обеспечения по организации аудиологического скрининга.....	244
6.5. Разработка системы обучения медицинского персонала	244
6.6. Базовые принципы и критерии отбора учреждений для проведения универсального аудиологического скрининга в пилотных регионах	248
6.7. Сравнительный анализ результатов аудиологических скрининговых исследований у новорожденных (по материалам медучреждений республики Дагестан).....	252
6.7.1. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2010 год.....	253
6.7.2. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2011 год.....	254
6.7.3. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2012 год.....	258
6.7.4. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2013 год.....	260
6.7.5. Анализ результатов аудиологического скрининга за первое полугодие 2014 года	262
6.8. Анализ экспертного мнения специалистов по вопросам организации и проведения аудиологического скрининга	263
Резюме к главе 6.....	267
Глава 7. Перспективы модернизации оториноларингологической службы республики Дагестан.....	270
7.1. Концептуальные подходы к модернизации оториноларингологической помощи в системе здравоохранения республики Дагестан	270
7.2. Основные подходы и требования к формированию системы	

обеспечения качества оториноларингологической помощи	287
7.3. Пути укрепления кадрового и материально-технического обеспечения оториноларингологической службы в республике Дагестан	293
Резюме к главе 7	300
Заключение	302
Выводы	328
Практические рекомендации	332
Список литературы	334

Список принятых сокращений

ВУТ – временная утрата трудоспособности
ЗВОАЭ – задержанная вызванная отоакустическая эмиссия
ЗВУТ – заболеваемость с временной утратой трудоспособности
ИК – индекс Кетля
ИМТ – избыточная масса тела
КВН – кохлеовестибулярные нарушения
КВС – кохлеовестибулярный синдром
КСВП – коротколатентные слуховые вызванные потенциалы
МРБ – межрайонная больница
НСТ – нейросенсорная тугоухость
ОАЭ – отоакустическая эмиссия
ОВП – общая врачебная практика
ОМС – обязательное медицинское страхование
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ППП – приоритетный национальный проект
РД – республика Дагестан
РКБ – республиканская клиническая больница
РМГЦ – республиканский медико-генетический центр
РПЦ – республиканский перинатальный центр
РФОМС – республиканский фонд обязательного медицинского страхования
СанПиН – санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СМП – скорая медицинская помощь
СНиП – строительные нормы и правила
СУБ – сельские участковые больницы
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ЦГБ – центральная городская больница
ЦРБ – центральная районная больница

Введение

Актуальность проблемы

Концептуальное развитие здравоохранения Российской Федерации предусматривает необходимость научного обоснования и совершенствования клинико-организационных форм специализированной медицинской помощи [76, 96, 100, 203, 204].

Повышение качества и доступности медицинской помощи – основная цель государственной политики в области охраны здоровья граждан РФ. Качество медицинской помощи – это не только одна из важных, но и одна из трудно решаемых проблем здравоохранения, так как находится на грани реальных возможностей отрасли и опережающего уровня требований населения к системе, призванной гарантировать сохранение наиболее значимой человеческой ценности – здоровья.

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 [76, 100, 203].

Постоянно растущий объем получаемой пациентами информации в области медицинских и юридических вопросов организации и оказания медицинской помощи способствует тому, что в лечебные учреждения приходят грамотные пациенты, предъявляющие обоснованные и все более высокие требования не только к качеству оказываемой медицинской помощи, но и к ее этико-правовому сопровождению.

Необходимость реформирования здравоохранения в РФ обусловлена

кардинальными изменениями произошедшими в экономическом укладе страны, неудовлетворенным состоянием здоровья населения, утратой доверия значительной части населения к доступности и качеству оказания медицинской помощи [27, 75, 100, 202, 204].

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. Проблема оценки удовлетворенности и доступности медицинской помощи населению выступают одним из элементов эффективности управления деятельностью медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений [27, 96, 100, 203].

Проблема оценки параметров качества медицинской помощи, в этом случае, выступает одной из ведущих и позволяет оперативно принимать управленческие решения как на уровне лечебно-профилактического учреждения, так и на уровне муниципального образования в целом.

В настоящее время недостаточно учтена важность оценки уровня социальной удовлетворенности субъектов и объектов здравоохранения. В совокупности это приводит к искаженным представлениям о качестве и невозможности его полноценной оптимизации [96].

Здоровье человека формируется в результате сложного взаимодействия наследственных свойств организма с природой и обществом. Ключевые закономерности, определяющие здоровье, адаптацию и патологию человека в экстремальных условиях, не могут быть поняты без популяционных и экологических категорий [100].

Учитывая сложность и важность проблемы охраны здоровья населения, здравоохранение рассматривается как фактор национальной безопасности

страны, а формирование стратегии непрерывного повышения качества медицинской помощи становится необходимым условием улучшения здоровья населения [27, 96, 203, 204].

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 [76, 100].

Популяционные исследования, проводимые в разных этнических группах, живущих в идентичных климатогеографических условиях, дают возможность оценить степень влияния генетических и экологических факторов на особенности функционирования физиологических систем организма и выявить предрасположенность к возникновению определенной патологии [27, 100].

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 Кавказе в целом, так и в отдельно взятых национальных республиках, можно выделить геополитическое положение региона, глубокий социально-экономический кризис, чрезвычайно сложный этнонациональный и конфессиональный состав его населения, территориальные аспекты межэтнических взаимоотношений, их включенность в систему трансрегиональных этнополитических отношений и др. Это регион, в котором наиболее запутанной и чреватой далеко идущими последствиями форме переплелись

все противоречия экономического, политического, государственно-административного, конфессионального и, самое главное, национального характера. С другой стороны, являясь самым южным регионом, по разнообразию климатогеографических поясов РД не имеет себе равных в России: от Прикаспийской низменности, находящейся на 28 м ниже уровня Мирового океана, до горных вершин высотой более 4 тыс. м. Общепринятое деление РД – 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 [27].

Высокая распространенность ЛОР-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 [133].

Актуальными являются исследования по определению обеспеченности и доступности для населения стационарной и амбулаторной ЛОР-помощи. Нуждаются в совершенствовании организационные формы оказания экстренной ЛОР-помощи. Практически целесообразным является внедрение и рациональное использование современных медицинских клинико-диагностических технологий. При этом актуальным является изучение проблем качества и эффективности оказания оториноларингологической помощи населению в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях на территории РД [52].

Специфика условий труда, сезонность сельскохозяйственных работ, отдалённость населённых пунктов, слабые экономические возможности сельских жителей требуют особого подхода к организации оториноларингологической помощи сельскому населению.

Для проведения мероприятий по профилактике оториноларингологической патологии, улучшению медицинской помощи больным, медицинским специалистам, организаторам здравоохранения необходимо иметь информацию о распространенности болезней уха, горла и носа, а также о степени и характере влияния различных медико-социальных факторов на возникновение, рецидивирование и хронизации данной патологии.

В связи с этим в современных социально-экономических условиях проблема более эффективной организации оказания специализированной оториноларингологической помощи населению РД с определением потребности и оценкой качества оказываемой помощи является важной научно-практической задачей современной оториноларингологии и организации здравоохранения, необходимость решения которой предопределила актуальность исследования, выбор и постановку задач данной работы.

Данная работа направлена на решение задач, имеющих в республиканских целевых программах: «Развитие здравоохранения в республике Дагестан на период до 2010 года»; «Развитие и совершенствование сельского здравоохранения в республике Дагестан на 2005–2011 годы».

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 клинко-экспертный методы анализа.

Научная новизна работы

Впервые с учетом региональных особенностей, выгодно отличающих РД от других территорий РФ, проведено комплексное клинко-статистическое и медико-социологическое исследование структуры, уровня и факторов, влияющих на распространенность оториноларингологических заболеваний в различных климатогеографических территориях одного региона юга России (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 клинико-статистическая характеристика оценки 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 населению 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 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 оториноларингологической 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 лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) методические рекомендации «Совершенствование организации, качества и эффективности поэтапного оказания лечебной и профилактической помощи больным оториноларингологической патологией», утвержденные Министерством здравоохранения 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»

« » 2014 г.

Публикации

Материалы диссертации опубликованы в 23 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 республике Дагестан по данным социологических исследований.
6. Обоснование необходимости внедрения универсального аудиологического скрининга в республике Дагестан.
7. Концептуальные подходы к модернизации оториноларингологической помощи в системе здравоохранения республики Дагестан.

Глава 1. Обзор литературы. Особенности формирования заболеваний ЛОР-органов в современных условиях и пути совершенствования оториноларингологической помощи

Проблема повышения качества медицинской помощи, оказываемой населению, на сегодняшний день остается актуальной. При этом понятие «качество медицинской помощи» можно рассматривать как совокупность следующих составляющих: адекватность, эффективность, экономичность, соответствие уровню научно-технического прогресса [27, 75, 96, 100, 170]. Это, в первую очередь, относится к оказанию лечебной и диагностической помощи в поликлинике, так как более 80% объема лечебно-профилактической помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа осуществляется в амбулаторных условиях [18, 43, 81, 83, 151].

В течение последних десятилетий здравоохранение развивается по пути углубления специализации медицинской помощи населению. Введение новых специальностей расценивается как прогрессивное явление, свидетельствующее о росте медицинских знаний и введении в практику новых, более совершенных методов диагностики и лечения [96, 100]. Вместе с тем, по мнению многих авторов, дальнейший прогресс по совершенствованию организации оториноларингологической поликлинической службы невозможен без наличия достоверных сведений о структуре и распространенности болезней уха, горла и носа, их взаимосвязи и взаимообусловленности [151, 169, 182].

Необходимым условием объективной оценки качества медицинской помощи является наличие стандартов оказания медицинской помощи. Последние представляют собой определенный минимальный унифицированный перечень диагностических и лечебных приемов, который необходим для оказания качественной помощи больному.

Стандартизация лечебно-диагностической деятельности врача

позволяет обеспечить экономию человеческих и материальных ресурсов, а выбор оптимальной диагностической и лечебной тактики ведения больного обеспечивает защиту интересов пациентов, регламентирует взаимоотношения между врачом, пациентом и страховыми компаниями [104, 169, 170].

Ежегодный рост патологии ЛОР-органов требует совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений. При этом одной из главных задач является повышение интенсификации и эффективности работы в поликлинике [2, 4, 15, 17, 18, 183, 184, 188].

Оптимизация же работы врача оториноларинголога в современных условиях обеспечивается использованием новых технологий для диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов, компьютерного обеспечения амбулаторного приёма больных. Современными требованиями к оснащению ЛОР-кабинета является наличие достаточного количества инструментария для осмотра большого числа пациентов, удобный, легкий и мобильный стул у врача, правильно организованное рабочее место с возможностью рационального расположения медицинского инструментария и документации, что позволяет быстро осуществлять типовые диагностические и лечебные манипуляции [2, 4, 15, 17, 18, 104].

Рядом авторов проведена оценка качества оказания оториноларингологической помощи населению в амбулаторно-поликлинической сети и ее влияние на возникновение оториноларингологической патологии в современных городских условиях [11, 15, 17, 18, 52, 133, 135].

По мнению многих авторов, в настоящее время в амбулаторно-поликлинической сети отмечается снижение качества оказания медицинской помощи, что объясняется многими причинами: недостаточностью медико-технической базы, низким профессионализмом врачей и средних медицинских работников, низкой заработной платой, которая приводит к неуккомплектованности поликлиник врачебными кадрами [11, 15, 17, 18].

В практической деятельности одной из обязательных функций врача любого лечебно-профилактического учреждения является регистрация и анализ выявленных заболеваний, а также анализ проблем, связанных со здоровьем. С момента постановки диагноза больным эти сведения становятся предметом статистического анализа. Полнота полученной информации зависит от знания врачом системы учета и регистрации выявленной патологии, а также методики представления данных о болезнях и проблемах, связанных со здоровьем населения в соответствующих отчетных статистических формах. Данные отчетов о числе зарегистрированной патологии позволяют проводить статистический анализ на основании расчетных показателей о частоте, уровнях зарегистрированной заболеваемости, а также показателей ее структуры [11, 15, 17, 18, 52].

Проведенные в настоящее время исследования структуры отоларингологической патологии недостаточно отражают целостной картины о распространенности заболеваний ЛОР-органов среди населения мегаполиса. Так, исследование, проведенное А.И. Крюковым и соавт., отражает структуру заболеваний ЛОР-органов лишь по данным обращаемости в поликлинические учреждения в по нозологическим формам МКБ-10 без учета возможной сочетанной патологии [81, 132, 135].

Исследование распространенности заболеваний ЛОР-органов, проведенное И.В.Отвагиным среди населения трёх областей центра России, наиболее полно раскрывает означенную проблему, но не характеризует заболеваемость среди жителей мегаполиса [131].

Наиболее подробно изучена заболеваемость среди профессионалов речевого и певческого голоса в работах З.И. Аникеевой и И.В. Плешкова [9, 10, 13]. Они приводят сведения о состоянии верхних дыхательных путей не только по данным медицинских осмотров, но и с учетом заболеваемости по данным обращаемости к ЛОР-врачу поликлиники, в фониатрический кабинет, а также с учетом особенностей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) среди этой профессиональной когорты. Подобный

комплексный подход к изучению состояния ЛОР-органов среди населения может служить ориентиром при изучении структуры и распространенности заболеваний в современных условиях.

При изучении организации работы ЛОР-кабинетов [15, 17, 18, 133, 135], проведенном в 2005 г. рядом авторов, было выявлено: отсутствие необходимой диагностической аппаратуры в 18,3%, обязательного перечня инструментария – в 2,3%, необходимых лекарственных препаратов и перевязочного материала – в 8,1%. Отмечено незнание врачами правовой документации в 46,8%. Ошибки в ведении медицинской документации в виде отсутствия записи в амбулаторной карте осмотра зав. оториноларингологическим кабинетом или зам. главного врача по КЭЖ при экспертизе временной нетрудоспособности выявлены в 53,8%, не детализированный анамнез заболевания – в 9,2%, обоснование проведения лабораторных анализов и методов исследования отсутствовало в 8,6%, отсутствие обоснования методов лечения – в 13,8%. Отмечено небрежное оформление медицинской документации в 42,3%, отсутствие консультаций смежных специалистов (при показаниях) – в 21,5%. Наблюдалось расхождение амбулаторного и стационарного диагнозов в 16,5% как по основному заболеванию (в 17,5%), так и по осложнению в 20,7%, по сопутствующему заболеванию – в 22,2%. Отмечено неадекватное лечение: заболеваний ЛОР-органов в 6,7%, заболеваний носа и околоносовых пазух в 23,8%, заболеваний уха в 17,4%; заболеваний гортани в 25,6%. Последующее динамическое наблюдение за ЛОР-больными отсутствовало в 32,8%.

Анализ адекватности лечебных мероприятий при остром бактериальном синусите показал, что в амбулаторно-поликлинических условиях лечение правильно назначалось в 45%, допустимо в 22% и неправильно в 33% случаев, при остром среднем отите соответственно в 50%, 13% и 37% случаев [84, 133].

Анализ заболеваемости с ВУТ лиц трудоспособного, особенно молодого возраста всегда представляет особую социальную значимость. На

современном этапе развития российского общества, который характеризуется весьма неблагоприятными демографическими показателями, это имеет высокую актуальность и практическую ценность. Следует отметить, что в доступной нам литературе имеются лишь единичные сообщения о заболеваемости с ВУТ по болезням ЛОР-органов на современном этапе [8, 13, 15, 18, 27, 96].

По сообщениям отдельных авторов в настоящее время структура заболеваний ЛОР-органов претерпела значительные изменения [4, 20, 37]. Так, если в 80-е годы удельный вес ЛОР-патологии в структуре общей заболеваемости населения составлял 9,5-11% и тогда авторы отмечали увеличение в 1,5 раза частоты поражений верхних дыхательных путей и органа слуха, то в настоящее время частота заболеваний органов дыхания составляет до 70% в структуре всей патологии [44, 83, 84, 85, 94].

Именно поэтому мы считаем актуальным изучение распространенности и структуры заболеваний ЛОР-органов по данным обращаемости в поликлинику, данным медицинского осмотра и заболеваемости с ВУТ, а также особенностей формирования тугоухости при сочетании с заболеваниями верхних дыхательных путей среди различных групп городского мегаполиса в современных условиях.

1.1. Распространенность заболеваний ЛОР-органов

Изучение распространенности заболеваний ЛОР-органов представляет интерес с точки зрения улучшения планирования и организации лечебно-профилактической помощи населению. Основным материалом для эпидемиологического исследования являются сведения о заболевших, анализ первичной медицинской документации и данных официальных статистических отчетов.

Целью эпидемиологического исследования является установление количественных закономерностей формирования заболеваемости населения острыми и хроническими болезнями и разработка путей ее контроля.

Главным источником информации об острых, хронических заболеваниях и их обострениях является изучение заболеваемости населения по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения.

Основным недостатком данного метода является неполнота обращений за медицинской помощью определенной части населения из-за невыраженности симптомов болезни, недоступности медицинской помощи (необеспеченность врачами, график работы и др.), низкого уровня квалификации врачей (качество диагностики, специализация), невысокого уровня культуры населения – отношение к здоровью, психологические установки [4, 15, 17, 81, 104, 169, 170].

В структуре хронических ЛОР-заболеваний у взрослых, проживающих в г. Москве и Московской области и в начале 90-х годов, преобладали заболевания уха (49,1%), удельный вес заболеваний глотки составлял 30,0%, доля хронических заболеваний носа – 13,4%, хронический фарингит – 19,3%, хронический тонзиллит – 10,7%. Среди заболеваний уха наиболее распространенными были нейросенсорная тугоухость – 31,1%, а также адгезивный средний отит – 10% [17, 81, 104, 169]. Авторы определили тенденцию к росту до 2000-го года уровня распространения нейросенсорной тугоухости, пресбиакузиса, адгезивного отита, хронического тонзиллита, травм и профессиональных поражений верхних дыхательных путей. В то же время будет происходить дальнейшее снижение (в 1,5 раза) уровня распространения хронических, воспалительных заболеваний среднего уха и околоносовых пазух, практически не изменится заболеваемость населения отосклерозом [4, 15, 17, 81, 104; 169, 170].

Изучение оториноларингологической заболеваемости по результатам обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения показало, что 21% составляли больные с острым средним отитом, 14% – с острым синуситом, с хроническим фарингитом – 9%, с хроническим тонзиллитом – 7%, хроническим ринитом – 6% [4, 8, 17, 81, 170].

Эпидемиологическое исследование, проведенное И.В. Отвагиным,

свидетельствует о том, что среди населения трех областей центра России в современных условиях ЛОР-заболеваемость достигает 124,8 случаев на тысячу населения. [131]. В разных возрастных группах число заболеваний существенно и статистически значимо различается как по численности, так и по нозологии. Среди лиц пенсионного возраста распространенность ХЗВДП и органа слуха достигает 237,5 случаев на тысячу населения. При этом преобладают в численном отношении у лиц данного возраста заболевания органа слуха – 67,0% в виде хронического среднего отита – 33,5 случаев и нейросенсорной тугоухости – 124,8 случаев на тысячу населения. Проведенный автором анализ распространенности ХЗВДП и органа слуха только среди взрослого населения в возрасте старше 20 лет показал, что на долю хронических заболеваний органа слуха приходится 224,6 (54,1%) случаев на тысячу населения, причем на нейросенсорную тугоухость – 67,3% от всех хронических заболеваний органа слуха в данной возрастной группе. Напротив, хронический тонзиллит чаще выявляется у лиц более молодого возраста. В старшей возрастной группе число больных хроническим тонзиллитом снижается до 3,4 случаев на тысячу населения. Следует отметить, что в исследовании автора отсутствуют данные о наличии сочетанной патологии верхних дыхательных путей и уха [131].

В структуре заболеваний ЛОР-органов среди профессионалов речевого и певческого голоса по данным обращаемости в фониатрический кабинет и госпитализации в ЛОР-отделение, распространённость хронических заболеваний верхних дыхательных путей среди профессионалов певческого голоса составляет 58,0%, среди лиц речевой профессии – 52,3%, среди промышленных рабочих, подвергающихся воздействию пыли производственных помещений – 78,5%, среди подростков 49,1% [9, 10, 13, 14].

Изолированные изменения глотки чаще наблюдались в виде хронического тонзиллита и фарингита: у лиц речевой профессии 3,4% и 4,3%, у вокалистов 2,5% и 3,4% соответственно, у рабочих – 5,3% и 14,7%, у

подростков – 11,5% и 4,4%, в контрольной группе – 5,1% и 7,1%.

Заболевания гортани у лиц речевой профессии выявлены преимущественно в виде функциональных нарушений голоса в 10,2%, у вокалистов в 10,2%, а органические заболевания голосовых складок встречались у лиц речевой профессии в 6,2%, у вокалистов в 11%, у рабочих в 0,7%. У подростков эти заболевания не выявлены. Среди осмотренных лиц отмечено наличие большого числа комбинированной ЛОР-патологии. Так, частота комбинированных заболеваний верхних дыхательных путей у лиц речевой профессии составила 15,4%, у вокалистов – 17,8%. Среди подростков хронические заболевания верхних дыхательных путей реализовались в виде хронического ринофарингита в 1,6%, фаринготонзиллита в 4,4%, сочетание хронического ринита и тонзиллита в 0,6%. Различные комбинации дистрофических изменений, часто сочетающиеся с местным аллергозом и функциональными нарушениями голоса наблюдались у рабочих в 25% случаев [9, 10, 13, 14, 36].

Изменение структуры заболеваний ЛОР-органов на современном этапе отмечено в исследованиях многих авторов [68, 71, 81, 83, 84, 103, 109, 114, 133].

По данным А.И.Крюкова и соавт. [81], в настоящее время в структуре отоларингологической заболеваемости в г. Москве наибольший процент составляет патология уха, которая возросла на 6,1%, составив 37,3%; заболевания носа и околоносовых пазух составили 34,2%, число их увеличилось на 12,1%. В то же время заболевания глотки, ранее лидировавшие в структуре ЛОР-заболеваемости, теперь занимают третье место – их число уменьшилось на 14,6%), составляя 23,0% от всех ЛОР-заболеваний. Заболевания гортани по-прежнему занимают четвертое место (5,2%), при снижении показателя заболеваемости на 3,5%. В структуре заболеваний уха отмечено возросшее на 2,6% число острых средних отитов и значительное снижение (на 10,7%) – хронических, но обращает внимание, возросшее число больных со снижением слуха (30,6%) с преимущественным

поражением звуковоспринимающего аппарата (24,1%). Авторами выявлена четкая тенденция к росту острых воспалительных заболеваний ЛОР-органов, которые составляют более трети (34,4%) всех зарегистрированных ЛОР-заболеваний [81].

Отмечен рост заболеваемости патологией ЛОР-органов по данным госпитализации среди лиц пожилого возраста. Среди данной возрастной группы пациентов преобладают новообразования ЛОР-органов, составляя порядка 40%, на втором месте находятся носовые кровотечения – 16% и хроническая нейросенсорная тугоухость – 9%. В большинстве случаев фоновыми заболеваниями служат артериальная гипертензия, атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия [26, 131, 137, 153].

Изменение структуры заболеваний ЛОР-органов в современных условиях выявлено авторами и в других регионах страны. Так, в РД к 2003 г. удельный вес заболеваний носа и околоносовых пазух составил более 52,7%. В структуре заболеваний, послуживших поводом к госпитализации, ведущие места занимают: деформации перегородки носа – 41,3%, деформации наружного носа – 31,1%, хронический гнойный риносинусит – 9,9% и хронический полипозный риносинусит – 5,5% [26, 52].

О состоянии здоровья трудоспособного населения можно судить по данным о заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ), частоте всех случаев и дней утраты трудоспособности вследствие заболевания, травм либо других медицинских проблем, связанных со здоровьем, среди отдельных групп работающего населения [5, 8, 27, 56]. Учет сведений о заболеваемости с ВУТ на предприятиях в настоящее время практически не ведется, отсутствуют данные о количестве круглогодично работающих. В поликлиниках учет заболеваемости с ВУТ ведется до сих пор по форме № 16, в которую не включены данные об отдельных нозологических формах заболеваний ЛОР-органов. Отметим, что имеются лишь единичные публикации, освещающие данные о заболеваемости с ВУТ среди больных с заболеваниями ЛОР-органов [5, 8, 27, 56].

В структуре заболеваемости с ВУТ среди профессиональной когорты вокалистов в 1980-е г. доля болезней органов дыхания составляла от 70 до 85,1%, а доля заболеваний гортани в ней колебалась от 36,6 до 42,2%, причем среди контрольной группы лиц такого высокого процента не отмечалось [184]. Анализ заболеваемости с ВУТ, проведенный теми же авторами в 2001г., свидетельствовал о том, что среди, например, профессионалов голоса число случаев временной нетрудоспособности по болезням органов дыхания колебалось $152,1 \pm 90$ и $144,8 \pm 67$, дней 1844,0 и 2018, среди населения соответственно $142 \pm 3,0$ и $145,1 \pm 6,5$; среди подростков $26 \pm 5,3$ и $33 \pm 3,5$ соответственно [10, 13].

Статистический анализ «Сведений о причинах временной нетрудоспособности» (форма № 16-ВН) в Республике Татарстан показал, что оториноларингологические заболевания являются весьма значимой патологией и составляют до 4,2-4,5 случаев с временной утратой трудоспособности на 100 работающих, что соответствует 7,5% среди всех регистрируемых заболеваний [68]. Так, по болезням уха, средняя многолетняя интенсивность которых составляет 0,88 случаев на 100 работающих, отмечено стабильное увеличение уровня данной патологии с 40 лет с максимумом к концу трудоспособного периода (к 60 годам – среди мужчин и к 55 годам – среди женщин). В динамике болезней уха имеет место увеличение среднего возраста заболевших с 37,7 до 38,6 лет, что в принципе соответствует общей тенденции «старения» населения и особенностям патологии [68].

Изучение заболеваемости по данным медицинского осмотра позволяет выявить начальные стадии заболевания либо изменения в организме, по поводу которых население не обращается за медицинской помощью. Но применение метода может быть ограничено из-за недостаточной материально-технической базы, четких инструктивно-методических рекомендаций, неполного финансирования определенных декретированных контингентов [84].

Данные литературы разных лет свидетельствуют о росте числа хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха среди работающего населения по данным медицинского осмотра. Так, Г.А. Георгиади в 1980 г. осмотрел 12 268 пациентов, у 4612 из них были выявлены поражения среднего уха [43]. Из заболеваний среднего уха на первом месте стоят хронические гнойные отиты, далее – кохлеарные невриты, потом – заболевания наружного уха и в завершение – острые средние отиты. Заболевания носа и околоносовых пазух составили 28,8%, в основном это были искривления носовой перегородки, вазомоторные и аллергические риниты (21%). Из заболеваний глотки автор отмечал хронический тонзиллит и фарингит у 21%, ангины выявлены у 1,2%. Заболевания гортани встречались значительно реже – в 3,8% [43].

По данным профилактических осмотров городского и сельского населения, проведенных В.Г. Базаровым, Л.А. Савчуком, патология органа слуха наблюдалась у 6% жителей, примерно у 0,65-2% из них имелось выраженное нарушение слуха, которое затрудняло речевое общение [28].

Среди рабочих асбестотехнических производств в структуре патологии ЛОР-органов катаральный хронический ринит выявлен в 9,8%, вазомоторный – в 10,2 %, субатрофический – в 30,5%, хронический синусит – в 9,8%, искривление носовой перегородки – в 15,9%; хронический фарингит: катаральный – в 3,4% гипертрофический – в 7,8%, субатрофический – в 33,6%; хронический тонзиллит в 10,8%; хронический ларингит: катаральный – 4,1%, гиперпластический – 10,8%, субатрофический – 2,0%. Отмечена высокая частота заболеваний верхних дыхательных путей – $76,2 \pm 1,9$, причем частота комбинированных процессов составила 31,8%, тотальных – 8,4% [127, 128, 152].

Отмечен высокий удельный вес заболеваний дыхательных путей среди рабочих ткацкого производства [11].

Среди профессионалов голоса в структуре заболеваний верхних дыхательных путей основная доля приходится на патологию гортани – 52%,

заболевания полости носа отмечены у 8,1% [9, 10, 13, 14].

Медицинский осмотр студентов Пермской государственной медицинской академии, проведенный в 2004 г, показал рост числа комбинированной патологии ЛОР-органов у лиц молодого возраста до 43%, практически здоровых лиц среди них оказалось лишь 28,7 % в 2003, 36,9% – в 2004 г. [103]. При ежегодном динамическом наблюдении авторы отмечали рост частоты хронических заболеваний глотки, носа – различных форм хронического фарингита, тонзиллита, хронического ринита, синусита, аденоидов, хронических перфоративных вялотекущих средних отитов – эпипантитов. За период с 1998 по 2004 гг. при проведении медицинских осмотров абитуриентов было выявлено 48 человек, страдающих одно- или двусторонней нейросенсорной тугоухостью различной степени, – от легкой до глубокой, причем 4 из них страдали III–IV степенью снижения слуха, не могли обходиться без слуховых аппаратов, и пользовались ими постоянно (на 11 600 чел) [103].

Медицинский осмотр различных групп городского населения, проведенный З.И.Аникеевой и соавт. в 2002 г. свидетельствует об изменении структуры заболеваний ЛОР-органов, о возникновении сочетанной патологии верхних дыхательных путей и уха, ранее наблюдаемых авторами среди рабочих пылевых производств [11, 12].

1.2. Распространенность нарушений слуха

Вопросы нейросенсорной тугоухости представляют собой одну из наиболее актуальных проблем оториноларингологии как в медицинском, так и в социальном отношении и постоянно находятся в центре внимания ведущих отечественных и зарубежных исследователей [123]. Это обусловлено ростом частоты этой патологии и необходимостью разработки и внедрения в практику передовых технологий в области диагностики, лечения и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой [38, 50, 51, 57, 66, 69, 89].

В настоящее время от 1,0% до 7,0% населения Земли страдает

тугоухостью [89, 94].

Многие авторы рекомендуют пользоваться международной классификации степеней тугоухости, рекомендациями Всемирной организации здравоохранения ВОЗ (1997) – для определения степени тугоухости использовать пороги восприятия звука по четырем частотам: 0,5; 1; 2 и 4 кГц, классифицировать асимметричное слуховое нарушение по лучше слышащему уху, обязательно указывать форму тугоухости: кондуктивная, нейросенсорная, смешанная. Это позволяет сурдологам всех регионов пользоваться едиными критериями определения порогов восприятия звука и, как следствие, определения степени тугоухости, от которой зависит определение степени инвалидности индивида с нарушением слуха, его реабилитация и социальная защита [50, 89, 123].

По данным ВОЗ (2002), в мире насчитывается около 250 млн. человек, страдающих нарушениями слуха, и согласно ее прогнозам к 2030 году ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. У 14% лиц в возрасте от 45 до 64 лет и у 30% – старше 65 лет имеются нарушения слуха [123, 222, 223, 228].

В зарубежных странах особое внимание уделяется регистрации групп населения с высоким риском потери слуха, осуществляются эпидемиологические исследования хронических заболеваний органа слуха [223, 228, 244, 251].

Обязательной частью программ здравоохранения являются мероприятия по раннему выявлению нарушений слуха у детей [210, 211]. Так, в Швеции патология слуха выявлена у 2,9% школьников [210, 247], среди школьников США у 29% [213], в сельских районах Канады в реабилитационных мероприятиях по поводу снижения слуха нуждается 25% детей среди школьников [241].

Изучение частоты хронических заболеваний среднего уха среди 1370 жителей Гётеборга (Швеция) в возрасте 20, 30, 50 и 60 лет показало, что 30-40% обследованных болели средним отитом, причем у 23-28% выявлены

рубцовые изменения и перфорации барабанной перепонки [224].

Анализ обращаемости по поводу заболеваний ЛОР-органов населения Лондона показал, что за 5 лет около 35% населения имело заболевания органа слуха [220]. Сотрудниками Лондонского института по исследованию слуха установлено, что 19,9% населения имеют нарушения слуха (обследовано 6804 жителей четырех городов Англии). За критерий нарушений слуха был принят уровень потери более 25 дБ на частотах 0,5, 1,2 и 4 кГц в лучше слышащем ухе. Около 1 млн. лиц с нарушениями слуха нуждаются в специальной помощи [226]. В США значительные потери слуха имеют 6,6% населения (13,4 млн. человек); около 2 млн. – глухих, которые не могут общаться посредством слуха [212]. Отмечено широкое распространение дефектов слуха среди всех групп населения Аляски: у 60% взрослых мужчин и 8% женщин [219].

Данные отечественных оториноларингологов свидетельствуют о том, что двадцать лет назад фактический уровень распространенности социально значимых нарушений слуха среди городского населения России в среднем составлял 27,3 случая на 1000 населения, причем в разных географических зонах доля перцептивной тугоухости варьировала от 27,4% (г. Красноярск) до 80,9% (г. Иваново) [4, 43, 83, 129, 133].

Нейросенсорные расстройства слуха занимали ведущее место в структуре тугоухости. Удельный вес нейросенсорной формы тугоухости по данным разных авторов составлял от 59,8% до 93,4% [94, 123, 136]. Нейросенсорная тугоухость наблюдалась у взрослых жителей Москвы в 5,9% [136, 148].

Данные авторов последних лет свидетельствуют о том, что у большинства взрослых людей (77,6%), обращающихся за помощью в сурдологопедические кабинеты, диагностируется тугоухость III-IV степени и глухота, т.е. социально значимые нарушения слуха. Причем лица молодого трудоспособного возраста составляют 75,8%. Подавляющее число больных (72,1%) отмечают снижение слуха более 10 лет, из них 46,1% – более 20 лет

[94, 102, 115, 118].

Частота хронического гнойного среднего отита в общей структуре хронических заболеваний ЛОР-органов у взрослых составляет 0,4-3,9% [2, 4, 39, 41, 68, 81]. По данным Ю.М. Никитиной (1972), на долю хронического среднего отита и его последствий (адгезивный, сухой перфоративный отит) приходится 36% [118].

В настоящее время в России для определения истинного количества взрослых с различными нарушениями слуха, а также ранней диагностики этих нарушений разработан и использован метод скрининга случайной совокупности людей. Данный метод успешно апробирован в 10 регионах России. Было проанкетировано 29 488 человек (мужчин – 46,5%, женщин – 53,5%). Нарушения слуха выявлены у 1787 человек, что составило 6,1%. Двусторонняя тугоухость диагностирована у 92,5%, односторонняя тугоухость – у 7,5%. Подавляющее число больных (70,0%) страдали нейросенсорной тугоухостью; кондуктивной – 11,1%, смешанной – 18,9%. У 73,7% людей при данном способе учета диагностирована тугоухость I-II степени [143, 144, 149].

По данным И.В.Отвагина [130, 131] среди пациентов трудоспособного возраста трех областей центра России (13,5%) больных тугоухостью и глухотой находятся в возрасте 20-29 лет и 17,6% – в возрасте от 30 до 39 лет, в возрастной группе 40-49 лет – 32,9%, в группе 50-59 лет – 36,0%. В трудоспособном возрасте I степень тугоухости отмечается в 20,4% случаев, II – в 44,2% случаев, III степень обнаружена – у 22,8% больных, IV – отмечена в 6,5% случаев и глухота обнаружена у 6,1% больных. У пациентов трудоспособного возраста в 48,0% случаев развивается перцептивная форма тугоухости. Хронические заболевания среднего уха послужили причиной развития кондуктивных форм тугоухости и глухоты в 18,7% случаев. Смешанная форма тугоухости и глухоты отмечена у 30,7% пациентов этой возрастной группы. Отосклероз как причина нарушения слуха отмечен в 2,6% случаев [130, 131].

Рост патологии звуковоспринимающего аппарата в современных условиях отмечают многие авторы. В 1979-1981гг. по материалам городского сурдологического кабинета число больных с нейросенсорной тугоухостью возросло почти в 3 раза и среди обследованных лиц поражение кохлеарного аппарата у 55,8%, слухового нерва – 44,2%. Острое развитие нейросенсорной тугоухости наблюдалось у 32,4% [87, 90, 116, 118, 147, 156, 227].

Материалы Ростовской ЛОР-клиники за последние 9 лет свидетельствуют о росте числа больных с нейросенсорной тугоухостью до 6,3% от общего числа госпитализированных, причем число больных с острой формой заболевания составило 62%. Число госпитализированных больных с нейросенсорной тугоухостью возросло на 35,3% [38].

Причина стремительного роста числа больных тугоухостью и глухотой в возрастной группе 40 лет и выше заключается в том, что к обычному «набору» хронических заболеваний уха и носоглотки, приводящих с течением времени к нарушению функции слуха, присоединяются возрастные перцептивные нарушения слуха. Это связано, в первую очередь, с быстро прогрессирующим демографическим старением населения экономически развитых стран [123, 137]

Исследования показывают, что частота нейросенсорной тугоухости с возрастом резко увеличивается. Так, если на 1000 лиц 20-29 лет приходилось 2,6 случая заболеваний, то в возрасте 30-39 лет этот показатель уже равен 15,7, в 40-49 лет – 38,2, в 50-59 лет – 79,8, а у лиц 60 лет и старше частота перцептивной тугоухости достигает 218 случаев на 1000 населения, причем 22,7% всех случаев нейросенсорной тугоухости среди населения объясняется пресбиакузисом [116, 130, 131].

Массовое обследование населения США показало, что частота нарушений слуха среди населения 17-44 лет составила 33,3 случая на 1000 населения, у лиц 45-65 лет – 97,8, а в возрасте 65 лет и старше – уже 259,1 случая на 1000 лиц этой возрастной группы [212, 228].

Пресбиакузис является многогранным и разносторонним процессом.

Он захватывает все уровни слуховой системы, обусловлен биологическими процессами старения и находится под влиянием социальной среды. Пресбиакузис сопровождается повышением порогов слышимости, особенно на высоких частотах, ухудшением восприятия и разборчивости речи [130]. Нарушение слуха у пожилых людей вызывает ограничение физической активности. В настоящее время, определенное внимание ученых обращено на реабилитацию пациентов, страдающих пресбиакузисом [54, 137]. Разумеется, в большинстве случаев тугоухость, обусловленная поражением звуковоспринимающего аппарата, плохо поддается лечебным мероприятиям, часто они просто неэффективны. Помощь таким лицам может быть оказана путем слухопротезирования и специального обучения.

В России двадцать лет назад частота нарушений слуха, требовавших слухопротезирования, составляла 0,65-7,0%, причем у детей и подростков – 1,5%, у лиц до 65 лет – 12,0%, среди лиц старше 65 лет – 40,0% [7, 29, 125, 187]. В США лица, нуждающиеся в слухопротезировании, составляют 3,4% от общей численности населения [228], а в Великобритании – 4,1% [220].

Проблема тугоухости особенно важна в социальном аспекте, так как нарушения слуха отрицательно влияют на личность и психику пациентов, вызывают переживания по поводу их физической неполноценности [62, 150, 194]. Наиболее частым вариантом эмоциональных расстройств у больных с кохлеовестибулярным синдромом (КВС) как при остром течении заболевания, так и при хроническом является тревожный синдром (64,9% и 79,5% соответственно). Депрессивные состояния у больных с КВС диагностированы в 28% случаев [96].

У 60% больных с разными формами тугоухости отмечаются напряжение и неустойчивость регуляторных систем, у 27% – истощение адаптационных механизмов при проведении пробы сердечно-дыхательного синхронизма, при этом клиническая форма тугоухости не влияет на направленность и степень выраженности сдвигов регуляторно-адаптационных систем [72, 194]. У детей подобные изменения в

психоневрологическом статусе в трети случаев являются признаком нарушений слуха [185, 186].

В связи с новыми тенденциями в медицине авторами рекомендуется врачам-оториноларингологам при сборе анамнеза у больных кохлеовестибулопатией обращать внимание на жалобы, связанные с изменениями психоэмоционального состояния, по возможности проводя рациональную психотерапию, основой которой является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера и причин возникновения заболевания, внушение уверенности в выздоровление, что способствует формированию адекватного отношения к своей болезни и повышению эффективности лечения [72, 90]. Отдельные авторы рекомендуют включать в план обследования и лечения также методы исследования, которые отражали бы влияние болезни на состояние больного [147, 159, 227].

Таким образом, анализ литературы показал большие различия в уровнях распространенности патологии органа слуха среди разных группах населения различных экономико-географических зон в разные годы. Большинство авторов в своих исследованиях обращали внимание на этиологию, патогенез, клинику и лечение тугоухости определенного генеза. Но в доступной литературе мы не встретили данных относительно влияния патологии ВДП на формирование заболеваний органа слуха и различных форм тугоухости среди взрослых.

В изученной литературе последних лет имеются отдельные указания о роли патологии ВДП в возникновении и течении заболеваний уха [21, 40, 85, 98, 152]. Однако среди больных, страдающих заболеваниями внутреннего уха, почти у всех диагностируется хронический очаг воспаления в глотке или параназальных синусах, в зубочелюстной системе. Комплексное лечение этих больных с применением антигомотоксической и метаболической терапии с обязательной санацией очага инфекции, включая хирургическую, и последующей реабилитацией позволяет получить более высокие результаты

в достижении улучшения и стабилизации слуха [22].

У детей частота поражения околоносовых пазух и носоглотки нередко коррелирует с тугоухостью [94, 112]. Авторы указывают, что комплексный подход к обследованию больных с учетом анатомических вариантов и аномалий развития внутриносовых структур, в сочетании с эндоскопическими микрохирургическими операциями в полости носа и носоглотке, является важным моментом в установлении причин кондуктивной тугоухости у детей и способствует выработке правильной тактики лечения [169].

1.3. Основные звенья этиологии и патогенеза тугоухости

Этиология нейросенсорных нарушений слуха разнообразна, ведущие причины этой патологии и их структура постепенно меняются, что значительно осложняет, а в ряде случаев делает невозможным их выявление.

Анализ этиологических факторов нейросенсорной тугоухости показал, что все причины наблюдаемых нарушений слуха могут быть подразделены на две группы: врожденные и приобретенные. *К 1-й группе* относятся также наследственные нарушения слуха [53, 73, 89, 123, 167]. Наследственная предрасположенность играет значительную роль в возникновении, развитии и течении нейросенсорной тугоухости, под влиянием различных внешних факторов может служить причиной развития нейросенсорных нарушений [50, 70].

Наиболее полиэтиологична и многочисленна группа приобретенных нарушений слуха. Среди этиологических факторов острой нейросенсорной тугоухости (ОНТ) авторы выделяют *следующие группы*.

1. ОНТ сосудистого генеза, вызванная вертебрально-базилярной недостаточностью, обусловленная гипертонической болезнью (ГБ) или артериальной гипертензией, атеросклерозом сосудов головного мозга, остеохондрозом шейного отдела позвоночника, нейроциркуляторной дистонией по гипер- или гипотоническому типам [6, 45, 46, 57, 69, 89]. Лишь

у 7,3% пожилых, страдающих нарушениями слуха, не выявлено заболеваний сердечно-сосудистой системы. При этом отмечено, что чем старше возраст, тем больше увеличивается количество пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Определенную роль в возникновении ОНТ играет неадекватность назначения гипотензивных препаратов у больных, страдающих ГБ, что приводит к избыточному или недостаточному снижению артериального давления (АД) в ночное время, или скачкообразному утреннему повышению АД, отрицательно сказываясь на церебральной гемодинамике, вызывая спазм сосудов и/или синдром «обкрадывания», следствием чего может явиться ОНТ [46, 57, 69, 89, 113].

Исследованиями последних лет уточнена роль в патогенезе нейросенсорной тугоухости нарушений реологических свойств крови и системы гемостаза и изменений мозгового кровообращения [88].

Церебральная сосудистая дисфункция может являться как самостоятельной причиной нейросенсорной тугоухости (НСТ), так и дополнительным компонентом в ее патогенезе. Нарушение венозного оттока из полости черепа является одной из причин повышения внутрилабиринтного давления [57].

Значительную роль в патогенезе тугоухости играет вертеброгенный фактор и развитие недостаточности кровообращения в вертебробазилярном бассейне [111, 207].

2. ОНТ вирусной этиологии – острый постгриппозный кохлеарный неврит, вирусный ганглионит и арахноидит задней черепной ямки [87].

3. ОНТ травматической этиологии в результате закрытой черепномозговой травмы, поперечного перелома височной кости, на фоне ударной волны [50, 89, 167].

4. Ототоксическое действие антибиотиков, преимущественно аминогликозидного ряда с необратимыми нарушениями слуха [195].

5. Причиной развития ОНТ могут служить острые и хронические

заболевания среднего уха [39, 115, 148, 184].

Существенное влияние на организм человека оказывает шумовое воздействие. Шум влияет на все органы и системы организма человека, приводя к различным заболеваниям. В первую очередь, это общегородской шум, основным источником которого является транспорт, и индустриальный шум. Лица, проживающие в шумных районах или занятые на производстве с повышенной интенсивностью шума, теряют слух в 2-3 раза чаще, чем не подверженные указанному воздействию [77, 200].

Нарушения в органе слуха, вызванные интенсивным шумом – нейросенсорная тугоухость – занимают первое место 54,8% в общероссийской структуре профессиональных заболеваний ЛОР-органов [77]. Шум в производственных условиях является основной причиной потери слуха 8 млн. американцев [166].

В Англии проведено аудиологическое обследование детей в возрасте 5 лет: у 69% из них выявлено повышение порогов звуковосприятия более 20 дБ. Окружающий шум составлял 50 дБ [220, 226].

Изучение частоты встречаемости различных сочетаний патологических изменений необходимо для повышения эффективности проводимого лечения и в ряде случаев с целью предупреждения повторного развития заболевания [20, 45, 49, 50, 51].

Динамическое наблюдение пациентов с нейросенсорной тугоухостью и проведение диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет больному вернуться к привычному образу жизни, к своей профессии и способствует профилактике инвалидности [62, 64, 66].

Ранняя диагностика нарушений слуха является залогом полноценной медико-социальной реабилитации лиц с тугоухостью [179, 180].

Существенный рост частоты слуховых нарушений, особенно среди городского населения, диктует не только необходимость разработки и стандартизации мероприятий по раннему выявлению и профилактике нарушений слуха, но и выбору адекватной тактики лечения, направленной на

остановку процесса и обратное развитие функциональных изменений в острых стадиях заболевания и улучшение качества жизни плохо слышащих больных при хроническом течении заболевания.

1.4. Лечение и реабилитация оториноларингологических больных

Многочисленными авторами прошлого столетия и современными учеными уделялось большое внимание проблеме лечения нейросенсорной тугоухости. Было предложено большое разнообразие препаратов и способов ее лечения [50, 53, 54, 55, 57, 59, 64, 65, 66, 69].

Принято считать, что оптимальными сроками начала лечения ОНТ являются первые дни и даже часы. Именно в этот период возможно значительное улучшение и даже восстановление слуха у большинства больных. При ранней госпитализации, быстром выявлении этиологических и патогенетических факторов и назначении адекватной терапии лечение может быть эффективным более чем у 80% больных. С удлинением этого периода уменьшается вероятность улучшения слуха [168].

Следует отметить, что поздняя обращаемость больных с НСТ к отоларингологу и сурдологу связана с недостаточной осведомленностью больных и некоторых ЛОР-врачей поликлиник в отношении прогноза развития стойкого снижения слуха в таких случаях.

Большинство авторов считают целесообразным и наиболее адекватным этиологический и патогенетический подход к лечению нейросенсорной тугоухости [48, 50, 51].

Комплексное лечение больных с внезапной или острой нейросенсорной тугоухостью в условиях ЛОР-отделения состоит из нескольких этапов:

- 1) снятие спазма сосудов: седативные и сосудистые препараты спазмолитического действия;
- 2) снятие отека структур внутреннего уха;
- 3) дезинтоксикационная терапия: низкомолекулярные декстраны, улучшающие реологические свойства крови и капиллярный кровоток;

4) введение препаратов, уменьшающих венозный застой и улучшающих доставку кислорода к пораженному органу.

Кроме этого рекомендуются антикоагулянтная терапия и физиотерапия [45, 55, 57, 65, 78, 82, 199]. При этом выбор тактики и стратегии лечения больных с кохлеовестибулярными нарушениями (КВН) должен строиться на данных клинических и межклинических исследований [90]. Современные исследования доказали, что для больных с КВН на фоне полиорганной патологии с ведущим свободно-радикальным воспалением в патогенезе и выраженной венозной дисциркуляцией оптимальным базовым препаратом можно считать Танакан, который особенно эффективен в комплексе с санацией очаговой инфекции, противовоспалительной и детоксикационной терапией [82, 199].

Больным с нейросенсорной тугоухостью с нарушением внутрисосудистого и сосудистого фактора микроциркуляции с дефицитом в артериальной фазе гемодинамики головного мозга и при сохраненном венозном оттоке из полости черепа показано применение препарата Вазонит [86].

Следует отметить необходимость применения в комплексном лечении КВН препаратов венотоников, оптимальным из которых в настоящее время является Гинкор [199].

Ряд авторов предлагают к использованию у больных с ОНСТ кровезаменителя с газотранспортной функцией Перфторана. При его применении отмечено улучшение слуховой функции в 93,3%. Применение Перфторана и биостимулирующей сыворотки Аудиоинвит позволило снизить пороги восприятия у 95% больных с ОНСТ и 68,6% с ХНСТ [65].

Ряд авторов предлагают при лечении нейросенсорной тугоухости применять гипербарическую оксигенацию и карбогенотерапию [45, 50]. Проведение курса гипобарической оксигенации больным с нейросенсорной тугоухостью сосудистого генеза в сочетании с традиционными схемами медикаментозной терапии, значительно улучшает церебральную

гемодинамику, что подтверждается данными РЭГ, УЗДГ, положительной динамикой аудиологических тестов, способствует снижению интенсивности ушного шума, повышению разборчивости речи, улучшению общего состояния пациентов. Использование этого метода в условиях сурдологического стационара позволяет достигнуть улучшения слуха в 86% случаев [45, 50].

Повышение эффективности терапии и уменьшение лекарственной нагрузки являются важнейшими задачами, стоящими перед клинической медициной. В связи с этим был предложен метод реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью, основанный на принципе использования различных сочетаний цвета, звука, предметных образов, содержания в окружающем воздухе ароматических веществ - видеомузыкаароматотерапия [62, 155, 179, 180, 187].

Перспективным методом считается озонотерапия, которая назначается больным с нейросенсорной тугоухостью с целью улучшения микроциркуляции, активации антиоксидантной системы, снижения тканевой гипоксии, иммуномодулирующего действия, активации эфферентных систем [59].

Об успешном применении комплекса гомеопатических препаратов для повышения остроты слуха сообщает М.Р. Богомильский с соавт. (1989) [31].

Сочетанное использование методик лечения нейросенсорной тугоухости с применением неинвазивной электростимуляции слуховых структур, микронутриента Биоселен, биоактивной донорской сыворотки крови Аудиоинвит, содержащей нейропептиды, позволило получить положительные результаты лечения в 80% случаев [54, 57, 66, 82, 89].

Хороший терапевтический эффект дает включение препаратов заменимых аминокислот (Тауфона, Фенибута, Глицина) в комплексное лечение больных нейросенсорной тугоухостью [48, 57, 66, 196].

В последние годы появились работы, подтверждающие возможность достижения терапевтического эффекта при нейросенсорной тугоухости

различного генеза с помощью рефлексотерапии. Использование иглорефлексотерапии вполне может явиться одним из звеньев медицинской реабилитации больных с КВН [196].

При лечении кохлеарного неврита сосудистого генеза авторы предлагают воздействие на периферический отдел анализатора методами эндоаурального фонофореза и фоноэлектрофореза [87, 90, 199]. Применение плазмофореза нормализует уровень липидов, улучшает реологию крови, способствует понижению порогов звуковосприятия на 10 - 25 дБ [88, 172].

Эффективным средством лечения больных острой и хронической НСТ и ушным шумом является лазерная терапия. Подборы методик лазерной и магнитолазерной терапии должны быть индивидуальны в общем комплексе лечебных мероприятий с учетом клинических показаний и противопоказаний [143].

Нормализующее влияние на тонус сосудов и гемодинамические показатели оказывает ультразвуковая терапия. Состояние тонуса мелких артерий удается корректировать методами магнитотерапии и ВНЛОК. Тонус вен и состояние оттока крови из артерий в вены нормализуется более значительно после лазеротерапии и ВНЛОК [30, 119, 143].

С целью реабилитации больных с нейросенсорной тугоухостью предложено санаторно-курортное лечение. Радоновые ванны, например, улучшают деятельности сердечно-сосудистой системы, что, в свою очередь, положительно сказывается на состоянии слуха [164].

Своевременное лечение острого воспаления является основной составляющей в работе поликлинического ЛОР-врача [81, 143].

При лечении острых отитов (катаральных и гнойных) и хронического среднего гнойного отита в стадии обострения предложено применение низкочастотного ультразвука, что позволяет значительно сократить сроки терапии [39, 41, 143].

При хронических средних гнойных отитах рекомендовано использование иммунокорригирующих препаратов, так как в очаге

воспаления угнетена иммунологическая активность слизистой оболочки, антиоксидантной терапии [22, 98].

С учетом приоритетной барьерной роли верхних дыхательных путей лечебно-профилактические и реабилитационные меры целесообразно направлять не только на ускорение элиминации возбудителя заболевания, но и на сохранение нормальных функциональных способностей слизистой оболочки полости носа, глотки и гортани [20, 40].

Нормализация состояния слизистой оболочки полости носа, носовых пазух и особенно носоглотки является лечебным и профилактическим методом восстановления патологического состояния слуховой трубы, хроническое воспаление которой приводит к стойкой тугоухости [21, 81, 83, 84, 120; 121, 160].

Изменения физиологических показателей, результатов психологического тестирования и оценки образа жизни пациентов свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к проведению реабилитационных мероприятий у таких больных, при этом дифференциация критерия «качества жизни» становится более отчетливой в отдалённые периоды от 2 до 5 и от 5 до 10 лет [72, 99].

Практика показывает, что у 60-70% больных нейросенсорной тугоухостью (НСТ) возможно восстановление или улучшение слуховой функции путем электроакустической коррекции. Слухопротезирование является одним из наиболее доступных и эффективных методов компенсации недостатков слуха [125, 144, 181, 187]. Повысить возможности реабилитации путём слухопротезирования может комплексное лечение и последующее динамическое наблюдение больных со снижением слуха.

1.5. Организация работы аудиологического скрининга

Сохранение тенденции к росту числа детей с тугоухостью и глухотой на фоне уменьшения младенческой смертности от перинатальных причин выдвигает на одно из первых мест решение проблемы ранней диагностики

патологии слуха.

В РФ насчитывается около 12 млн. человек с нарушениями слуха, из них детей и подростков около 1,3 млн. человек. За пятнадцатилетний период показатель распространённости тугоухости увеличился в 1,5 раза. На сегодняшний день в РФ около 323 тыс. глухих детей.

Обеспечение социальных гарантий для людей с нарушениями слуха является значительным экономическим бременем для государства. В детском возрасте для их воспитания требуются особые условия (содержание ребёнка в специализированном детском учреждении обходится государству в 8 раз дороже, чем в обычных учреждениях такого типа). В дальнейшем обучение детей с глухотой происходит в специализированных образовательных учреждениях; для трудоустройства таких людей требуется создание специализированных рабочих мест, а интеграция их в общество обеспечивается созданием особых условий, таких как сурдоперевод. Кроме того, инвалидам по слуху пожизненно выплачивается пенсия по инвалидности.

В настоящее время в РФ при незначительной, средней и тяжелой степенях тугоухости для коррекции применяют слухопротезирование слуховыми аппаратами, а также, при наличии показаний (кондуктивная тугоухость), – различные виды слухоулучшающих операций. При полной глухоте, как правило, показана операция – кохлеарная имплантация; данная операция с обязательным комплексом реабилитационных мероприятий даёт возможность глухим людям воспринимать звуковую информацию.

Таким образом, восстановление слуха (кохлеарная имплантация) и начало занятий с ребёнком, под контролем сурдопедагога, – это важнейшее звено в медико-социальной реабилитации данных пациентов.

В настоящее время одними из проблем отечественного здравоохранения, не решёнными на ведомственном уровне, являются:

⇒ недостаточное использование современных высокодостоверных способов диагностики и высокоэффективных способов лечения глухоты;

⇒ отсутствие системы получения оперативной информации о числе глухих, количестве и качестве выполнения высокотехнологичных видов помощи для лечения глухих детей.

С ноября 2007 г. ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» совместно с руководством территориальных органов здравоохранения начал внедрение методики универсального аудиологического скрининга в 4-х пилотных регионах РФ 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 Российской Федерации».

Скрининг – это универсальное исследование с профилактической целью, предназначенное для выявления тех индивидуумов из всех осмотренных, кто с высокой степенью вероятности имеет нарушение, являющееся предметом скрининга.

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.

Регистрация ЗВОАЭ в учреждениях родовспоможения проводится всем новорождённым на 3–4-е сутки жизни и при положительных результатах (в случае непрохождения скрининга) – повторно непосредственно перед выпиской. Регистрация ЗВОАЭ и КСВП проводится на 4-6-м месяцах жизни ребёнка в центрах реабилитации слуха.

За счёт полноценного двухэтапного аудиологического скрининга достигается 100%-ная выявляемость нарушений слуха у новорождённых и детей первого года жизни. Следует понимать, что скрининг – не самоцель, а только начальный элемент создания в будущем системы помощи детям с патологией слуха. С учётом раннего вмешательства и начала реабилитации, это позволит 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, и приведет к улучшению (за счет раннего выявления) качества оказания специализированной медицинской помощи (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) и, в конечном итоге, позволит сократить расходы государственного бюджета за счет граждан, которым успешно был проведен курс реабилитации тугоухости.

На I-м этапе обследованию подлежат все новорожденные в учреждениях родовспоможения; дети, родившиеся вне учреждений родовспоможения, а также дети, не прошедшие (положительный результат, т.е. ОАЭ не регистрируется) в учреждениях родовспоможения, первый этап скрининга проходят в детской поликлинике.

II-й этап скрининга проводят детям не прошедшим первый этап (в т.ч. повторное тестирование в детской поликлинике), а также детям из группы риска.

Для упорядочения организации проведения универсального аудиологического скрининга нами (ФГУ НКЦ оториноларингологии) и нашими коллегами (Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования, Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи) были разработаны и внесены предложения, на основании которых было составлено письмо Минздравсоцразвития РФ от 01.04.2008 г. № 2383-РХ «*О проведении универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни*» (**Приложение 8**).

В данном письме определены порядок, организация проведения скрининга, а также фиксация его результатов. Письмо имеет также два приложения, где указываются паспортные данные ребенка и факторы риска по тугоухости и глухоте.

1.6. Особенности системы здравоохранения в республике Дагестан

Республика Дагестан – один из самых проблемных субъектов РФ. В советские времена в экономике главенствовало сельское хозяйство, а в период перехода к рынку оно стало нерентабельным. Чуть позже закрылись и предприятия, работавшие на оборонную промышленность, таких здесь также было немало. Всё это не могло не отразиться на экономике республики и, конечно же, на социальной сфере [25, 124, 192].

Оказываемая медицинская помощь населению РД в силу имеющихся особенностей не всегда своевременна и качественна. Не все нуждающиеся могут получить виды медицинской помощи, относящиеся к высокотехнологичной и дорогостоящей. Беспокоят общество старые требующие капитального ремонта больничные корпуса, морально устаревшее медицинское оборудование, неразвитая, а в сельской местности отсутствующая система водоснабжения, канализации, не позволяющая обеспечить в лечебных учреждениях соответствующий санитарно-эпидемиологический режим и улучшить условия пребывания больных. Сложившаяся негативная атмосфера в ряде лечебно-профилактических учреждений, невнимательное, черствое отношение персонала к больным, недостаточная компетентность врачей, а также большие очереди на прием и обследование вызывают серьезное недовольство у населения [26].

В сфере здравоохранения не изжиты факты коррумпированности, хищения и нецелевого использования выделенных средств, недостаточно внедряются рыночные механизмы, позволяющие гражданам осуществлять выбор страховой компании, лечебного учреждения и врача с учетом качества оказываемых ими услуг.

Существующая система оплаты труда медицинских работников требует коренного пересмотра, что подтверждено и результатами проведенного социологического опроса Общественной палатой РД [25], где более 90% респондентов высказались за необходимость серьезного увеличения заработной платы медицинских работников (минимум в 3-4

раза), считают действующую систему оплаты труда в этой сфере порочной, требующей коренного пересмотра. Совершенно очевидно, что врач, обреченный кормить свою семью на фиксированную зарплату в 3500-4500 рублей, будет лишен всякого стимула для совершенствования своей профессиональной подготовки. Недостаточным является и внимание органов власти всех уровней к вопросам социальной поддержки медицинских работников и членов их семей. Врач, работающий без настроения, не уверенный в своем завтрашнем дне, не может с полной отдачей и творчески трудиться.

Отсутствие должного внимания со стороны органов управления здравоохранения к развитию специализированной медицинской помощи и инновационных технологий в медицине привело к резкому отставанию целого ряда направлений в здравоохранении РД (нейрохирургия, онкология, ортопедия - травматология, урология, кардиохирургия и др.). Это отставание происходит, в частности, не столько от отсутствия высококвалифицированных специалистов, сколько от нехватки необходимого современного оборудования, инструментов, расходных материалов и т.д. [26, 192].

Актуальной остается проблема обеспеченности кадрами, при этом отмечается выраженный кадровый дисбаланс по городской и сельской местности. Существует проблема закрепления и сохранения кадров в сельских ЛПУ на продолжительный срок, связанная с отсутствием жилья для вновь прибывших молодых специалистов [107].

К сожалению, в РД из всех медицинских учреждений типовыми являются всего 18,7%. Несмотря на проводимую работу, материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений остается у нас на низком уровне. В некоторых учреждениях здравоохранения по-прежнему эксплуатируется медицинское оборудование с высоким процентом износа [107].

При относительно низком показателе общей смертности по РД

прослеживалась ее значительная дифференциация по климатогеографическим зонам проживания населения [26, 107, 124].

Недостаточная степень соответствия современным требованиям учреждений здравоохранения ведет к отставанию РД по уровню внедрения современных методов диагностики и лечения, делает проблематичным достижение качества оказания медицинской помощи.

Другой нерешенной проблемой остается обеспечение надлежащего качества, эффективности и безопасности лекарственных средств. Крайне актуальным остается вопрос оснащения лечебно-профилактических учреждений РД медицинской техникой и лечебно-диагностическим оборудованием, потребность в которых в последние годы удовлетворяется лишь на 55-65% с учетом поступившего в адрес муниципальных ЛПУ в рамках Национального проекта «Здоровье» [107].

В 2006 году финансировались 9 РЦП, на реализацию которых было направлено 68,2 млн руб., в 2007 – 95,33 млн руб., в 2008 – 168,2 млн руб., в 2009 – 274,2 млн руб. [27, 124, 192].

Одной из наиболее значимых из действующих целевых программ является «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Республике Дагестан (2008-2012 гг.)», включающая в себя подпрограммы «Борьба с туберкулезом в Республике Дагестан» и «Предупреждение распространения в Республике Дагестан заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) – АнтиВИЧ/ СПИД» [107, 124].

Их выполнение позволит снизить показатели заболеваемости и распространенности туберкулеза, инвалидности и смертности от него, улучшить эффективность лечения больных и выявление заболевания в ранней стадии.

С 2006 г. в РД финансируется программа «О мерах по предупреждению и борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Дагестан». Удалось решить вопрос обеспечения больных современными химиопрепаратами, улучшить оснащение онкологической службы

современным оборудованием, диагностику онкологических заболеваний, повысить выявляемость онкологических заболеваний при профосмотрах [42, 107, 192].

Для развития здравоохранения РД и укрепления здоровья населения большое значение имеют и республиканские целевые программы: «Вакцинопрофилактика», «Программа проведения здорового образа жизни на 2004-2010 гг.», «Здоровый ребенок на 2005-2009 гг.», «Развитие и совершенствование сельского здравоохранения на 2005-2011 гг.», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту на 2005-2009 гг.», «Развитие здравоохранения на период до 2010 г.» [42, 107, 192].

РД задействована в 8 федеральных целевых программах развития отрасли по приоритетным направлениям. Учитывая дотационный характер бюджета, для РД немаловажное значение имеет софинансирование целевых программ из федерального центра. В рамках этого Министерством здравоохранения и социального развития РФ были отпущены медикаменты для больных туберкулезом, эндокринные препараты. Предоставлено софинансирование продолжения строительства Республиканского противотуберкулезного диспансера в Махачкале [42, 107, 192].

Одна из болевых точек дагестанского здравоохранения – слабая материально-техническая база. Здесь отмечается значительное отставание показателя обеспеченности койками по сравнению с федеральными показателями. А недостаточность амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого и детского населения ведет к проблемам, связанным с качеством оказания медицинской помощи [23].

Именно поэтому в последнее время значительное внимание уделялось строительству новых, реконструкции и капитальному ремонту существующих учреждений здравоохранения. В эксплуатацию введено 69 объектов здравоохранения. В 2008–2009 гг. строительство больничных учреждений в несколько раз превысило результаты предыдущих 5 лет. Сдано

20 больниц на 536 коек, 13 амбулаторно-поликлинических учреждений на 970 посещений в смену, 87 фельдшерско-акушерских пунктов. Строительство и оснащение этих медицинских учреждений современным диагностическим оборудованием расширило возможности диагностики и лечения больных, увеличило коечный фонд, повысило качество, доступность медицинской помощи населению. Сократилось время ожидания гражданами обследований в амбулаторно-поликлинических учреждениях [177].

Обостряет ситуацию то, что доля сельского населения в РД более 58%, тогда как по России около 27% [177]. Проживание в горной и высокогорной части, мелких населенных пунктах создает проблему социального равенства. Принятая Правительством РД целевая программа «Развитие и совершенствование сельского здравоохранения в Республике Дагестан» предусматривает укрепление материальной и лечебной базы сельского здравоохранения. Свои особенности, отличные от традиционных схем планирования и развития здравоохранения, имеет организация медицинской помощи работникам отгонного животноводства. А это около 60 тыс. человек, проживающих в хозяйствах, где практически отсутствуют первичные звенья здравоохранения. Поэтому для нас вопрос доступности медицинской помощи буквально один из жизненных [107]. Очень много сделано для его решения. В городах и крупных районах открыты филиалы республиканских специализированных центров, прежде всего диагностического, планирования семьи и репродукции. В РД есть 3 межрайонные больницы, оснащенные современным оборудованием, где работают высококвалифицированные специалисты. В больницах городов много лет функционируют межрайонные специализированные отделения, в том числе по профилю детской хирургии, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей и др. [177].

Традиционными стали и выездные формы работы. Бригады из 10-14 специалистов республиканских учреждений наведываются в сельские районы. Они решают проблемы диспансеризации, оздоровления, проведения

прививочной работы, оказывается организационно-методическая помощь. Кроме того, практикуются систематические совместные выезды терапевтов, акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов для совершенствования службы охраны материнства и детства, улучшения медицинской помощи беременным, новорожденным, детям раннего возраста и других возрастных групп. [23, 107].

В РД высок удельный вес женщин и детей. РД продолжает оставаться одним из немногих регионов РФ, где обеспечивается замещение поколений родителей их наследниками. Численность детей и подростков в 3,5 раза превышает численность граждан в пенсионном возрасте. Вместе с тем в РД демографическая ситуация вызывает тревогу. Ни в одной территории РФ нет такого демографического разброса населения, ни один регион не несет такой демографической нагрузки, как РД, где детское население составляет 30,9%. Всё это требует значительных социальных вложений и затрат [25, 74].

По последней переписи несколько уменьшился удельный вес женского населения, сократилось число женщин детородного возраста. По РД показатель рождаемости снизился с 26,2 на тысячу населения в 1990 г. до 15,6 в 2005 г. Проводимые социальные реформы позволили вновь повысить рождаемость, составив уже в 2007 г. 17,3‰, в 2009 г. – 18,8‰. И хотя естественный прирост в РД остается положительным, но тенденция к снижению наметилась с +20 ‰ в 1990 г. до +12,9‰ в 2009 г. Безусловно, проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится весьма актуальной. Каждая пятая супружеская пара в РД сталкивается с проблемой бесплодия, которое за последние 5 лет выросло в 3 раза, что отражается на воспроизводстве населения. Нет тенденции к улучшению здоровья беременных женщин, осложнения беременности и родов составляют 2/3 от общего числа [25].

Вызывает тревогу состояние генофонда в РД, так как высок риск рождения детей с врожденной и наследственной патологией, которая составляет существенную часть в общей заболеваемости и смертности детей

1-го года жизни. Из года в год растет количество выявляемой патологии репродуктивной системы у мужчин и женщин. Ухудшается здоровье девочек-подростков, и в первую очередь вступивших в репродуктивный возраст, которые будут нести нагрузку в воспроизводстве населения. Проблемным становится репродуктивное здоровье и юношей. В семьях дагестанцев прослеживается снижение рождения третьих-четвертых детей, что в будущем также может отразиться на сохранении демографического потенциала [25, 74].

В РД сформировался ряд негативных предпосылок, отрицательно влияющих на формирование здоровья детей, женщин. Это – природой обусловленные факторы риска здоровья, социальная нестабильность, стрессогенные ситуации, отсутствие полноценного питания в большинстве семей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах РД и др. «Перинатальная» патология имеет высокую социальную обусловленность. Низкий индекс здоровья матерей определяет состояние здоровья детей, и прежде всего новорожденных. Сложившаяся ситуация с качеством здоровья матерей, заболеваемостью новорожденных влияет на уровень смертности новорожденных и определяет большинство детских заболеваний и инвалидность [25, 74].

Материнская и младенческая смертность остаются относительно высокими. Среди умерших детей до 1 года 70% составляют дети периода новорожденности, преимущественно умершие в первые сутки жизни в акушерских стационарах, что свидетельствует о низком качестве здоровья женщин детородного возраста [74].

Для улучшения оказания медицинской помощи женщинам и детям, прежде всего, решаются организационные вопросы. Разработан и утвержден Минздравом РД ведомственный «План мероприятий по предупреждению и снижению материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности на 2008–2010 гг.»

Несмотря на сложности с финансированием здравоохранения, вопрос

укрепления материально-технической базы родовспоможения и детства внесен в ранг приоритетного. Увеличились инвестиционные вложения, идет интенсивное строительство объектов здравоохранения: строятся 11 ЦРБ, в которых предусмотрены акушерские стационары по типовым проектам, запланировано строительство родильных домов в Кизилюрте, Дербенте, Хасавюрте. В рамках Республиканской целевой программы «Здоровый ребенок» только в 2009 г. на укрепление службы детства и родовспоможения было выделено более 20 млн руб., на капитальный ремонт республиканских детских и родовспомогательных учреждений направлено в счет текущего финансирования без учета средств по программам 82,1 млн руб. Улучшается оснащение лечебно-диагностической аппаратурой, расширяется диапазон специализированной медицинской помощи, в том числе реанимационной защищенности детей раннего возраста, женщин, отрабатываются стандарты объемов и качества медицинской помощи новорожденным и женщинам на всех этапах медицинского обеспечения [25, 74].

В свете выполнения нацпроекта определены новые акценты в медицинском обеспечении женского и детского населения. Одним из приоритетных направлений являются родовые сертификаты. Полученные по ним средства позволили увеличить заработную плату медицинским работникам, закупить дополнительно оборудование в родовспомогательные учреждения, приобрести дорогостоящие медикаменты и т.д. В женских консультациях внедрена программа по мониторингу наблюдения беременных во всех ЛПУ РД с учетом степени группы риска. Беременные, кормящие матери и дети до 1 года жизни по программе обеспечиваются витаминами, минеральными комплексами, железо- и йодосодержащими препаратами. Организовано оздоровление беременных женщин в условиях санаторных учреждений [74, 107].

Проведена реконструкция Республиканского медико-генетического центра (РМГЦ) соответственно современным требованиям медико-генетической службы. Создан регистр и отработан эпидемиологический

мониторинг по врожденным и наследственным заболеваниям. Расширяются возможности внутриутробной диагностики патологии плода у беременных, во всех ЛПУ проводится расширенный неонатальный скрининг по 5 наследственным заболеваниям [74, 107].

Республиканским центром планирования семьи организована служба охраны репродуктивного здоровья взрослого и детского населения, состоящая из трех уровней. Налажен 3-кратный ультразвуковой скрининг беременных. Расширяется скрининговое обследование беременных по определению биохимических и инфекционных маркеров (пренатальная диагностика) [74].

Несмотря на принятые меры и наметившуюся тенденцию к улучшению, материально-техническая база учреждений детства и родовспоможения остается еще слабой. В РД нет типовых женских консультаций, взрослых и детских поликлиник.

Резюме к главе 1

Результаты периодических медицинских осмотров не решают в полной мере проблемы сохранения высокой трудоспособности и здоровья работающих. Они направлены в основном не на предупреждение или восстановление обратимых функциональных сдвигов, возникающих в процессе труда, а на уменьшение уже развившихся функциональных и структурных нарушений в организме работника. Это имеет особую актуальность в поликлинических условиях, так как раннее выявление патологии ЛОР-органов, своевременное лечение и последующее диспансерное наблюдение позволяют успешно решать поставленную Минздравом задачу сохранения здоровья населения.

Изучение распространенности заболеваний уха и тугоухости, а также влияния заболеваний ВДП на возникновение и течение нарушений слуха является актуальным в современных условиях.

Основной задачей динамического наблюдения пациентов с нейросенсорной тугоухостью и кохлеовестибулярными нарушениями является ежегодное проведение диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, что позволяет больному вернуться к привычному образу жизни, к своей профессии и способствует профилактике инвалидности.

Повышение качества профилактической, диагностической и лечебной работы при заболеваниях уха, более раннее выявление и устранение

дефектов пораженного органа слуха, дальнейшее укрепление и совершенствование материально-технической базы сурдологической службы позволит улучшить реабилитационные мероприятия, сократить число больных с высокой степенью тугоухости, нуждающихся в слухопротезировании.

Недостаточная степень соответствия современным требованиям учреждений здравоохранения ведет к отставанию РД по уровню внедрения современных методов диагностики и лечения, делает проблематичным достижение качества оказания медицинской помощи. Другой нерешенной проблемой остается обеспечение надлежащего качества, эффективности и безопасности лекарственных средств. Крайне актуальным остается вопрос оснащения лечебно-профилактических учреждений РД медицинской техникой и лечебно-диагностическим оборудованием.

Отсутствие должного внимания со стороны органов управления здравоохранения к развитию специализированной медицинской помощи и инновационных технологий в медицине привело к резкому отставанию целого ряда направлений в здравоохранении РД (нейрохирургия, онкология, ортопедия-травматология, урология, кардиохирургия и др.). Это отставание происходит, в частности, не столько от отсутствия высококвалифицированных специалистов, сколько от нехватки необходимого современного оборудования, инструментов, расходных материалов и т.д.

Одна из болевых точек дагестанского здравоохранения – слабая материально-техническая база. Здесь отмечается значительное отставание показателя обеспеченности койками по сравнению с федеральными показателями. А недостаточность амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого и детского населения ведет к проблемам, связанным с качеством оказания медицинской помощи.

Глава 2. Программа, объем и методы исследования

2.1. Особенности изучения совокупности: методика и программа 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» (далее – 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.).

Методологической основой настоящей работы послужили Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, приказы МЗ РФ (№№121, 151, 154), общие подходы, разработанные ФГБНУ НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко РАМН и рекомендации ученых. Результаты исследования отличаются по объему наблюдений, количеству регистрируемых признаков, объектам исследования, особенностями обработки материала и т. д.

Анализ ведущего показателя здоровья – заболеваемости, а также организации и качества оториноларингологической помощи в соответствии с целью и задачами предусматривает комплексную методику, включающую следующие методы исследования: статистический, социологический, метод экспертных оценок, выкопировка данных из первичной медицинской документации, целевые медицинские осмотры.

Для определения факторов повышенного риска используется обычно метод анализа впервые выявленных больных ЛОР-патологией за ряд лет с ретроспективным изучением имевшихся осложняющих моментов (факторов риска), которые могли привести к возникновению заболевания.

Большинство факторов, влияющих на уровень заболеваемости можно представить в виде следующих **кластеров**: медико-биологических,

социально-гигиенических, клинических и медико-организационных.

К медико-биологическим факторам относятся наследственность, пол, возраст, этническая принадлежность.

К социально-гигиеническим факторам – образ жизни, труд и его характер, степень сложности его, быт, семья, жилище, образование, материальное положение.

К клиническим факторам – организация профилактической и лечебной работы, обеспеченность медикаментами, клинический статус больного и т.д.

К медико-организационным факторам – доступность, качество и эффективность медицинской помощи.

Программой данного исследования предусмотрено изучение влияния указанных факторов на частоту и уровень заболеваемости ЛОР-патологией, что нашло выражение в разработанных нами картах (*Приложения 1–4*), состоящих из четырех блоков: цель, задачи, направления исследования, внедрение в практику (*рис. 2.1*)

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.



Рис. 2.1. Программа исследования

Таким образом, при решении поставленных в диссертации вопросов для достижения цели работы и решения её задач нами использована комплексная социально-гигиеническая методика исследования

Разработанная программа определяла этапную последовательность в изучении различных аспектов работы (рис. 2.2).

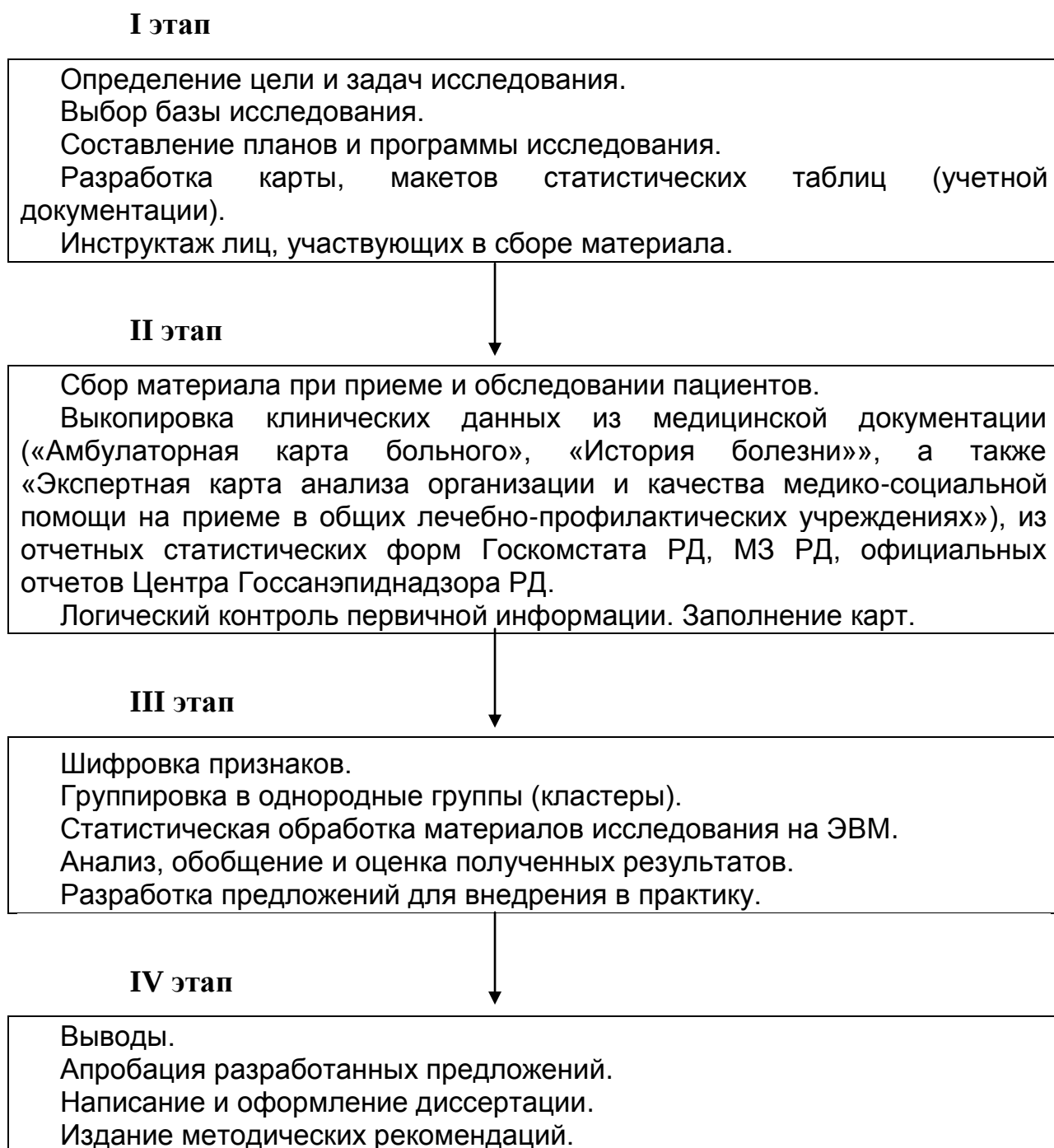


Рис. 2.2. Этапы работы

На всех этапах исследовательской работы были определены приоритетные задачи, которые можно сгруппировать в основные направления, обеспечивающие нормальное функционирование системы «семья–больной». Все направления в этой системе взаимосвязаны, что характеризует комплексный системный характер данного исследования.

Изучение медико-организационных факторов, предусмотренных программой, является необходимым при изучении состояния и прогнозов оториноларингологической службы в РД, так как они существенно влияют на течение патологического процесса, а также на показатели заболеваемости и инвалидности.

Характеристика изучаемой когорты больных позволяет получить общее представление об изучаемом контингенте. При проведении комплексных социально-гигиенических исследований используются данные Госкомстата и медицинских учреждений. Они, в частности, дают возможность получить сведения о демографических явлениях, их динамике. Большую ценность представляют ежегодные исчисления населения по полу и возрасту, используемые для общих и повозрастных показателей.

В ходе выполнения работы мы придерживались определения критериев заболеваемости, согласно международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра (МКБ-10). В проведенном исследовании нами использовались методы сбора первичной информации, основанные на изучении показателей нуждаемости пациентов в оказании оториноларингологической помощи (по классам «Болезни уха и сосцевидного отростка», а также отдельным видам нозологий, входящих в классы «Болезни органов дыхания» и «Новообразования» МКБ-10). Опрос проводился в 2011 г.

Неординарность данной проблемы в значительной степени обусловлена ее многофакторностью, т.е. в этиологии участвуют многочисленные и разнообразные факторы, которые зачастую связаны между собой и оказывают непосредственное влияние друг на друга.

Необходимым атрибутом подобного рода исследований является комплексный подход, предусматривающий изучение влияния различных условий внешних и внутренних сред на здоровье изучаемого контингента, в котором должны использоваться кластерный, социально-гигиенический, эпидемиологические, экономические, психологические и экспертные методы исследования.

Правовой базой проведенного исследования стали нормативные документы и иные материалы, определяющие условия и порядок организации оториноларингологической медицинской помощи. Исходным методологическим положением стало понятие права в условиях проведения реформ в здравоохранении РФ. В работе мы придерживались нормативного методологического подходов к пониманию права. В контексте изучаемой проблемы это относится к системе общеобязательных медико-социальных норм, нормативов, правил и стандартов, которые призваны обеспечить на правовой основе управление и деятельность федеральных и региональных медицинских учреждений по осуществлению оказания населению оториноларингологической помощи. В связи с этим рассмотрен комплекс законодательных и иных нормативных правовых актов, регулирующих организацию, управление и деятельность федеральных медицинских учреждений по оказанию пациентам оториноларингологической медицинской помощи.

В ходе исследования изучены литературные источники, касающиеся вопросов охраны здоровья человека, качества и доступности оказания оториноларингологической медицинской помощи, населению РФ и РД, в том числе: законодательные и иные нормативные правовые акты РФ:

- Конституция РФ (1993 г.);
- Федеральный Закон «О государственных гарантиях медицинской помощи»;
- «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года»
- Постановления Правительства РФ «О программе государственных

гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» – ежегодно;

– Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 21.11.2011 г.);

– Постановления Правительства РФ и приказы Минздравсоцразвития России за 2005–2013 гг.

2.2 . Объект исследования и методы сбора информации

Выбор методов исследования и способов сбора материала определялся поставленными целью и задачами («Введение»). Последние можно определить в четыре основных направления:

- 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 охватывал период 2008–2012 гг.

Источники получения информации стали:

- анкеты опроса пациентов («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.

Нами разработаны варианты анкет по изучаемой тематике, которые утверждены и рекомендованы к применению ФБГУ НКЦО ФМБА России в 2008 г. (*Приложения 1–4*).

В проведенном исследовании на основе предложенных анкет использованы наиболее значимые и актуальные для медицинского персонала правовые, организационные, управленческие, экономические и информационные вопросы, предполагающие несколько конкретных вариантов ответов, в том числе «да», «нет», «затрудняюсь с ответом».

Вопросы в анкетах составлены таким образом, чтобы по результатам анализа ответов на них можно было получить достаточно полное представление о ситуации с потребностью, доступностью и качеством оказания оториноларингологической помощи в РД, существующих проблемах и возможных способах их решения.

В анкетах представлены как общие вопросы для четырех групп респондентов, так и специфические, в соответствии с компетенцией категории опрашиваемых лиц. При опросе врачей-оториноларингологов ЛПУ РД выяснялось их мнение о результативности оториноларингологической помощи, организационных проблемах, об их информированности по целому ряду вопросов и др.

Перечень вопросов анкет приведен в *Приложениях 1–4*.

Теоретической базой для исследования явились научные труды зарубежных и российских ученых – специалистов в области организации здравоохранения и оказания оториноларингологической помощи.

В работе нами использованы методы сбора первичной информации, основанные на опосредованном (анкета) взаимодействии исследователя и опрашиваемого (респондента). Так, с помощью специально разработанных нами анкет (*Приложения 1–4*) проведено социологическое исследование среди пациентов и врачей-оториноларингологов РД.

В процессе исследования изучены основные показатели состояния и особенностей ЛОР-заболеваемости населения РФ в целом и РД в частности, а

также изучена организация оказания оториноларингологической помощи в РФ и РД. Изучена обеспеченность населения РД оториноларингологической помощью, в частности, рассчитаны и проанализированы показатели, отражающие доступность оториноларингологической помощи, её эффективность и качество. Эти показатели учитывались по общепринятым методикам как интенсивные величины впервые выявленной среди жителей страны оториноларингологической заболеваемости из расчета на 1000 человек соответствующей когорты и возрастной группы населения.

Анализ распространённости ЛОР-заболеваний, её динамики, изучение состояния и перспектив модернизации оториноларингологической помощи в РД проведены на основании сведений республиканских, городских и районных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) за исследуемый период времени, полученных в соответствии с установленными МЗ РФ формами отчетности:

- «Амбулаторная карта больного» (ф. 25/у);
- «Контрольная карта диспансерного больного» (ф. 030/у);
- «История болезни» (ф. 003/у);
- «Дневник врача» (ф. 39/у).

Перед началом работы издавались приказы по Минздраву РД о регистрации запланированных ЛПУ в качестве экспериментальных баз и о содействии в проведении научного исследования на выбранных территориях. После разработки методики исследования были отобраны базовые территории и соответствующие ЛПУ, подлежащие изучению.

Как известно, при изучении заболеваемости населения выборочная совокупность должна обеспечить, *во-первых*, репрезентативность по отношению к генеральной совокупности, а *во-вторых*, получение убедительного количества наблюдений для исчисления отдельных показателей при дроблении исследуемого материала на многочисленные группы по заболеваниям, возрасту, полу.

Большая половина населения РД преимущественно проживает в

сельской местности. Следует обратить внимание, что из общего числа сельского населения – 31,4% проживают в равнинной зоне, 35,4% в предгорье и 33,2% в горах. Таким образом, значительная часть населения проживает в отдельных от центра, труднодоступных населенных пунктах. Исходя из численности населения, был определен объем наблюдений.

Для определения объема выборочной совокупности использована формула отбора [110]:

$$n = \frac{N\sigma^2 t^2}{N\Delta^2 + \sigma^2 t^2}, \text{ где}$$

n – требуемое число наблюдений;

N – генеральная совокупность;

t – критерий Стьюдента (показывает с какой вероятностью значение выборочного параметра отличается от генерального); величина $t = 2$;

σ – максимально возможная дисперсия $\sigma = pq = 0,25$ (где **p** = 0,5; **q** = 0,5);

Δ – мера точности; ($\Delta = 5\%$ (0,05)), т.е. доверительная величина ошибки выборки.

За максимальную ошибку приняли 5% (0,05), т.е. предположение, что заболеваемость ТОД в РД в пределах 50%. Доверительный коэффициент $t=2$, точность $\Delta=5\%$ (0,05%), если принять доверительную величину ошибки выборки (Δ) достаточной 0,05 (5%), произведение **pq**, т.е. $\sigma=0,25$, а «коэффициент доверия» **t** равный 2, можно подсчитать репрезентативное число наблюдений.

$$n = \frac{1054 \times 4 \times 0,5}{1054 \times 0,05^2 + 4 \times 0,25} = \frac{2108}{2,635} = 800$$

Расчетное число наблюдений (**800**) обеспечивает репрезентативность полученных данных, которые в значительной степени меньше фактического числа наблюдений (**1151**), представляющее количество больных с ЛОР-патологией, состоящих под диспансерным наблюдением. Использованная

расчетная методика дала возможность в достаточной степени изучить оториноларингологическую заболеваемость, определить фактическое состояние и разработать рекомендации на совершенствование организации и улучшение качества специализированной (оториноларингологической) лечебно-профилактической помощи населению РД.

2.3. Методика анализа первичной документации.

Заболеваемость – проблема многофакторная, т.е. в этиологии участвуют многочисленные и разнообразные факторы, зачастую связанные между собой и оказывающие непосредственное влияние друг на друга.

Подобного рода исследования требуют комплексного подхода, предусматривающего изучение влияния различных условий внешней и внутренней среды на здоровье изучаемого контингента, в котором должны использоваться социологические, социально-гигиенические, экономические, экспертные методы исследования и др. [100].

По мере накопления банка информации собранный материал в ходе исследования обрабатывался также методами математической статистики и теории вероятностей.

Заболеваемость является индикатором качества медицинской помощи. В статистике заболеваемости принято выделять **общую заболеваемость**, которая изучается, в основном, двумя методами: по **данным обращаемости** и **медицинских осмотров** (рис. 2.3).

Общая заболеваемость:

- 1.Первичная заболеваемость;**
- 2.Накопленная заболеваемость**



Рис. 2.3. Методы анализа заболеваемости

Необходимо, однако, отметить, что даже при правильной организации лечебно-профилактической помощи населению повсеместно и на всех этапах с учетом высокого профессионального уровня медицинского персонала, полностью исключить случаи заболеваний вряд ли возможно. Успешное решение вышеуказанной проблемы возможно при наличии достоверных и научно обоснованных данных о причинах заболеваемости.

Наиболее информативный метод анализа по данным обращаемости не отражает полностью истинную картину состояния здоровья, так как полностью зависит от обращаемости, а значит – от таких показателей, как доступность, медицинская активность населения, квалификация медицинских работников.

Для получения наиболее исчерпывающих данных необходимы профилактические медицинские осмотры. Оценка качества медицинского наблюдения и объем оказываемой помощи (особенно из «групп риска»), проводились с учетом современных тенденций и требований к организации медицинского обеспечения населения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, изложенных в методических рекомендациях и определенных приказами Минздравсоцразвития РФ.

Непосредственная работа проводилась в лечебно-профилактических учреждениях, где с главными специалистами и сотрудниками был организован тщательный инструктаж по определению обязанностей в проведении массовых обследований населения на основе инструктивно-

методических документов об организации сплошного и выборочного обследований и создания картотеки. Основным документом, определяющим полноту охвата населения целевыми осмотрами, являлась учетная картотека. Учет и контроль за привлечением к обследованию велись только по картам медицинских осмотров.

Автором осуществлялся еженедельный контроль за правильностью сбора и регистрации информации во всех экспериментальных районах. Для уверенности в достоверности информации, полученной при проведении профилактических и целевых медицинских осмотров полученные результаты сверялись с данными медицинской документации на этих же больных.

Метод экспертных оценок предполагает участие группы специалистов для решения самых разнообразных вопросов, возникающих в ходе исследования. Экспертиза качества оказанной помощи больным ЛОР-патологией проводилась также путем ретроспективного анализа медицинской документации.

2.4. Особенности обработки статистического материала

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.

Формула вычисления этого показателя следующая:

$$\text{Частота первичной} \\ \text{заболеваемости} = \frac{\text{Число впервые зарегистрированных случаев}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

При расчете показателя болезненности в расчет принимались все

случаи, состоящие на диспансерном учете.

Формула вычисления этого показателя следующая:

$$\text{Болезненность} = \frac{\text{Число всех случаев, состоящих на диспансерном учете} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

При выполнении работы был применен **эпидемиологический подход**, предусматривающий «изучение факторов, детерминирующих частоту и распространенность заболевания в популяциях».

На заключительном этапе исследования все полученные данные были систематизированы; на основании результатов анализа информации выделены основные проблемы организации оториноларингологической 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 $P < 0,05$).

Использование результатов научной работы, полученных в ходе проведенного исследования, реализовывалось в следующем виде:

- публикация статей в научных и научно-практических медицинских журналах, в том числе в рекомендованных Перечнем ВАК;
- публикация материалов в сборниках международных, российских, национальных, межрегиональных и отраслевых научно-практических конференций;
- разработка рекомендаций по материалам исследования;
- оформление актов внедрения в практику.

Резюме к главе 2

В данной главе изложены основные методические аспекты,

позволяющие более эффективно провести комплексное исследование по теме диссертации, в том числе изучение состояния и особенностей нормативно-правового регулирования и организационно-управленческого обеспечения оториноларингологической помощи в РД, а также с помощью использованного системного подхода проанализировать и оценить материалы социально-гигиенических, организационных и клинических исследований результатов, эффективности и доступности оказания пациентам оториноларингологической помощи.

Глава 3. Медико-демографическая характеристика населения республики Дагестан

3.1. Природно-климатические особенности жизни 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 (РД).

Территория РД площадью 50,3 тыс. км характеризуется наличием трех климатогеографических зон (равнина, предгорье, горы), где проживает более 2,6 млн. человек.

Максимальная высота – 4 466 м над уровнем моря (г. Базар-дюзю), минимальная – 26 м ниже уровня моря (Прикаспийская низменность). Около 55% территории РД занимают горы.

Результаты мониторинга свидетельствуют о применении большим количеством населения РД воды с повышенным содержанием мышьяка, о высоких уровнях загрязненности продуктов питания токсическими химическими соединениями, превышение допустимых уровней радиоактивного загрязнения в 25–30 раз, загрязнение атмосферного воздуха сернистым газом, окислами азота, свинцом, пылью, превышающее ПДК до 10,8% [124].

Природные и антропогенные элементы экологической системы РД свидетельствуют о неблагополучии и отягощенности ее, особенно на территории равнинной зоны [192]. На этом фоне отмечается увеличение распространенности курения и приема алкоголя среди населения РД [42]. Причинами, вызывающими смертность населения РД, остаются болезни системы кровообращения (1 место), органов дыхания (2 место) и

новообразования (3 место) [177].

Число этнических групп – более 30, сельское население составляет 60,2%, городское – 39,8%.

Условия проживания в РД не способствуют повышению санитарного благополучия жителей. Население РД «старое» (удельный вес возрастной группы 60 лет и старше составляет 8,4%), отмечается усиленная миграция молодежи из РД в поисках работы, численность безработных составляет 28,8% трудоспособного населения. По валовому региональному продукту на душу населения РД находится на 78-м месте в РФ [25, 107, 124].

Горячим водоснабжением обеспечено 19,5% населения (по РФ 69,2%), канализацией – 31,9% (62,3% по РФ). Благоустроенное жилье сконцентрировано в городах, девять из десяти которых расположены на равнинной экологической зоне [25, 107, 124].

Структура валового регионального продукта промышленность составляет 18,3%, сельское хозяйство – 26,5%, строительство – 7,9%, транспорт – 5,1%, торговля и коммерческая деятельность по реализации товаров и услуг – 16,1%. Численность безработных составляет около 28,8% трудоспособного населения РД. По валовому региональному продукту на душу населения РД находится на 78-м месте в РФ [25, 107, 124].

Демографическая ситуация в РД характеризуется постепенным ростом населения, но при этом отмечается усиленная миграция молодого трудоспособного населения из РД в связи с недостатком рабочих мест.

Основными неблагоприятными экологическим факторами, ухудшающие здоровье населения, в основном сельской местности РД, являются агрохимикаты, пестициды, минеральные удобрения, обладающими кумулятивными, токсическими, бластомогенными, аллергическими, иммунодепрессивным и тератогенными свойствами [124, 192].

Природные и антропогенные элементы экологической системы РД свидетельствуют о неблагополучии, отягощенности ее. Применение ядохимикатов в экосистеме РД превышает критический уровень нагрузки

(КУН) в десятки раз, особенно на равнинной экологической зоне [124, 192]. Однако влияние качества экосистемы региона на заболеваемость раком гортани ранее не изучали.

Общеизвестна роль и значение курения в развитии рака дыхательных путей, особенно легких. Впервые распространенность курения среди населения РД изучено при исследовании экологических аспектов смертности от рака легкого [42]. Установлено, что распространенность курения в РД среди мужчин и женщин значимо меньше, чем среди населения РФ.

По административно-территориальному делению в РД насчитываются 41 сельский район, 10 городов, 19 поселков городского типа. Плотность населения составляет 54,5 км на 1 жителя. РД является также полиэтнической республикой, в которой проживает более 30 этнических групп [25, 107, 124].

Природно-климатические особенности жизни населения РД являются одним из факторов, определяющих состояние здоровья и медико-демографическую ситуацию в регионе. Территория РД делится на 3 климатогеографические зоны: горы, предгорье и низменность (равнина). Равнинная зона занимает 44,3% территории РД. На севере она начинается с сухих, безводных Ногайских степей, простираясь на юго-восток вдоль Каспийского моря до Самурских субтропиков.

В равнинной зоне расположены 9 городов. Предгорная зона протягивается дугообразной полосой с северо-запада на юго-восток длиной около 210 км и шириной от 20 до 50 км. Состоит из множества горных хребтов (от 500 до 1200 м), покрытых низкорослым лесом и засухоустойчивыми кустарниками. Горная зона занимает южную и юго-восточную части РД. Она простирается вдоль Большого Кавказского хребта и граничит с Чеченской Республикой, Грузией и Азербайджаном. Она составляет 37% всей территории РД (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Карта республики Дагестан

РД представляет собой уникальный природный регион с разнообразными климатогеографическими характеристиками и обусловленными этим различиями в условиях проживания населения, в интенсивности воздействия антропогенных экологических факторов.

РД относится к территориям с природным дефицитом йода, что повышает риск развития эндокринной патологии и психопатических состояний [107, 124, 192].

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 (табл. 3.1), что, несомненно, сказывается

на состоянии здоровья населения и, в первую очередь, детского [74, 107].

Значительная часть территории РД относится к сельскохозяйственным регионам, на которых используются химические средства защиты растений и минеральные удобрения. Из большого числа применяемых пестицидов на долю равнинного Дагестана приходится 32,5%; 17,4 – на горную и предгорную зоны, что способствует росту врожденных пороков развития на территории РД [74, 107].

3.2. Социально-экономическое положение республики Дагестан

Социально-экономическое положение РД оценивалось по показателям масштаба экономики, показателям бюджетной и социальной сферы¹.

Показатели масштаба экономики в РД характеризуются хорошими результатами. РД занимает срединное 31 место среди других субъектов РФ по объему доходов консолидированного бюджета, который составил 74,41 млрд. руб. в 2011г. (по данным Минфина РФ). Также хорошие показатели установлены по численности занятого населения в экономике, которые составляют 1140,2 тыс. человек по РД. По данному показателю РД занимает 22 место среди других субъектов РФ. А вот по объему производства товаров и услуг РД занимает лишь 80 место в рейтинге [126].

Показатели бюджетной сферы в РД менее оптимистичны. В частности, по объему доходов консолидированного бюджета на 1 жителя РД приходится 24,4 тыс. рублей, что соответствует самым низким показателям среди всех субъектов РФ [126].

Показатели социальной сферы в РД противоречивы. В 2011 г. продолжилась тенденция к росту доходов населения России во всех субъектах, однако темпы роста замедлились.

Реальные денежные доходы населения составили 101,1% к уровню

¹ Данные РИА Рейтинг, 2012

прошлого года, против 103,8% в 2010 г. При этом сохранился значительный уровень дифференциации субъектов РФ по уровню доходов и их покупательской способности. Отношение денежных доходов к стоимости фиксированного набора потребительских товаров и услуг колебался в диапазоне от 0,98 до 3,94 по РФ. В РД наблюдалась относительно благоприятная ситуация по данному показателю: денежные доходы превышали стоимость фиксированного набора потребительских товаров и услуг в два и более раз, что соответствует уровню Магаданской области, Чукотского автономного округа, Краснодарского края и ряда других [126].

В 2011 г. в России продолжилась тенденция к сокращению уровня безработицы, рассчитанная по методике МОТ и составившая к этому году 7,5%. Среди субъектов РФ с напряженной ситуацией на рынке труда преобладают регионы, расположенные на Северном Кавказе. В частности, в РД, безработица в 2011 г. составила 12,8% [126].

Примечательно, что РД также характеризуется высокой продолжительностью предстоящей жизни при рождении (74 года), сопоставимой с Москвой.

По данным Росстата, городское и сельское население РД существенно различается по доходам населения, доступности объектов здравоохранения и социальной сферы.

Как следует из *таблицы 3.1*, в сельской местности РД недостаточно развита сеть автомобильных дорог с твердым покрытием, коммунальных услуг.

Несмотря на то, что денежные доходы населения неуклонно растут, среднемесячная начисленная заработная плата в 2011 г. составила 11 234 рублей, при этом 240,5 тысяч человек имели доходы ниже величины прожиточного минимума. Среднемесячная начисленная заработная плата по отрасли здравоохранения составила 9174,2 рублей в 2011г.

Таблица 3.1

Развитие инфраструктуры сельской местности

в республике Дагестан

Ввод в действие в сельской местности:	Годы наблюдения						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
водопроводных сетей (км)	46,2	20,1	43,3	36,7	40,8	7,9	18,3
газовых сетей (км)	403,6	141,8	95,67	194,5	88,1	14,1	233,9
АТС (тыс. номеров)	5,02	3,16	-	0,36	0,02	0,5	-
линий электропередачи для электрификации сельского хозяйства (км):							
напряжением 0,4 кВ	10,7	-	-	36,33	12,9	65,9	-
напряжением 6-20 кВ	21,3	7,9	-	-	26,1	8,1	27,5
автомобильных дорог с твердым покрытием (км):							
общего пользования местного значения	33,35	21,48	34,86	39,24	93,92	49,1	1,6
необщего пользования в сельском хозяйстве	-	-	-	-	-	-	49,1

Таблица 3.2

**Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата
работников организаций по образованию и здравоохранению
в республике Дагестан (рублей) (Росстат)**

Всего в экономике	Годы наблюдения						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
В образовании	3659,8	4530,0	5696,4	7595,1	9125,3	10243,5	11234,6
В здравоохранении	2931,3	3711,8	4473,6	5651,6	6547,3	7248,2	7794,6
В социальных услугах	3091,9	4305,0	5172,1	6978,9	7993,5	8608,5	9174,2

Таким образом, РД по социально-экономическим факторам характеризуется высокими показателями безработицы, низким уровнем доходов населения, недостаточностью инфраструктуры, особенно в сельской местности, что, несомненно, отрицательно отражается на показателях здоровья населения Республики.

Таблица 3.3

Доходы населения в Республике Дагестан (Росстат)

Всего в экономике	Годы наблюдения						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012

Среднедушевые денежные доходы населения (в месяц) (руб.)	4457.3	6260.7	7981.4	10962.0	13849.0	15564.8	18280.1
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата организаций (руб.)	3659.8	4530.0	5696.4	7595.1	9125.3	10243.5	11234.6
Средний размер назначенных месячных пенсий (руб.) на конец года	2024.4	2242.9	3005.3	3612.3	4976.7	5835.8	6336,5
Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (тыс. человек)	629.9	393.8	366.6	285.1	248.0	256.7	240.5
Минимальный размер оплаты труда (руб.)	746.7	1000.0	1500.0	2300.0	4330.0	4330.0	4611.0

3.3. Численность и естественное движение населения республики Дагестан

Общая численность населения РД неуклонно возрастает с 2008 по 2011 гг., причем данная закономерность прослеживается как в отношении городского, так и сельского населения РД. Характерно, что доля городских и сельских жителей республики имеет тенденцию к увеличению с течением времени. По сравнению с РФ, где по данным Росстата в 2010 г. городских жителей существенно больше (73,1%), чем сельских (26,9%), в РД наблюдается обратная картина – большая часть населения проживает в

сельской местности (табл. 3.4).

Таблица 3.4

**Численность городского и сельского населения
республики Дагестан**

Территория	2009		2010		2011		2012	
	<i>Абс.ч.</i>	<i>%</i>	<i>Абс.ч.</i>	<i>%</i>	<i>Абс.ч.</i>	<i>%</i>	<i>Абс.ч.</i>	<i>%</i>
Город	1115779	41.5	112440	41.5	1159639	42.4	1349116	45.3
Село	1572053	58.5	1587430	58.5	1577674	57.6	1632258	54.7
РД	2687822	100.0	2711670	100.0	2737313	100.0	2981374	100.0

Анализ распределения численности населения по основным возрастным группам представлен в таблице 3.5.

Таблица 3.5

**Распределение населения республики Дагестан (%)
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)			

Очевидно, что доля трудоспособного населения, а также населения ниже трудоспособного возраста относительно велика, что является благоприятным демографическим показателем не только на данный момент времени, но и на перспективу.

Существенной медико-демографической особенностью населения РД является тот факт, что благоприятные демографические показатели по возрастно-половой структуре характерны как для городского, так и для сельского населения (табл. 3.6). Кроме того, в РД нетрудоспособное население в возрасте старше 60 лет для мужчин и в возрасте старше 55 лет для женщин относительно малочисленно – менее 12% в общей структуре, что снижает нагрузку на систему здравоохранения, связанную с более высокими потребностями в медицинской помощи для пожилых.

Таблица 3.6

**Распределение городского и сельского населения республики Дагестан
(%) по основным возрастным группам в 2010 г.**

Территория	Пол/Возраст	РД	СКФО	РФ
Город	Дети (от 0- до 15 лет)	22.5	16.6	15.2
	Мужчины (от 16 до 59 лет)	66.7	62.4	63.2
	Женщины (от 16 до 54 лет)			
	Мужчины (от 60 лет и старше)	11.3	21.0	21.6
	Женщины (от 55 лет и старше)			
Село	Дети (от 0- до 15 лет)	28.0	21.2	18.5
	Мужчины (от 16 до 59 лет)	60.5	60.2	59.8
	Женщины (от 16 до 54 лет)			
	Мужчины (от 60 лет и старше)	11.5	18.6	21.7
	Женщины (от 55 лет и старше)			

Общие показатели воспроизводства населения в РД в 2011 г. характеризуются тем, что показатель рождаемости в РД до 2011 г. прогрессивно рос (с 15,5‰ в 2005 г. до 19,4‰ в 2010 г.), а затем – заметно снизился, составив в 2011г. 18,3 рождений на 1000 населения (в основном за счет сокращения рождений в городах). Так, в городах показатель снизился только за 1 год до 16,1 % в 2011 г., а в сёлах уровень рождаемости остался, практически, без изменений, составив 20,0% (табл. 3.7).

Таблица 3.7

**Общие коэффициенты естественного движения
населения в республике Дагестан (Росстат) (на 1000 нас.).**

Годы	Коэффициенты воспроизводства населения			Младенческая смертность (Число умерших в возрасте до 1-го года (на 1000 родившихся живыми))
	Рождаемость (Число родившихся на 1000 нас.)	Смертность (Число умерших на 1000 нас.)	Естественный прирост; (убыль (-))	
2005	15,5	5,9	9,6	13,6
2006	15,3	6,0	9,3	14,8
2007	17,0	5,7	11,3	14,7
2008	18,3	5,9	12,4	13,0
2009	18,5	6,1	12,4	14,9
2010	19,4	5,8	13,6	14,3
2011	18,3	5,5	12,8	14,0

Наиболее значительное снижение рождаемости отмечается в Гумбетовском районе – 11,2 % (2010 г. – 16,7%), Дербентском – 17,9 % (2010 г. – 20,4%), Казбековском – 18,6 % (2010 г. – 24,9%), Кизлярском – 19,8 % (2010 г. – 22,4%), Кулинском – 10,7 % (2010 г. – 14,5%), Лакском – 10,6 % (2010 г. – 12,3%), Левашинском – 15,5% (2010 г. – 18,5%), Магарамкентском – 15,4 % (2010 г. – 18,0%), Тарумовском – 17,5 % (2010 г. – 22,2%), Тляратинском – 20,7 % (2010 г. – 22,9%), Цумадинском – 19,0 % (2010 г. – 22,8%), Цунтинском – 20,1 % (2010 г. – 31,4%), Чародинском – 14,6 % (2010 г. – 18,9%), Шамильском – 17,4 % (2010 г. – 21,5%), г. Махачкала – 15,4 % (2010 г. – 17,6%), г. Буйнакск – 16,5 % (2010 г. – 18,6%), г. Д.Огни – 20,1 % (2010 г. – 26,3%), г. Каспийск – 16,5 % (2010 г. – 18,4%).

Рост рождаемости имеет место в Кайтагском районе – 23,5 % (2010 г. – 20,7%), Каякентском – 24,3 % (2010 г. – 18,7%), Кизилюртовском – 27,8% (2010 г. – 21,1%), Курахском – 18,5 % (2010 г. – 16,8%), Сергокалинском – 18,3 % (2010 г. – 16,3%), Бежтинском участке – 20,7% (2010 г. – 15,0%); г.Кизилюрте – 20,0 % (2010 г. – 18,2%), г. Кизляре – 22,2% (2010 г. – 20,4%).

В 2011 г. в РД умерли 16537 человек, показатель общей смертности составил 5,8 на 1000 населения (РФ – 14,2), по городам – 4,5; по районам – 6,4. Относительно высокий уровень показателя общей смертности в 2011 году отмечается в следующих городах и районах: г.Кизляре – 7,7; г.Южно-Сухокумск – 6,4; г. Даг. Огни – 6,1; Кулинском – 8,9; Тарумовском и Сергокалинском – 8,8; Курахском и Гунибском – 8,1; Табасаранском, Чародинском и Хивском – 7,6 районах.

Показатель естественного прироста составил 12,9 на 1000 населения (РФ – 1,7; ЮФО – 2,3), при этом по городам РД – 11,6, по районам – 13,6 на 1000 населения. В целом по РД сохраняется положительный прирост населения. Относительно низкие показатели естественного прироста отмечаются в следующих городах и районах Республики: Агульском – 5,3; Ахтынском – 6,1; Лакском – 3,9; Кулинском – 1,8; Сергокалинском – 9,5;

С.Стальском – Хунзахском – 7,6; Чародинском – Гунибском – 3,5; Гергебильском – 8,3; Докузпаринском – 9,5; Гумбетовском – 6,8; Левашинском – 9,7; Магарамкентском – 9,9; Тарумовском – 8,8; п.Кочубей – 6,6 и в городах: г.Дербент – 10,1; г.Избербаш – 10,3; г. Буйнакск – 10,6.

На фоне благоприятных тенденций в демографической ситуации с высокими показателями рождаемости, низкими показателями смертности и высоким положительным приростом населения, в РД наблюдается неуклонный рост младенческой смертности. По сравнению с аналогичными показателями РФ – младенческая смертность в РД самая высокая среди всех субъектов в 2011 г. (рис. 3.2).

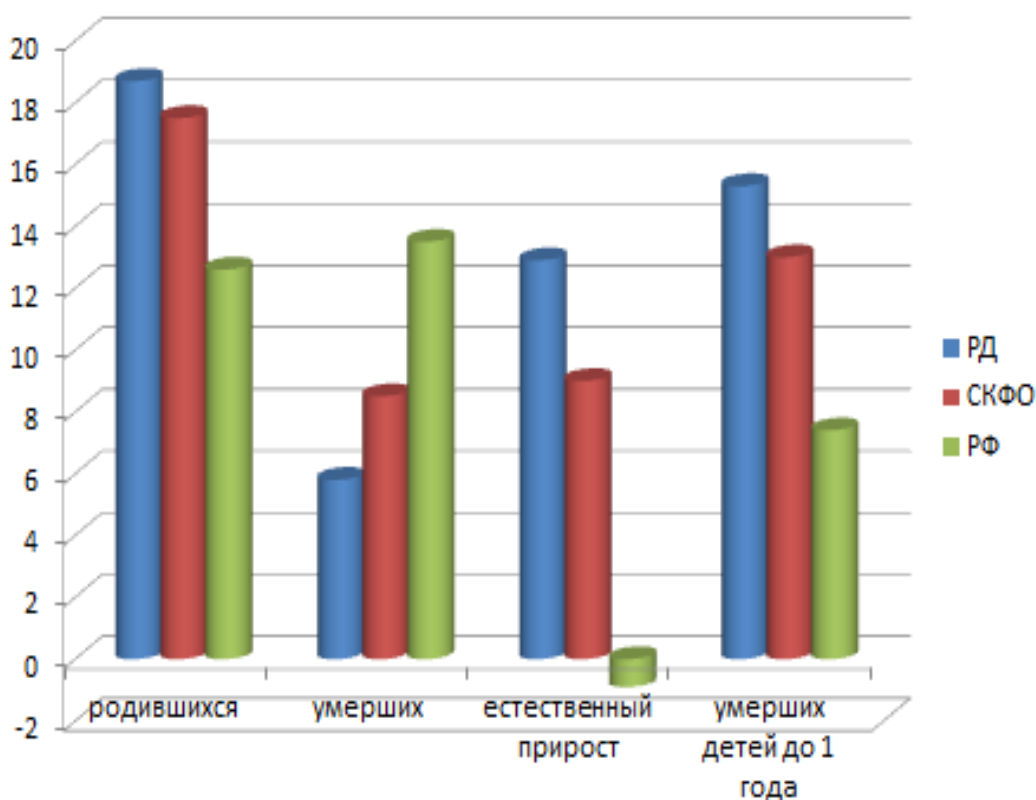


Рис. 3.2. Естественное движение населения (на 1000 человек) в РД, СКФО и РФ в 2012 г. (Росстат)

Показатель младенческой смертности в РД в 2011 г. вырос по сравнению с уровнем прошлого 2010 г. и составил 15,3 на 1000 родившихся

живыми. Уровень младенческой смертности превысил среднереспубликанский в районах: Ахтынском – 15,6% , Бабаюртовском – 15,9%; Гергебильском – 22,2%; Гумбетовском – 18,4%; Кумторкалинском – 22,6%; Хивском – 23,4%; Цунтинском – 24,9% и в г. Ю-Сухокумске – 15,5%. Также рост показателя младенческой смертности по сравнению с 2010 годом наблюдался в районах Дахадаевском – 16,1%; Кизлярском – 18,5%; Кулинском – 15,9%, Курахском – 24,0%; Новолакском – 16,1%, Сергокалинском – 14,0%, в городах Дербенте – 15,5% и Ю-Сухокумске – 15,5%. Таким образом, по показателю младенческой смертности сельское население РД характеризуется еще более неблагоприятными тенденциями по сравнению с городским.

В структуре смертности РД в 2011 году на первом месте стоят болезни системы кровообращения – 257 случаев или 44,5%, на втором – злокачественные новообразования – 76 случаев или 13,2%, на третьем – болезни органов дыхания – 65 случая или 11,3%, на четвертом – внешние причины смертности – 57 случаев или 9,9%, что отличается от структуры смертности по РФ за счет более высокой смертности от внешних причин (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти в РД
(число умерших на 100 000 человек населения)

Структура	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Умершие от всех причин	592	602	575	585	614	586	577
в том числе:							
от болезней системы кровообращения	290	294	294	295	301	285	257
от новообразований	73	74	71	72	78	76	76
от внешних причин	56	54	51	54	59	58	57
из них:							
от транспортных травм (всех видов)	20	20	21	20	23	21	21
от случайных отравлений алкоголем	1,0	1,1	0,7	1,2	1,1	1,2	0,4
от случайных утоплений	5	4	4	4	3	3,3	2,9
от самоубийств	5	4	4	3	4	3	3

<i>от убийств</i>	7	6	6	6	8	12	11
от болезней органов дыхания	62	63	60	60	64	59	65
от болезней органов пищеварения	21	25	20	21	21	20	21
от инфекционных и паразитарных болезней	15	17	13	13	13	11	10

Благоприятную демографическую ситуацию в регионе характеризуют не только высокие показатели рождаемости, низкие показатели смертности и высокий положительный естественный прирост населения, но также и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения, представленные в *таблице 3.9* и на *рисунке 3.3*.

Таблица 3.9

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
в республике Дагестан (число лет)**

Годы	Всего	Мужчины	Женщины
2005	73,29	69,12	77,31
2006	73,35	69,21	77,35
2007	74,21	70,19	78,05
2008	74,37	70,51	78,01
2009	73,98	70,22	77,62



Рис. 3.3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РД, СКФО и

РФ в 2011 г. (Росстат)

В Республике сохраняются сходные с общероссийскими гендерные тенденции – существенно более высокая продолжительность жизни женщин по сравнению с мужчинами.

Резюме к главе 3

Таким образом, основными положительными тенденциями РД в социально-экономической и медико-демографической сферах являются:

⇒ относительно благоприятная демографическая ситуация: с высокими показателями рождаемости (18,4‰ в 2012 г.), низкими показателями смертности (5,5‰), высоким естественным приростом населения (12,94‰) и высокой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (78 лет);

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

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

⇒ высокий показатель младенческой смертности (14‰) с наихудшими показателями по сельским районам;

⇒ высокий показатель безработицы;

⇒ низкий уровень доходов населения (8156 рублей на момент опроса);

⇒ неразвитость инфраструктуры сельской местности.

Глава 4. Заболеваемость по обращаемости населения республики Дагестан

4.1. Заболеваемость населения республики Дагестан

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

Таблица 4.1

Заболеваемость взрослого населения по данным обращаемости в ЛПУ РД по классам болезней в 2008–2012 гг.

(сл. на 100 000 населения)

Классы болезней	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	5210,2	5053,1	4822,3	4682,3	3712,5
Новообразования	1984,4	2086,2	1936,2	1989,8	446,8
Болезни крови, кроветворных органов	6054,0	6251,3	5988,7	5786,8	3920,1
Болезни эндокринной системы	5270,6	5522,3	6047,7	5573,9	2009,2
Психические расстройства	3180,8	3241,5	3298,7	4007,4	4324,5
Болезни нервной системы	7488,9	7415,1	7209,3	7056,1	56873,3
Болезни глаза и придаточного аппарата	10412,7	10248,8	10800,2	10509,7	4929,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	2476,0	2612,2	2827,3	3175,3	2299,7
Болезни системы кровообращения	14151,6	15246,1	15283,6	15535,3	2222,4
Болезни органов дыхания	21594,3	22862,5	23828,0	22884,5	25490,4
Болезни органов пищеварения	16392,1	14973,5	14254,8	12287,9	7110,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4149,5	4380,7	4450,5	5121,1	5349,6
Болезни костно-мышечной системы	7346,6	7399,5	7211,1	7302,7	2443,5
Болезни мочеполовой системы	13419,2	13517,8	13247,7	13583,8	4759,8
Беременность, роды и послеродовый период *	-	-	-	-	-
Врожденные аномалии	234,2	239,6	259,0	233,6	240,9
Травмы, отравления	5655,9	6816,9	7166,9	7410,3	7843,6
Симптомы и признаки не классифицированные в других рубриках	-	-	-	-	-
ИТОГО:	131573,0	131793,0	134230,9	132198,8	78976,5

* На женское население в возрасте 18–49 лет (по данным статистического управления РД).

Анализ общего показателя заболеваемости по данным медучреждений

РД за период проводимого нами исследования (2008–2012 гг.) по всем нозологиям выявил следующую закономерность: с 2008 по 2010 гг. показатель заболеваемости вырос с 131 573,0 до 134 230,9 случаев на 100 тыс. населения (в основном за счет впервые выявленной заболеваемости), что в большей степени является результатом проводимой дополнительной диспансеризации в рамках ПНП «Здоровье», стартовавшего в 2006 г., а далее уровень стал заметно снижаться, составив в 2011 г. 132 198,8 случаев, в 2012 г. – 78 976,5 случаев на 100 тыс. населения, в виду налаженных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения (*табл. 4.1*).

Прослеживается тенденция к снижению заболеваемости взрослого населения по инфекционным и паразитарным болезням (с 5210,2 до 3712,5 сл. на 100 тыс. населения); болезням крови и кроветворных органов (с 6054,0 до 3920,1 сл.); болезням нервной системы (с 7488,9 до 56873,3 сл.); органов пищеварения (с 16 392,1 до 71 10,5 сл.). Напротив, заболеваемость по материалам обращаемости такими патологиями, как: психические болезни (с 3180,8 до 4324,5 сл. на 100 тыс. нас.); болезнями системы кровообращения (с 14151,6 до 2222,4 сл.); кожи и подкожной клетчатки (с 4149,5 до 5349,6 сл.), а также заболеваемость, связанная с травмами и отравлениями (с 5655,9 до 7843,6 сл.), выросла с 2008 по 2012 гг. Факт роста заболеваемости по некоторым внутренним заболеваниям может быть связан с улучшением качества диагностики за счет обновления материально-технической базы учреждений здравоохранения в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006–2008 гг. Неуклонный рост заболеваемости отмечается также по классу болезней уха и сосцевидного отростка, которая выросла с 2476,0 случаев (2008 г.) до 3175,3 (2012 г.) на 100 тыс. населения. При сравнении показателей заболеваемости взрослого населения РД с аналогичными показателями по СКФО и РФ (*табл. 4.2*) прослеживается тенденция к более высоким показателям в РД по классам заболеваний: некоторым инфекционным и паразитарным болезням; болезням крови и кроветворных органов; болезням нервной системы; органов дыхания и пищеварения;

мочеполовой системы и врожденным аномалиям.

Таблица 4.2

**Заболеваемость взрослого населения РД
по классам болезней в 2012 г. (сл. на 100000 населения).**

Классы болезней	РД	СКФО	РФ
Инфекционные и паразитарные болезни	4879,8	3592,5	4244,0
Новообразования	1959,3	2693,0	4761,8
Болезни крови и кроветворных органов	6060,2	2776,5	837,6
Болезни эндокринной системы	6119,9	5264,9	6049,5
Психические расстройства	3338,1	3633,9	5454,1
Болезни нервной системы	7503,5	5887,0	4788,5
Болезни глаза и придаточного аппарата	10929,1	7777,0	10635,3
Болезни уха, сосцевидного отростка	2861,1	2942,5	3592,0
Хронический отит	395,4	281,4	330,1
Болезни органов кровообращения	15466,0	16211,8	26889,8
Болезни органов дыхания	24112,4	18148,3	22191,2
Хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит	1046,9	844,3	1107,0
Хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	659,2	535,2	547,1
Болезни органов пищеварения	14425,0	8602,6	10338,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5182,2	4055,8	5219,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7297,1	6054,9	13361,5
Болезни мочеполовой системы	13405,8	9113,2	11914,0
Беременность, роды и послеродовой период *	11342,1	8143,5	10308,7
Врожденные аномалии	262,1	118,3	151,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6622,8	5684,3	8661,0
Симптомы и признаки не классифицированные в других рубриках	762,4	297,3	489,1
ИТОГО:	135557,4	105724,5	142754,9

* На женское население в возрасте 18–49 лет (по данным ФГУ ЦНИИ ОИЗ)

В РД также отмечаются более высокие показатели ЛОР заболеваемости с хроническим течением по сравнению с РФ: заболеваемости хроническими отитами, хроническими болезнями миндалин и аденоидов на фоне более низких показателей по классу болезней уха и сосцевидного отростка в целом. Данное обстоятельство может объясняться поздним обращением взрослого населения РД за медицинской помощью, сопровождающимся запущенностью течения заболевания, равно как и низким качеством оказания ЛОР-помощи прежде всего в амбулаторно-поликлиническом звене.

Примечательно, что заболеваемость по трём ведущим классам болезней (новообразованиям, болезням органов кровообращения, травмам и несчастным случаям) с наибольшим вкладом в показатели смертности населения, в РД существенно ниже, чем в среднем по РФ, что объясняет относительно высокую продолжительность жизни населения данного региона.

Общая заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет, рассчитанная на 100 тыс. детского населения, также как и общая заболеваемость взрослого населения, существенно не изменилась за период 2008–2012 гг. (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Заболеваемость детского населения по данным обращаемости в ЛПУ РД по классам болезней в 2008–2012 гг.

(сл. на 100000 населения)

Классы болезней	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	12280,3	11902,9	11458,7	11283,8	11206,3
Новообразования	239,8	246,4	273,9	327,8	336,4
Болезни крови, кроветворных органов	13944,6	13913,3	13371,2	12906,2	12830,4
Болезни эндокринной системы	10217,8	9995,1	9615,0	9343,8	9213,5
Психические расстройства	4642,9	4643,2	4832,9	6006,1	6038,3
Болезни нервной системы	7063,1	7300,4	8000,1	8032,6	8083,3
Болезни глаза и придаточного аппарата	10610,8	10548,9	10215,9	10182,6	10015,9
Болезни уха и сосцевидного отростка	5734,4	5881,0	6165,4	6374,9	6401,6
Классы болезней	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Болезни системы кровообращения	2679,7	2444,5	2357,3	2340,7	2301,4
Болезни органов дыхания	50990,1	51702,1	53727,3	53871,7	53966,3
Болезни органов пищеварения	25057,6	24768,5	24142,7	22738,1	22245,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	8573,2	8977,8	9217,1	9962,9	9994,7
Болезни костно-мышечной системы	4696,4	4640,1	4388,0	4364,3	4640,1
Болезни мочеполовой	5258,5	5155,4	5090,2	5040,2	5023,3

системы					
Беременность, роды и послеродовой период *	-	-	-	-	-
Врожденные аномалии	1939,1	2144,6	2182,8	2219,8	2272,7
Травмы, отравления	9121,3	10291,7	10400,2	10405,5	10486,8
Симптомы и признаки неклассифицированные в других рубриках	-	-	-	-	-
ИТОГО:	175341,2	178564,2	179255,1	179286,7	179979,4

* На женское население в возрасте 18–49 лет (по данным статистического управления РД).

У детей прослеживаются сходные со взрослыми тенденции к росту заболеваемости с 2008 по 2012 гг. по психическим расстройствам (с 4642,9 до 6038,3 сл. на 100 тыс. нас.); болезням кожи и подкожной клетчатки (с 8573,2 до 9994,7 сл. на 100 тыс. нас.), а также по болезням уха и сосцевидного отростка (с 5734,4 до 6401,6 сл. на 100 тыс. нас.), что, возможно, связано с улучшением качества диагностики.

Снижение заболеваемости у детей наблюдалось по классам некоторых инфекционных и паразитарных болезней (с 12 280,3 до 11 206,3 сл. на 100 тыс. нас.); болезней крови и кроветворных органов (с 13 944,6 до 12 830,4 сл. на 100 тыс. нас.); болезней органов пищеварения (с 25 057,6 до 22 245,5 сл. на 100 тыс. нас.), что повторяет тенденции, установленные для взрослого населения.

При сравнении заболеваемости детского населения РД с аналогичными показателями в СКФО и РФ, выявлены неблагоприятные тенденции для детского населения РД по болезням крови и кроветворных органов, болезням органов пищеварения и по заболеваемости хроническим отитом и хроническим фарингитом (табл. 4.4).

Таблица 4.4

Заболеваемость детского населения (0–14 лет) по данным обращаемости в ЛПУ РД по классам болезней в 2012 г.
(сл. на 100 000 населения).

Классы болезней	РД	СКФО	РФ
Инфекционные и паразитарные болезни	11 127,0	8167,1	9588,6
Новообразования	270,0	310,4	816,7

Болезни крови и кроветворных органов	12 726,9	8673,3	3475,8
Болезни эндокринной системы	9481,4	5105,7	4153,3
Психические расстройства	4765,7	2427,8	3385,8
Болезни нервной системы	7929,6	6500,1	9554,7
Болезни глаза и придаточного аппарата	10 041,2	7930,5	11 597,8
Болезни уха, сосцевидного отростка	6079,7	4471,3	5981,3
Хронический отит	717,0	402,8	276,3
Болезни органов кровообращения	2324,5	1516,0	2304,2
Болезни органов дыхания	53 123,3	65 871,6	130 878,5
Хр. фарингит, назофарингит, синусит, ринит	1403,6	1024,2	555,8
Хр. болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	3476,5	3607,9	3637,4
Болезни органов пищеварения	23 807,4	138 995	14 881,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	8853,1	7179,5	11 295,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4327,1	4376,1	8078,8
Болезни мочеполовой системы	4970,2	4194,4	5887,3
Беременность, роды и послеродовой период *	-	13,3	19,3
Врожденные аномалии	2189,0	2074,8	3379,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9534,3	7173,9	10786,9
ИТОГО:	176 074,7	157 134,2	245 409,6

* На женское население в возрасте 18–49 лет (по данным статистического управления РД).

В то же время, по классам многим классам заболеваний, таким как новообразования, по травмам и несчастным случаям, болезням органов дыхания, болезням кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы и врожденным аномалиям, заболеваемость детского населения РД отличается от общероссийских данных более низкими показателями.

4.1.1. Первичная заболеваемость детского и взрослого населения (с диагнозом, установленным впервые в жизни)



Рис. 4.1. Структура заболеваемости взрослого населения РД в 2012 г. с диагнозом, установленным впервые в жизни

Анализ структуры первичной заболеваемости как взрослого (*рис. 4.1*), так и детского (*рис. 4.2*) населения РД показал, что ведущими и наиболее распространенными группами заболеваний являются: болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, а также травмы и отравления.

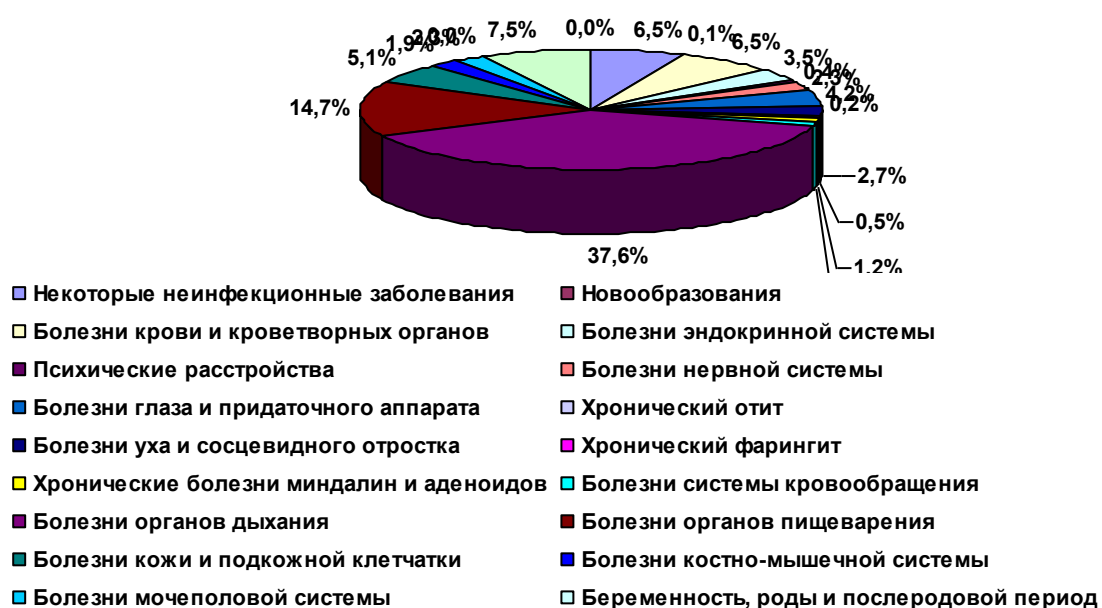


Рис. 4.2. Структура заболеваемости детского населения (0–14 лет) РД в 2012 г. с диагнозом, установленным впервые в жизни

Данные особенности структуры первичной заболеваемости населения РД не отличаются общероссийских данных. Также как и в РФ, в структуре заболеваемости взрослого населения РД преобладают болезни органов дыхания (25,8%), болезни органов пищеварения (10,5%), травмы и отравления (9,5%). На долю ЛОР заболеваний приходится лишь 3,1% в структуре заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни. Наибольшую долю составляют болезни уха и сосцевидного отростка (2,1%), хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит (0,6%); на долю хронических болезней миндалин и аденоидов и перитонзиллярного абсцесса приходится 0,3%, а на долю хронического отита лишь 0,1%.

В отличие от структуры заболеваемости взрослых с диагнозом, установленным впервые в жизни, доля болезней органов дыхания у детей выше и составляет 37,6%, также выше доля болезней органов пищеварения (14,7%). На долю травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин у детей приходится лишь 7,5%, что меньше, чем у взрослых.

В структуре детской заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни, на долю ЛОР-заболеваний приходится 4,6%: 2,7% составляют болезни уха и сосцевидного отростка у детей, на долю хронических болезней миндалин и аденоидов и перитонзиллярного абсцесса приходится 1,2%, на долю хронического фарингита, назофарингита, синусита, ринита – 0,5%, а на долю хронического отита лишь 0,2%.

Таблица 4.5

Заболеваемость взрослого населения РД по классам болезней в 2012 г. с диагнозом, установленным впервые в жизни
(сл. на 100000 населения)

Классы болезней	РД	СКФО	РФ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2974,9	2052,8	2491,0
Новообразования	545,4	653,0	1221,5
Болезни крови и кроветворных органов	3025,5	1372,4	248,2
Болезни эндокринной системы	1590,5	855,1	859,4
Психические расстройства	334,7	365,2	560,2
Болезни нервной системы	3139,3	2238,3	1103,0
Болезни глаза и придаточного аппарата	5304,4	3351,6	2838,1
Болезни уха, сосцевидного отростка	1481,6	1655,2	2146,8
Хронический отит	94,8	79,7	72,8
Болезни органов кровообращения	3548,6	3496,4	3005,3
Болезни органов дыхания	17930,8	12651,2	16322,4
Хр. фарингит, назофарингит, синусит, ринит	403,3	278,7	214,0
Хр. болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	197,5	154,2	109,8
Болезни органов пищеварения	7289,2	3054,3	2359,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3591,9	2635,7	3984,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2990,2	2041,2	3295,5
Болезни мочеполовой системы	5705,1	3667,9	5082,6
Беременность, роды и послеродовой период *	7383,3	5482,7	7966,8
Врожденные аномалии	24,4	12,6	19,1
Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин	6222,8	5636,5	8532,2
ИТОГО:	69542,6	47916,0	56818,3

* На женское население в возрасте от 18 - 49 лет (по данным ФГУ ЦНИИ ОИЗ)

Анализ данных первичной заболеваемости взрослого и детского населения РД сравнительно с РФ (табл. 4.5–4.6) повторяет основные

тенденции общей заболеваемости населения РД (табл. 2.4), отличаясь от общероссийских показателей по тем же классам и группам заболеваний, что свидетельствует об устойчивости выявленных закономерностей.

Таблица 4.6

Заболеваемость детского населения (0–14 лет) РД по классам болезней в 2012 г. с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

Классы болезней	РД	СКФО	РФ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	8240,3	6020,3	8694,2
Новообразования	112,0	133,5	436,4
Болезни крови и кроветворных органов	8304,4	4664,0	1867,2
Болезни эндокринной системы	4443,6	2006,7	1727,7
Психические расстройства и расстройства поведения	504,0	314,6	724,5
Болезни нервной системы	2965,5	2474,0	4337,5
Болезни глаза и придаточного аппарата	5356,0	4048,6	5785,6
Болезни уха, сосцевидного отростка	3431,3	2892,2	5205,0
Хронический отит	194,0	127,0	131,7
Болезни органов кровообращения	799,7	518,2	916,6
Болезни органов дыхания	47722,2	55160,1	122543,0
Хр. фарингит, назофарингит, синусит, ринит	641,7	463,0	258,8
Хр. болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	1474,1	1317,4	1476,4
Болезни органов пищеварения	18714,6	9468,2	8637,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6511,5	5605,2	9299,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2403,1	2040,0	3994,8
Болезни мочеполовой системы	2881,4	2230,1	3129,5
Беременность, роды и послеродовый период *	-	10,8	17,8
Врожденные аномалии	752,8	632,4	1212,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9534,3	6952,9	10676,1
ИТОГО:	126962,4	11090,3	195814,4

*На женское население в возрасте 18–49 лет (по данным ФГУ ЦНИИ ОИЗ).

При анализе первичной ЛОР заболеваемости взрослого и детского населения РД сравнительно с показателями по Северо-Кавказскому Федеральному округу и РФ, также отмечаются более низкие значения в РД по болезням уха и сосцевидного отростка, но более высокие показатели по

первичной заболеваемости хроническим отитом, хроническим фарингитом, хроническими болезнями миндалин и аденоидов.

На рисунках 4.3–4.12 представлена динамика заболеваемости детского и взрослого населения РД, СКФО и РФ болезнями верхних дыхательных путей и уха.

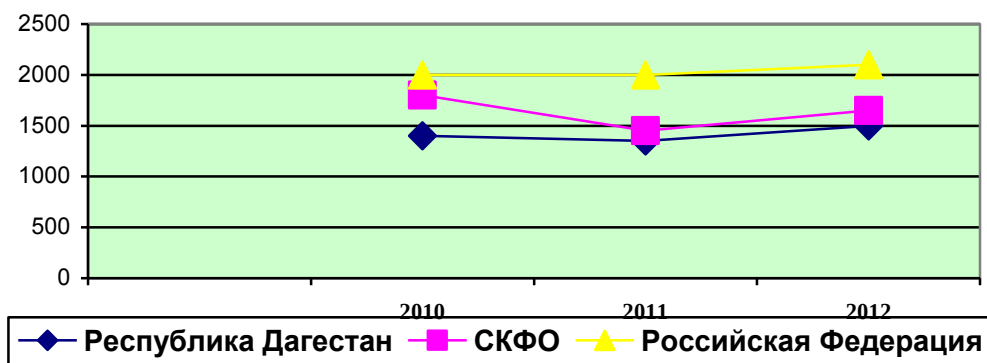


Рис. 4.3. Динамика заболеваемости взрослого населения болезнями уха и сосцевидного отростка с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

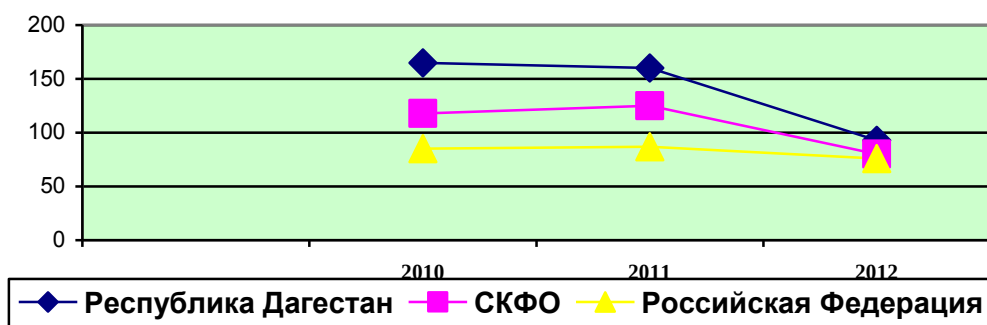


Рис. 4.4. Динамика заболеваемости взрослого населения хроническим отитом с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

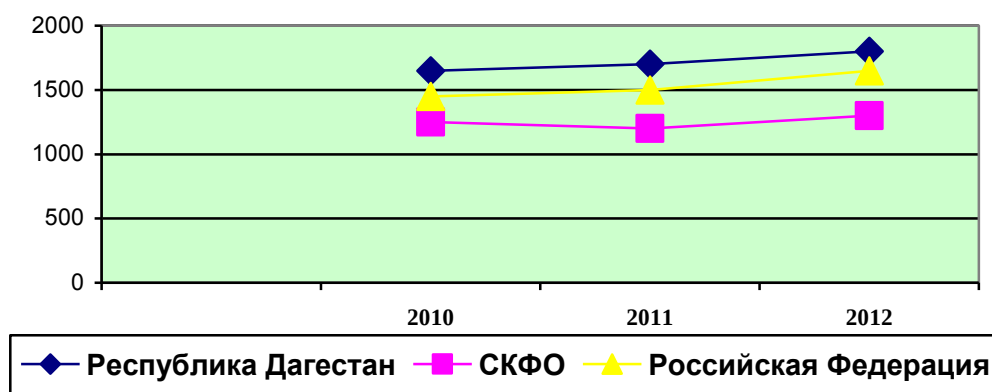


Рис. 4.5. Динамика заболеваемости взрослого населения болезнями органов дыхания с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

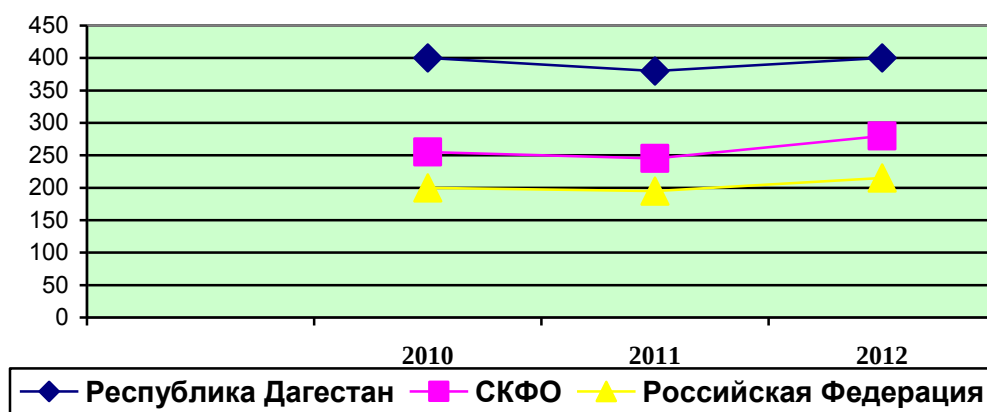


Рис. 4.6. Динамика заболеваемости взрослого населения хроническим фарингитом, назофарингитом, синуситом, ринитом с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

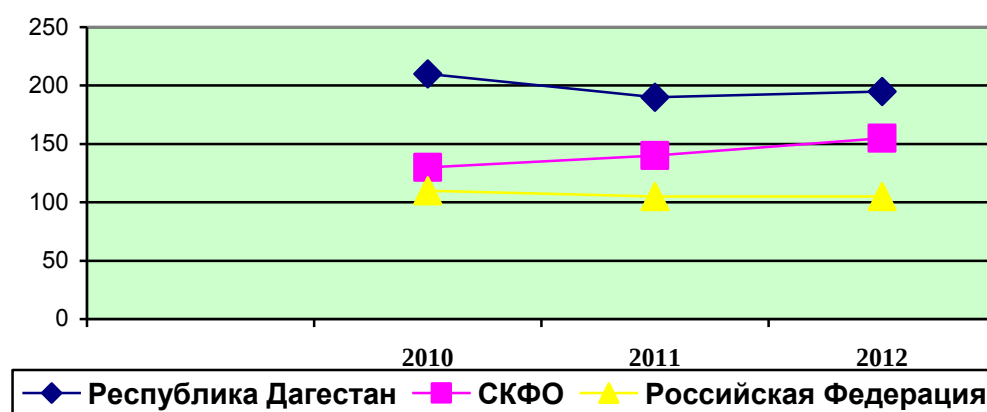


Рис. 4.7. Динамика заболеваемости взрослого населения хроническими болезнями миндалин и аденоидов, перитонзиллярным абсцессом с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

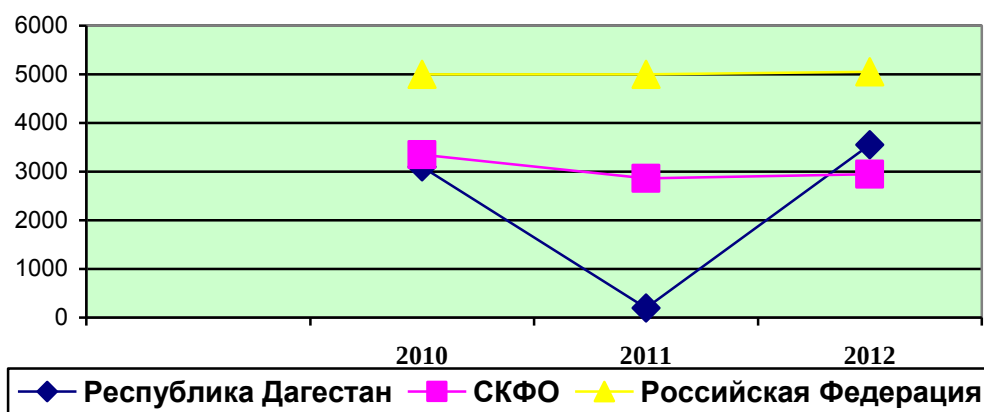


Рис. 4.8. Динамика заболеваемости детского населения болезнями уха и сосцевидного отростка с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

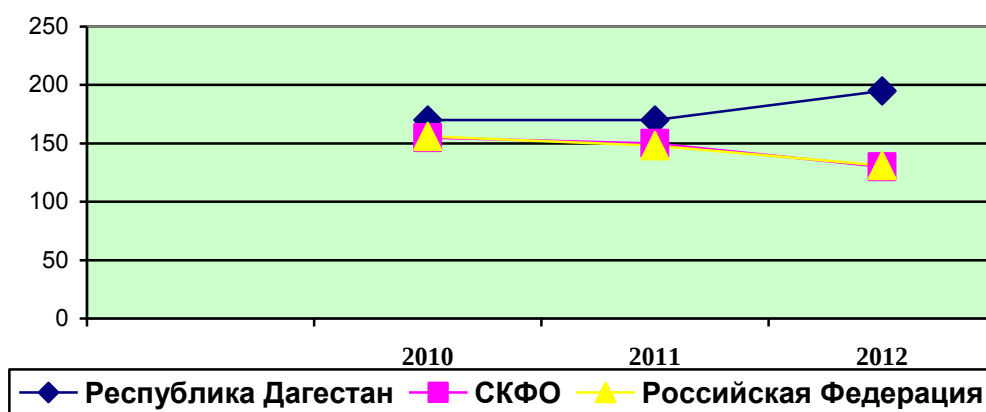


Рис. 4.9. Динамика заболеваемости детского населения хроническим отитом с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения).

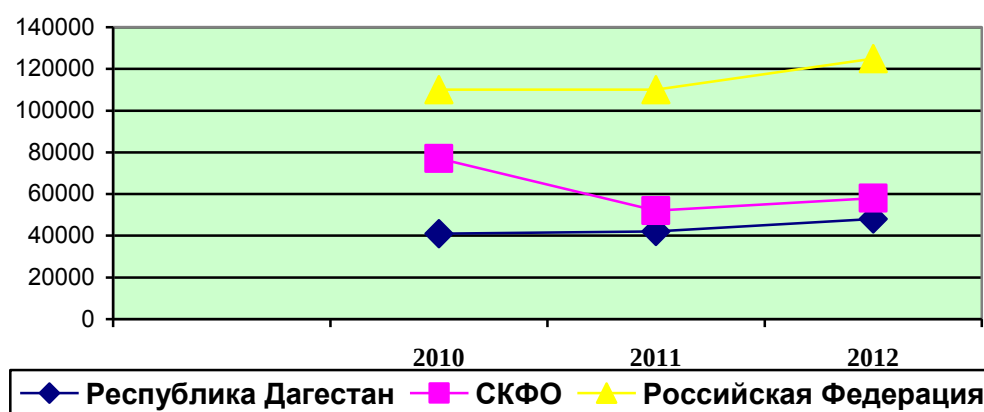


Рис. 4.10. Динамика заболеваемости детского населения болезнями органов дыхания с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

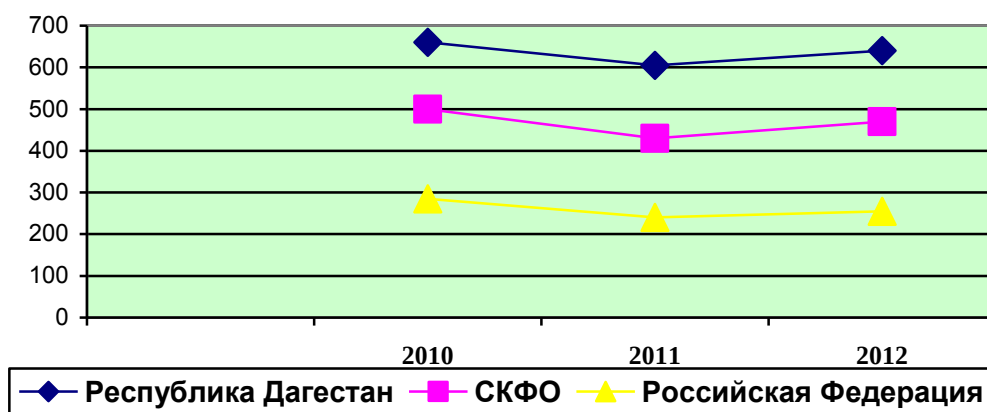


Рис. 4.11. Динамика заболеваемости детского населения хроническим фарингитом, назофарингитом, синуситом, ринитом с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

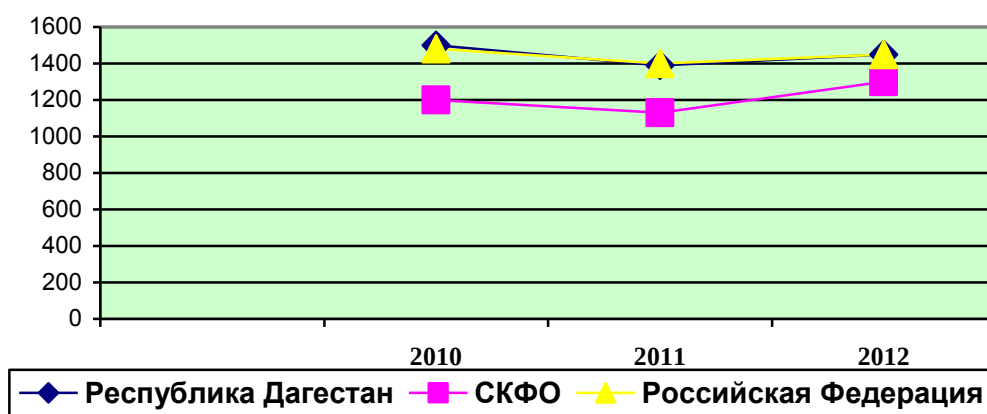


Рис. 4.12. Динамика заболеваемости детского населения хроническими болезнями миндалин и аденоидов, перитонзиллярным абсцессом с диагнозом, установленным впервые в жизни (сл. на 100 000 населения)

Первичный выход на инвалидность среди взрослого населения практически не изменился с 2009 до 2012 гг., равно как и среди детского населения (табл. 4.7–4.8). Незначительное снижение показателя первичного выхода детского населения на инвалидность может объясняться улучшением качества диагностики и лечения, связанным с прогрессом в общемедицинских технологиях.

Таблица 4.7

Динамика первичного выхода на инвалидность взрослого населения РД в 2009–2012 гг. (на 10 тыс. нас.)

Классы болезней	Годы			
	2009	2010	2011	2012

Туберкулез	3,1	3,1	3,6	2,6
Новообразования	6,7	6,9	7,6	9,5
Болезни эндокринной	2,9	2,5	2,2	2,1
Психические расстройства	3,7	2,7	3,3	3,7
Болезни нервной системы	4,3	4,4	4,7	5,7
Болезни глаз и придаточного аппарата	3,8	2,8	2,7	2,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,7	0,5	0,8	0,7
Болезни системы кровообращения	23,5	18,3	16,6	16,7
Болезни органов дыхания	2,3	3,0	2,5	2,1
Болезни органов пищеварения	2,2	1,4	1,7	1,8
Болезни костно-мышечной системы	5,4	4,1	4,5	4,4
Болезни мочеполовой системы	2,7	2,2	2,1	0,9
Травмы, отравления	5,6	4,4	5,4	5,2
Прочие болезни	0,9	0,7	0,6	0,8
Всего	67,8	57,0	58,0	58,4

Таблица 4.8

Динамика первичного выхода на инвалидность детского населения (0–18 лет) РД в 2009–2012 гг. (на 10 000 нас.)

Классы болезней	Годы			
	2009	2010	2011	2012
Туберкулез	0,6	0,3	0,3	0,2
Новообразования	0,8	0,7	1Д	1,0
Болезни эндокринной системы	1,3	1,5	1,3	1,2
Психические расстройства	6,6	6,1	6,0	6,6
Болезни нервной системы	7,1	6,3	7,0	8,7
Болезни глаз и придаточного аппарата	2,4	2,2	2,2	2,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,0	1,1	1,1	0,9
Болезни системы кровообращения	2,8	2,0	1,3	1,2
Классы болезней	Годы			
	2009	2010	2011	2012
Болезни органов дыхания	1,2	1,4	1,0	0,9
Болезни органов пищеварения	1,1	1,2	0,9	0,8
Болезни костно-мышечной системы	2,5	2,3	1,7	1,6
Болезни мочеполовой системы	1,5	1,6	1,7	1,8
Врожденные аномалии	5,6	6,4	7,3	8,0
Отдельные состояния	0,3	0,1	0,02	0,02
Травмы, отравления	1,2	1,2	1,4	1,4

Прочие болезни	1,6	1,7	2,1	1,5
Всего	37	36,4	36,6	38,2

Таким образом, анализ общей и первичной заболеваемости взрослого и детского населения РД позволил вывести **ряд закономерностей** по сравнению с СКФО и РФ:

⇒ 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.

4.2. Оториноларингологическая заболеваемость городского и сельского населения республики Дагестан

В *таблицах 4.9–4.10* представлена ЛОР-заболеваемость по обращаемости всего населения и отдельно детского населения РД. Сравнительный анализ ЛОР заболеваемости городского и сельского населения РД позволил выявить ряд особенностей. Так, например, за период наблюдения прослеживается (2009–2012 гг.) положительная тенденция к снижению заболеваемости по таким нозологиям, как болезни уха и сосцевидного отростка (с 3669,8 до 3056,9 случаев на 100 тыс. населения), хронический отит (с 571,9 до 478,4 сл.), аллергический ринит (с 530,2 до 304,3 сл.), хронический фарингит (с 1256,6 до 721,1 сл.), хронические болезни миндалин и аденоидов (с 1499,3 до 1439,4 сл.) среди городского населения и, частично, среди городского детского населения. По большинству нозологий среди жителей села в сравнении с городским населением отмечаются более высокие уровни заболеваемости, несмотря на тенденцию их снижения в динамике.

Таблица 4.9

**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 4.10

**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. 4.11–4.12) доминируют болезни среднего уха, хронические болезни миндалин и аденоидов.

Таблица 4.11

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

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
<i>в т.ч. хронический отит</i>	<i>11,5</i>	<i>7,6</i>	<i>15,4</i>
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 4.12

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
<i>в т.ч. хронический отит</i>	<i>11,1</i>	<i>10,4</i>	<i>11,6</i>
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.

Складывается впечатление, что сельское население в большей степени

страдает хроническими ЛОР-заболеваниями и их тяжелыми последствиями, что, по-видимому, связано с поздним обращением за специализированной медицинской помощью, низким качеством предоставляемых ЛОР-услуг в первичном звене здравоохранения, низкой доступностью высококвалифицированной ЛОР помощи для сельского населения РД.

На *рисунках 4.13–4.15* отражена ЛОР-заболеваемость детей первого года жизни – городских и сельских жителей.

Очевидно, что заболеваемость глухотой детей 1-го года жизни, проживающих в сельской местности, существенно выше, чем среди живущих в городах. Представленные результаты корреспондируют с результатами углубленных профилактических осмотров детей и подростков РД (*рис. 4.16*). Так, по данным профилактических обследований установлена высокая распространенность снижения остроты слуха у детей в возрасте 0–7 лет по сравнению с более старшей возрастной группой.

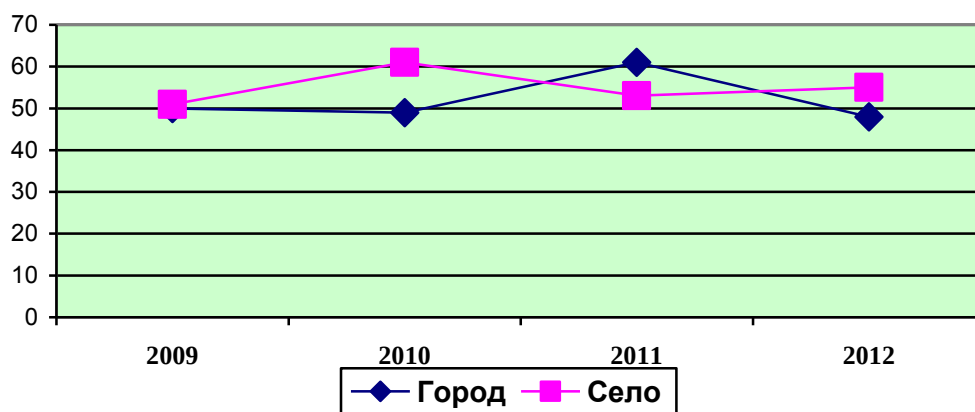


Рис. 4.13. Заболеваемость болезнями уха и сосцевидного отростка по данным обращаемости детей 1-го года жизни – городских и сельских жителей РД (сл. на 100 000 детей)

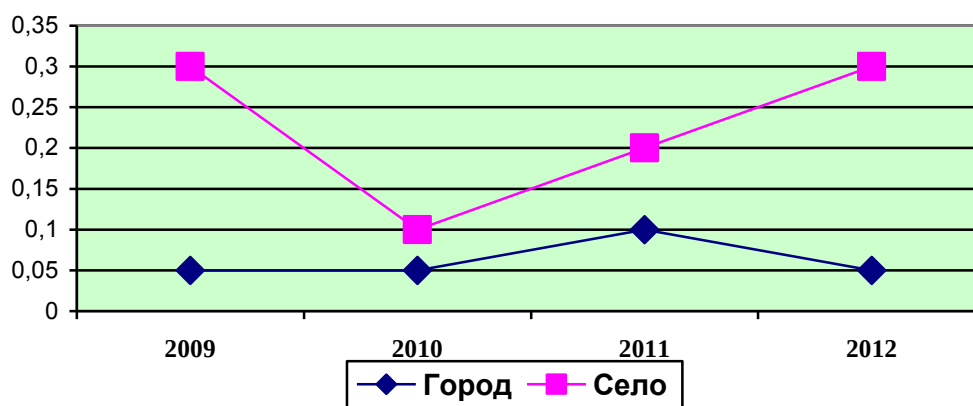


Рис. 4.14. Заболеваемость глухотой по данным обращаемости детей 1 года жизни – городских и сельских жителей РД (сл. на 100 000 детей)

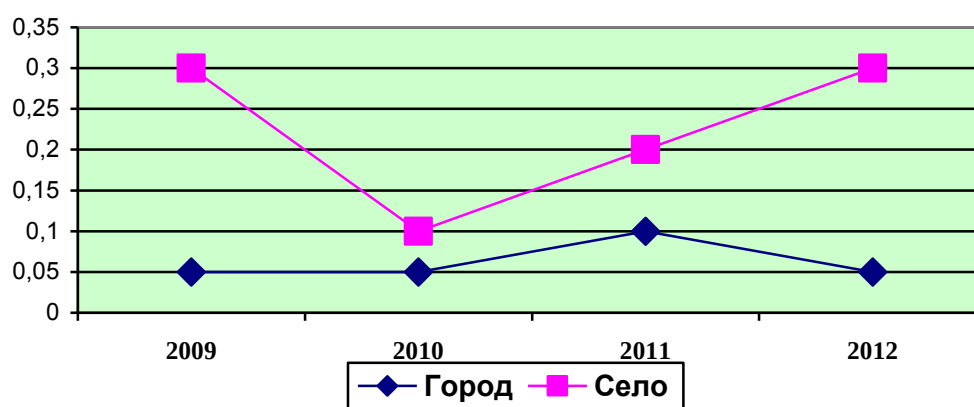


Рис. 4.15. Заболеваемость болезнями органов дыхания по данным обращаемости детей 1-го года жизни – городских и сельских жителей РД (сл. на 100 000 детей)

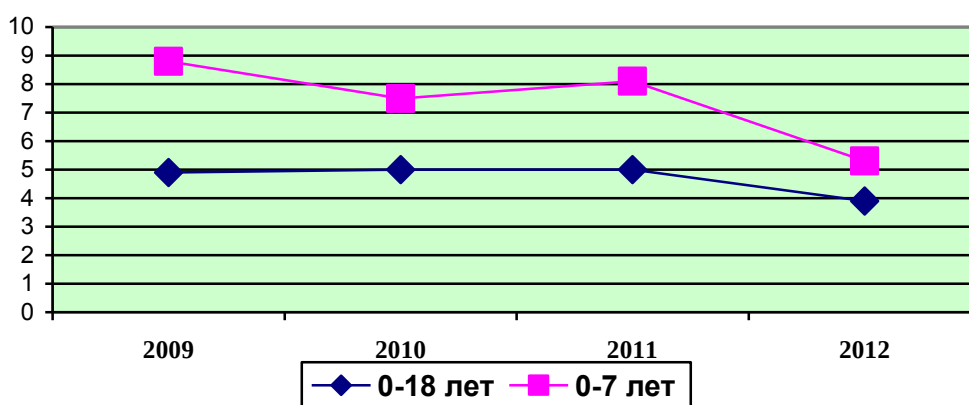


Рис. 4.16. Распространенность снижения остроты слуха у детей и подростков РД по данным профилактических осмотров (сл. на 1000 детей)

Показатели первичного выхода на инвалидность по болезням уха и сосцевидного отростка также выше среди сельского взрослого и детского населения республики по сравнению с городским населением (рис. 4.17–4.19). В то же время, по годам фиксируется положительная динамика (снижение первичного выхода на инвалидность) среди городского населения по болезням органов дыхания, тогда как среди сельских жителей эта тенденция прослеживается слабо или не прослеживается вовсе (рис. 4.18–4.20).

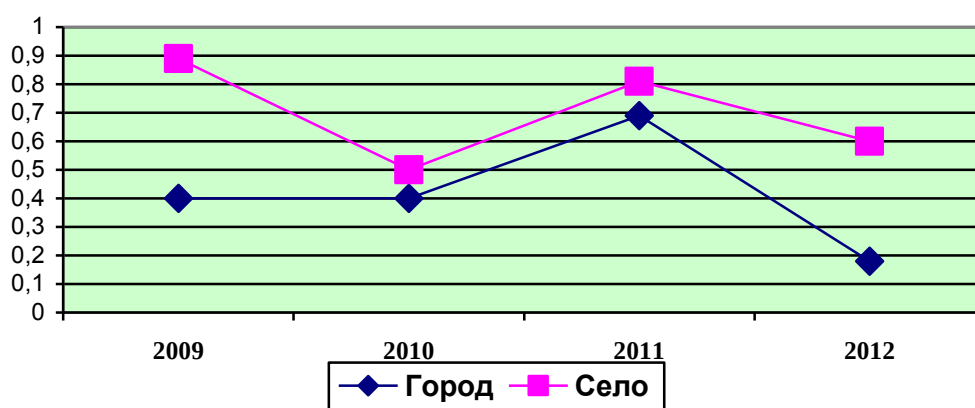


Рис. 4.17. Динамика первичного выхода на инвалидность по болезням уха и сосцевидного отростка взрослого городского и сельского населения РД (на 10 000 населения)

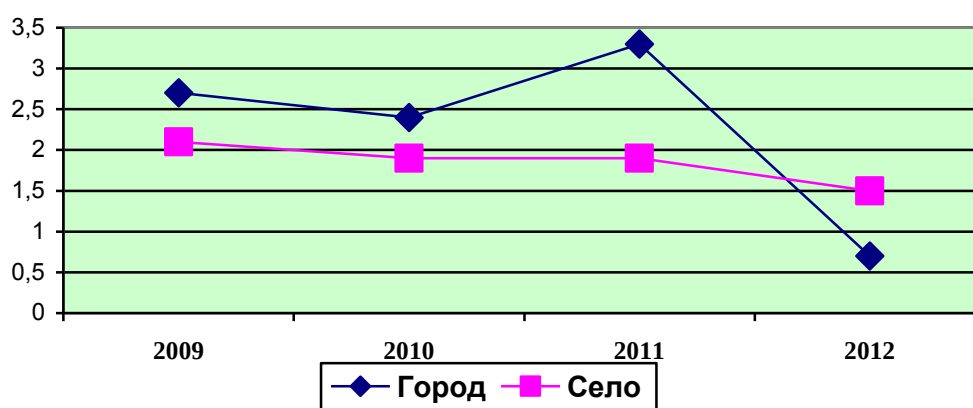


Рис. 4.18. Динамика первичного выхода на инвалидность по болезням органов дыхания взрослого городского и сельского населения РД (на 10 000 населения)

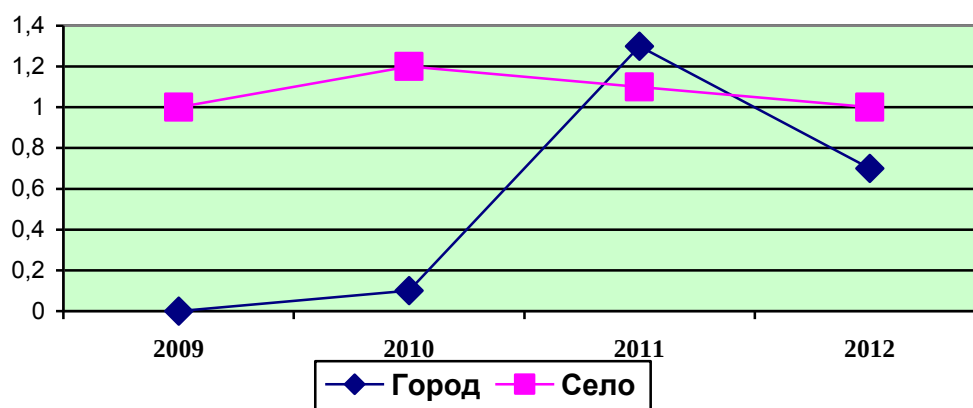


Рис. 4.19. Динамика первичного выхода на инвалидность по болезням уха и сосцевидного отростка детского городского и сельского населения РД (0–18 лет) (на 10 000 населения)

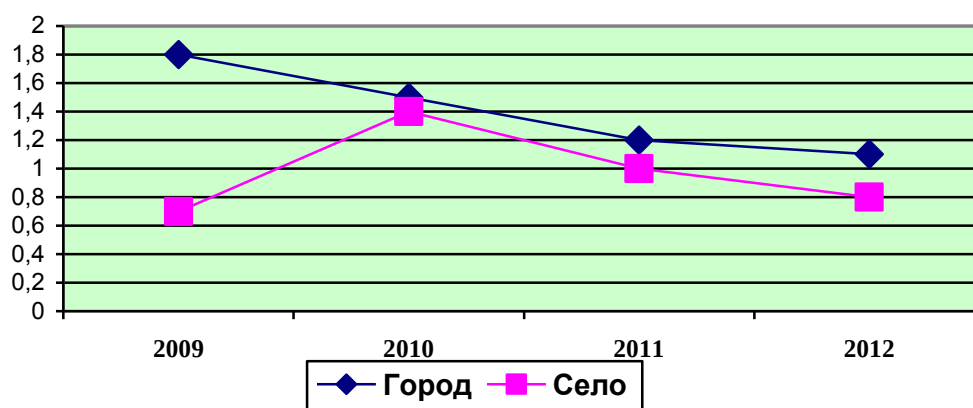


Рис. 4.20. Динамика первичного выхода на инвалидность по болезням органов дыхания детского городского и сельского населения (0–18 лет) РД (на 10 000 населения)

На рисунках 4.21–4.22 представлена динамика по доле детей инвалидов с болезнями уха и сосцевидного отростка, с болезнями органов дыхания в общей структуре детей-инвалидов в РД. Отмечается неуклонное снижение доли детей-инвалидов по данным классам заболеваний в общей структуре.

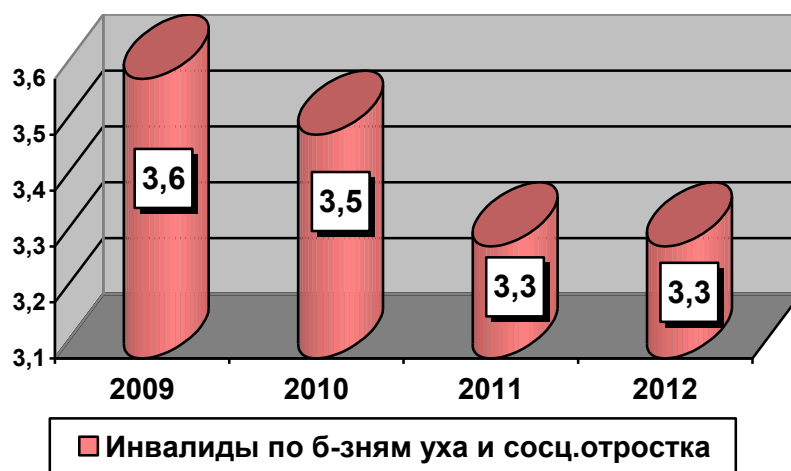


Рис. 4.21. Доля детей инвалидов (%) с болезнями уха и сосцевидного отростка в общей структуре детей-инвалидов (0–18 лет) в РД

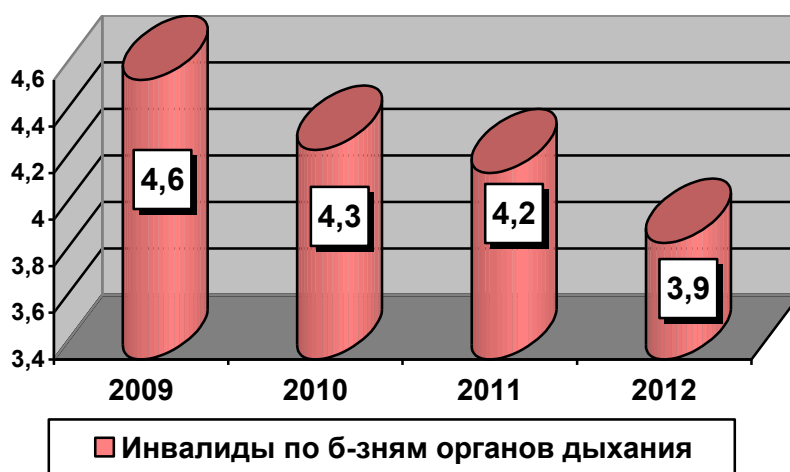


Рис. 4.22. Доля детей инвалидов (%) с болезнями органов дыхания в общей структуре детей-инвалидов (0–18 лет) в РД

Резюме к главе 4

Таким образом, анализ оториноларингологической заболеваемости населения РД позволил установить:

- более высокие показатели ЛОР-заболеваемости среди сельского населения Республики 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.

Глава 5. Организация специализированной оториноларингологической помощи в республике Дагестан

5.1. Организация медицинской помощи населению республики Дагестан

Проводимые в РФ социально-экономические преобразования обусловили значительные изменения в системе организации медицинской помощи населению. Передача многих полномочий с федерального на региональный и муниципальный уровни власти, привела к разделению национальной системы здравоохранения на государственный, муниципальный и частный секторы. Основным из них, по объему ресурсов и оказываемой медицинской помощи, является муниципальный. Деятельность муниципального здравоохранения характеризуется нерешенностью многих проблем, главной из которых является финансовая ограниченность бюджетов органов местного самоуправления. Наиболее важными полномочиями муниципальных органов власти по охране здоровья является обеспечение первичной медико-санитарной (ПМСП) и скорой медицинской помощи (СМП). Однако, такие факторы, как недофинансирование, низкий уровень оплаты труда, ориентация на преимущественное развитие госпитальной службы, привели к ослаблению ресурсов первичного звена, прежде всего его кадрового потенциала. С целью укрепления ресурсов служб, обеспечивающих оказание ПМСП, в последние годы на федеральном и региональном уровнях был принят ряд управленческих решений, наиболее крупные из которых вошли в приоритетный национальный проект (ПНП) «Здоровье», а также в региональные программы модернизации здравоохранения. В связи с этим актуальной задачей является оценка эффективности этих мер.

Здравоохранение является основой системы охраны и укрепления здоровья населения, а первичная медико-санитарная помощь выступает главным компонентом медико-социальной помощи населению.

Развитие здравоохранения по пути узкой специализации привело к потере преемственности между врачами специалистами и участковыми врачами при осуществлении индивидуальной программы сохранения здоровья пациента.

Организация медико-социальной помощи населению в муниципальных образованиях регулируется Федеральным законом №131-ФЗ от 06.10.2003 г. **«Об общих принципах местного самоуправления в Российской Федерации»**, который определяет полномочия органов муниципальной власти в области здравоохранения следующим образом: «К вопросу местного значения в области здравоохранения относятся: организация оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях». В настоящее время, в системе здравоохранения муниципального образования населению предоставляется первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская помощь и стационарная.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

В последние годы во многих регионах РФ широкое внедрение получила развитие **система общей врачебной практики**, основной целью которой является обеспечение населения доступной и бесплатной медико-социальной помощью в соответствии с Программой государственных гарантий оказания медицинской помощи достаточного качества при рациональном использовании ресурсов. Развитие данного направления особенно актуально для обеспечения ПМСП сельских жителей. Однако в РД

до последнего времени система ОВП не получила столь широкого распространения в виду того, что финансирование на селе в основном централизованное, т.е. все средства аккумулировались на счету глав районных администраций, которые зачастую совместно с главными врачами ЦРБ не проявляли заинтересованность затрачивать средства на развёртывание Центров, сохраняя за собой право распорядителей средств на более важные, с их точки зрения, нужды района.

По данным Минздрава РД, всего по РД числятся 86 врачей общей практики. Несмотря высокую востребованность, в особенности в сельской местности, в специалистах общеврачебной практики и на полугодовую специализацию, которую проходили врачи по программе подготовки врачей общей практики на базе кафедры общеврачебной медицины Дагестанской государственной медицинской академии, специалисты продолжали и продолжают по сегодняшний день работать, в основном, в качестве терапевтов. Таким образом, средства, затраченные на обучение, оказываются неэффективными.

Организационно-функциональная система предполагает несколько этапов оказания медицинской помощи населению. На разных этапах оказываемая медико-социальная помощь может быть первичной, интегральной и специализированной.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях).

Амбулаторная медицинская помощь – форма организации медицинской помощи, оказываемой при состояниях, не требующих по медицинским показаниям проведения круглосуточного медицинского наблюдения.

Стационарная медицинская помощь – форма организации медицинской помощи, оказываемой при состояниях, требующих по

медицинским показаниям проведения круглосуточного медицинского наблюдения.

В последние годы получают развитие и относительно новые менее затратные виды стационарной медицинской помощи, так называемые **дневные стационары**, которые не требуют постоянного нахождения в них граждан, в отличие от круглосуточных стационаров.

Таким образом, первичная медико-санитарная помощь может оказываться в медицинских организациях – амбулаторно-поликлинических или стационарах (в том числе в дневных стационарах) или вне медицинских организаций (на улице, дома) – скорой медицинской помощью.

Более высокий уровень медицинской помощи – **специализированная медицинская помощь**, в том числе высокотехнологичная, оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Квалифицированная специализированная внебольничная и стационарная медицинская помощь оказывается в центральных районных больницах, областных (краевых, республиканских) больницах и специализированных центрах.

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) [177].

В РД общий коечный фонд составляет 19 217 коек круглосуточного пребывания и 221 койка дневного пребывания при ЛПУ. В РД 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 отчетном году (2012г.) 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) [177].

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений 31175,9 посещений в смену, что составляет 104,6 в расчете на 10 тыс. населения, в том числе по городам – 17260,8 посещений (127,9), по районам – 13915,1 посещений в смену (85,2) [177].

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 [177].

Врачей всего по РД – 9079, из них: по городам – 3662, по районам – 2586. Обеспеченность врачами основных специальностей в системе Минздрава РД в 2011 году 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 РД – 22808, из них: городам – 7737, по районам – 10733. Обеспеченность средним медперсоналом составила по РД 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 [177].

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 [177].

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

Таблица 5.1

**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

5.2. Нормативно-методическое обеспечение оказания медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан

В соответствии со статьей 37.1 *Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан* от 22.07.1993 г. № 5487-1 и Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.03.2011 г. за №155-Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» и «сурдология и оториноларингология» в РД в

учреждениях амбулаторно-поликлинической сети на 1-го врача оториноларинголога приходится 10 тыс. взрослого прикрепленного населения и 1,25 должности в расчете на детское население, а также 1 медицинская сестра. Техническое оснащение ЛОР-кабинетов соответствует нормативному стандарту. Согласно штатным нормативам медицинского персонала стационарного ЛОР-отделения на 1 должность врача оториноларинголога приходится 20 коек, 2 должности медицинской сестры; на 40 коек – должность зав. отделения, операционная медицинская сестра и должность медсестры перевязочной. Аналогично амбулаторно-поликлинической сети, техническое оснащение ЛОР-отделений стационаров в основном соответствует нормативному стандарту. Медицинская помощь по профилю «сурдология и оториноларингология» оказывается больным с заболеваниями ЛОР-органов оказывается в ЛОР-кабинетах и отделениях в соответствии с приложениями №1–5 к настоящему Приказу, включая в себя выявление больных, лечение и слухопротезирование. Медицинская помощь осуществляется при тесном взаимодействии участкового врача (терапевта или педиатра), врача общей практики ЛОР-врач, врач-невролога. В соответствии со штатным нормативом медицинского персонала на 1 должность врача-сурдолога и 1 медицинской сестры приходится 100 тыс. взрослого и 40 тыс. детского населения.

Согласно вышеозначенному Приказу, всем новорожденным и детям раннего возраста в родильных отделениях Центральных городских и районных больниц, в родильных домах и перинатальном центре РКБ проводится диагностика нарушений слуха путём проведения аудиологического скрининга врачами-неонатологами, прошедшими дополнительную подготовку для проведения 1-го этапа скрининга или через 4–6 недель после рождения – участковыми педиатрами по месту жительства. При выявлении факторов риска развития тугоухости или глухоты, а также при положительном результате теста (отоакустическая эмиссия не регистрируется) направляются на 2-й этап аудиологического скрининга (в

сурдологический кабинет).

Вся программа реабилитации людей с нарушениями слуха соответствует федеральным и стандартам оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи.

В РД проводится ежемесячный мониторинг реализации мероприятий согласно основных положений **приоритетного национального проекта «Здоровье»** (ПНП «Здоровье»), стартовавшего в РД с 2006 г. и Программы модернизации, с начала 2011 г.

Важными аспектами обеих программ являются развитие первичной медико-социальной помощи, профилактические мероприятия, всеобщая диспансеризация, профессиональная подготовка и переподготовка специалистов, укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, диагностической службы и станций скорой медицинской помощи.

Распоряжением Правительства РД от 15.02.2006 г. №31-р «О создании рабочих групп по реализации ПНП «Здоровье» на территории Республики Дагестан» организовывались рабочие группы. Администрациями городов и районов РД были изданы постановления «О мерах по реализации ПН «Здоровье» в сфере здравоохранения района (города)», утверждены графики проведения дополнительной диспансеризации и иммунизации населения на прикрепленных территориях. На основании постановления Правительства РД от 15.03. 2011г. № 66-а «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Республики Дагестан на 2011-2012гг» и приказа Министерства здравоохранения РД от 15.04 2011г. №166-М «О целевых индикаторах выполнения Программы модернизации здравоохранения республики».

На основании вышеупомянутых директивных указаний Минздравом РД была разработана компьютерная программа для мониторинга лиц, прошедших диспансеризацию (как дополнительную, так и всеобщую). В соответствии с этим было предусмотрено оснащение первичного звена

здравоохранения современным медицинским оборудованием, что позволило приблизить медпомощь населению, осуществить раннюю диагностику заболеваний и их своевременное лечение; расширить профилактическую помощь населению; ускорить внедрение в практику новых медицинских технологий и решить главную задачу здравоохранения – улучшение качества медицинской помощи и показателей здоровья населения.

5.3. Организация медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан

Специализированная амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь ЛОР-больным осуществляется отоларингологами и сурдологами-отоларингологами в поликлиниках, которые имеются в городах и районных центрах с большим числом жителей.

Для осуществления комплексной медико-социальной помощи больным с ЛОР заболеваниями в РД создана единая система, включающая лечебно-профилактические учреждения и учреждения социальной защиты. Медицинская часть системы на селе включает такие подразделения медико-социальной помощи, как: фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), сельские участковые больницы (СУБ), поликлинические отделения Центральных районных больниц (ЦРБ); в городах – самостоятельные поликлинические учреждения, а также поликлинические отделения Центральных городских больниц (ЦГБ).

Подразделения специализированной медицинской помощи включают, прежде всего, ЛОР-отделения Центральных городских и Центральных районных больниц, а на уровне республик – республиканские учреждения с палатами интенсивной терапии для проведения лечебно-диагностических мероприятий больным; реабилитации больных.

Учреждения социальной защиты взаимодействуют с лечебно-профилактическими учреждениями, осуществляя реабилитационные мероприятия на этапе санаторного лечения, и проводят обучение при

восстановлении утраченных функций жизнеобеспечения, в частности, при тугоухости и т.п.

ПНП «Здоровье» планировалось проведение дополнительной диспансеризации работающего населения в социальной сфере, которых в республике насчитывалось 76,9 тыс., работающих с вредными производственными факторами – 5,5 тыс. человек, а также неработающих пенсионеров, которых более 100 тыс. Дополнительную диспансеризацию в РД прошли 54546 человек, из них: группу практически здоровые составили 7574 человек (13,9%); группу риска – 3362 человека (6,2%); лица, нуждающиеся в дополнительном амбулаторно-поликлиническом обследовании и лечении 37979 человек (69,6%); нуждающиеся в стационарном лечении – 5063 человек (9,3%); в высокотехнологичных видах помощи – 118 человек (0,2%). Было зарегистрировано всего 111040 заболеваний, из которых: впервые – 31 669, в т.ч. туберкулёз – 191, онкология – 949, сахарный диабет – 370, болезни системы кровообращения – 4054 и т.д.

В реализации ПНП «Здоровье» в РД приняли участие 1316 врачей (в т.ч. врачи общей практики) и 1460 средних медицинских работников.

С 01.01.2006 г. всем участковым терапевтам, участковым педиатрам и врачам общей практики/семейным врачам были произведены дополнительные денежные выплаты в размере 10 тыс. руб., а медицинским сёстрам, работающим с ними – 5 тыс. руб.

Заработная плата врачей-специалистов поликлиник увеличилась в среднем в 2 раза за счёт проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан (в возрасте от 18 до 55 лет). Средства на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан выделялись из расчёта 975 руб. на человека.

Программой модернизации здравоохранения РД, утвержденной постановлением Правительства РД от 15 марта 2011 г. №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.

Направление использования средств, полученных на внедрение стандартов оказания медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи, определялось в соответствии с №106 Постановления Правительства РФ от 15 февраля 2011 г. №85 *«Об утверждении правил финансового обеспечения в 2011–2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования».*

Стимулирующие выплаты специалистам с высшим и средним медицинским образованием, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, а также врачам, среднему медицинскому и младшему медицинскому персоналу, участвующим в реализации мероприятий по внедрению федеральных стандартов оказания медицинской помощи, осуществлялись в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами по оплате труда в пределах средств, поступивших на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, согласно договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенным между страховыми медицинскими организациями и учреждениями здравоохранения РД.

Решение о назначении денежной выплаты оформлялось в соответствии с утвержденным нормативным правовым актом по распределению стимулирующих выплат, действующим в учреждении. При необходимости вносились изменения в *«Положение о стимулировании работников учреждения в части осуществления денежных выплат медицинским работникам, участвующим в реализации мероприятий по внедрению*

стандартов оказания медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи».

Расчеты стимулирующих выплат медицинским работникам производились в соответствии с «Перечнем должностей специалистов», утвержденным *Приложением №1* к приказу Минздрава РД от 20.05.2011 г. №235-П «*О реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи*» и в зависимости от показателей оценки их деятельности, установленных *Приложением №2* к вышеназванному приказу. Рекомендуемый расчетный размер стимулирующей выплаты для осуществления денежных выплат медицинским работникам в 2011 году составил: врачу-специалисту – 4700 руб.; среднему медицинскому работнику – 2600 руб. Медицинскому персоналу, непосредственно оказывающему и участвующему в оказании амбулаторной медицинской помощи, были определены дифференцированные расчетные размеры стимулирующих выплат.

Программа модернизации для республиканской оториноларингологической службы и, в частности, для ведущего её подразделения, ЛОР-отделения и отделения ринологии Республиканской клинической больницы (РКБ), которая является лечебно-профилактическим учреждением IV уровня, где оказывается больным высококвалифицированная и отчасти высокотехнологичная медицинская помощь, является многозначительным событием. Её выполнение способствовало значительному развитию службы по основным разделам деятельности. При разработке и обоснованию программы модернизации учитывалось состояние здоровья населения РД, 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. Предусматривались меры по оптимизации ЛОР службы, совершенствованию деятельности клинических

отделений ЛОР-патологии и ринологии РКБ, внедрению и применению современных высокотехнологичных и высокоэффективных методов лечения.

Программа модернизации определяла направления деятельности по таким разделам, как:

- ⇒ укрепление и развитие материальной базы специализированной службы;
- ⇒ улучшение технического её оснащения;
- ⇒ подготовка медицинских кадров, повышение их профессионального уровня;
- ⇒ создание информационной системы;
- ⇒ рост ресурсного обеспечения и заработной платы.

Цель программы модернизации – улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи достигнута, о чем свидетельствует выполнение стандартов лечения и индикаторов качества, утвержденных Минздравом РД. По Программе проделана большая работа в области укрепления материальной базы ЛОР-отделения и отделения ринологии РКБ. Были проведены ремонтно-реконструктивные работы в операционных, в палатах интенсивной терапии. В 2011 г. по модернизации в РКБ поступило медицинское оборудование на сумму 56 358 800 рублей – 107 видов изделий. Среди них – крайне необходимые – лабораторные анализаторы, аппараты ИВЛ, мониторы для слежения за тяжелыми больными, операционные столы, аппараты для реанимационных, эндоскопическая аппаратура. В 2012 г. по модернизации в РКБ поступило 15 видов медицинского оборудования (диагностическая и лечебная техника) на сумму 12 889 460 рублей. Всё поступившее в ЛОР-отделения оборудование смонтировано и используется по назначению [177].

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 с 2010 по 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), практически обеспеченность выросла в 2 раза, Обеспеченность населения оториноларингологами и сурдологами-оториноларингологами в целом по РД также увеличилась (с 0,5 до 0,6). Аналогичная ситуация обстоит и со средним медперсоналом, обеспеченность которым в целом по РД 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 специалистам на селе (согласно Постановлению Правительства РФ), выплатой подъемных средств в размере 1 млн. рублей на приобретение жилья и т.д. (табл. 5.2)

Таблица 5.2

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 5.3 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 РД и с 42,8% до 49,4% по районам), однако темпы роста по уровням несколько уступают врачам.

Таблица 5.3

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 2011 г. прошли специализацию и усовершенствование 19 ЛОР-врачей и 18 медсестёр; получили категорию 14 врачей и подтвердили имеющуюся категорию – 23 врачей. В 2012 г. циклы усовершенствования прошли 22 врачей и 19 средних медработников. Квалификационную категорию получили 9 и подтвердили имеющуюся – 12. Показатель категорированности составил среди ЛОР врачей – 40,9% (по РД среди всех врачей – 32,8%; по РФ – 43,8%), сертифицированности – 92% (по РД – 86,6%; по РФ – 98,2%).

По средним медработникам показатель сертифицированности за 2012 г. составил 86,0% (по РД – 73,0%; по РФ – 57,8%), категорированности – 53,1 % (по РД – 47,9%; по РФ – 56,4%).

Таблица 5.4

**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

В РД обеспеченность оториноларингологическими койками учреждений здравоохранения в расчете на 10 тыс. населения за период наблюдения (с 2009 по 2012 гг.) сократилась с 0,7 до 0,5. В несколько меньшем объеме в сравнении с РД, в РФ в целом также наблюдается сокращение специализированной коечной мощности – 1,4 до 1,3. По всей вероятности, это связано с расширением терапевтической службы и общеврачебной практикой, а также высокотехнологичными видами услуг, но никак ни с востребованностью в данном виде помощи.

Особое внимание в программе модернизации уделяется вопросу качества оказываемой медпомощи. Инструментами оценки качества являются индикаторы качества и стандарты лечения. Для ЛОР-службы, в том числе для клинических специализированных ЛОР-отделений РКБ, с учетом требований положения программы были разработаны индикаторы качества. По итогам деятельности за 2011–2012 гг. все они были выполнены. Так, процент выполнения стандартов по ЛОР-отделениям РКБ за 2011 г. по программе модернизации составил 117,6%,; за 2012 г. – 122,5%, т.е. больше намеченного объема.

В лечебно-диагностический процесс были заложены федеральные стандарты. Были определены контрольные задания по стандартам, подлежащие оплате в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ.

5.4. Эффективность лечения оториноларингологических больных в республике Дагестан на различных этапах оказания медицинской помощи

В процессе исследования нами была изучена заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) по заболеваниям уха и носовидного отростка. ЗВУТ регистрируется на 100 человек работающих и

оценивается по числу потерянных из-за неё дней и числу случаев. Кроме двух названных показателей, существует еще **средняя длительность каждого случая нетрудоспособности** в днях. Она равна результату деления числа дней на число случаев заболевания.

Анализ временной утраты трудоспособности (табл. 5.5) показал, что за период наблюдения (2009–2012 гг.) показатель числа случаев на 100 работающих оставался стабильным (0,3%), в отличие от числа дней нетрудоспособности, уровни которого несколько возросли (от 3,3% до 3,5%), равно как и среднее число дней пребывания на больничной листе (от 10,1 до 11,0 дней), что, по всей вероятности, объясняется нацеленностью пациентов на прохождение более полного курса лечения.

Таблица 5.5

**Временная утрата трудоспособности по болезням уха
и сосцевидного отростка в РД**

Показатели	2009	2010	2011	2012
Число случаев на 100 работающих	0,3	0,3	0,3	0,3
Число дней на 100 работающих	3,3	3,2	3,1	3,5
Среднее пребывание на б/л (в днях)	10,1	10,2	10,0	11,0

В рамках реализации основных направлений ПНП «Здоровье» с 2006 г. в лечебно-профилактических учреждениях РД стала проводиться дополнительная диспансеризация населения, которая заключалась в диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, спорта и научно-исследовательских учреждениях. На начальном этапе возрастной ценз осматриваемых составлял 35–55 лет, а затем – диспансерному наблюдению подвергались все остальные возрастные категории работающих в бюджетной сфере. Главным лицом в организации диспансерного обслуживания являлся участковый врач-терапевт, но наряду с этим, обязательным являлся осмотр специалистов, в т.ч. ЛОР-врача.

С 2011 г. стартовала «Программа модернизации», согласно которой предусматривались мероприятия по внедрению стандартов оказания

медицинской помощи и по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, что в итоге расширила возможности диспансеризации, которая приобрела характер всеобщей.

Результатом проведения дополнительной, а затем и всеобщей диспансеризации, а также целевых медицинских осмотров явился динамичный рост выявленных больных и их охват диспансерным наблюдением, что наглядно отражено в *табл. 5.6*.

Структурный анализ охвата диспансерным наблюдением больных с ведущими нозологическими формами оториноларингологической патологии (*табл. 5.6*) 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 РД по всей ЛОР-патологии в разрезе городской и сельской местности, так и в отдельных нозологических формах оториноларингологической заболеваемости.

Таблица 5.6

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

Нозологические формы и группы болезней	Террито- рия	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>	<i>56,5</i>	<i>56,3</i>	<i>65,7</i>	<i>66,1</i>
	<i>Сёла</i>	<i>56,8</i>	<i>58,5</i>	<i>59,1</i>	<i>61,8</i>
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 миндалин 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
--	------	------	------	------	------

Охват диспансерным наблюдением ЛОР-больных по возрастным группам, независимо от места проживания, повсеместно выявил рост показателей в группах как среди детского населения в возрасте от 0 до 14 лет, так и среди подростков и лиц старше 18 лет (табл. 5.7).

Таблица 5.7

**Динамика охвата диспансерным наблюдением ЛОР больных
по возрастным группам в зависимости
от места проживания в РД (в %)**

Возрастные группы	Территория	2009	2010	2011	2012
0–14 лет	РД	36,2	40,7	42,1	42,9
	Города	35,8	44,3	46,4	47,1
	Сёла	36,6	37,1	37,8	38,8
15–17 лет	РД	41,2	42,0	43,2	44,4
	Города	43,6	44,2	44,8	45,2
	Сёла	38,7	39,8	41,6	43,6
18 лет и старше	РД	25,6	29,8	30,1	31,3
	Города	24,5	29,5	29,9	31,6
	Сёла	26,6	30,0	30,3	30,9

** Примечание. В 2009 г. согласно приказу изменилась классификация ЛОР болезней для статистической отчетности.*

Характерной особенностью показателей является то, что процент охвата во всех возрастных группах в городах выше в сравнении с сельской местностью, что, по всей вероятности, объясняется лучшим техническим оснащением городской лечебной сети, а также более высокой квалификацией врачебного персонала, что позволяет выявлять и диагностировать ЛОР-патологию на ранних стадиях заболеваемости. Нельзя также сбрасывать и такой фактор, как более высокая медицинская активность горожан в сравнении с сельскими жителями, уровень санитарной культуры, что позволяет им своевременно обращаться к специалистам. Примечателен и тот факт, что процент охвата диспансерным наблюдением детского и подросткового населения превышает аналогичный показатель среди взрослого населения, равно как и более высокий уровень их заболеваемости. Это можно объяснить тем, что в возрасте 18 лет и старше частота ЛОР-патологии среди населения, вплоть до преклонного возраста, сокращается, и,

зачастую благодаря тому, что в детском возрасте своевременно выявленная патология и правильно выбранная тактика лечения позволяют снимать пациента с диспансерного учета. Данный вывод подтверждают и результаты анализа показателя ЗВУТ (средней длительности пребывания на листке нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком и по поводу заболеваний уха и сосцевидного отростка у взрослых).

Таблица 5.8

Динамика средней длительности пребывания ЛОР-больных в стационаре по поводу болезней уха и сосцевидного отростка в зависимости от места проживания в РД (в днях)

Возрастные группы	Территория	2009	2010	2011	2012
Дети и подростки (0–17 лет)	РД	10,3	10,6	10,8	11,1
	Города	10,0	10,2	10,2	10,4
	Сёла	10,5	11,0	11,3	11,7
Взрослые (18 лет и старше)	РД	9,5	9,8	9,9	10,2
	Города	9,1	9,4	9,5	10,0
	Сёла	9,8	10,2	10,4	10,4

Как видно из данных, приведенных в *таблице 5.8*, сроки пребывания на листке нетрудоспособности как среди детей и подростков, так и среди взрослых за период наблюдения (2009–2012 гг.) увеличивались, что еще раз подтверждает вывод, сделанный при анализе данных *таблицы 5.5*, объясняя рост нахождения на больничном листе нацеленностью пациентов на прохождение более полного курса лечения. Рост выявленных больных с ЛОР патологией объясняется не столько ростом самой заболеваемости (данный факт также не исключается), сколько налаженными целевыми осмотрами населения при проведении дополнительной диспансеризации (ПНП «Здоровье»), а также всеобщей диспансеризации в свете Программы модернизации.

Материалы, приведенные в *таблице 5.8*, еще раз подтверждают наш вывод (приведенный выше при анализе *табл. 5.7*), о том, что уровни заболеваемости среди детского и подросткового населения превышают аналогичные среди взрослых, объясняя тем, что в возрасте 18 лет и старше частота ЛОР-патологии среди населения снижается за счет своевременно и

качественно оказываемой помощи в детском возрасте. Однако, важно учитывать и тот факт, что данный вывод напрашивается лишь при анализе общей ЛОР-патологии, но при структурном анализе, с учетом ряда нозологий, необходимо иметь в виду и то, что есть ряд заболеваний, которыми чаще страдает взрослое население, т.е. люди в возрасте 18 лет и старше и чаще всего, лечение этих больных сочетает амбулаторное наблюдение со стационарным, в отличие от детей, где характер наблюдения чаще носит амбулаторный.

В *таблице 5.9* приведены сроки лечения больных с различными диагнозами оториноларингологических заболеваний в ЛОР-отделении Республиканской клинической больницы (РКБ), согласно которым пребывание на стационарном лечении более длительное отмечается чаще среди взрослого населения, а такие нозологии, как: тугоухость, гайморит, носовое кровотечение, фурункул носа, паратонзиллярный абсцесс, фаринголарингит, новообразования, травмы, для детей и подростков, практически, не характерны.

Таблица 5.9

**Средние сроки лечения больных с ЛОР-заболеваниями
в РКБ за 2012 г. (18 лет и старше)**

№ п/п	Наименование заболевания	Дети и подростки (0- 17 лет) М ± m	Взрослые (18 лет и >) М ± m
1.	Дефект носовой перегородки	8,6±0,4	10,3 ±0,2
2.	Хронический риносинусит	10,6 ±0,2	11,5 ±0,2
3.	Хронический тонзиллит	9,5 ± 0,2	11,2 ±0,6
4.	Хронический отит	10,1 ± 0,2	11,3 ±0,3
5.	Тугоухость	13,7 ± 0,3	13,3 ±0,3
6.	Гайморит	-	13,2 ±0,4
7.	Носовое кровотечение	-	9,8 ± 0,6
8.	Фурункул носа	-	8,4 ± 0,5
9.	Паратонзиллярный абсцесс	-	8,2 ± 0,5
10.	Фаринголарингит	-	13,4 ±0,7
11.	Новообразования	-	11,5 ± 1,6
12.	Травмы	-	9,7 ± 0,7
13.	Аденоиды	8,0 ± 0,1	-
14.	ИТОГО:	9,7 ± 0,1	11,3 ±0,1

Анализ госпитализированной оториноларингологической заболеваемости, представленный в *таблице 5.10* также подтверждает вывод об относительной дифференцированности нозологий, которыми страдают чаще детское или взрослое население.

Таблица 5.10

**Структура госпитализированной ЛОР-заболеваемости
детского и взрослого населения РД в среднем за период 2009–2012 гг.**

№ п/п	Наименование Заболевания	% к <i>итогу</i>	
		Детское население (0-17 лет)	Взрослое население (18 лет и >)
1.	Дефект носовой перегородки	17,2	19,2
2.	Хронический риносинусит	14,0	13,8
3.	Хронический тонзиллит	12,9	4,0
4.	Хронический отит	17,6	22,6
5.	Тугоухость	8,6	16,3
6.	Гайморит	1,5	7,7
7.	Носовые кровотечения	0,6	3,3
8.	Фурункул носа	1,7	2,6
9.	Паратонзиллярный абсцесс	-	0,9
10.	Фаринголарингит	0,4	3,0
11.	Новообразования	-	1,1
12.	Травмы	-	2,9
13.	Инородное тело носа и уха	0,6	-
14.	Аденоиды	22,4	2,6
15.	Фурункул слухового прохода	0,3	-
16.	Папиломатоз гортани	0,7	-
17.	Переломы костей носа	1,5	-
	ИТОГО:	100,0	100,0

Так, например, среди детей и подростков за весь период наблюдения (2009–2012 гг.) не было ни одного случая госпитализации с такими диагнозами, как: паратонзиллярный абсцесс (в отличие от взрослых – 0,9%); новообразования (у взрослых – 1,1%); травмы (2,9%). В противовес – у взрослых пациентов не было ни одного случая госпитализаций по поводу: инородного тела носа и уха (с чем были госпитализированы дети в 0,6% случаях); фурункулов слухового прохода (среди детей и подростков – 0,3% случаев); папиломатоза гортани (0,7%); переломов костей носа (0,7%). А с таким диагнозом, как аденоиды, частота случаев госпитализаций среди детей

и подростков (22,4% против 2,6%) превысила в 8,6 раза.

Выводы

В РД создана и осуществляется медицинская помощь населению системой здравоохранения, включающей учреждения первичной медико-санитарной помощи 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.

5.5. Качество и эффективность оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи оториноларингологическим больным в республике Дагестан (по данным социологических исследований)

Одной из важнейших задач реформирования российского здравоохранения на современном этапе является повышение качества

медицинских услуг, в том числе в сфере оказания первичной медицинской помощи (ПМП) населению, скорой, специализированной. Как известно, амбулаторно-поликлинические учреждения составляют основу данной системы в стране. Однако далеко не всегда при обращении за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, либо другие лечебно-профилактические учреждения население получает качественные услуги. Модернизация российской системы здравоохранения и направленность российских реформ предполагает углубленное изучение и анализ деятельности медицинских учреждений не только специалистами, но и потребителями медицинских услуг. В этой связи является актуальным изучение ожиданий и потребностей населения в медицинских услугах, их качество и степень их доступности для различных групп населения.

Рассматривая методологию оценки качества предоставляемых медицинских услуг, следует остановиться на двух разных подходах. Первый из них, основанный на «внешних стандартах оценки качества» базируется на predetermined критериях, согласно которым происходит оценка и намечаются пути совершенствования в предоставлении услуг. Второй из них, называемый «продолженным подходом к оценке и улучшению качества», рассматривает данное явление (активность или услугу) как процесс и подходит к оценке качества как части данного процесса, включающего в себя участников, профессионалов и пользователей услуг. Если оценку качества предоставляемой услуги дает пациент, необходимо понять, каким образом данный процесс может привести к положительному конечному результату. Или, говоря иными словами, какой из двух указанных выше подходов к оценке качества медицинских услуг в том или ином лечебно-профилактическом учреждении в максимальной степени способствует или препятствует достижению удовлетворенности пациентов.

В РФ мнения пациентов собираются страховыми компаниями, которые анализируют жалобы пациентов. Хотя данные методы дают ценную информацию в отношении качества предоставляемых услуг, они не

удовлетворяют критериям научной доказательности. Только некоторые люди, и, наиболее часто, именно те, кто активен в других областях социальной жизни, предъявляют жалобы. Официально заполняемые пациентами формуляры «шаблонны» как по содержанию, так и по информативности. При этом очевидно, что пациент, выходящий от врача, редко жалуется на очереди, дополнительные платежи или невежливое обращение персонала. В данной работе использовался продолженный подход к оценке качества предоставляемых населению медицинских услуг, основанный на анализе мнения случайной выборки респондентов, проживающих в различных регионах РД.

5.5.1. Характеристика выборки взрослого населения, условий их проживания в зависимости от пола и климатогеографических зон проживания в республике Дагестан¹

Случайная выборка взрослого населения по основным социальнодемографическим показателям не отличалась от данных официальной статистики для всего населения РД, что позволяет экстраполировать полученные данные опроса на все население РД.

Средний возраст респондентов составил 33 года, средний доход на 1 человека составил 8156 рублей на момент опроса в 2011 г. Семьи респондентов состояли в среднем из 5 человек. Большинство опрошенных состояли в браке (57%), 27% – были не женаты или не замужем; доля лиц, состоящих в гражданском браке (4%) и разведенных (3,3%) невелика, что соответствует социально-культурным традициям населения РД.

По уровню образования респонденты распределились следующим образом: доля лиц с начальным и неполным средним образованием составила 18,4%; с законченным средним и средним специальным – 28,7%, а доля лиц с незаконченным высшим и высшим образованием – 46,6%. При этом, доля мужчин с высшим и незаконченным высшим образованием была достоверно

¹ Результаты анкет опроса по данному разделу приведены в **Приложении 11**

выше, чем среди женщин (55,1% против 46,6%, соответственно), а доля мужчин со средним образованием, наоборот, ниже (23,8% против 34,0%, соответственно, $p < 0,001$). Распределение выборки взрослого населения РД по уровню образования отличается от общероссийских данных согласно Всероссийской переписи населения 2010 г. [126] и характеризуется более значительное долей лиц с начальным и неполным средним образованием (18,4% против 7% по РФ), что могло повлиять на результаты опроса.

Большинство опрошенных работали (54,6%), в том числе работающих пенсионеров было относительно немного (2,3%), а доля молодежи, которая училась и работала, составила 6,3%. Группа опрошенных, не имеющих работы была многочисленной (17%), что согласуется с данными официальной статистики по РД и объясняется, по-видимому, низким социально-экономическим положением РД в общем рейтинге социально-экономического положения субъектов РФ [177]. Анализ распределения респондентов по сфере занятости показал, что опрошенные чаще всего работали в государственных учреждениях и на дому. Доля лиц, занятых сельскохозяйственным трудом составила 11,2%. Мужчины по приоритету чаще всего работали в государственных учреждениях (21,6%), состояли на военной службе военнослужащие, работники полиции и пожарные) – в 9,7%, работали на сельскохозяйственных частных предприятиях – в 8,4%. Женщины по приоритету чаще всего трудились в государственных учреждениях (31,6%), на дому (12,9%). Различия по полу статистически достоверны ($p < 0,05$).

Большинство респондентов проживало в отдельных благоустроенных квартирах (86,9%) и с хорошими санитарно-гигиеническими характеристиками – с наличием холодного/горячего водоснабжения, центрального отопления и санузла – в 71,1%. Около 10% опрошенных проживали в собственных домах или в комнатах в частном секторе и имели либо частичные санитарно-гигиенические условия в доме (19,7%), либо проживание было вообще без удобств (3,7%). Результаты опроса в

отношении недостаточной обеспеченности социально-гигиеническими удобствами в доме тесно коррелируют с данными официальной статистики, представленными в главе 3.

Большинство опрошенных респондентов проживали на территории равнинной зоны (298 человек), 85 человек – в предгорной местности, 37 – в горной зоны. Средний возраст респондентов, проживающих в горной зоне было достоверно выше, чем среди жителей равнинной части республики (42 года против 32 лет, соответственно, $p < 0,01$). По составу семьи и по доходам на душу населения в зависимости от региона проживания статистически значимых различий установлено не было. По семейному положению – больше всего лиц, состоящих в браке, было среди жителей равнинной и предгорной зон РД (около 60%), а состоящих в гражданском браке (5,4%) и вдовцов (10,8%) было больше всего среди жителей горной местности ($p < 0,001$).

По уровню образования также выявлены достоверные различия между жителями различных регионов РД. Так, горцы характеризовались достоверно более высокой долей лиц с начальным и неполным средним образованием (24,3% против 18% жителей равнинной зоны) и более низкой долей лиц с законченным средним и средним специальным образованием (21,6% против 29,3%, соответственно).

Статистически значимые различия между жителями различных регионов РД установлены по сферам занятости. Так, например, работающих в государственных учреждениях было больше всего среди жителей равнинной и предгорной части РД (28% против 11% жителей горных районов). В то же время, среди горцев было больше работников сельского хозяйства (8,1%) и военнослужащих (13,5%). По жилищным условиям также были выявлены достоверные различия. Наличие всех санитарно-гигиенических условий, включая голодное/горячее водоснабжение, централизованное отопление и санузел, чаще всего имели жители равнинной зоны РД (77,2%), в то время как отсутствие санитарно-гигиенических

условий чаще всего встречалось среди жителей предгорной местности (8,2%).

Таким образом, выборка взрослого населения РД характеризовалась рядом социально-демографических особенностей по сравнению с общероссийскими данными, однако она по большинству социально-экономических и демографических показателей повторяла региональные особенности официальной статистики, что позволяет говорить о представительности выборки для опроса и возможности экстраполяции результатов опроса на все население РД.

Принимая во внимание, что средний возраст респондентов, проживающих в различных климатогеографических зонах РД, статистически значимо различался, в последующем анализе будут использованы стандартизованные по возрасту показатели при сравнении жителей, проживающих в равнинной, предгорной и горной частях РД.

5.5.2. Поведенческие факторы риска и самооценка здоровья в зависимости от пола и региона проживания в республике Дагестан¹

Общеизвестно, что на данном этапе развития медицинской науки концептуальной основой укрепления и охраны здоровья населения, профилактики хронических заболеваний, является стратегия борьбы с факторами риска, в том числе связанными с образом жизни. Вместе с тем, в повседневной деятельности часто недооценивается роль самого человека, не принимается в расчет его отношение к собственному здоровью, приверженность идеям здорового образа жизни. По мнению ряда ученых [76, 96, 100, 203], недостаточное развитие культуры здоровья в России является отголоском советского периода, принижавшего роль индивидуального здоровья сберегающего поведения.

Структура понятия «отношение к здоровью» включает в себя оценку

¹ Результаты анкет опроса по данному разделу приведены в **Приложении 12**

состояния здоровья, отношение к здоровью и деятельность по сохранению здоровья [100]. Традиционно для оценки состояния здоровья населения в эпидемиологических и социологических исследованиях используют простые и надежные методы, к числу которых относятся самооценка здоровья и наличие поведенческих факторов риска. Несмотря на то, что состояние здоровья населения России и отдельных популяционных групп, основанное на изучении вышеназванных показателей, хорошо описано в литературе, однако, оценка здоровья в контексте отношения к здоровью является малоизученной и представляется актуальной.

Поведенческие факторы риска

Распространенность курения, недостаточной физической активности (НФА) и потребления алкоголя представлена в на *рисунке 5.1*.

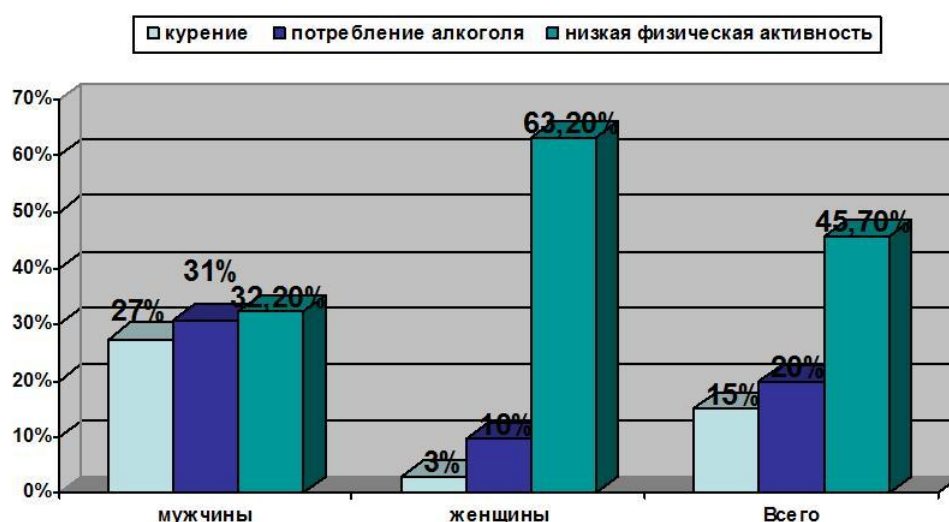


Рис. 5.1. Распространенность поведенческих факторов риска среди мужчин и женщин, проживающих в РД

Распространенность курения в РД отличается от приводимых в литературе данных для жителей России в целом и отдельных её регионов [9, 10, 13, 16]. В настоящем исследовании распространенность курения существенно ниже среди мужчин (27,3%) и женщин (2,9%) – жителей РД по сравнению с другими регионами.

Интенсивность курения среди курящих мужчин также ниже литературных данных. 17,6% мужчин в РД выкуривают до 10 сигарет в день;

и лишь 5,7% – более 10 сигарет в день. Средний стаж курения составляет 8,7 лет: в том числе среди мужчин – 9,2 года, а среди женщин – 5 лет.

По распространенности НФА женщины РД не отличаются от женщин других регионов РФ, в то же время, распространенность НФА среди мужчин-дагестанцев существенно ниже, чем в других субъектах РФ. Потребление алкоголя жителями РД более высокое среди мужчин (30,8%), чем среди женщин (9,6%).

Несмотря на то, что характер питания респондентов специально не изучался, весоростовые характеристики опрошенных лиц свидетельствуют о нормальной массе тела. Так, средние значения индекса Кетле (вес/рост) лежат в диапазоне нормальных значений у женщин (средний ИК = 22,8) и на верхней границе нормы у мужчин (средний ИК = 25,4).

Большинство мужчин и женщин жителей РД спят 6-8 часов в сутки (47,9%); 4-5 часов спят 17,7% респондентов; а более 8 часов в сутки – 13,1%. Доля лиц, проводящих свой досуг активно не столь велика (26,3%), при этом она достоверно выше у мужчин (36,1%) по сравнению с женщинами (17,2%). Большинство респондентов проводят свой отпуск дома (44,2%). Лишь немногие отдыхают в других местах по путевке (4,2%).

Самооценка здоровья

В качестве одного из показателей для оценки состояния здоровья взрослого населения была использована самооценка здоровья. Несмотря на субъективный характер данной оценки, этот показатель широко используется в различного рода исследованиях, из-за своей простоты и высокой информативности [23–28]. Самооценка здоровья респондентами, проживающими в РД представлена на *рисунке 5.2*.

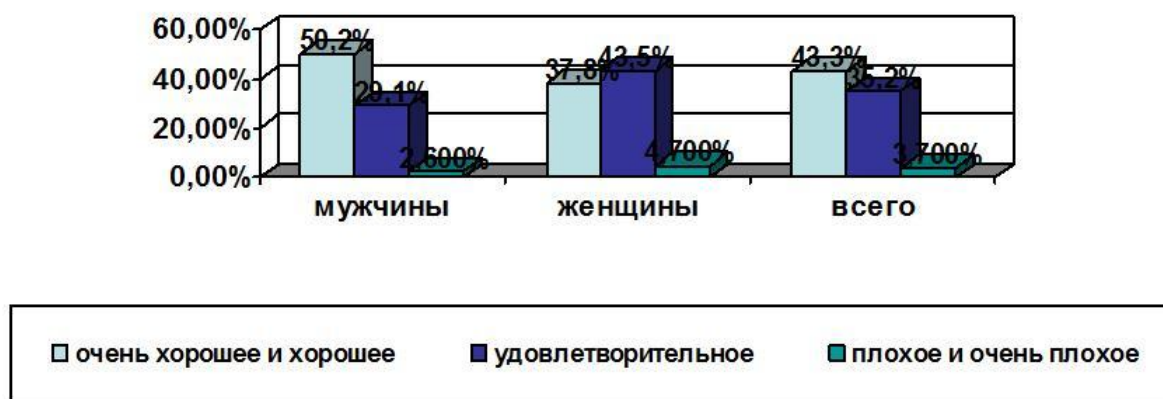


Рис. 5.2. Самооценка здоровья мужчинами и женщинами (жителями РД)

По данным настоящего исследования, доля лиц, оценивших свое здоровье как хорошее и очень хорошее, составляет 50,2% для мужчин и 37,8% для женщин. В то же время, доля лиц с плохой и очень плохой самооценкой здоровья низкая и составляет 2,6% среди мужчин и 4,7% среди женщин.

В ходе исследования установлены достоверные различия в самооценке здоровья между мужчинами и женщинами. Так, мужчины чаще по сравнению с женщинами оценивают свое здоровье как хорошее и реже – как плохое. В целом самооценка здоровья в данном исследовании отличается от результатов самооценок здоровья взрослых в различных исследованиях в России [76, 96, 100, 203]. Для Российской популяции характерно, что доля тех, кто оценивает свое здоровье ниже хорошего (включая очень плохое, плохое и удовлетворительное) составляет примерно две трети. По результатам настоящего исследования самооценка здоровья жителями РД (особенно мужчинами) ближе к зарубежным данным, когда хорошая самооценка здоровья превалирует над плохой.

При проведении исследований по самооценке здоровья в зарубежных странах не было получено значимых гендерных различий [231]. Напротив, в России женщины оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины, что подтверждается также результатами настоящего исследования [26, 27].

Исследования, проведенные в России, также свидетельствуют о важности социально-экономических факторов [177]. По литературным данным низкий уровень образования и материального благополучия являются важными предикторами низкой самооценки здоровья в странах с переходной экономикой [27, 100]. Результаты данного исследования показали, что плохая самооценка здоровья достоверно связана только с наличием хронических заболеваний у респондентов.

По результатам опроса хроническими заболеваниями страдают 31,7% респондентов; находятся на диспансерном наблюдении 19,3% опрошенных; имеют инвалидность – 11,8%. а также имеют льготы на лекарства и медицинское обслуживание около 20% респондентов. Характерно, что все выше названные показатели достоверно выше среди женщин, что свидетельствует об их большей заболеваемости и приверженности лечению (рис. 5.3).

Сравнение жителей равнинной части республики с жителями предгорной и горной части показало, что горцы достоверно чаще потребляют алкоголь (в 27% случаев); чаще курят (в 21,6% случаев); чаще имеют инвалидность (в 27% случаев) и находятся под диспансерным наблюдением (в 32.4% случаев).

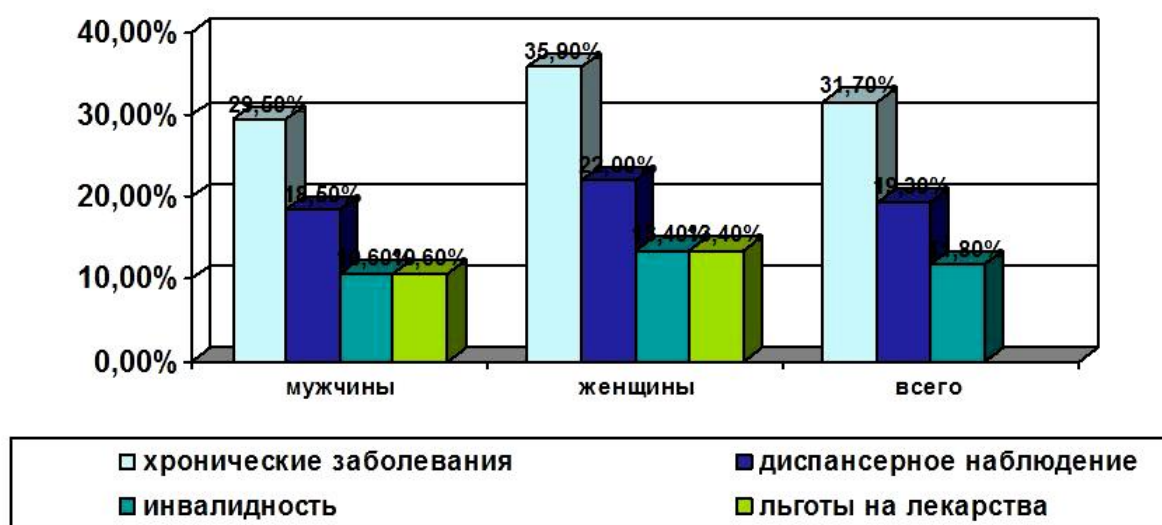


Рис. 5.3. Доля мужчин и женщин, имеющих хронические заболевания и инвалидность в РД

Жители равнинной части РД чаще отдыхают активно (в 28,6% случаев), чаще оценивают свое самочувствие как хорошее и очень хорошее (в 45,6% случаев). В то же время, жители предгорной части РД характеризовались самым высоким средним стажем курения (11,7 лет), наибольшей частотой плохой и удовлетворительной самооценки здоровья, наибольшей частотой хронических заболеваний (41,2%), долей лиц имеющих льготы на лекарства (31,8%). Принимая во внимание достоверные различия по возрасту респондентов и его возможное влияние на полученные результаты, была проведена процедура стандартизации указанных выше показателей по возрасту.

Таблица 5.11

**Стандартизованная по возрасту распространенность
поведенческих факторов риска среди жителей
различных регионов РД**

Факторы риска		Место жительства по местности			Достоверность различий по месту жительства
		Равнина	Предгорье	Горы	
НФА	Абс.ч.	261	78	39	
	%	49,9	49,7	44,3	
Употребление алкоголя	Абс.ч.	96	42	28	<0,05
	%	18,4	26,8	31,8	
Курение	Абс.ч.	80	19	25	<0,05
	%	15,3	12,1	28,4	

**Примечание. Достоверность различий рассчитывалась по тесту V Крамера*

В таблице 5.11 представлена стандартизованная по возрасту распространенность поведенческих факторов риска среди жителей различных регионов РД. В целом, установленные закономерности сохраняются, но с более высокой степенью значимости и выраженностью различий между группами респондентов.

В таблице 5.12 представлены результаты стандартизованной по возрасту самооценки здоровья.

Таблица 5.12

**Стандартизованная по возрасту самооценка здоровья
среди жителей различных регионов РД**

Самооценка здоровья		Место жительства по местности			Достоверность различий по месту жительства
		<i>Равнина</i>	<i>Предгорье</i>	<i>Горы</i>	
Хорошая. Очень хорошая	Абс.ч.	221	61	30	<0,05
	%	42,2	38,8	34,1	
Удовлетворительная	Абс.ч.	170	72	39	<0,05
	%	32,5	45,9	44,3	
Плохая. Очень плохая	Абс.ч.	29	4	3	
	%	5,6	2,6	3,4	

**Примечание. Достоверность различий рассчитывалась по тесту V Крамера.*

В таблице 5.13 представлены результаты стандартизованной по возрасту доли лиц с хроническими заболеваниями, инвалидностью, состоящие на диспансерном наблюдении и имеющие льготы на лекарственное обеспечение.

Таблица 5.13

**Стандартизованная по возрасту доля лиц с хроническими
заболеваниями и инвалидностью среди жителей
различных регионов РД**

Состояние здоровья		Место жительства по местности			Достоверность различий по месту жительства
		<i>Равнина</i>	<i>Предгорье</i>	<i>Горы</i>	
Хронические заболевания	Абс.ч.	193	62	37	<0,05
	%	36,9	39,5	42,0	
Инвалидность	Абс.ч.	89	34	33	<0,001
	%	17,0	21,7	37,5	
Диспансерное наблюдение	Абс.ч.	114	46	39	<0,001
	%	21,8	29,3	44,3	
Льготы на лекарства	Абс.ч.	113	72	30	<0,001
	%	21,6	45,9	34,1	

**Примечание. Достоверность различий рассчитывалась по тесту V Крамера.*

После стандартизации показателей изменились некоторые характеристики респондентов из предгорья, различия между группами стали более выраженными.

Выводы

Таким образом, установлены положительные закономерности, характеризующие состояние здоровья респондентов из РД по сравнению с другими регионами России: более низкая распространенность поведенческих факторов риска – курения, НФА среди мужчин; распространенность избыточной массы тела (ИМТ) 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 РД. Установлены неблагоприятные тенденции по распространенности потребления алкоголя и курению; по распространенности хронических заболеваний и инвалидности среди жителей горных районов РД. Жители предгорных районов характеризуются наиболее низкой самооценкой здоровья, эта группа лиц чаще других имеет льготы на лекарственное обслуживание. Жители равнинных районов РД 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 РД сопряжено с более высоким потреблением алкоголя и курения, наличием хронических заболеваний и инвалидов;

⇒ женское население РД характеризуется более высокой распространенностью хронических заболеваний и инвалидов по сравнению с мужчинами-дагестанцами.

5.5.3. Обращаемость взрослого населения за лечебно-профилактической помощью в зависимости от пола и региона проживания в республике Дагестан¹

Обращаемость за оториноларингологической помощью

На сегодняшний день поликлиники являются основными учреждениями, предоставляющими населению услуги первичной медицинской помощи. Результаты опроса населения показали, что за первичной амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощью население РД обращается чаще всего по причине заболеваний носа (в 27,1% случаев), по поводу заболеваний уха – в 23,2% случаев, по поводу заболеваний горла почти вдвое реже – в 12,9% случаев. Характерно, что мужчины чаще всего обращаются к ЛОР-врачу по поводу заболеваний носа, а женщины – по поводу заболеваний уха.

Пожилые жители РД, как и во всем мире, обращаются в медицинские учреждения по поводу заболеваний уха чаще, чем молодежь или люди среднего возраста (*табл. 5.14*). В то же время обращаемость к ЛОР-врачам по поводу заболеваний горла снижается с возрастом. Обращения по поводу заболеваний носа наиболее часты в возрастной группе 18–29-летних.

Таблица 5.14

¹ Результаты анкет опроса по данному разделу приведены в **Приложении 13**

**Причины обращения за ЛОР помощью в зависимости
от возраста и пола респондентов**

По поводу какого заболевания Вы обратились к ЛОР-врачу?		Возрастные категории				
		от 18 до 29 лет	30–39 лет	40–59 лет	60 лет и старше	Всего
		Абс.ч				
		71	26	43	8	148
	%	30,1	36,1	42,6	29,6	33,9
Заболевание уха	Абс.ч	46	24	24	11	105
	%	19,5	33,3	23,8	40,7	24,1
Заболевания горла	Абс.ч.	43	5	10	1	59
	%	18,2	6,9	9,9	3,7	13,5
Заболевания носа	Абс.ч.	76	17	24	7	124
	%	32,2	23,6	23,8	25,9	28,4
Итого:	Абс.ч.	236	72	101	27	436
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по возрасту достоверны ($P < 0,01$)

Отношение к собственному здоровью для большинства жителей РД не характеризуется как здоровье сберегающее, т.к. 72,4% опрошенных сказали, что обращаются за медицинской помощью лишь иногда (табл. 5.15). И лишь каждый пятый из числа опрошенных жителей РД всегда обращается за медицинской помощью при появлении симптомов заболеваний.

Таблица 5.15

**Обращаемость за медицинской помощью
при появлении симптомов в зависимости от пола**

Всегда ли Вы обращаетесь к врачу при появлении симптомов заболеваний?		Пол		
		Мужч.	Жен.	Оба пола
		Абс.ч		
		4	5	20
	%	1.8	2.4	4.4
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	50	48	101
	%	22.0	23.0	22.1
Всегда	Абс.ч.	170	154	331
	%	74.9	73.7	72.4
Всегда ли Вы обращаетесь к врачу при появлении симптомов заболеваний?		Пол		
		Мужч.	Жен.	Оба пола
		Абс.ч.		
Иногда	Абс.ч.	2	-	2
	%	0.9	-	0.4
Не обращаюсь	Абс.ч.	227	209	457
	%	100.0	100.0	100.0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,001$)

Данные государственной статистики и данные социологических исследований показывают, что доля расходов на медицинскую помощь в общих доходах домохозяйств у низко доходных групп населения выше, чем у высокодоходных. На протяжении последних 8 лет рост цен на медицинские услуги опережает рост среднедушевых доходов населения. Недоступность платных услуг и лекарств породили широкое распространение практик отказа от лечения.

Мониторинг, проводимый НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко РАМН «Комплексное изучение состояния здоровья населения», который проводился с 1989 по 2000 гг. (на 15 территориях РФ), на основе сопоставления данных о смертности и заболеваемости на ряде территорий страны выявил несоответствие между уровнем заболеваемости и смертности. При низких уровнях заболеваемости встречались высокие показатели смертности от тех же заболеваний, что свидетельствует о «необращаемости» населения за медицинскими услугами. И показательно, что наибольший рост показателей смертности отмечен у работающего населения. Если в 1996 г. 20,6 % взрослых пациентов готовы были купить для себя лекарства за любую цену, то спустя 3 года таких было уже 14,2 %. А число тех пациентов, которым пришлось отказаться от покупки лекарств, за эти же годы удвоилось, с 7,5 до 15%. Кстати, данные мониторинга в Москве в 2000 году показали, что даже среди врачей 40% опрошенных не могут приобрести своим детям нужные лекарства из-за дороговизны. О распространенности случаев отказа от лечения говорят и данные в исследовании, проведенном под руководством Н.М. Римашевской [165]. Вынужденный отказ населения от госпитализации составил 27% от числа опрошенных. В половине этих случаев отказ связан с отсутствием средств для оплаты услуг. В среднем по всем видам медицинской помощи 20% нуждающихся в ней не смогли удовлетворить потребность в медицинской помощи. В.Э. Бойков [32] приводит данные социологического опроса 3000 домохозяйств, проведенного в 1998 г. в Республике Карелии и еще в 12

регионах России, из которых следует, что существует прямая зависимость между величиной доходов и долей отказов от медицинских услуг и от покупки лекарств. В исследовании «Техническое содействие реформе системы здравоохранения», финансируемом Всемирным Банком в 2001 г. в Новгородской области и Чувашской Республике так же были получены данные о недостижимости медицинских услуг для большинства низкодоходных групп населения, а также практически для всего сельского населения. Невозможность оплачивать медуслуги указали 85% опрошенных респондентов в Тюменской области.

Таблица 5.16

**Причины не обращения за медицинской помощью
в зависимости от пола**

Если вы не обращаетесь к врачу, то с чем это связано?		Пол		
		Мужч.	Жен.	Оба пола
	Абс.ч	30	35	74
	%	13,2	16,7	16,2
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	38	21	59
	%	16,7	10,0	12,9
Обращение к врачу связано с большими потерями времени. При легких заболеваниях лечусь самостоятельно	Абс.ч	82	86	173
	%	36,1	41,1	37,9
Меня не устраивает квалификация врача	Абс.ч	15	7	22
	%	6,6	3,3	4,8
Не могу себе позволить посещение врачей материально	Абс.ч	13	16	32
	%	5,7	7,7	7,0
Предпочитаю самолечение народными средствами	Абс.ч	4	5	11
	%	1,8	2,4	2,4
Не могу оставить работу	Абс.ч	24	9	34
	%	10,6	4,3	7,4
Из-за возраста трудно ходить	Абс.ч	5	5	10
	%	2,2	2,4	2,2
Иногда страшно идти, узнать диагноз	Абс.ч	16	25	42
	%	7,0	12,0	9,2
Итого:	Абс.ч	227	209	457
	%	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,05$)

На вопрос «Почему Вы не обращаетесь за медицинской помощью при возникновении симптомов заболеваний?» чаще всего респонденты – дагестанцы отвечали, что в случае легких случаев заболеваний они лечатся

самостоятельно (в 37,9% случаев) и то, что обращение к врачу сопряжено с большими потерями времени (в 12,9%) (*табл. 5.16*). Помимо этих двух причин мужчины чаще отмечали, что не обращение также связано с низкой квалификацией врача (в 6,6% случаев), с невозможностью оставить работу (в 10,6% случаев). В то же время женщины дополнительно отмечали, что им страшно идти и узнать диагноз (в 12% случаев). Таким образом, независимо от пола основной причиной не обращений явилась тяга к самолечению.

Анализ не обращения за медицинской помощью в зависимости от возраста респондентов показал, что для лиц трудоспособного и более молодого возраста (до 39 лет) частота не обращений связана именно с занятостью и самолечением. В возрастной группе 60 лет и старше, когда груз болезней и потребности в квалифицированной медицинской помощи возрастают, среди причин не обращений преобладают: низкая квалификация врача, трудно ходить, страшно узнать диагноз. Отказ от услуг врачей ведет к так называемому «самолечению» – попытке самостоятельно справиться с первоначальными симптомами заболеваний, которая порой может доходить и до последних стадий заболеваний. Практически, это означает, что заболевший человек сам себе ставит диагноз и выбирает лекарство. Он ориентируется чаще всего на широко представленную в СМИ фармацевтическую рекламу, которая часто сопровождается информацией о симптомах заболеваний и склонна многим лекарствам приписывать универсальные свойства. Законодательного контроля над адекватностью содержания рекламы в реальности нет. У населения возникает иллюзия, что они могут и без врачей, руководствуясь аннотацией к лекарствам, осуществлять самостоятельное лечение. Питательной средой для распространения практик самолечения является масса популярной литературы медицинской направленности, которая обладает тем же недостатком. Информация получается также от окружающих, или просто люди опираются на свою интуицию. Таким образом, сформировалась новая угроза для общественного здоровья – бесконтрольный прием населением

лекарственных препаратов, антибиотиков, биологически активных соединений.

О росте распространенности практик самолечения свидетельствуют данные многих исследований. Телефонный опрос 1502 жителей Санкт-Петербурга показал, что 23% предпочитают лечиться сами. В исследовании в Новгородской области и в Чувашской республике было показано, что для сельского населения самолечение рассматривается авторами как «добровольно принудительное «социальное исключение» из сферы медицинского обслуживания». Практику самолечения врачи называют среди причин высокой смертности в России. Другой вид самолечения – это добровольный выбор нелицензированных и немедицинских методов лечения. В такой стратегии просматривается стремление к универсальным методам, которые воздействуют сразу на все проблемы со здоровьем, а заодно и на семейные и рабочие проблемы, не имеют научной основы и никаких доказательств их эффективности. Эти методы (целительство, услуги экстрасенсов, магия, вплоть до колдовства и заговоров), к сожалению, так же широко рекламируются всеми видами СМИ. По оценкам Т.М. Максимовой [106] к нетрадиционной медицине обращается 8% населения и это является следствием неудовлетворенности официальной медициной. Н.С. Дмитриев [53] приводит социологический анализ причин обращения к альтернативному лечению из материалов зарубежных исследований, поскольку отечественных аналогов на этот счет нет. Среди причин обращения выделяются такие как: неэффективность официальной медицины в конкретной ситуации пациента, недовольство пациента своей пассивной ролью при лечении, страх от побочных эффектов от лекарств, боязнь радикальных или инвазивных способов лечения, наконец, просто неудовлетворенность характером общения между врачом и пациентом. По мнению некоторых исследователей, альтернативная медицина – это периферическая медицина для маргинальных групп. В российской действительности наших дней обращение к таким методам лечения в большинстве случаев нужно рассматривать как

обращение к более доступной (дешевой) альтернативе официальной медицины. Разрастание рынка альтернативного лечения свидетельствует о том, что его услугами пользуется гораздо большая часть населения. Практика самолечения имеет глубокие корни в РФ, а также и в РД. Не секрет, что многие жители черпают информацию о лечении из самых разных источников, включая интернет и другую популярную литературу.

Таблица 5.17

Что Вы делаете, когда заболеваете и не обращаетесь к врачу?

Что Вы делаете когда заболеваете и не обращаетесь к врачу?		Пол			Всего
		Мужч.	Жен.	Оба пола	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	6	8	8	22
	%	2,6	3,8	42,1	4,8
Лечусь домашними средствами	Абс.ч	106	115	5	226
	%	46,7	55,0	26,3	49,5
Подбираю лекарства по совету родных или друзей	Абс.ч.	51	29	3	84
	%	22,5	13,9	15,8	18,4
Подбираю лекарства по совету работников аптек	Абс.ч.	27	34	2	63
	%	11,9	16,3	10,5	13,8
Ничего не делаю, жду когда болезнь пройдет сама	Абс.ч	17	9	-	26
	%	7,5	4,3	-	5,7
Пользуюсь старыми рецептами	Абс.ч	20	13	1	34
	%	8,8	6,2	5,3	7,4
Не болею	Абс.ч.	-	-	-	1
	%	-	-	-	0,2
Итого:	Абс.ч.	227	209	19	457
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,001$)

Результаты опроса показали (табл. 5.17), что почти половина респондентов лечится домашними средствами, а также подбором лекарств по советам родных и друзей (в 18,4%) и по советам работников аптек (в 13,8%). Характерно, что мужчины больше доверяют родным и друзьям при выборе лекарств, а женщины – советам работников аптек.

Но даже в тех редких случаях, когда респонденты обращались за медицинской помощью в медицинские учреждения, следовали предписаниям

врача далеко не все. Около 40% опрошенных не проходили полностью курс лечения, не принимали или заменяли лекарственные препараты около 20% респондентов (возможно по причине высокой цены). В то же время, не прохождение назначенных диагностических или лечебных процедур наблюдалось крайне редко – в 0,2% случаев. Действительно, при анализе причин не выполнения предписаний врача в отношении лечения респонденты чаще всего отмечали, что они боятся побочных эффектов лекарственных средств (в 27,6% случаев), а также из-за материальных возможностей (в 10,7% случаев).

Подобные ответы достоверно чаще давали женщины по сравнению с мужчинами (табл. 5.18).

Таблица 5.18

Причины невыполнений предписаний врача

Если Вы не выполняли предписаний врача, то почему?		Пол			Всего
		Мужч.	Жен.	Оба пола	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	17	31	11	60
	%	7,5	14,8	57,9	13,1
Не доверяю советам врачей	Абс.ч	36	19	2	57
	%	15,9	9,1	10,5	12,5
Боюсь побочных эффектов	Абс.ч.	47	76	3	126
	%	20,7	36,4	15,8	27,6
Из-за материальных возможностей	Абс.ч.	23	26	-	49
	%	10,1	12,4	-	10,7
Предпочитаю лечиться самостоятельно	Абс.ч	30	10	1	41
	%	13,2	4,8	5,3	9,0
Предпочитаю обращаться к родственникам	Абс.ч	22	13	-	36
	%	9,7	6,2	-	7,9%
Предпочитаю нетрадиционные методы лечения	Абс.ч.	3	9	-	12
	%	1,3	4,3	-	2,6
Никогда не принимаю лекарств	Абс.ч.	11	1	-	12
	%	4,8%	,5%	-	2,6
Другие причины	Абс.ч.	38	24	2	64
	%	16,7	11,5	10,5	14,0
Итого:	Абс.ч.	227	209	19	457
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,001$)

Большинство респондентов отмечало, что они добираются до лечебно-

профилактического учреждения либо на личном транспорте (в 37,4% случаев), либо городским транспортом (в 35% случаев). Лишь 16,2% опрошенных заявили, что они добираются до ЛПУ пешком.

Среди причин обращения в ЛПУ по приоритету стояли следующие: пройти профилактический осмотр, записаться на прием к врачу или собственно прием врача, получить направление в другое ЛПУ, пройти консультацию у специалиста (табл. 5.19). Примечательно, что помимо вышеназванных причин мужчины чаще обращались за получением справок.

Таблица 5.19

Причины обращения в поликлинику

По какой причине Вы сегодня в поликлинике?		Пол			Всего
		Мужч.	Жен.	Оба пола	
Другие причины	Абс.ч	24	22	7	54
	%	10,6	10,5	36,8	11,8
Пройти профилактический осмотр	Абс.ч	61	63	6	130
	%	26,9	30,1	31,6	28,4
Пройти комиссию (КЭК или МСЭК)	Абс.ч.	5	6	-	12
	%	2,2	2,9	-	2,6
Получить справку	Абс.ч.	11	4	-	15
	%	4,8	1,9	-	3,3
Получить направление в другое ЛПУ	Абс.ч	28	15	-	43
	%	12,3	7,2	-	9,4
Получить Б/л	Абс.ч	20	10	1	31
	%	8,8	4,8	5,3	6,8
Записаться на прием к врачу	Абс.ч.	24	26	2	52
	%	10,6	12,4	10,5	11,4
На прием к терапевту	Абс.ч.	25	26	2	53
	%	11,0	12,4	10,5	11,6
На прием к специалисту	Абс.ч.	15	14	-	29
	%	6,6	6,7	-	6,3
Получить неотложную помощь	Абс.ч.	5	12	1	18
	%	2,2	5,7	5,3	3,9
Выписать рецепт	Абс.ч.	7	10	-	17
	%	3,1	4,8	-	3,7
Сдать анализы	Абс.ч.	2	1	-	3
	%	0,9	0,5	-	0,7
Итого:	Абс.ч.	227	209	19	457
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,01$)

В отношении доступности получения первичной амбулаторно-поликлинической ЛОР-помощи большинство респондентов отметило, что попасть на прием к врачу не трудно, если прийти к началу приема или записаться на прием накануне (табл. 5.20).

В рамках настоящего исследования также анализировалась обращаемость населения РД за специализированной ЛОР-помощью, предоставляемой в условиях стационара. 43% респондентов отметила, что они находились на стационарном лечении по поводу ЛОР-заболеваний.

Таблица 5.20

График обычного приема ЛОР-врача

В обычное время трудно ли попасть на прием к ЛОР врачу?		Пол			Всего
		Мужч.	Жен.	Оба пола	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	53	53	14	120
	%	23,3	25,4	73,7	26,3
Если придти к началу приема, то в тот же день	Абс.ч	116	102	3	222
	%	51,1	48,8	15,8	48,6
Желательно записаться за день до приема	Абс.ч.	51	43	2	97
	%	22,5	20,6	10,5	21,2
Другие причины	Абс.ч.	7		-	18
	%	3,1	5,3	-	3,9
Итого:	Абс.ч	227	209	19	457
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,01$)

Как следует из таблицы 5.21, обращаемость за специализированной ЛОР помощью достоверно возрастала в возрастной группе 60 лет, охватывая 63% респондентов.

Таблица 5.21

Нахождение на стационарном лечении в ЛОР отделении в зависимости от возраста

Находились ли Вы на стационарном лечении в ЛОР- отделении?		Возрастные категории				
		от 18 до 29 лет	30 – 39 лет	40 – 59 лет	60 лет и старше	Всего
	Абс.ч	48	20	24	1	93
	%	20,3	27,8	23,8	3,7	21,3
Да	Абс.ч	77	25	29	17	148
	%	32,6	34,7	28,7	63,0	33,9
Находились ли		Возрастные категории				

Вы на стационарном лечении в ЛОР-отделении?		от 18 до 29 лет	30 – 39 лет	40 – 59 лет	60 лет и старше	Всего
	%	47,0	37,5	47,5	33,3	44,7
Итого:	Абс.ч.	236	72	101	27	436
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,05$)

Большинство пациентов из числа опрошенных лиц госпитализировались по направлению из поликлиники (в 34,8% случаев), в 19,3% – при самостоятельном обращении; в 10,7% случаев – экстренно. Столь высокий процент лиц, обратившихся экстренно и самостоятельно, может являться следствием низкой доступности первичной ЛОР помощи, либо является отголоском своевременного «не обращения» и самолечения.

В таблице 5.22 представлены мнения респондентов относительно результатов лечения в стационаре. Так, 55,1% опрошенных отмечали улучшение после лечения. Лишь 6,6% респондентов отметили отсутствие положительных изменений после стационарного лечения, и 3,1% – ухудшение.

Таблица 5.22

Эффект после выписки из стационара

После выписки из стационара какой отмечался эффект?		Пол			Всего
		Мужч.	Жен.	Оба пола	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	68	77	14	161
	%	30,0	36,8	73,7	35,2
Улучшение	Абс.ч	136	112	4	252
	%	59,9	53,6	21,1	55,1
Ухудшение	Абс.ч.	9	4	1	14
	%	4,0	1,9	5,3	3,1
Без изменений	Абс.ч.	14	16	-	30
	%	6,2	7,7	-	6,6
Итого:	Абс.ч	227	209	19	457
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по полу достоверны ($P < 0,05$)

В таблице 5.23 отражена обращаемость населения РД за амбулаторно-

поликлинической и специализированной ЛОР-помощью по данным опроса населения. Так, средняя обращаемость за амбулаторно-поликлиническими услугами отоларинголога составили 2,2 раза при размахе обращений от 0 до 29 раз. Средняя обращаемость за стационарной ЛОР-помощью составила в среднем 2 раза в год (с размахом от 0 до 12 раз), что свидетельствует о явных «избытках» обращений за стационарной помощью на фоне «недообращений» – за первичной помощью.

Таблица 5.23

**Обращаемость за первичной и специализированной
ЛОР-помощью за последние 12 месяцев**

Пол	Статистические величины	За последние 12 мес. сколько раз Вы посещали ЛОР врача (разы)	Как давно Вы наблюдаетесь в данном медицинском учреждении? (годы)	Если находились на стационарном лечении в ЛОР отделении, то сколько раз? (разы)
Мужчины	Средняя	2,15	4,498	1,84
	N	170	158	50
	Станд откл.	2,676	5,2470	1,822
	Минимум	-	-	-
	Максимум	29	25,0	12
Женщины	Средняя	2,41	6,205	2,14
	N	172	168	44
	Станд откл.	2,291	6,4788	1,733
	Минимум	-	0,1	1
	Максимум	25	40,0	10
Итого:	Средняя	2,28	5,397	1,97
	N	355	336	95
	Станд откл.	2,487	5,9411	1,771
	Минимум	-	-	-
	Максимум	29	40,0	12

** Различия по полу не достоверны*

Результаты опроса населения свидетельствуют о том, что возможными причинами данного явления являются: необращения населения в случаях легких заболеваний, тяга к самолечению, низкая приверженность лечению, низкая материальная обеспеченность, не позволяющая приобретать все

предписанные врачом лекарственные средства.

Обращаемость за ЛОР-помощью в зависимости от зональности проживания показала, что чаще всего по поводу заболеваний уха обращаются жители равнины (в 28,7% случаев); по поводу заболеваний горла – жители горных районов (в 12,5% случаев), а по поводу заболеваний носа – жители предгорной местности (в 34,4% случаев).

Таблица 5.24

Стандартизованная по возрасту обращаемость за первичной ЛОР-помощью в зависимости от региона проживания

Причины обращения к ЛОР-врачу		Место жительства по местности				Всего:
			Равнина	Предгорье	Горы	
	Абс.ч	17	184	50	33	284
	%	73,9	35,2	31,8	37,5	35,9
Заболевание уха	Абс.ч	1	150	35	24	210
	%	4,3	28,7	22,3	27,3	26,5
Заболевания горла	Абс.ч	2	56	18	11	87
	%	8,7	10,7	11,5	12,5	11,0
Заболевания носа	Абс.ч	3	133	54	20	210
	%	13,0	25,4	34,4	22,7	26,5
Итого:	Абс.ч	23	523	157	88	791
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,01$)

Анализ причин не обращения за медицинской помощью в случае возникновения симптомов заболевания не выявил каких-либо статистически значимых региональных особенностей. Также как и для всей популяции, 72,4% опрошенных отметили, что обращаются за медпомощью лишь иногда, а вот практика самолечения имела свои региональные особенности (табл. 5.25). Так, например, жители предгорья достоверно чаще лечатся домашними средствами или пользуются старыми рецептами, тогда как жители горных районов предпочитают полагаться на советы родных и друзей при выборе лекарств.

Таблица 5.25

Стандартизованные по возрасту причины не обращения за медицинской помощью в зависимости от пола

Что Вы делаете, когда заболеваете и не обращаетесь к врачу?		Место жительства по местности				Всего:
			Равнина	Предгорье	Горы	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч.	-	23	6	-	29
	%	-	4,4	3,8	-	3,6
Лечусь домашними средствами	Абс.ч.	16	249	79	36	380
	%	69,6	47,6	50,3	40,9	48,0
Подбираю лекарства по совету родных или друзей	Абс.ч.	2	96	11	30	139
	%	8,7	18,4	7,0	34,1	17,6
Подбираю лекарства по совету работников аптек	Абс.ч.	-	83	26	15	124
	%	-	15,9	16,6	17,0	15,7
Ничего не делаю, жду, когда болезнь пройдет сама	Абс.ч.	5	22	19	7	53
	%	21,7	4,2	12,1	8,0	6,7
Другое: пользуюсь старыми рецептами	Абс.ч.	-	50	16	-	66
	%	-	9,6	10,2	-	8,3
Итого:	Абс.ч.	23	523	157	88	791
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

В таблице 5.26 представлено распределение респондентов по приверженности лечению и выполнению предписаний врача.

Таблица 5.26

Стандартизованная по возрасту частота не выполнения предписаний врача в зависимости от региона проживания

Случалось ли Вам не выполнять предписания врача?		Место жительства по местности				Всего:
			Равнина	Предгорье	Горы	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	5	225	60	41	331
	%	21,7	43,0	38,2	46,6	41,8
Да, случалось	Абс.ч	17	188	64	40	309
	%	73,9	35,9	40,8	45,5	39,1
Нет	Абс.ч	1	110	30	6	147
	%	4,3	21,0	19,1	6,8	18,6
Итого:	Абс.ч	23	523	157	88	791
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

Очевидно, что жители горных районов меньше всего среди сравниваемых групп следуют предписаниям врача (в 45,5% случаев не следуют). Возможно, это является одной из причин объясняющих самую

высокую распространенность хронических заболеваний и инвалидности.

Таблица 5.27

**Стандартизованное по возрасту распределение респондентов
по причинам не выполнения предписаний врача в зависимости
от климатогеографических зон проживания**

Если Вы не выполняете, то почему?		Место жительства по местности				Всего:
			Равнина	Предгорье	Горы	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	4	75	6	5	90
	%	17,4	14,3	3,8	5,7	11,4
Не доверяю советам врачей	Абс.ч	5	83	15	7	110
	%	21,7	15,9	9,6	8,0	13,9
Боюсь побочных эффектов	Абс.ч	8	145	40	27	220
	%	34,8	27,7	25,5	30,7	27,8
Из-за отсутствия материальных возможностей	Абс.ч	4	31	32	6	73
	%	17,4	5,9	20,4	6,8	9,2
Предпочитаю лечиться самостоятельно	Абс.ч	1	58	11	9	79
	%	4,3	11,1	7,0	10,2	10,0
Предпочитаю обращаться за советом по лечению к родственникам, друзьям, коллегам, соседям	Абс.ч	-	41	6	11	58
	%	-	7,8	3,8	12,5	7,3
Предпочитаю нетрадиционные методы лечения	Абс.ч	-	16	6	7	29
	%	-	3,1	3,8	8,0	3,7
Никогда не принимаю лекарств	Абс.ч	-	12	8	4	24
	%	-	2,3	5,1	4,5	3,0
Другое	Абс.ч	1	62	33	12	108
	%	4,3	11,9	21,0	13,6	13,7
Итого:	Абс.ч	23	523	157	88	791
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

Анализ причин не выполнения предписаний врача в региональном аспекте (табл. 5.27) показал, что не зависимо от места жительства все респонденты боятся побочных эффектов от приема лекарственных средств (в 26–31% случаев). Помимо этого, жители равнины чаще не доверяют советам врачей по сравнению с другими сравниваемыми группами.

Жители предгорья также чаще связывают не выполнение предписаний врача с отсутствием материальных возможностей для покупки дорогостоящих лекарств. Жители горных районов РД, по-видимому, более

строго придерживаются семейных традиций и больше доверяют родственникам, нетрадиционным методам лечения, чем врачам. По способу добираться в ЛПУ учреждения опрошенные респонденты также достоверно различались: жители равнины чаще пользовались личным транспортом и достоверно реже ходили пешком, тогда как жители предгорных и горных районов предпочитали пешие прогулки или городской (общественный) транспорт (табл. 5.28).

Таблица 5.28

Стандартизованная по возрасту частота использования транспорта для того, чтобы добраться в ЛПУ в зависимости от климатогеографических зон проживания

Как Вы обычно добираетесь до поликлиники?		Место жительства по местности				Всего:
			Равнина	Предгорье	Горы	
Затрудняюсь ответить	Абс.ч	4	34	7	1	46
	%	17,4	6,5	4,5	1,1	5,8
Пешком	Абс.ч	9	71	32	16	128
	%	39,1	13,6	20,4	18,2	16,2
Личным транспортом	Абс.ч	10	192	36	24	262
	%	43,5	36,7	22,9	27,3	33,1
Городским транспортом	Абс.ч	-	201	68	44	313
	%	-	38,4	43,3	50,0	39,5
Другое	Абс.ч	-	25	14	3	42
	%	-	4,8	8,9	3,4	5,3
Итого:	Абс.ч	23	523	157	88	791
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

Анализ причин обращения в поликлинику показал, что чаще всего жители обращались в поликлинику (в убывающем порядке) с целью прохождения профосмотра, записаться на прием к врачу (ЛОР-врачу), получить направление в другое ЛПУ, получить больничный лист или справку. При анализе межрегиональных различий оказалось, что жители равнины чаще обращались в поликлинику для получения направления в другое ЛПУ.

Таблица 5.29

Стандартизованное по возрасту распределение респондентов по

**причинам обращения в поликлинику в зависимости от региона
проживания**

Вопрос	Ответ	Кол-во		Место жительства по местности			Всего
				низменность	предгорье	горный	
По какой причине Вы сегодня пришли в поликлинику?	Затрудняюсь ответить	Абс.ч.	4	65	7	2	78
		%	17,4 %	12,4%	4,5%	2,3%	9,9%
	пройти профилактический осмотр	Абс.ч.	5	137	51	33	226
		%	21,7 %	26,2%	32,5%	37,5 %	28,6 %
	пройти лечебные процедуры	Абс.ч.	0	12	3	4	19
		%	,0%	2,3%	1,9%	4,5%	2,4%
	привел родственников, сопровождаю	Абс.ч.	4	12	3	1	20
		%	17,4 %	2,3%	1,9%	1,1%	2,5%
	получить направление в другое медицинское учреждение	Абс.ч.	0	59	13	3	75
		%	,0%	11,3%	8,3%	3,4%	9,5%
	получить больничный лист, справку	Абс.ч.	0	32	11	8	51
		%	,0%	6,1%	7,0%	9,1%	6,4%
	записаться на прием к врачу	Абс.ч.	1	68	20	17	106
		%	4,3%	13,0%	12,7%	19,3 %	13,4 %
	на прием к оториноларингологу	Абс.ч.	1	61	31	10	103
		%	4,3%	11,7%	19,7%	11,4 %	13,0 %
	получить неотложную помощь	Абс.ч.	7	34	2	5	48
		%	30,4 %	6,5%	1,3%	5,7%	6,1%
	выписать рецепт	Абс.ч.	1	22	9	5	37
		%	4,3%	4,2%	5,7%	5,7%	4,7%
	сделать анализы или получить результаты	Абс.ч.	0	20	3	0	23
		%	,0%	3,8%	1,9%	,0%	2,9%
	пройти комиссию (КЭК или МСАК)	Абс.ч.	0	1	4	0	5
		%	,0%	,2%	2,5%	,0%	,6%
ВСЕГО		Абс.ч.	23	523	157	88	791
		%	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

Доступность амбулаторно-поликлинической ЛОР помощи определялась по вопросу «В обычное время трудно ли попасть на прием к врачу?». Около 70% респондентов отметили, что легко без записи или по записи. Жители горных районов наиболее часто и статистически значимо

отмечали трудности (в 11,4% случаев) по сравнению с жителями других регионов (в 3-4% случаев). Респонденты из горных регионов Республики также достоверно чаще отмечали, что они обращались за стационарной помощью (в 48,9% случаев против 32,5% в низменной части и 41,4% - в предгорной). При этом госпитализации в стационар жителей горных районов чаще всего проходили в связи с экстренными показаниями (в 28,4% случаев) и по направлению из поликлиники (в 53% случаев). В тоже время, жители низменных районов значительно реже нуждались в стационарной помощи, по-видимому, потому, что амбулаторно-поликлиническая помощь оказывалась своевременно и в полном объеме. Жители предгорных районов практически в 2 раза чаще обращались за стационарной помощью самостоятельно (табл. 5.30)

Таблица 5.30

Стандартизованная по возрасту частота госпитализаций по способам обращений в зависимости от региона проживания

Вопрос	Ответ	Количество		Место жительства по местности			Всего
				низменность	предгорье	горный	
Госпитализация в стационар проводилась	Затрудняюсь ответить	Абс.ч.	19	188	21	4	232
		%	82,6%	35,9%	13,4%	4,5%	29,3%
	экстренно	Абс.ч.	0	64	9	25	98
		%	,0%	12,2%	5,7%	28,4%	12,4%
	по направлению поликлиники	Абс.ч.	3	186	68	47	304
		%	13,0%	35,6%	43,3%	53,4%	38,4%
	самостоятельно	Абс.ч.	1	85	59	12	157
		%	4,3%	16,3%	37,6%	13,6%	19,8%
ВСЕГО		Абс.ч.	23	523	157	88	791
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

Как следует из таблицы 5.31, по исходам стационарного лечения у жителей горных районов достоверно чаще по сравнению с другими жителями наблюдалось улучшение состояния (в 77,3% случаев), равно как и частота неблагоприятных исходов в виде ухудшения состояния также была максимальной (в 8% случаев).

Таблица 5.31

Стандартизованный по возрасту эффект от стационарного лечения в зависимости от региона проживания

Вопрос	Результат	Количество		Место жительства по местности			Всего
				низменность	предгорье	горный	
После выписки из стационара, какой отмечался эффект?		Абс.ч.	19	183	31	3	236
		%	82,6%	35,0%	19,7%	3,4%	29,8%
	улучшение	Абс.ч.	4	307	96	68	475
		%	17,4%	58,7%	61,1%	77,3%	60,1%
	ухудшение	Абс.ч.	0	11	5	10	26
		%	,0%	2,1%	3,2%	11,4%	3,3%
	без изменений	Абс.ч.	0	22	25	7	54
		%	,0%	4,2%	15,9%	8,0%	6,8%
ВСЕГО		Абс.ч.	23	523	157	88	791
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Различия по региону проживания достоверны ($P < 0,001$)

Частота обращений за первичной и специализированной ЛОР помощью достоверно не различалась между сравниваемыми территориями после стандартизации по возрасту.

Таким образом, 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 Республики.
- При обращении за ЛОР 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 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 Республики.
- При обращении за стационарными ЛОР услугами встречаются практики самостоятельного обращения без направления из ЛПУ и по экстренным причинам, особенно часто среди жителей горных районов.

Факторы, влияющие на обращаемость за ЛОР помощью в республике Дагестан

Для установления зависимости между обращаемостью населения за отоларингологической помощью по данным опроса и социально-демографическими факторами, поведенческими факторами риска, факторами, связанными с регулярностью обращения за медицинской помощью, приверженностью лечению и другими был проведен корреляционный анализ и однофакторный дисперсионный анализ.

В *таблице 5.32* представлены результаты корреляционного анализа только для статистически значимых коэффициентов корреляции Пирсона. Оказалось, что чем меньше длительность наблюдения в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства, тем больше частота обращений за амбулаторной ЛОР помощью (сила зависимости – средняя). Также оказалось, что частота обращений за первичной ЛОР помощью прямо пропорционально связана с частотой госпитализаций в ЛОР отделение, причем сила зависимости – высокая. Частота госпитализаций в ЛОР отделение также статистически значимо связана с длительностью курения пациентами. Частота обращения за ЛОР помощью не была связана с регионом проживания. Вместе с тем, установлена прямая и сильная зависимость между регионом проживания и доходами населения, минимальными среди горных жителей и максимальными среди жителей низменной части Республики.

Таблица 5.32

Стандартизованные по возрасту статистически значимые

коэффициенты корреляции

	Частота обращений за амбулаторной ЛОР помощью	Регион проживания	Длительность наблюдения в АПУ	Частота госпитализаций в ЛОР отделение
Частота обращений за амбулаторной ЛОР помощью	1	НД	-0,52	+0,82
Длительность курения	-0,61	НД	НД	+0,54
Доход	НД	+0,83	НД	НД

Результаты дискриминантного анализа представлены в *таблице 5.33*. Как следует из таблицы, почти 35% обращений за амбулаторно-поликлинической ЛОР помощью обусловлены данным набором факторов. Тем не менее, независимый вклад каждого из них не всегда является статистически значимым. Только длительность наблюдения в АПУ, плохие коммунальные условия, а также частота госпитализаций в ЛОР отделение статистически значимо влияли на частоту обращаемости за первичной медицинской помощью в ЛОР врачу.

Таблица 5.33

Факторы, влияющие на частоту обращений за амбулаторно-поликлинической ЛОР помощью по данным однофакторного дискриминантного анализа

Факторы	F	Стат.значимость F-критерия.	Парциальная сила связи (η^2)
возраст	,232	,630	,001
Доход на 1 чел.	,002	,965	,000
Длительность наблюдения в АПУ	5,304	,023	,031
Пол	,814	,445	,010
Коммунальные условия	2,886	,037	,050
курение	,008	,992	,000
Употребление алкоголя	,695	,500	,008
Самооценка здоровья	,983	,445	,040
Хронические заболевания	2,041	,133	,024
Обращение к врачу при появлении симптомов	,251	,909	,006
Выполнение предписаний врача	1,430	,226	,034

Возможность попасть на прием к ЛОР врачу	1,167	,324	,021
Лечение в ЛОР отделении	2,209	,113	,026
Частота госпитализаций	5.555	,027	,182
Эффект от стационарного лечения	1,520	,211	,027
Регион проживания	2,041	,134	0,197
* a. R Squared = ,349 (Adjusted R Squared = ,191)			

При однофакторном анализе влияния тех же переменных (табл. 5.33) на частоту обращения за стационарной ЛОР помощью статистически значимого влияния ни одного из выше обозначенных факторов выявлено не было.

В таблице 5.34 представлены данные многофакторного регрессионного анализа, которые подтверждают результаты корреляционного и дискриминантного анализов. Значимые ассоциации с независимым вкладом в обращаемость за первичной ЛОР помощью установлены только для длительности наблюдения в ЛПУ по месту жительства, которая объясняет почти 20% обращаемости.

Таблица 5.34

Факторы, влияющие на частоту обращений за амбулаторно-поликлинической ЛОР помощью по данным множественной линейной регрессии						
Переменные, отобранные в Модель	Стандартизованный Бета коэффициент	t-критерий	Статистическая значимость	95,0% доверительный интервал для Бета коэффициента		
				Нижняя граница	Верхняя граница	
1 Константа		,786	,435	-1,293	2,961	
Как давно Вы наблюдаетесь в данном медицинском учреждении?	,441	3,644	,001	,308	1,062	
а. зависимая переменная: За последние 12 месяцев сколько раз Вы посетили ЛОР врача?						

Примечание. В модель в качестве независимых переменных включены возраст, длительность курения, доход на 1 человека. Метод – пошаговый. Вклад отобранной независимой переменной, включенной в модель = 19,5% ($P < 0,001$).

В отношении частоты обращений за стационарной

оториноларингологической помощью был проведен аналогичный анализ с включением тех же переменных в анализ, ни одна из которых не была отобрана в модель, т.е. не оказалась независимо связанной с частотой госпитализаций в ЛОР отделение.

Таким образом, установлены факторы, увеличивающие обращаемость за оториноларингологической помощью в республике Дагестан.

К их числу относятся:

- 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. В РД действует правило «наоборот».

5.5.4. Отношение населения республики Дагестан к предоставляемым амбулаторным и стационарным услугам и их качеству¹

При оценке качества оказываемых медицинских услуг одним из наиболее значимых параметров является степень удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием. При ее изучении как правило учитываются такие факторы как межличностные взаимоотношения врача и пациента, квалификация врача, удобство и своевременность предоставления помощи, стоимость услуг, медицинская результативность, непрерывность и преемственность оказания медицинской помощи, комфортабельность учреждений, обеспеченность персоналом и оборудованием. [3]

По результатам международных исследований на степень

¹ Результаты анкет опроса по данному разделу приведены в **Приложении 14**

удовлетворенности пациентов влияют, прежде всего, доступность медицинских услуг, наличие возможности воспользоваться помощью в неурочное время, организация процесса оказания услуг, преемственности видов и уровней помощи. Кроме этого, значимыми факторами являются обходительность медперсонала с пациентами, а также профессиональные и личностные характеристик конкретного врача. При этом факторы, связанные с вопросами коммуникации между медицинским персоналом и пациентом, стоят на первом месте по степени влияния на общую удовлетворенность пациентов медицинскими услугами. В странах с переходной экономикой на данный момент проведено незначительное количество исследований по удовлетворенности пациентов медицинскими услугами. Данные исследования проводились в Эстонии и Литве. Согласно исследованиям, проведенным в Эстонии, наиболее существенное значение для удовлетворенности пациентов имеют следующие три фактора: «компетентность врача», «понятность объяснений врача», а также «комфорт и чистота» в учреждении первичных медицинских услуг. Изучение ожиданий пациентов, связанных с медицинским обслуживанием, проведенное в Литве, показало, что ожидания в первую очередь связаны с предоставлением врачом дальнейшей информации пациенту после объяснения ему схемы лечения, со степенью понимания врачом проблем, испытываемых пациентом, а также с чувством социальной поддержки пациента в отношениях с врачом.

Удовлетворенность пациентов медицинскими услугами, как правило, изучается с помощью количественных опросов населения, которые дают целостную статистически достоверную картину о мнении населения определенного региона в целом. По результатам опроса населения двух российских городов установлено, что по отдельным аспектам работы поликлиник достигнуты хорошие результаты. В первую очередь по таким, как «чистота и комфортность помещений», а также «близость поликлиники от места проживания». Жители в среднем удовлетворены расписанием

работы врачей и временем, уделяемым пациенту врачом. Можно говорить о том, что женщины, пожилые, люди с низким уровнем образования более удовлетворены работой поликлиник, чем представители других социальных групп.

Удовлетворенность работой городской (районной) поликлиники в РД

Удовлетворенность оценивалась в категориях полной и частичной удовлетворенности; полной и частичной неудовлетворенности с оценкой их частоты. В *таблице 5.35* представлена объединенная частота удовлетворенности работой поликлиники по этим двум категориям в возрастающем порядке. Особенностью удовлетворительных оценок является то, что их частота много выше, чем отрицательных оценок – примерно в 2, а иногда и более чем в 3 раза по показателям с самыми высокими оценками населением. Среди оценок с самой высокой удовлетворенностью – время, уделяемое врачом пациенту, получение диагностических услуг, возможность попасть на прием к врачу терапевту или специалисту, система записи. Необходимо отметить, что по данным опросов населения, проводимым в других регионах страны в период до начала реализации национального проекта «Здоровье» и «Модернизации здравоохранения», обычно отмечались низкие показатели удовлетворенности относительно возможности получения диагностических услуг. Данный опрос в РД проводился в 2011-2012 гг. и, возможно, в связи с процессами улучшения материально-технической базы учреждений здравоохранения в том числе и в РД, население в большей мере удовлетворено получением диагностических услуг. Другой особенностью опроса по удовлетворенности в РД является то, что население в большей мере, чем в других регионах страны удовлетворено временем, уделяемым врачом пациенту. Возможно, это объясняется социо-культурными традициями в Республике. Если сравнивать частоту положительных оценок в РД с частотой положительных оценок по данным других социологических опросов населения страны, то необходимо отметить что в

целом результаты совпадают и доля положительных оценок также колеблется в диапазоне 40-50%, В то же время, по данным опросов пациентов поликлиник, проводимых по линии системы ОМС (т.е. когда опрос организует, проводит и оценивает структура, которая финансирует ЛПУ) результаты положительных оценок всегда выше и колеблются в среднем в диапазоне 90-95% по удовлетворенности. По категориям «возможность дозвониться в поликлинику», «обслуживание на дому», «обеспеченность оборудованием в поликлинике», «близость поликлиники» получена минимальная частота по удовлетворенности.

Таблица 5.35

Полная и частичная удовлетворенность жителями РД работой городской (районной) поликлиники (в возрастающем по частоте порядке)

Суммарная удовлетворенность	Абс.ч. – %
Возможностью дозвониться в поликлинику	174 – 8,1%
Обслуживанием на дому	177 – 38,8%
Обеспеченностью оборудованием в поликлинике	194 – 42,2%
Близостью поликлиники	198 – 43,3%
Расписанием работы врачей	203 – 44,4%
Временем ожидания очереди в регистратуре	201 – 44,4%
Работой персонала регистратуры	207 – 47,4%
Комфортностью помещений	218 – 47,7%
Временем ожидания приема врача	222 – 49,0%
Системой записи	224 – 49,1%
Возможностью попасть на прием к специалисту	225 – 49,2%
Возможностью попасть на прием к терапевту	226 – 49,4%
Получением диагностических услуг	231 – 50,5%
Временем, уделяемым врачом пациенту	242 – 51,9%

В таблице 5.36 отражена частота отрицательных оценок по удовлетворенности, куда вошли «абсолютно неудовлетворенные, «частично

неудовлетворенные» респонденты. Очевидно, что самые высокие показатели неудовлетворенности работой поликлиники касаются таких аспектов, как обслуживание на дому, возможностью дозвониться в поликлинику, расписанием работы врачей, материально техническим оснащением поликлиник. Вместе с тем, самые низкие показатели неудовлетворенности касаются системы записи, получения диагностических услуг, работы персонала регистратуры. Меньше всего население РД не удовлетворено по частоте временем, уделяемым врачом пациенту. Среди опрошенных респондентов только 7,2% были не удовлетворены по этому показателю.

Таблица 5.36

Полная и частичная неудовлетворенность жителями РД работой городской (районной) поликлиники (в возрастающем по частоте порядке)

Суммарная неудовлетворенность	Абс.ч.-%
Обслуживанием на дому	101 – 22,1%
Возможностью дозвониться в поликлинику	98 - 21,4%
Обеспеченностью оборудованием в поликлинике	83 – 18,1%
Расписанием работы врачей	72 – 15,7%
Близостью поликлиники	66 – 14,5%
Временем ожидания очереди в регистратуре	58 – 12,7%
Временем ожидания приема врача	53 – 11,6%
Комфортностью помещений	53 – 11,0%
Возможностью попасть на прием к терапевту	49 – 10,7%
Возможностью попасть на прием к специалисту	46 – 10,1%
Системой записи	45 – 9,8%
Получением диагностических услуг	44 – 9,6%
Работой персонала регистратуры	42 – 9,2%
Временем, уделяемым врачом пациенту	33 – 7,2%

Женщины достоверно чаще не удовлетворены по сравнению с

мужчинами возможностью дозвониться в поликлинику, а также работой персонала регистратуры. Мужчины – в наибольшей мере по сравнению с женщинами не удовлетворены возможностью попасть на прием к специалисту.

Анализ удовлетворенности по возрастным группам показал, что достоверные различия по возрасту в оценках удовлетворенности получены только по «возможности попасть на прием к терапевту» (рис. 5.4): респонденты в возрасте 18-29 лет чаще удовлетворены возможностью попасть на прием к терапевту.

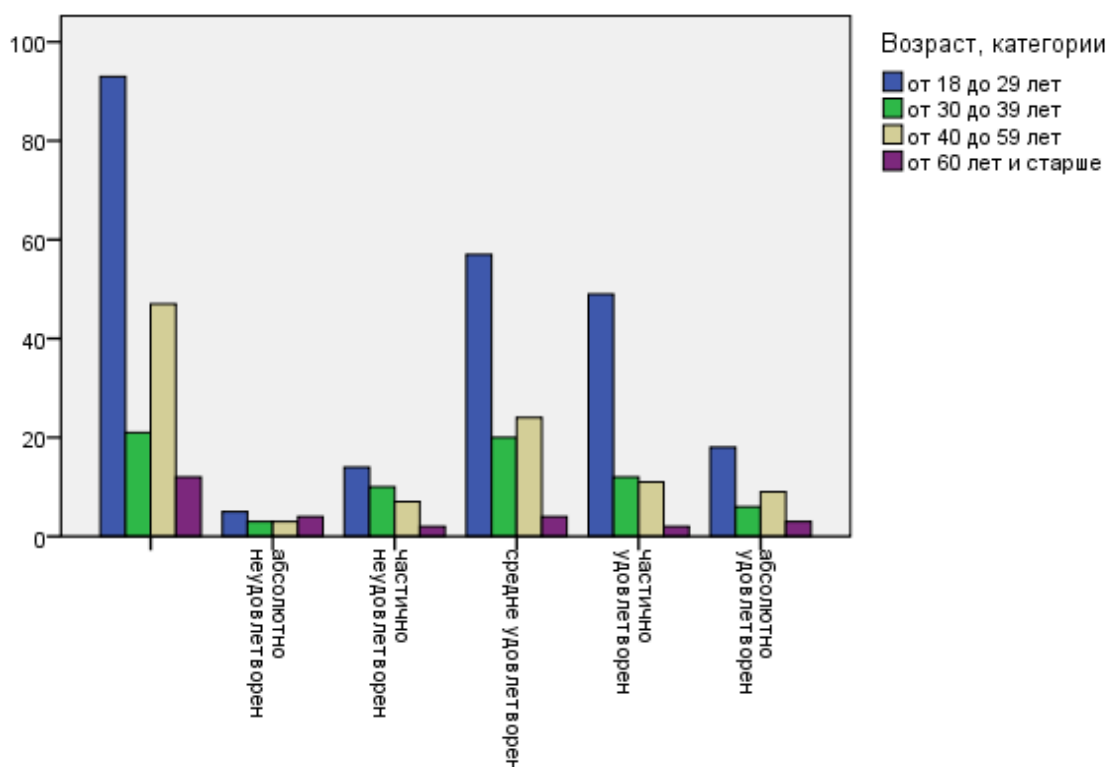


Рис. 5.4. Удовлетворенность респондентов возможностью попасть на прием к терапевту в зависимости от возраста

Анализ удовлетворенности организацией работы в поликлинике в зависимости от уровня образования показал статистически значимые различия по большинству показателей. Лица с высшим и незаконченным высшим образованием достоверно чаще были удовлетворены в той или иной степени организацией работы в поликлинике, в то время как лица с

начальным и неполным средним образованием, со средним и средне-специальным чаще были менее удовлетворены. На *рисунке 5.5* отражена данная зависимость по отношению к возможности попасть на прием к терапевту.

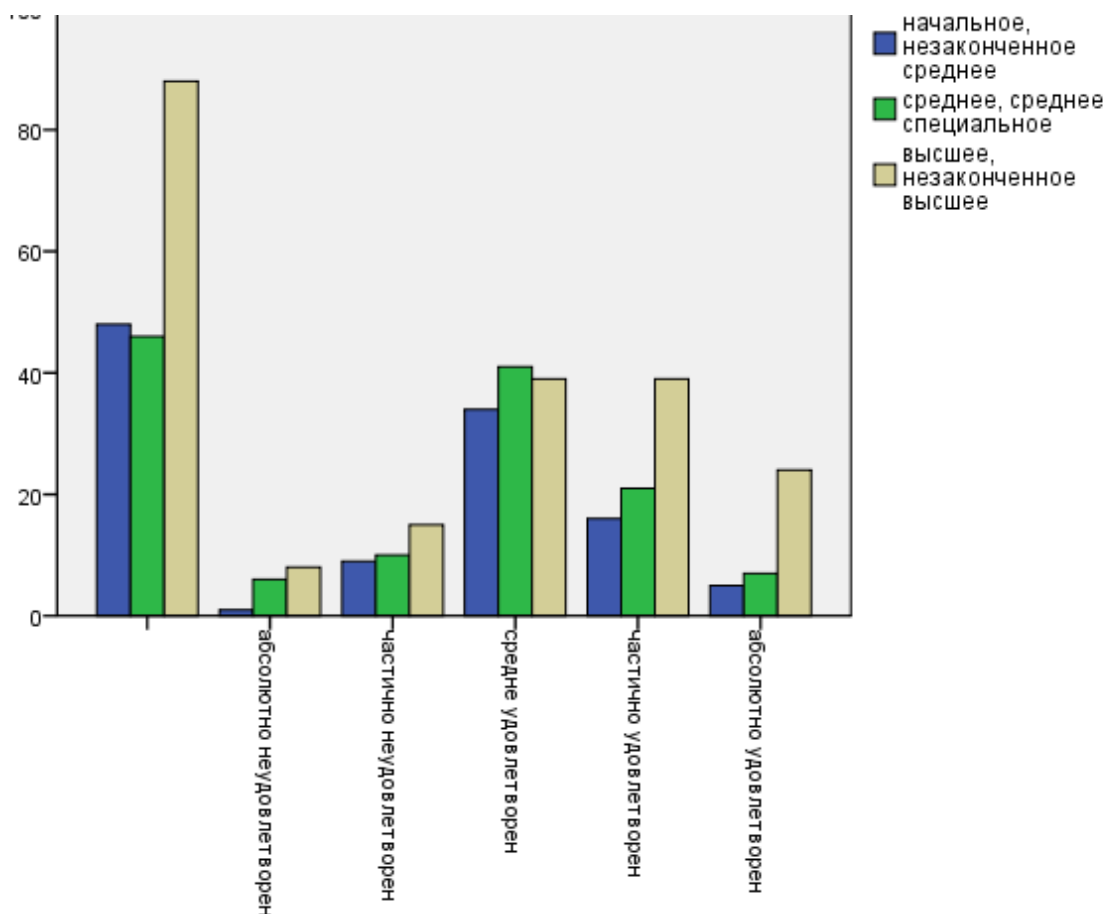


Рис. 5.5. Удовлетворенность возможностью попасть на прием к терапевту в зависимости от уровня образования респондентов

Характер и степень удовлетворенности респондентов организацией работы в поликлинике статистически значимо зависела от региона проживания. Как следует из *таблицы 5.37*, в наибольшей степени удовлетворены организацией работы в поликлинике по месту жительства жители низменной части республики. Жители предгорья достоверно реже были удовлетворены практически по всем аспектам организацией работы в

поликлинике по сравнению с жителями низменной части. Самые низкие показатели удовлетворенности организацией работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту жительства представили жители горной части Республики.

Таблица 5.37

Стандартизованная по возрасту полная и частичная удовлетворенность работой городской (районной) поликлиники в зависимости от региона проживания (представлены только статистически значимые различия между регионами)

Суммарная удовлетворенность	Низменность	Предгорье	Горы
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Обслуживанием на дому	221 – 42,3%	36 – 22,9%	26 – 29,6%
Возможностью дозвониться в поликлинику	219 – 41,8%	41 – 26,1%	29 – 32,9%
Обеспеченностью оборудованием в ЛПУ	252 – 48,2%	47 – 29,9%	25 – 28,4%
Близостью поликлиники	252 – 48,2%	47 – 29,9%	22 – 25,0%
Временем ожидания очереди в регистратуре	236 – 45,1%	48 – 30,5%	26 – 29,6%
Временем ожидания приема врача	276 – 52,8%	42 – 28,0%	23 – 26,1%
Комфортностью помещений	272 – 52,0%	60 – 38,2%	24 – 27,3%
Возможностью попасть на прием к терапевту	262 – 51,1%	50 – 31,8%	34 – 38,6%
Возможностью попасть на прием к специалисту	280 – 53,5%	51 – 32,4%	18 – 20,5%
Системой записи	256 – 48,9%	52 – 33,1%	29 – 32,0%
Получением диагностических услуг	283 – 54,1%	52 – 33,1%	28 – 31,8%
Работой персонала регистратуры	255 – 48,7%	51 – 32,4%	28 – 31,8%
Временем, уделяемым врачом пациенту	291 – 55,7%	54 – 34,4%	24 – 27,3%
Расписанием работы врачей	241 – 46,7%	49 – 31,2%	34 – 38,7%

Аналогично, в *таблице 5.38* отражена частота неудовлетворенности организацией работы поликлиники в зависимости от региона проживания. Наиболее высокие показатели неудовлетворенности работой поликлиники получены по аспектам обслуживания на дому, возможностью дозвониться в

поликлинику, близостью поликлиники, комфортностью помещений, системой записи для жителей низменной части. Также высокие показатели неудовлетворенности получены для жителей предгорной части Республики по таким аспектам, как обеспеченность оборудованием в ЛПУ, время ожидания очереди в регистратуре, время ожидания приема врача, возможность попасть на прием к терапевту, возможность попасть на прием к специалисту, получение диагностических услуг, работа персонала регистратуры. Жители горной части Республики по большинству аспектов были менее не удовлетворены по сравнению с респондентами из других регионов РД, за исключением времени, уделяемым врачом пациенту.

Таблица 5.38

**Стандартизованная по возрасту полная и частичная
неудовлетворенность работой городской (районной) поликлиники в
зависимости от региона проживания**

(представлены только статистически значимые различия между регионами)

Суммарная неудовлетворенность	Низменность	Предгорье	Горы
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Обслуживанием на дому	122 – 23,3%	32 – 20,4%	9 – 10,3%
Возможностью дозвониться в поликлинику	114 – 21,8%	28 – 17,8%	5 – 5,6%
Обеспеченностью оборудованием в ЛПУ	88 – 16,9%	27 – 17,2%	10 – 11,4%
Близостью поликлиники	74 – 14,1%	20 – 12,7%	10 – 11,3%
Временем ожидания очереди в регистратуре	79 – 15,2%	25 – 16,0%	5 – 5,7%
Временем ожидания приема врача	65 – 12,5%	24 – 15,3%	9 – 10,2%
Комфортностью помещений	68 – 13,0%	14 – 8,9%	11 – 12,5%
Возможностью попасть на прием к терапевту	74 – 14,2%	24 – 15,3%	1 – 1,1%
Возможностью попасть на прием к специалисту	52 – 10,0%	23 – 14,6%	4 – 4,5%
Системой записи	67 – 12,8%	19 – 12,1%	6 – 6,8%
Получением диагностических услуг	58 – 11,1%	18 – 11,5%	7 – 8,0%
Работой персонала регистратуры	49 – 9,4%	19 – 12,1%	6 – 6,8%
Временем, уделяемым врачом пациенту	39 – 7,4%	16 – 10,2%	11 – 12,5%

Удовлетворенность работой медицинского персонала

В *таблице 5.39* отражена удовлетворенность респондентов работой отоларинголога. Как следует из таблицы, в наибольшей степени жители РД удовлетворены знаниями ЛОР врачей современных лекарственных средств; в наименьшей – знаниями условий жизни пациента. Если сопоставить удовлетворенность работой отоларинголога и других специалистов по профессиональному уровню и вниманию к пациентам (*табл. 5.40*), то очевидно что они практически не различаются.

Таблица 5.39

Удовлетворенность респондентов работой отоларинголога

Аспекты удовлетворенности	Абс.ч. – %
Знаниями отоларинголога условий жизни пациента	219 – 47.9%
Готовностью отоларинголога ответить на вопросы пациента	244 – 53,4%
Вниманием отоларинголога	245 – 53,6%
Профессиональным уровнем отоларинголога	247 – 54.1%
Знанием отоларинголога современных лекарственных средств	257 – 56,2%

Таблица 5.40

Удовлетворенность респондентов работой других специалистов

Аспекты удовлетворенности	Абс.ч. – %
Вниманием специалистов	245 – 53,8%
Профессиональным уровнем специалистов	255 – 55.8%

Неудовлетворенность работой отоларинголога (*табл. 5.41*) в наибольшей степени касалась таких аспектов, как «знание отоларингологом условий жизни пациента», а также «профессиональным уровнем отоларинголога». Не совсем понятно, почему знания отоларингологом современных лекарственных средств (по этому аспекту получены минимальные показатели не удовлетворенности) не коррелирует с профессионализмом. При сопоставлении показателей неудовлетворенности

работой отоларинголога с другими специалистами оказалось, что неудовлетворенность респондентов профессиональным уровнем других специалистов ниже, чем работой отоларинголога. В то же время, не удовлетворенность вниманием, как отоларинголога, так и других специалистов примерно одинаковая и составляет 4,3-4,9% (табл. 5.41–5.42).

Таблица 5.41

Неудовлетворенность респондентов работой отоларинголога

Аспекты удовлетворенности	Абс.ч. – %
Знаниями отоларинголога условий жизни пациента	46 – 10,1%
Профессиональным уровнем отоларинголога	31 – 6,8%
Готовностью отоларинголога ответить на вопросы пациента	22 – 4,9%
Вниманием отоларинголога	22 – 4,9%
Знанием отоларинголога современных лекарственных средств	10 – 2,2%

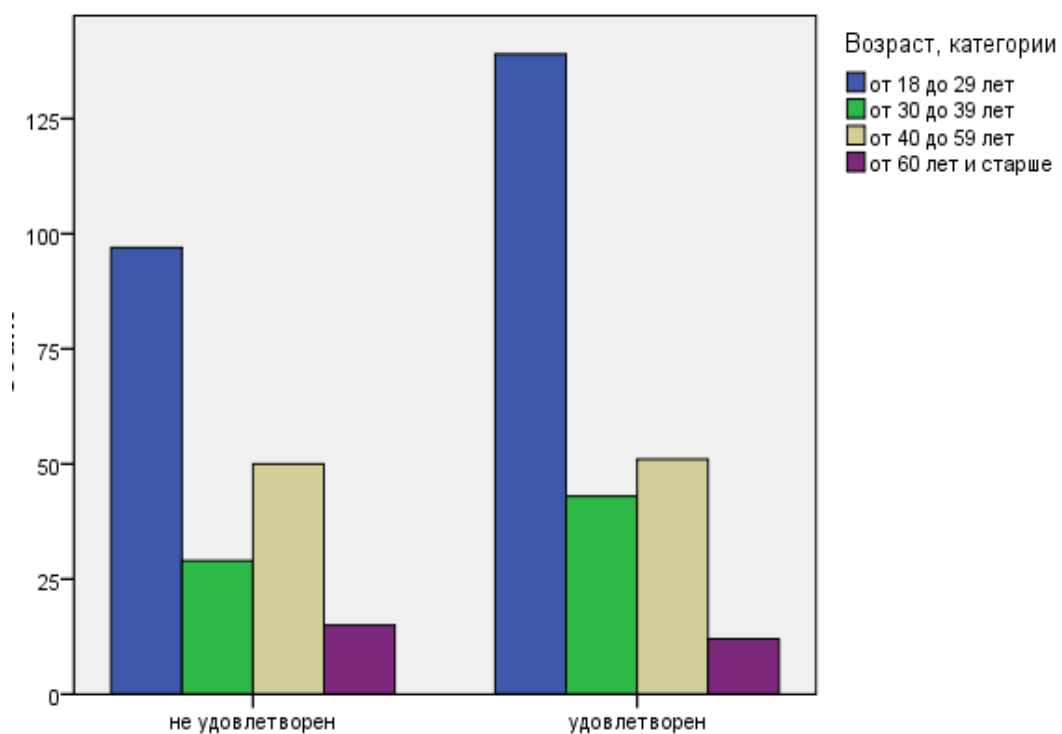
Таблица 5.42

Неудовлетворенность респондентов работой других специалистов

Аспекты удовлетворенности	Абс.ч. – %
Вниманием специалистов	20 – 4,3%
Профессиональным уровнем специалистов	10 – 2,2%

Достоверных различий по полу установлено не было. Анализ показателей удовлетворенности работой отоларингологов в зависимости от возраста респондентов показал, что существуют достоверные различия только по «знаниям отоларинголога современных лекарственных средств» (рис. 5.6). Среди лиц, удовлетворенных работой ЛОР-врачей больше всего лиц в возрасте 18-29 лет и меньше всего лиц старше 60 лет. Аналогично – по показателям неудовлетворенности работой отоларинголога. Вместе с тем, среди возрастных групп 18-29 лет и 30-39 лет больше доля удовлетворенных,

чем не удовлетворенных. В возрастной группе 40-59 лет примерно поровну, а в возрастной группе старше 60 лет преобладают не удовлетворительные оценки работы ЛОР врачей.



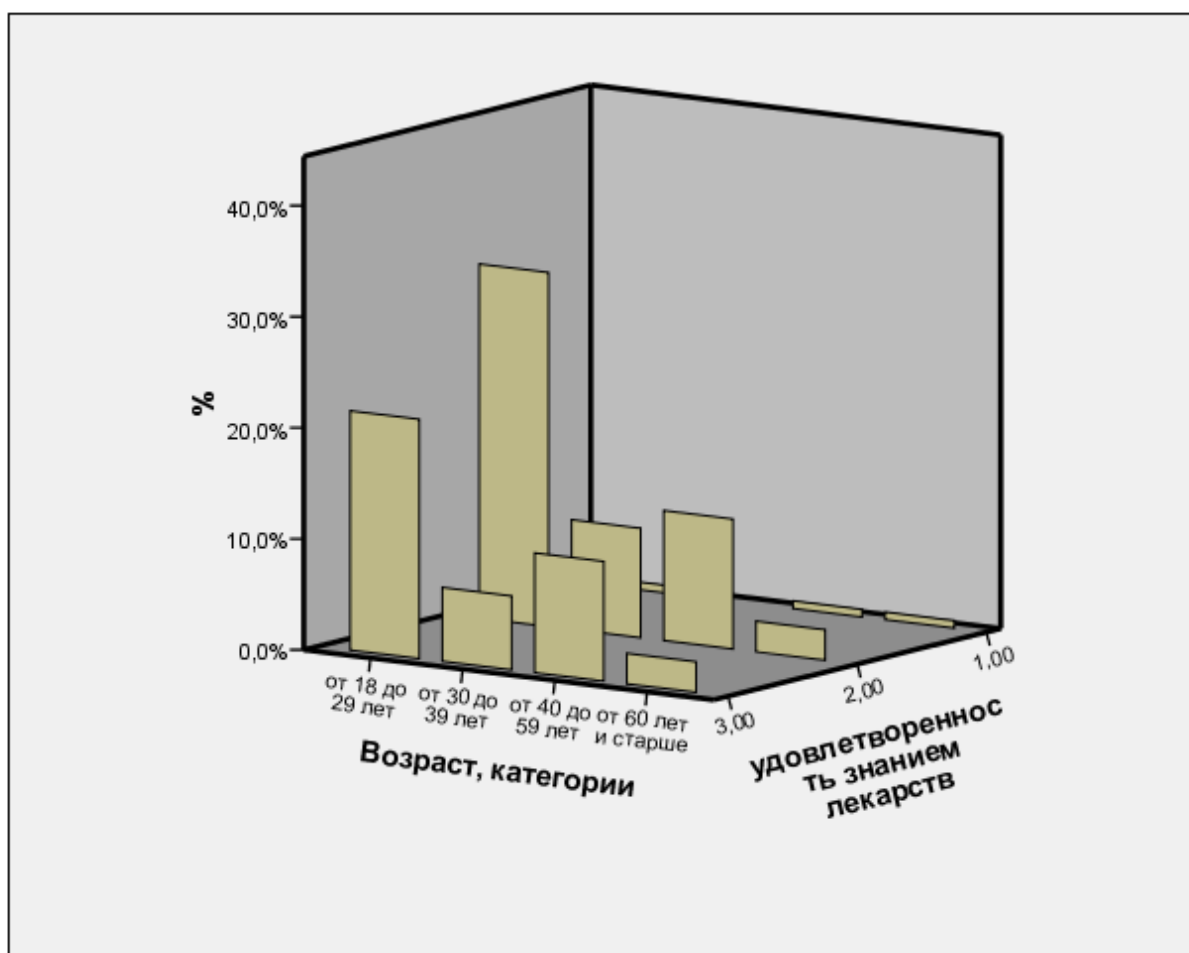


Рис. 5.6. Удовлетворенность (1 – не удовлетворен, 2 – удовлетворен, 3 – затрудняюсь ответить) респондентов знаниями отоларинголога современных лекарственных средств в зависимости от возраста (различия статистически достоверны: $P < 0,01$ по тесту Крамера χ^2)

Анализ показателей удовлетворенности работой ЛОР врачей в зависимости от уровня образования показал наличие статистически значимых ответов респондентов только для «профессионального уровня врача отоларинголога. Очевидно, что лица с более высоким уровнем образования чаще удовлетворены профессиональным уровнем ЛОР врачей, а лица с более низким уровнем образования – не удовлетворены (табл. 5.43).

Таблица 5.43

Удовлетворенность профессиональным уровнем отоларинголога в зависимости от уровня образования респондентов

Вопрос	Ответ	Кол-во	Образование			Всего
			начальное и	среднее и среднее	высшее и незаконченное	

			неполное среднее	специальное	высшее	
Удовлетворены ли Вы профессиональным уровнем отоларинголога?	Затрудняюсь ответить	Абс.ч.	50	42	87	179
		%	44,2%	32,1%	40,8%	39,2%
	не удовлетворены	Абс.ч.	13	10	8	31
		%	11,5%	7,6%	3,8%	6,8%
	удовлетворены	Абс.ч.	50	79	118	247
		%	44,2%	60,3%	55,4%	54,0%
ВСЕГО		Абс.ч.	113	131	213	457
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Достоверность различий по уровню образования $P < 0,05$ по Хи квадрат

В зависимости от региона проживания установлены достоверные различия в ответах респондентов о работе отоларинголога (табл. 5.43–5.44, рис. 5.7). Более чем половина жителей низменной части Республики были удовлетворены различными аспектами работы ЛОР врача, в то же время среди жителей предгорной и горной местности доля лиц удовлетворенных работой ЛОР врача была почти в 2 раза ниже. Доля жителей низменной части, не удовлетворенных работой ЛОР врача, варьировала от 4,5% до 12%. Среди жителей горной части Республики практически не было респондентов не удовлетворительно оценивающих работу ЛОР врача.

Таблица 5.44

**Стандартизованная по возрасту удовлетворенность респондентов
работой отоларинголога в зависимости от региона проживания**

Аспекты удовлетворенности	Низменность	Предгорье	Горы
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Знаниями отоларинголога условий жизни пациента	260 – 49,7%	61 – 38,9%	31 – 35,2%
Готовностью отоларинголога ответить на вопросы пациента	293 – 56,0%	60 – 38,2%	34 – 38,6%
Вниманием отоларинголога	286 – 54,7%	69 – 43,9%	34 – 38,6%
Профессиональным уровнем отоларинголога	302 – 57,7%	61 – 38,9%	34 – 38,6%
Знанием отоларинголога современных лекарственных средств	302 – 57,7%	73 – 46,5%	34 – 38,6%

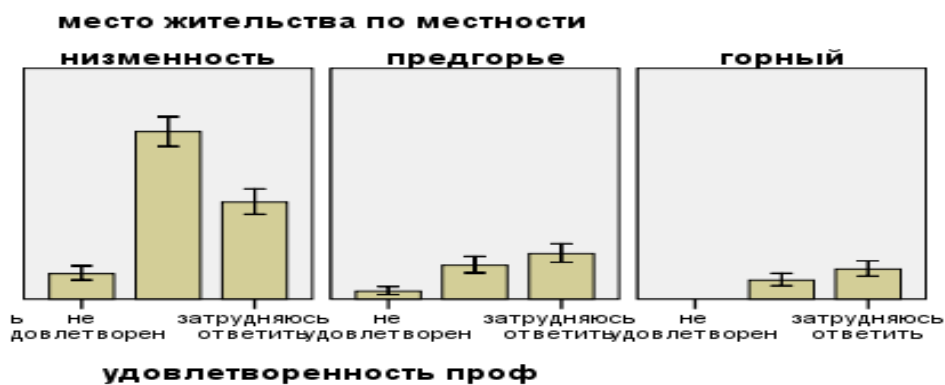
* Различия по региону проживания достоверны по критерию Крамера У

Таблица 5.45

**Стандартизованная по возрасту не удовлетворенность респондентов
работой отоларинголога в зависимости от региона проживания**

Аспекты недовлетворенности	Низменность	Предгорье	Горы
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Знаниями отоларинголога условий жизни пациента	63 – 12,0%	12 – 7,6%	3 – 3,4%
Готовностью отоларинголога ответить на вопросы пациента	31 – 5,9%	11 – 7,0%	0 – 0%
Вниманием отоларинголога	40 – 7,6%	6 – 3,8%	0 – 0%
Профессиональным уровнем отоларинголога	46 – 8,8%	14 – 8,9%	0 – 0%
Знанием отоларинголога современных лекарственных средств	23 – 4,4%	1 – 0,6%	0 – 0%

* Различия по региону проживания достоверны по критерию Крамера У



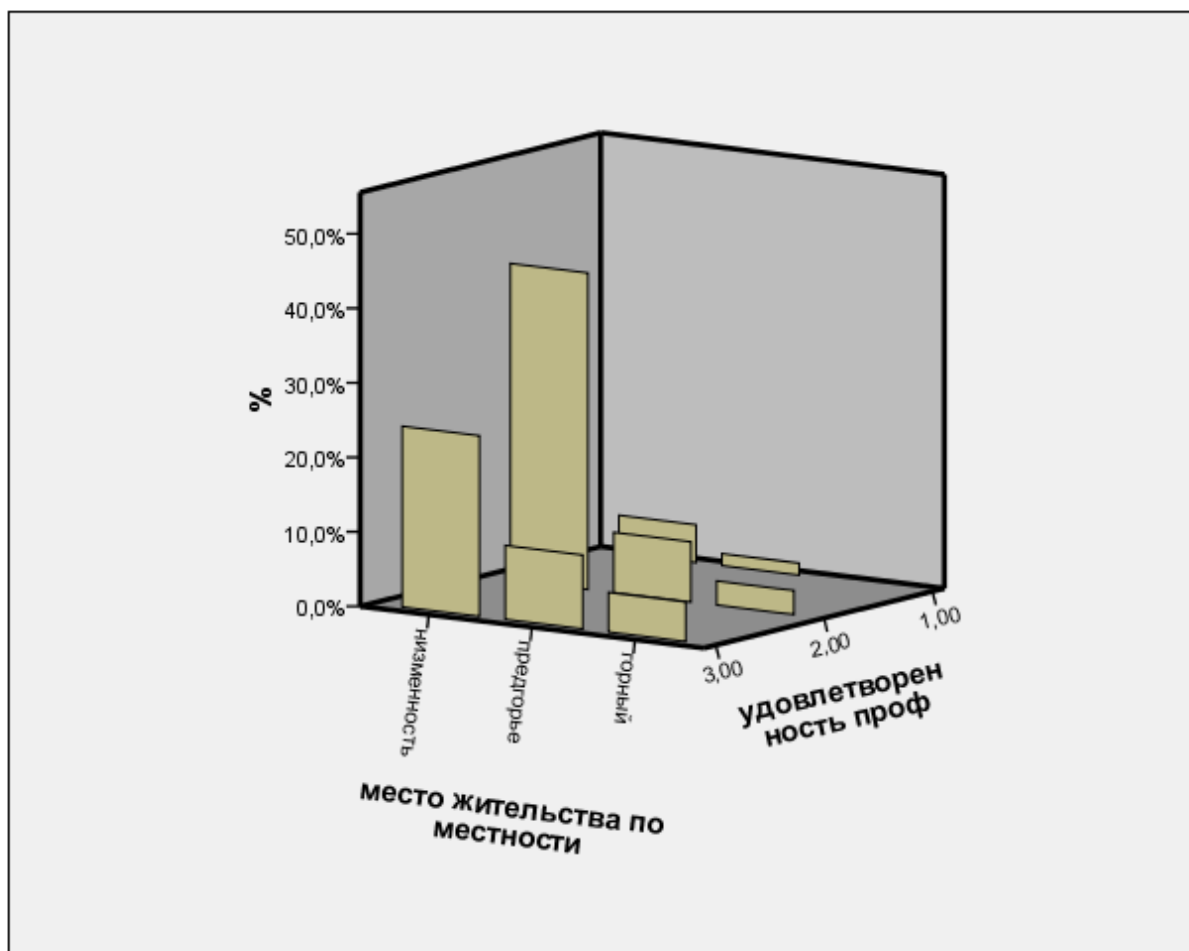


Рис. 5.7. Стандартизованная по возрасту удовлетворенность (в % и 95%ДИ) профессиональным уровнем ЛОР врача (1 – не удовлетворен, 2 – удовлетворен, 3 – затрудняюсь ответить) в зависимости от региона проживания.

В рамках настоящего исследования также оценивалась работа среднего медицинского персонала по таким аспектам, как профессиональный уровень медицинских сестер и внимание к пациентам (табл. 5.46–5.47). Показатели удовлетворенности/не удовлетворенности близки к полученным ранее результатам в отношении ЛОР врачей и других специалистов.

Таблица 5.46

Удовлетворенность респондентов работой медицинских сестер

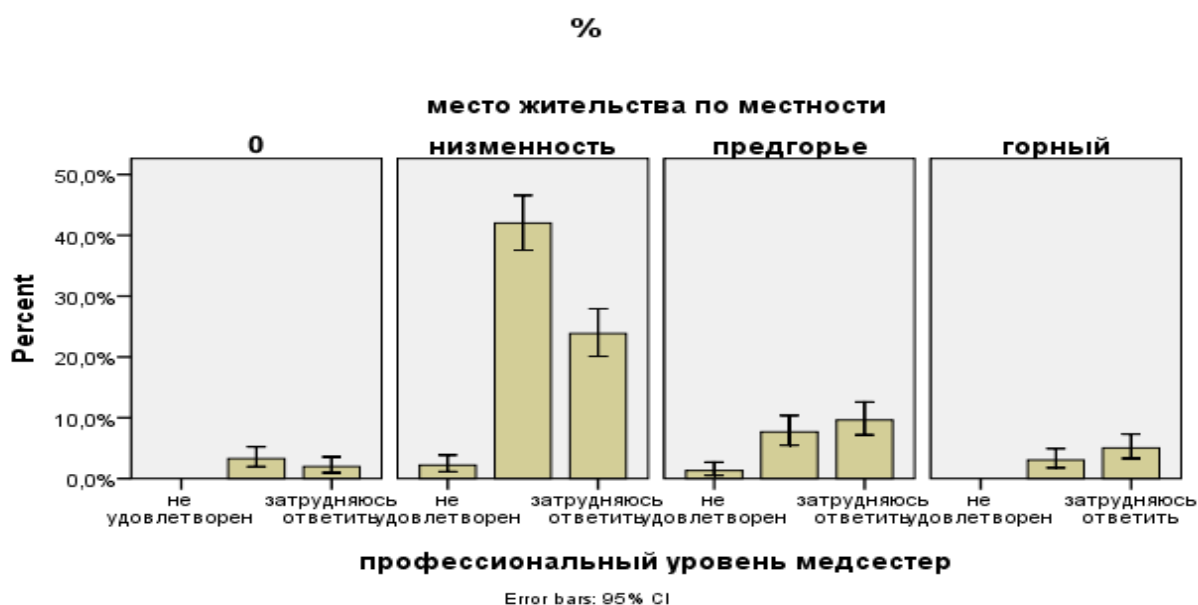
Аспекты удовлетворенности	Абс.ч. – %
Вниманием медицинских сестер	247 – 54,0%
Профессиональным уровнем медицинских сестер	256 – 56,0%

Таблица 5.47

Неудовлетворенность респондентов работой других специалистов

Аспекты удовлетворенности	Абс.ч. – %
Вниманием медицинских сестер	19 – 4,2%
Профессиональным уровнем медицинских сестер	16 – 3,5%

Удовлетворенность респондентов по категориям профессионального уровня, вниманию медицинских сестер к пациентам достоверно не различалась между мужчинами и женщинами, не зависела от уровня образования и возраста респондентов. Статистически значимые различия получены только по региону проживания ($P < 0,01$). На рисунках 5.8–5.9 представлены оценки респондентов по удовлетворенностью работой медсестер. Причем тенденции в региональном разрезе такие же, как были установлены для ЛОР врачей и специалистов. Доля лиц удовлетворенных и неудовлетворенных работой медсестер, проживающих в низменной части республики, самая высокая, а доля лиц, проживающих в горной местности самая низкая по показателям удовлетворенности и не удовлетворенности.



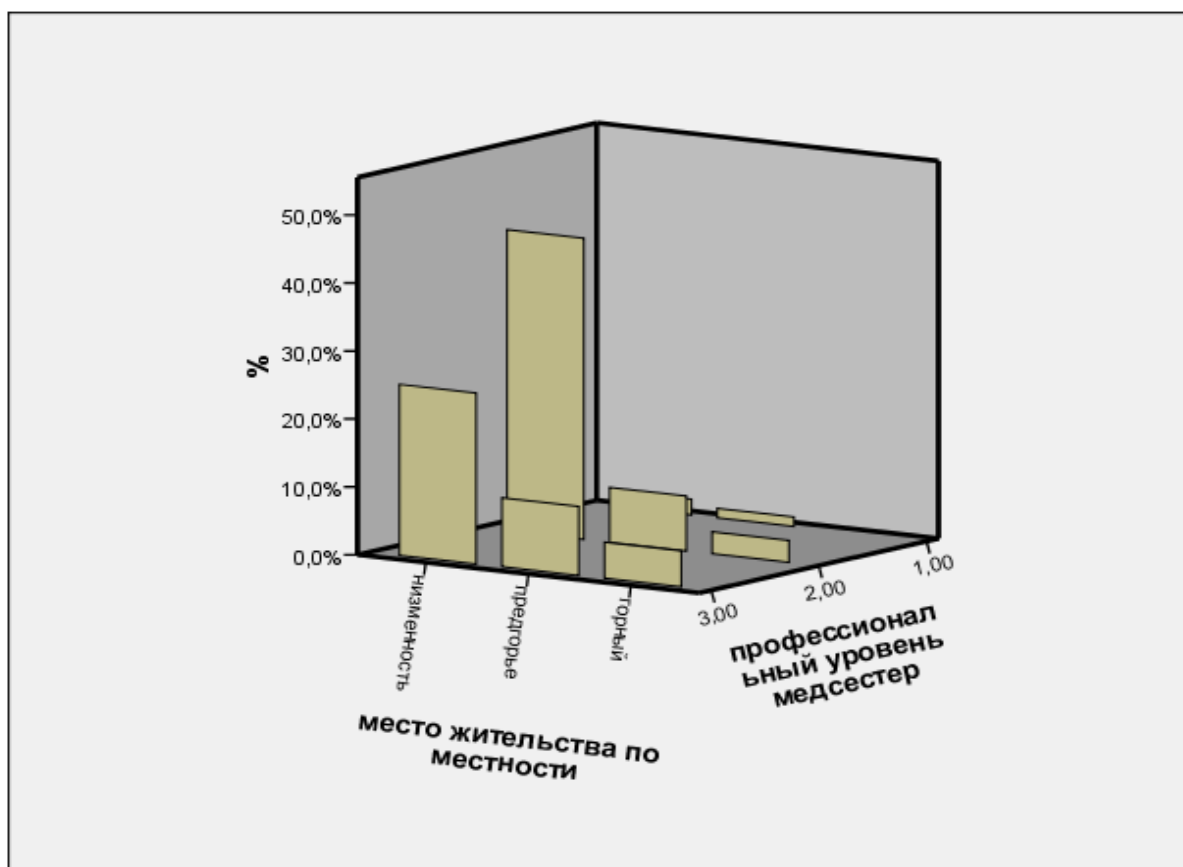


Рис. 5.8. Стандартизованная по возрасту удовлетворенность (в % и 95%ДИ) профессиональным уровнем медицинских сестер (1 – не удовлетворен, 2 – удовлетворен, 3 – затрудняюсь ответить) в зависимости от региона проживания.

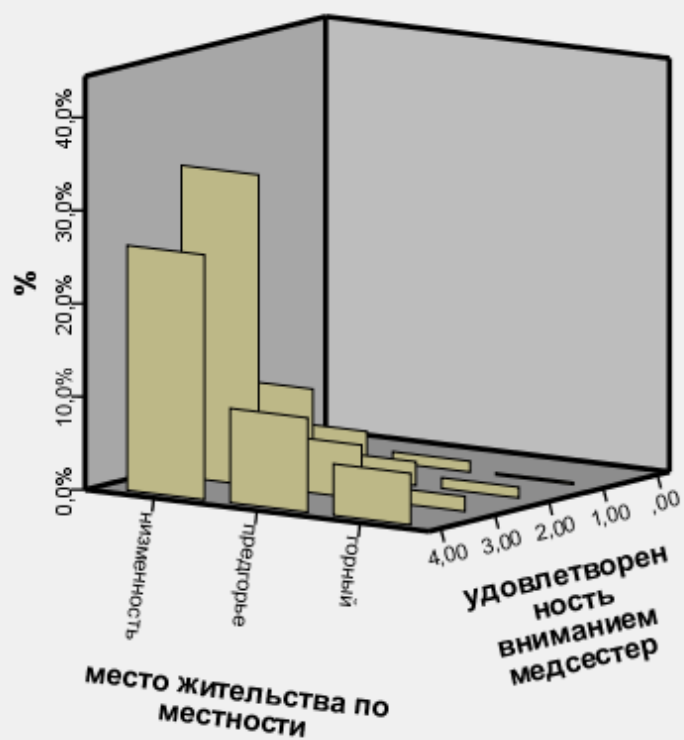
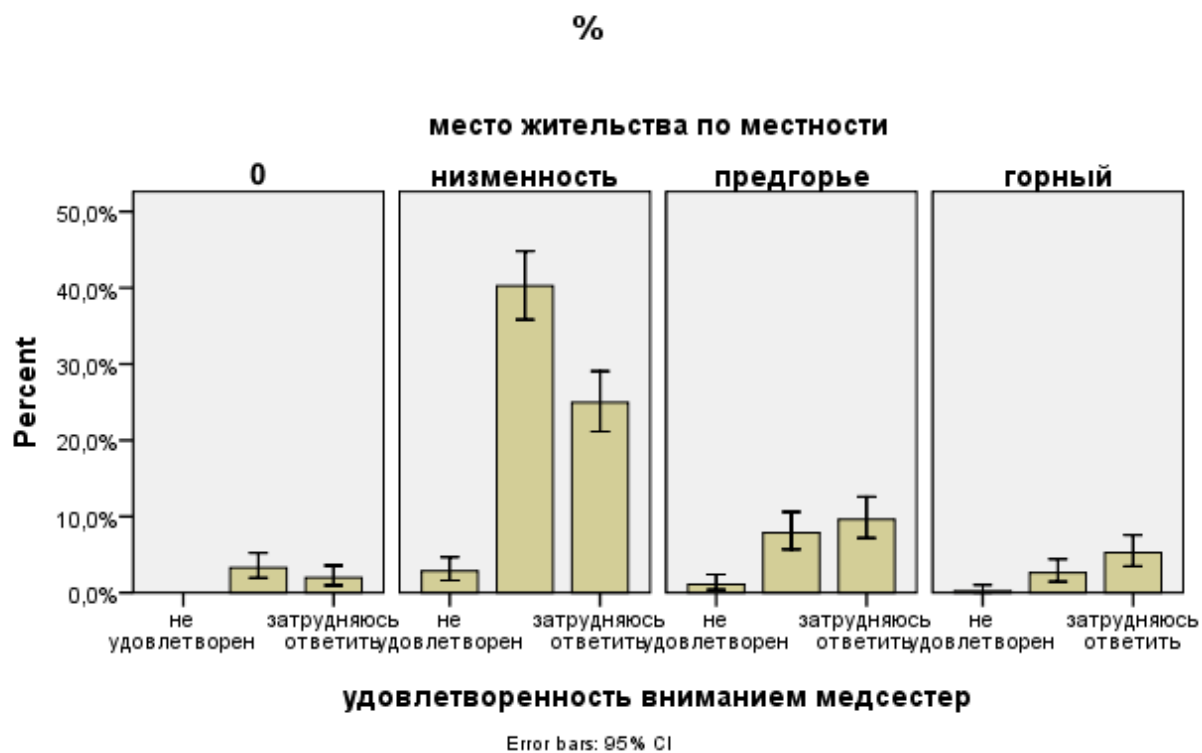


Рис. 5.9. Стандартизованная по возрасту удовлетворенность (в % и 95%ДИ) вниманием медицинских сестер (1 – не удовлетворен, 2 – удовлетворен, 3 – затрудняюсь ответить) в зависимости от региона проживания

В таблице 5.48 отражено, как жители РД решают проблемы не удовлетворительного качества медицинских услуг. В случае, неудовлетворительного качества услуги чаще всего они идут в другое медицинское учреждение (28,4% респондентов), меняют врача (в 26,5% случаев) и очень редко (в 7% случаев) обращаются в страховую организацию. Среди лиц, ответивших на данный вопрос, около 23% не знают, что делать в подобной ситуации.

Таблица 5.48

Что Вы делаете, если Вас не устраивает качество медицинских услуг в зависимости от пола

Вопрос	Ответ	Кол-во	пол		Всего
			мужчины	женщины	
Что Вы делаете, если Вас не устраивает качество медицинских услуг		Абс.ч.	25	33	67
		%	11,0%	15,8%	14,7%
	Иду в другое медицинское учреждение	Абс.ч.	65	64	130
		%	28,6%	30,6%	28,4%
	Жалуюсь в страховую организацию	Абс.ч.	18	14	32
		%	7,9%	6,7%	7,0%
	Сменяю врача	Абс.ч.	59	57	121
		%	26,0%	27,3%	26,5%
	Не знаю	Абс.ч.	37	29	72
		%	16,3%	13,9%	15,8%
	Другое	Абс.ч.	23	12	35
		%	10,1%	5,7%	7,7%
ВСЕГО		Абс.ч.	227	209	457
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* Различия по полу достоверны ($P < 0,01$)

Среди лиц, не знающих что делать при не удовлетворительном качестве медицинской услуги достоверно больше мужчин, лиц с начальным

и неполным средним образованием ($p < 0,05$, *рис. 5.10*), Лица с высшим образованием, также как и жители низменной части Республики чаще идут в другую медицинскую организацию, чаще жалуются в страховую организацию и меняют врача.

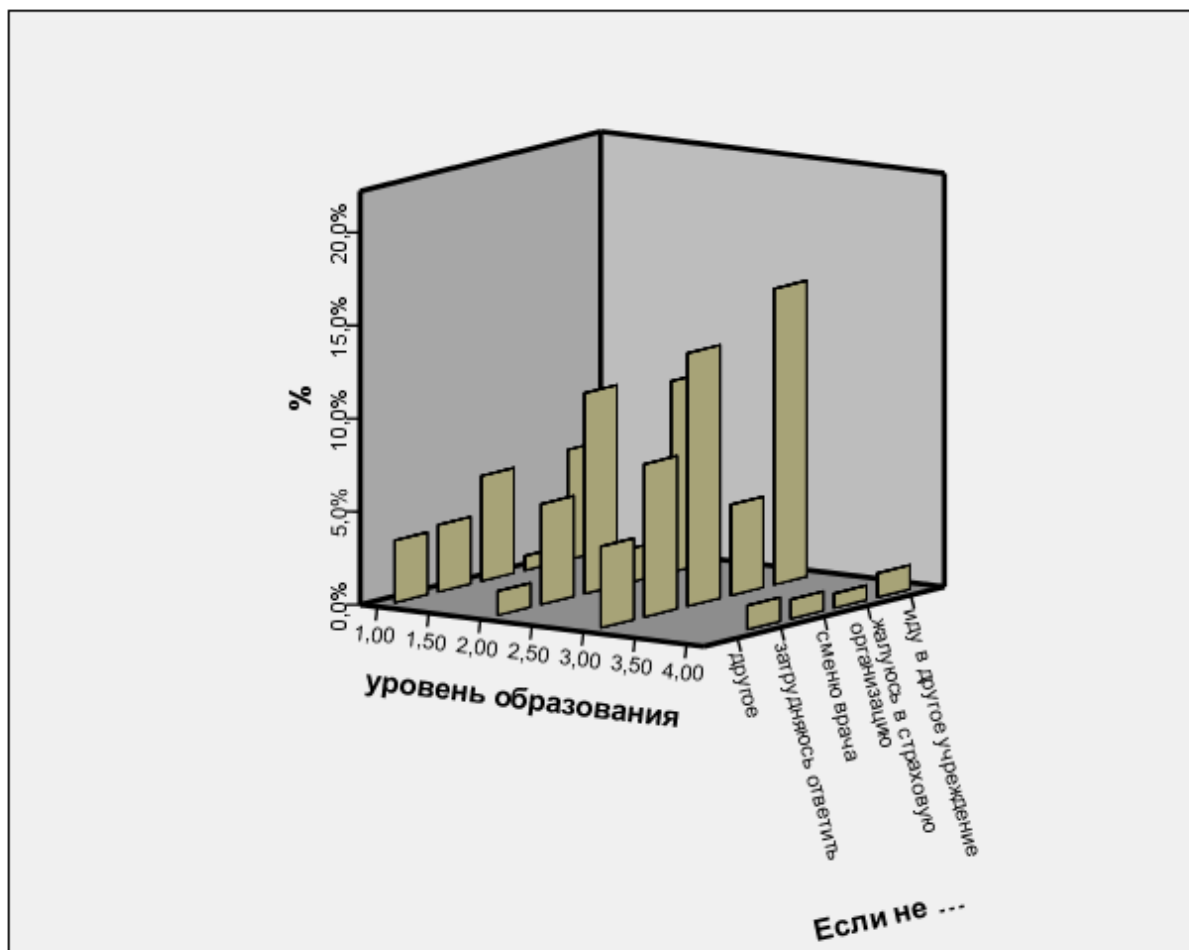


Рис. 5.10. Что Вы делаете, если Вас не устраивает качество медицинских услуг в зависимости от уровня образования (1 – начальное, неполное среднее; 2 – среднее, среднее специальное; 3 – высшее, незаконченное высшее, 4 – затрудняюсь ответить).

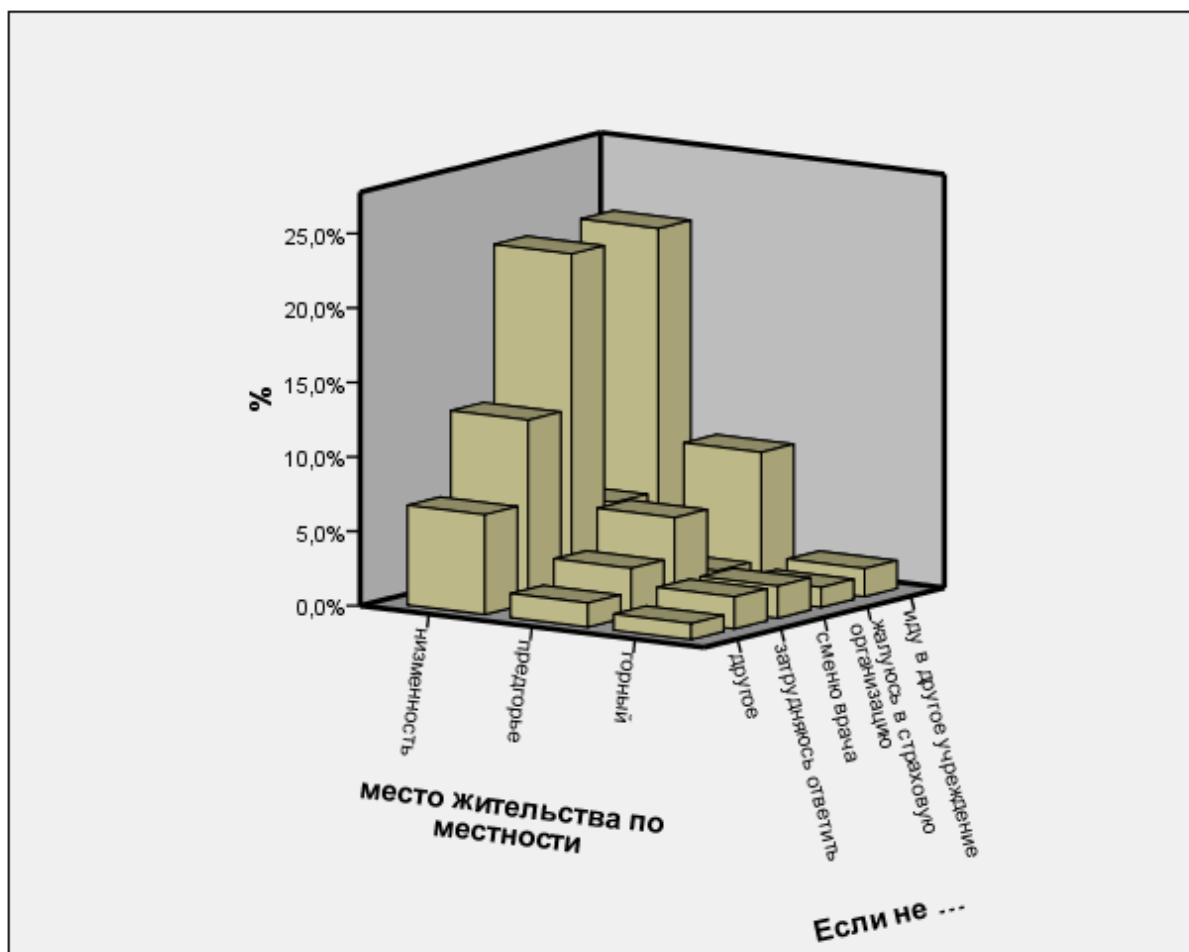


Рис. 5.11. Что Вы делаете, если Вас не устраивает качество медицинских услуг в зависимости от региона проживания

Факторы, влияющие на удовлетворенность респондентами работой ЛОР врача

Для анализа совокупного влияния различных факторов на удовлетворенность работой ЛОР врача была построена множественная логистическая регрессия для каждого из показателей, характеризующего удовлетворенность работой ЛОР врача: профессиональным уровнем, знанием современных лекарственных средств, вниманием к пациенту, знанием условий жизни пациента, способностью ответить на вопросы пациента. В качестве зависимой переменной рассматривалась удовлетворенность по каждому из указанных признаков – по двум

альтернативным категориям: удовлетворен или не удовлетворен. В качестве независимых переменных рассматривались *следующие факторы*:

- Социально-демографические (возраст, пол, семейное положение, доход, уровень образования, занятость, регион проживания);
- Поведенческие факторы риска и самооценка здоровья;
- Наличие хронических заболеваний, инвалидности;
- Обращаемость за амбулаторно-поликлиническими и стационарными ЛОР услугами, длительность наблюдения в АПУ;
- Приверженность лечению (самолечение, выполнение предписаний врача).

В *таблице 5.49* представлены результаты множественной логистической регрессии в отношении удовлетворенности респондентов работой ЛОР врача.

Таблица 49

Результаты множественной логистической регрессии в отношении удовлетворенности респондентов работой ЛОР врача

Категории удовлетворенности	Информативные факторы риска	β коэффициент	Стат.значимость β коэффициента	Отношение Шансов (ОШ)	95%ДИ ОШ
Профессиональным уровнем ЛОР врача	- Сколько раз за год обращались к ЛОР врачу	-0,697	>0,05	0,50	0,21-1,17
	- Уровень образования	-5,43	>0,05	0,04	0,001-24,40
Знанием современных лекарственных средств	Возраст	-0,137	<0,05	0,87	0,78-0,98
Знанием условий жизни пациента	-	-	-	-	-
Вниманием к пациенту	- Сколько раз за год обращались к ЛОР врачу	-0,337	<0,05	0.71	0,37-1,37
Желанием	-	-	-	-	-

ответить на вопросы пациента					
------------------------------------	--	--	--	--	--

Из таблицы следует, что чем меньше пациенты обращались к ЛОР врачу, тем выше их удовлетворенность профессиональным уровнем ЛОР врача (в 2 раза); чем ниже уровень образования респондентов, тем выше их удовлетворенность профессиональным уровнем ЛОР врача (почти в 10 раз); чем моложе респондент, тем выше его удовлетворенность знанием ЛОР врача современных лекарственных средств; чем реже пациенты обращались к ЛОР врачу, тем выше была их удовлетворенность вниманием ЛОР врача к пациенту (почти в 1,5 раза). Результаты проведенного многофакторного анализа лишний раз подчеркивают субъективность оценок респондентов относительно качества работы ЛОР врача и, соответственно, удовлетворенности ею. Во многом оценки респондентов зависят от их собственных знаний и представлений. Тем не менее, складывается впечатление, что частое обращение к ЛОР врачу за амбулаторно-поликлиническими услугами не приводит к росту его авторитета и удовлетворенности пациента его профессионализмом и вниманием.

При проведении однофакторного анализа, представленного в данной главе, были выявлены достоверные связи между рядом показателей характеризующих удовлетворенность респондентов услугами в МУ и работой специалистов, среднего медицинского персонала с одной стороны, и регионом проживания, полом респондентов. В ходе многофакторного анализа данные факторы не вошли в число информативных показателей по удовлетворенности. Скорее всего, это объясняется не прямым и независимым, а опосредованным влиянием этих показателей на удовлетворенность респондентов.

Выводы

Проведенный анализ свидетельствует о том, что по отдельным

аспектам организации работы в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях Республики 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 МУ 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 Республики. Так как 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, специалистов . 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.

5.5.5. Оценка состояния здоровья детей и подростков, организации медицинской помощи и качества ее оказания детям и подросткам в РД по данным опроса

В *таблице 5.50* представлено распределение опрошенных детей и

подростков в зависимости от возраста и региона проживания. Доля детей в возрасте 0-6 лет составляет 11,5%, в возрасте 7-14 лет – 33%, а в возрасте 15-17 лет – 55,5%. Всего было опрошено 168 человек из низменных районов Республики, 131 – из предгорной части, 50 – из горных районов.

Таблица 5.50

Характеристика опрошенных детей и подростков по возрасту и региона проживания в РД по данным опроса

			место жительства по разделению районов				Всего
				низменный	предгорный	горный	
Возраст, категории	0-6	Абс.ч.	4	27	8	6	45
		%	9,5%	16,1%	6,1%	12,0%	11,5%
	7-14	Абс.ч.	34	57	28	10	129
		%	81,0%	33,9%	21,4%	20,0%	33,0%
	15-17	Абс.ч.	4	84	95	34	217
		%	9,5%	50,0%	72,5%	68,0%	55,5%
ВСЕГО		Абс.ч.	42	168	131	50	391
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Среди респондентов было больше мальчиков, чем девочек (54,8% против 39,6% соответственно). Течение беременности лишь в 15,7% случаев протекало без осложнений, а роды без осложнений были в 30,8% случаев. На рисунке 5.12 показана частота грудного, смешанного и искусственного вскармливания опрошенных детей. Очевидно, что среди жителей горных районов Республики преобладало грудное и смешанное вскармливание, а детей получавших искусственное вскармливание не было вовсе, различия статистически значимы. По-видимому, это обстоятельство связано с низким уровнем доходов населения, проживающих в горных сельских районах, а также с более жестким следованием национальным культурным традициям. Жители низменных районов РД, напротив, чаще вскармливают детей смешанно и искусственно.

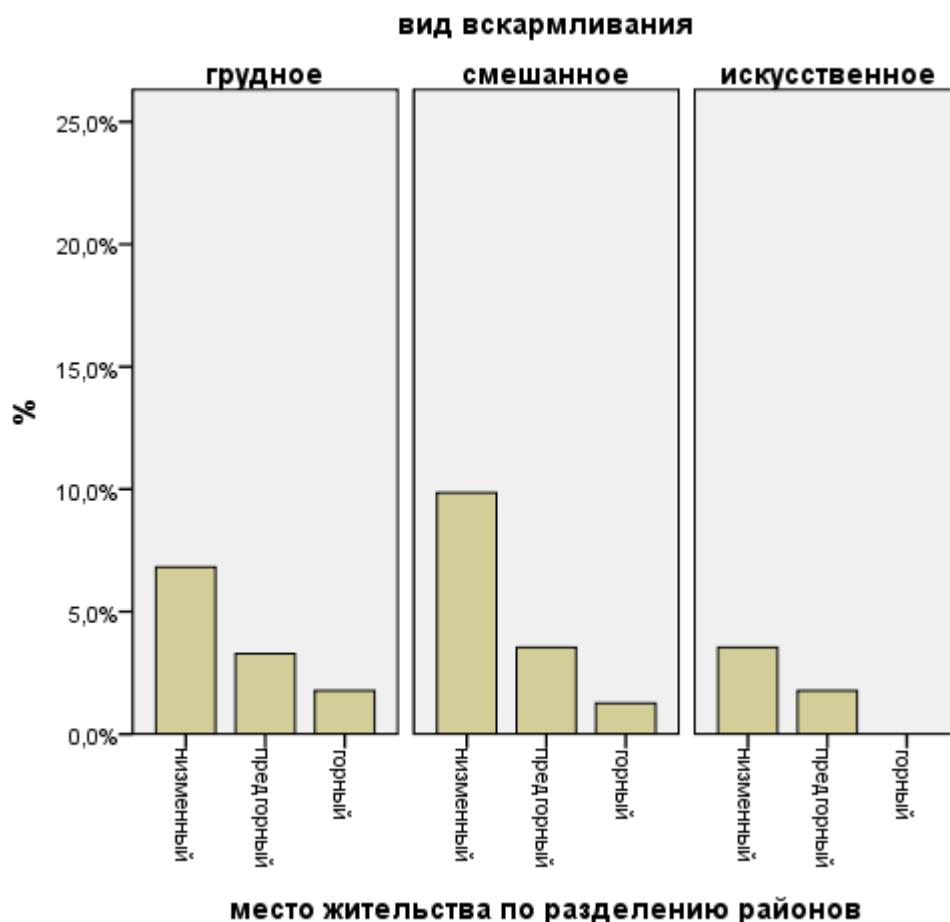


Рис. 5.12. Доля детей по видам грудного вскармливания в зависимости от региона проживания в РД

Средний вес новорожденных составил 3339 г (3356–3337 г), а длительность грудного вскармливания 8,4 месяца (6,8-9,4 месяцев) в зависимости от региона проживания (различия между регионами статистически не значимы).

На *рисунке 5.13* представлена доля родителей, имеющих вредные привычки в зависимости от региона проживания. Также как и в случае опроса взрослых респондентов, жители и родители, проживающие в низменной части чаще потребляют алкоголь, а жители горных районов – чаще курят. Различия по частоте между районами проживания статистически достоверны. Характерно, что курящих и пьющих одновременно не выявлено.

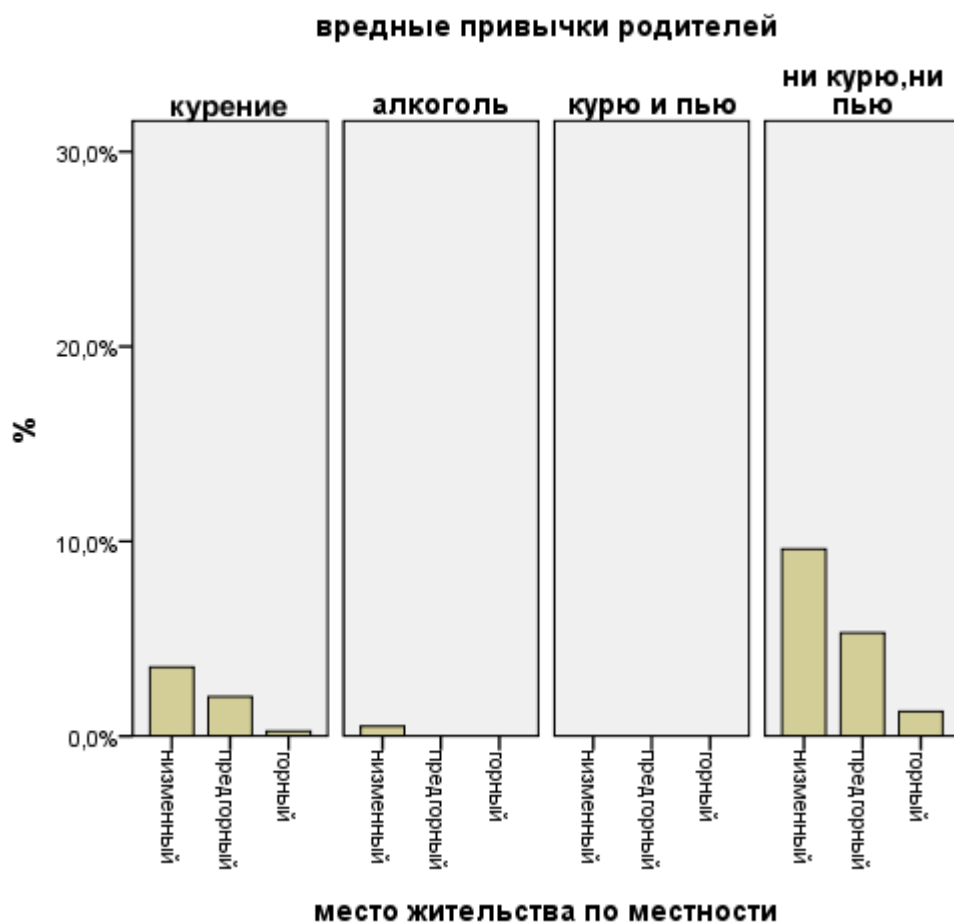


Рис. 5.13. Доля родителей детей, имеющих вредные привычки в зависимости от региона проживания в РД.

Характеристика семьи детей и подростков

В среднем в состав семьи входит 4,2 человека независимо от региона проживания. В 87,5% случаев по мнению респондентов отношения в семье дружные. Однако, по мере взросления детей и начала подросткового периода конфликтность в семье возрастает статистически значимо с 4,4% до 10,6% (табл. 5.51)

Таблица 5.51

Взаимоотношения в семье в зависимости от возраста детей и подростков

Вопрос	Ответ	Кол-во	Возраст, категории			Всего
			0-6	7-14	15-17	
взаимоотношения в семье	Затрудняюсь ответить	Абс.ч.	6	5	8	19
		%	13,3%	3,9%	3,7%	4,9%

	дружные	Абс.ч.	37	119	186	342
		%	82,2%	92,2%	85,7%	87,5%
	конфликтные	Абс.ч.t	2	5	23	30
		%	4,4%	3,9%	10,6%	7,7%
ВСЕГО		Абс.ч.	45	129	217	391
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

На *рисунке 5.14* представлены причины неблагоприятных отношений в семье по мнению респондентов. Как следует из рисунка, жители низменной части РД достоверно чаще связывают их с употреблением алкоголя, жители предгорных районов – с необеспеченностью жильем и низкой материальной обеспеченностью.

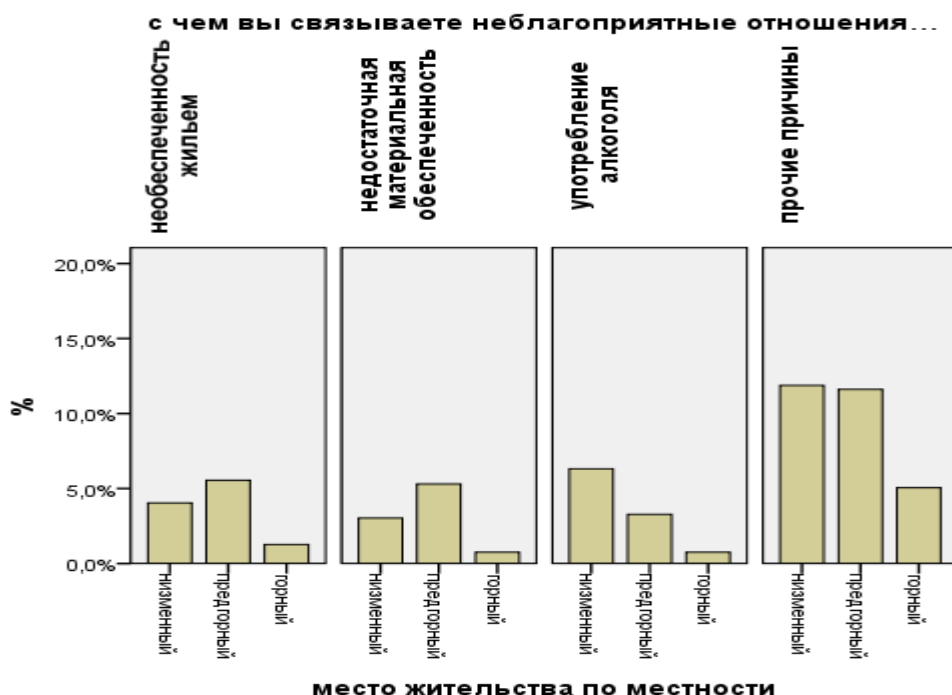


Рис. 5.14. Причины неблагоприятных отношений в семье по мнению респондентов в зависимости от региона проживания в РД

Взаимоотношения между родителями и детьми в большинстве своем основаны на взаимном понимании, поощрении увлечений детей, совместном проведении досуга (*рис. 5.15*) Достоверных межрегиональных различий не установлено.

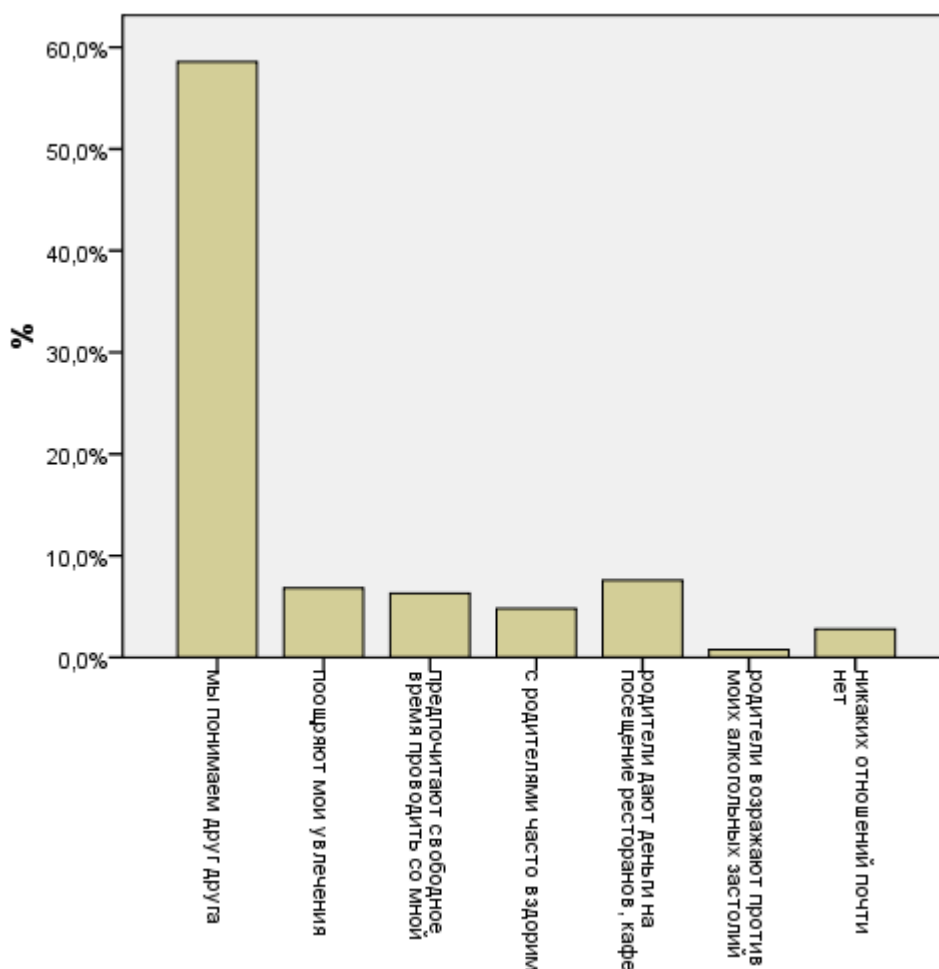


Рис. 5.15. Взаимоотношения между детьми и родителями в семье по мнению респондентов

Распространенность вредных привычек среди детей и подростков и отношение к ним в РД

В *таблице 5.52* представлено, в каком возрасте ребенок впервые попробовал табак, алкоголь, психостимуляторы и наркотические вещества.

Таблица 5.52

Частота первой пробы табака, алкоголя, психостимулирующих и наркотических веществ в зависимости от возраста

			В каком возрасте Вы впервые попробовали					Всего
			Затрудняюсь ответить	табак	алкоголь	транквилизаторы, психостимуляторы	наркотические вещества	
Возраст	0-6	Абс.ч.	44	0	1	0	0	45

, категория ии		%	13,1%	,0%	9,1%	,0%	,0%	11,5 %
	7-14	Абс.ч.	127	2	0	0	0	129
		%	37,7%	5,3%	,0%	,0%	,0%	33,0 %
	15-17	Абс.ч.	166	36	10	4	1	217
		%	49,3%	94,7 %	90,9%	100,0%	100,0%	55,5 %
ВСЕГО		Абс.ч.	337	38	11	4	1	391
		%	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Как следует из таблицы, значительная доля детей впервые попробовала табак в возрасте 15-17 лет (94,7%), за исключением двух человек. Близкие результаты получены и по другим вредным веществам. Обращает на себя внимание тот факт, что всего лишь 1 человек пробовал наркотические вещества и 4 человека – транквилизаторы и психостимуляторы. Скорее всего, полученная информация от подростков в отношении психостимуляторов и наркотических веществ менее правдива, чем в отношении потребления алкоголя и курения.

Распределение курящих подростков по частоте потребления табака представлено на *рисунке 5.16*.

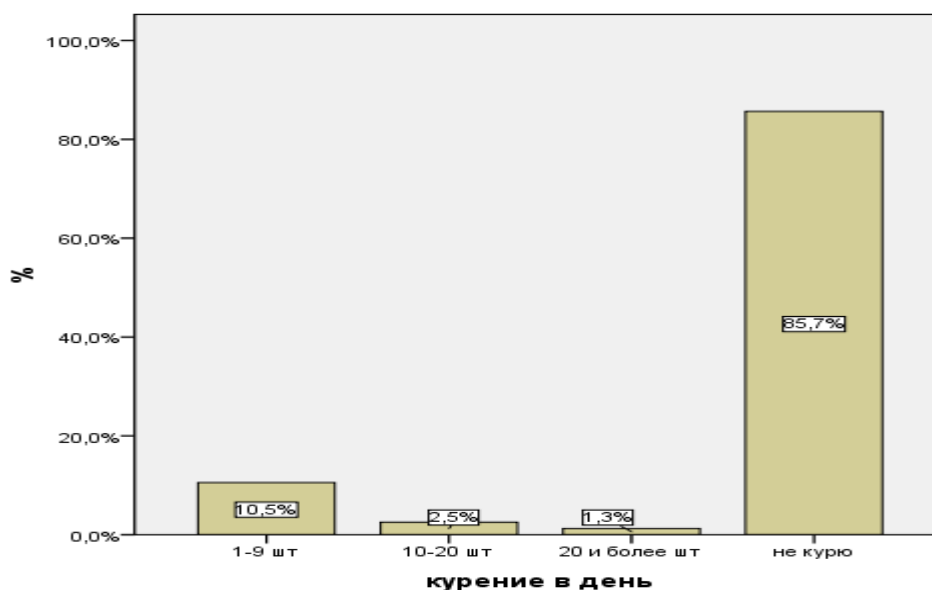
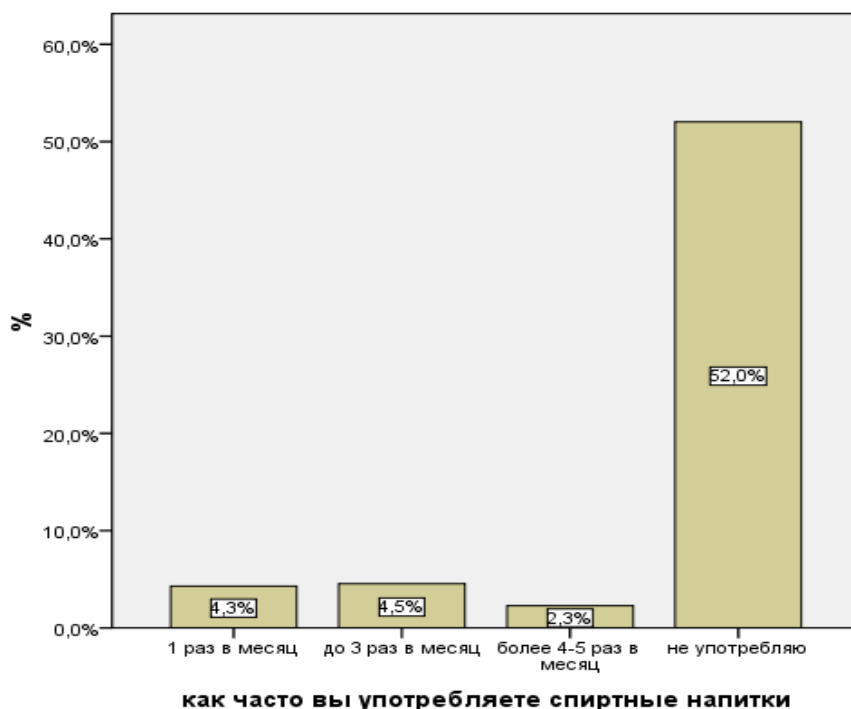


Рис. 5.16. Интенсивность курения среди подростков**Рис. 5.17.** Частота потребления спиртных напитков подростками.

Из числа опрошенных подростков 85,7% не курят, что согласуется с литературными данными [1]. Тем не менее, доля подростков выкуривающих от 1 до 9 сигарет в день составляет 10,5%, находятся и такие, которые выкуривают более 10 сигарет в день (около 4% подростков). Число не курящих девочек выше, чем мальчиков (97,7% против 77,7% соответственно, различия по полу статистически значимы).

Отношение 15-17летних к алкоголю более лояльное – лишь 52% из их числа не употребляют алкоголь: 49,3% мальчиков и 54,8% девочек. Частота и интенсивность потребления алкоголя мальчиками достоверно выше, чем девочками ($P,0,001$). Порядка 11% из числа опрошенных подростков принимают алкогольные напитки с различной степенью интенсивности (рис. 5.18). Подталкивают подростков к употреблению алкоголя и наркотических веществ чаще всего: избыток свободного времени (в 13,6% случаев), любопытство (в 9,1% случаев), конфликтные ситуации в семье (в

5,7% случаев) (рис. 5.18). Различия между мальчиками и девочками статистически недостоверны.

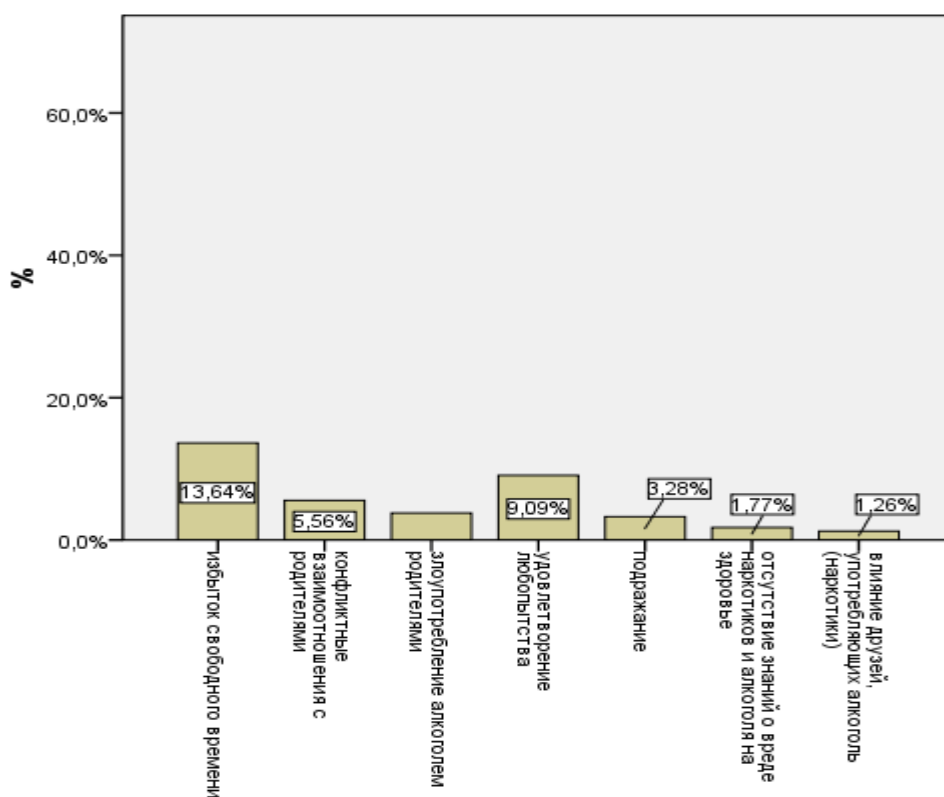


Рис. 5.18. Причины употребления алкоголя и наркотических средств подростками

На вопрос о том «от кого вы узнали о вреде для здоровья от употребления наркотических веществ и алкоголя», большинство подростков отметило, что от – родителей (в 36,6% случаев), из газет, журналов, телевидения и радио – в 8,8% случаев, от родственников и педагогов – в 7,8% и 7,1% случаев соответственно. Гораздо реже упоминались подростками друзья (в 5,3% случаев), врачи (в 3,3% случаев), работники МВД (в 0,1% случаев) (рис. 5.19).

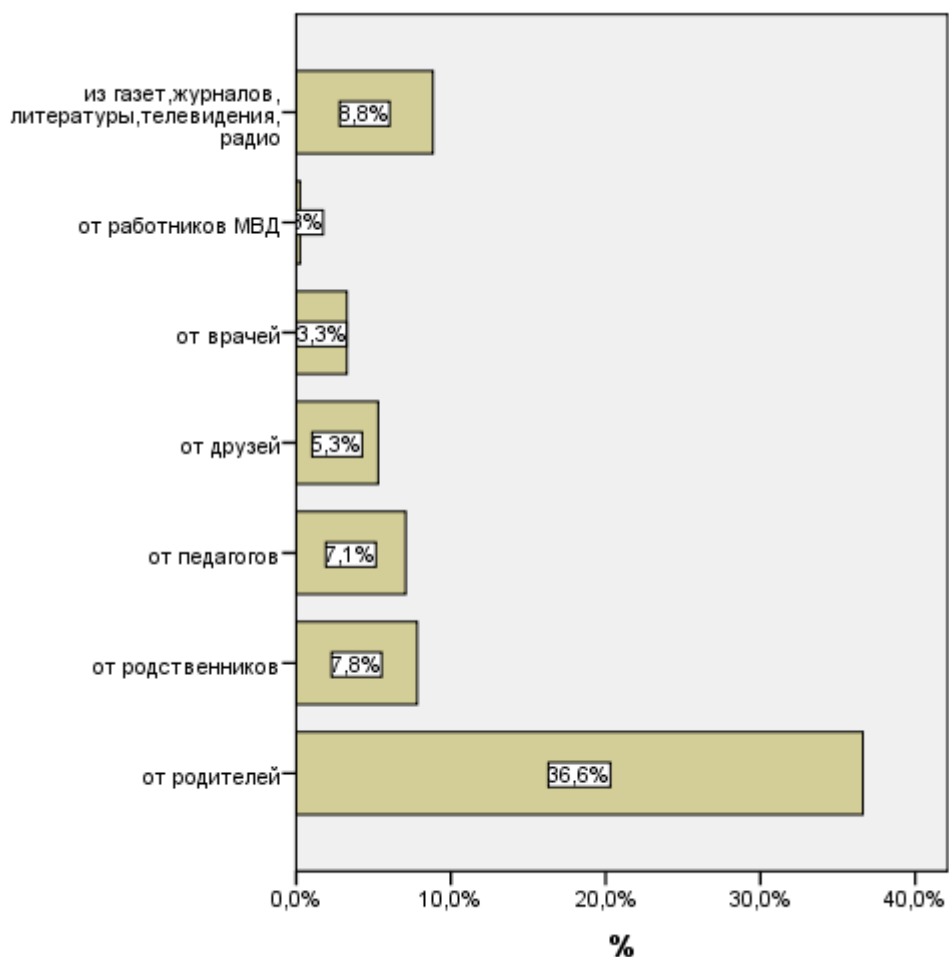


Рис. 5.19. Источники информации о вреде для здоровья от употребления наркотических веществ и алкоголя

На вопрос о том, «что Вы думаете об употреблении спиртного, наркотических веществ, курения (рис. 5.20), 50,5% подростков ответило, что лучше всего не употреблять, 10,4% из числа опрошенных ответили, что следует потреблять соблюдая чувство меры. Около 5% мальчиков и девочек 15-17 лет имели особое мнение в отношении потребления вредных веществ.

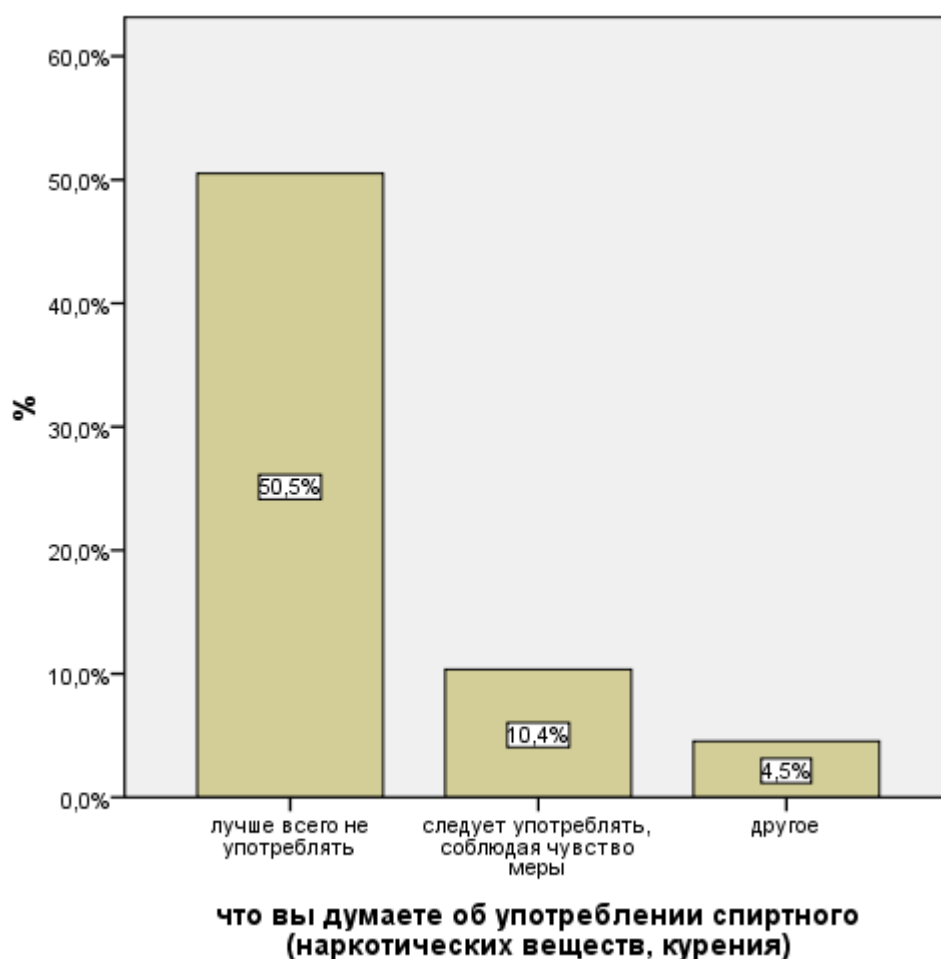


Рис. 5.20. Распределение подростков по отношению к потреблению спиртных, наркотических средств и курению

Заболеваемость детей и подростков и обращаемость за медицинской помощью в РД

Самооценка своего здоровья респондентами представлена в *таблице 5.53*.

Таблица 5.53

Самооценка здоровья детей и подростков

			Ваше здоровье в настоящее время				Всего
			Затрудняюсь ответить	Хорошее	Удовлетворительное	Неудовлетворительное	
Возраст, категории	0-6	Абс.ч.	21	13	11	0	45
		%	46,7%	28,9%	24,4%	,0%	100,0%
	7-14	Абс.ч.	40	53	36	0	129
		%	31,0%	41,1%	27,9%	,0%	100,0%
	15-17	Абс.ч.	18	136	53	10	217
		%	8,3%	62,7%	24,4%	4,6%	100,0%

ВСЕГО	Абс.ч.	79	202	100	10	391
	%	20,2%	51,7%	25,6%	2,6%	100,0%

Установлены достоверные различия в самооценке здоровья в зависимости от возраста детей и подростков. Так, среди детей от 0 до 6 лет, у которых на вопросы о самооценке отвечали их родители, самые низкие показатели хорошей самооценки – всего лишь 28,9%. В то же время, среди подростков 15-17 лет показатели хорошей самооценки самые высокие – 62,7%, что связано, по-видимому, не только с их хорошим самочувствием, но и менее критичным отношением к своему здоровью по сравнению с их родителями.

В *таблице 5.54* отражена заболеваемость детей и подростков за последние 12 месяцев.

Таблица 5.54

Заболеваемость детей и подростков за последние 12 месяцев в зависимости от возраста

Заболеваемость детей и подростков за последние 12 месяцев в зависимости от возраста			заболеваемость за последний год				Всего
			Затрудняюсь ответить	1 раз	2-3 раза	4 и более раз	
Возраст, категории	0-6	Абс.ч.	29	11	4	1	45
		%	64,4%	24,4%	8,9%	2,2%	100,0%
	7-14	Абс.ч.	55	60	13	1	129
		%	42,6%	46,5%	10,1%	,8%	100,0%
	15-17	Абс.ч.	100	70	39	8	217
		%	46,1%	32,3%	18,0%	3,7%	100,0%
ВСЕГО		Абс.ч.	184	141	56	10	391
		%	47,1%	36,1%	14,3%	2,6%	100,0%

Примечание. Различия между возрастными группами статистически значимы ($P < 0,01$)

Реже всего (1 раз в год) болели дети в возрасте 7-14 лет; 2-3 раза в год чаще всего болели дети и подростки по сравнению с другими возрастными группами (18,0% против 10,1% и 8,9% соответственно). Более 4-х раз в году чаще всего болели совсем маленькие дети в возрасте 0-6 лет (в 2,2% случаев) и подростки (в 3,7% случаев). Аналогичные результаты получены в отношении наличия хронических заболеваний (*табл. 5.55*) и диспансерного

наблюдения (табл. 5.56). Во всех случаях состояние здоровья подростков характеризуется высокой долей лиц с хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном наблюдении по месту жительства по сравнению с другими возрастными группами.

Таблица 5.55

Наличие хронических заболеваний в зависимости от возраста детей и подростков

Возраст, категории			Есть ли у вас хронические заболевания			Всего
			Затрудняюсь ответить	да	нет	
0-6	Абс.ч.		32	10	3	45
	%		71,1%	22,2%	6,7%	100,0%
7-14	Абс.ч.		112	11	6	129
	%		86,8%	8,5%	4,7%	100,0%
15-17	Абс.ч.		148	46	23	217
	%		68,2%	21,2%	10,6%	100,0%
ВСЕГО		Абс.ч.	292	67	32	391
		%	74,7%	17,1%	8,2%	100,0%

Примечание. Различия между возрастными группами статистически значимы ($P < 0,01$)

Таблица 5.56

Диспансерное наблюдение в зависимости от возраста детей и подростков

Возраст, категории			Состоите ли Вы на диспансерном учете			Всего
			Затрудняюсь ответить	да	нет	
0-6	Абс.ч.		29	7	9	45
	%		64,4%	15,6%	20,0%	100,0%
7-14	Абс.ч.		47	21	61	129
	%		36,4%	16,3%	47,3%	100,0%
15-17	Абс.ч.		36	92	89	217
	%		16,6%	42,4%	41,0%	100,0%
ВСЕГО		Абс.ч.	112	120	159	391
		%	28,6%	30,7%	40,7%	100,0%

Примечание. Различия между возрастными группами статистически значимы ($P < 0,001$)

Диспансерный осмотр у ЛОР врача регулярно проходят 32,7% респондентов из числа детей и подростков, нерегулярно - 23,3%, и совсем не проходят 12% респондентов (табл. 5.57). Группа подростков

характеризуется самыми высокими показателями по регулярности осмотром ЛОР врача, а среди не посещающих – самая высокая доля детей в возрасте 7-14 лет.

Таблица 5.57

Как часто Вы посещаете оториноларинголога по поводу диспансерного осмотра в соответствии с установленными сроками?

Возраст, категории			Как часто Вы посещаете оториноларинголога по поводу диспансерного осмотра в соответствии с установленными сроками				Всего
			Затрудняюсь ответить	регулярно	нерегулярно	не посещаете	
0-6	Абс.ч.		28	11	2	4	45
	%		62,2%	24,4%	4,4%	8,9%	100,0%
7-14	Абс.ч.		45	34	31	19	129
	%		34,9%	26,4%	24,0%	14,7%	100,0%
15-17	Абс.ч.		52	83	58	24	217
	%		24,0%	38,2%	26,7%	11,1%	100,0%
ВСЕГО		Абс.ч.	125	128	91	47	391
		%	32,0%	32,7%	23,3%	12,0%	100,0%

Примечание. Различия между возрастными группами статистически значимы ($P < 0,01$).

В этой связи примечательно доля лиц, удовлетворенных организацией и качеством диспансеризации большая часть респондентов из числа всех опрошенных: удовлетворены – 28,5%, не удовлетворены – 17,7% (рис. 5.21).

Доля лиц, удовлетворенных качеством и организацией диспансеризации выше для возрастной группы 0-6 лет (31,1%) и для возрастной группы 7-14 лет (34,9%) по сравнению с подростками, где доля лиц удовлетворенных диспансеризацией достигает лишь 24,9% (различия по возрастным группам статистически значимы).

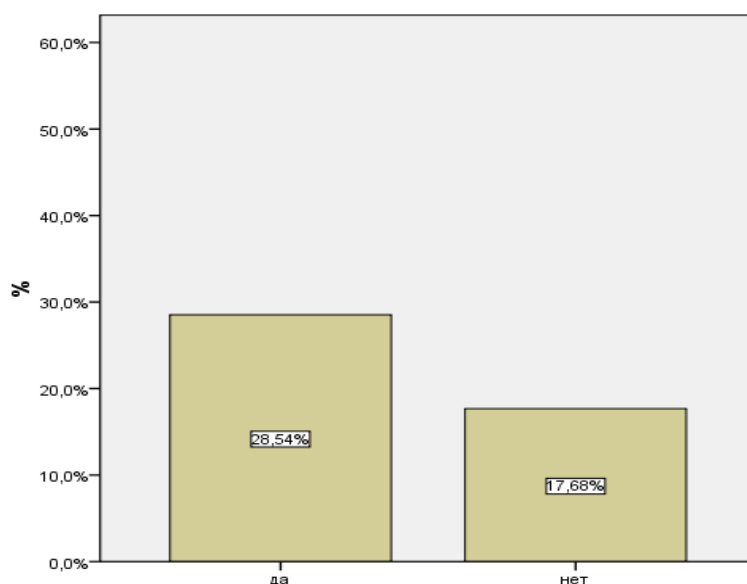


Рис. 5.21. Удовлетворенность организацией и качеством диспансеризации детей и подростков

На вопрос «Как Вы выполняете рекомендации советы врача оториноларинголога в случае заболевания (обострения)» 33,6% опрошенных ответили, что выполняют полностью, 39,1% -выполняют частично, 5,6% ответили, что не выполняют. Ситуация сходна с описанной выше в отношении взрослого населения и характеризуется относительно низкой приверженностью лечению и следованию рекомендациям специалиста. Аналогично, при возникновении симптомов заболевания лишь 24,5% респондентов обращаются за медицинской помощью для детей и подростков.

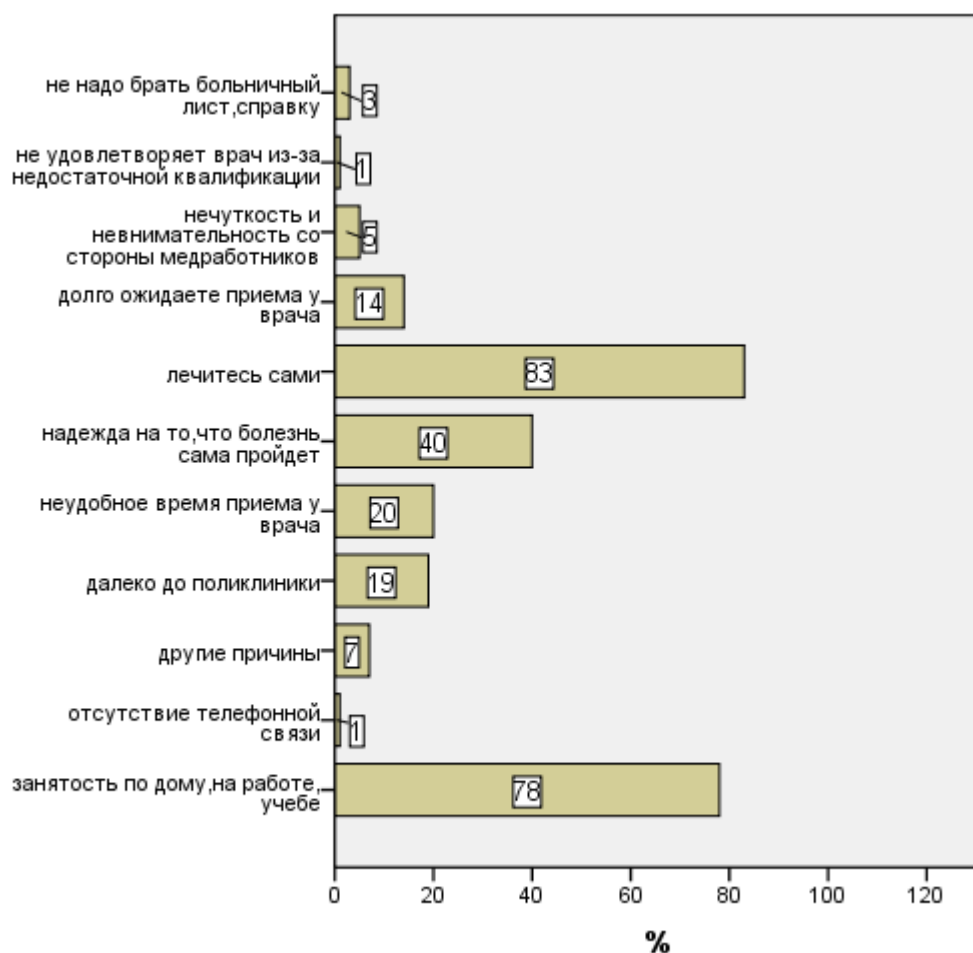


Рис. 5.22. Распределение респондентов по причинам не обращения к врачу

Как следует из *рисунка 5.22*, наиболее распространенными причинами не обращения за медицинской помощью в случае заболевания детей и подростков, являются самолечение (в 83% случаев), занятость по дому, на работе (в 78% случаев), надежда на то, что болезнь пройдет сама (в 40% случаев). Среди причин не обращения фигурируют также причины, связанные с плохой организацией медицинской помощи – неудобное время приема у врача, удаленность поликлиники от дома. Длительность ожидания приема у врача, другие.

Причины обращения в поликлинику с детьми и подростками весьма разнообразны. Чаще всего обращаются по поводу прохождения профилактических осмотров (в 29,5% случаев), записаться на прием к врачу

(в 7,6% случаев), получить направление, справку, неотложную помощь, сдать анализы или пройти лечебные процедуры (в 4–5% случаев).

Таблица

5.58

**Длительность наблюдения в АПУ и периодичность обращения за
первичной и специализированной ЛОР помощью**

Место жительства по местности		Как давно вы наблюдаетесь в данном медицинском учреждении. годы	Как часто вы находились на стационарном лечении, разы	За последние 12 месяцев сколько раз вы посетили в поликлинике оториноларинголога, разы
	Средняя	3,0	2,00	1,50
	N	2	2	10
	Ст.отклонение	2,82843	1,414	1,080
низменный	Средняя	3,5	3,31	3,04
	N	57	13	80
	Ст.отклонение	4,90499	2,394	3,259
предгорный	Средняя	5,7	2,31	3,02
	N	74	16	85
	Ст.отклонение	6,82974	1,537	2,919
горный	Средняя	2,4	1,70	2,32
	N	22	10	28
	Ст.отклонение	4,52828	,675	2,495
ВСЕГО	Средняя	4,4	2,46	2,86
	N	155	41	203
	Ст.отклонение	5,95315	1,776	2,956

Примечание. Различия между районами проживания не достоверны.

Как следует из *таблицы 5.58*, в среднем дети и подростки наблюдаются в АПУ по месту жительства 4,4 года. Частота обращений за амбулаторной помощью к отоларингологу составила 3 раза и 2,5 раза по числу госпитализаций в ЛОР отделение.

В целом на стационарном лечении в ЛОР отделении находилось около 7% респондентов. При этом доля детей и подростков, пролеченных стационарно, была самой высокой в предгорной части республики (8,8%) и низменной части (7,8%), тогда как среди жителей горной местности – вдвое меньше, различия статистически достоверны (*рис. 5.23*).

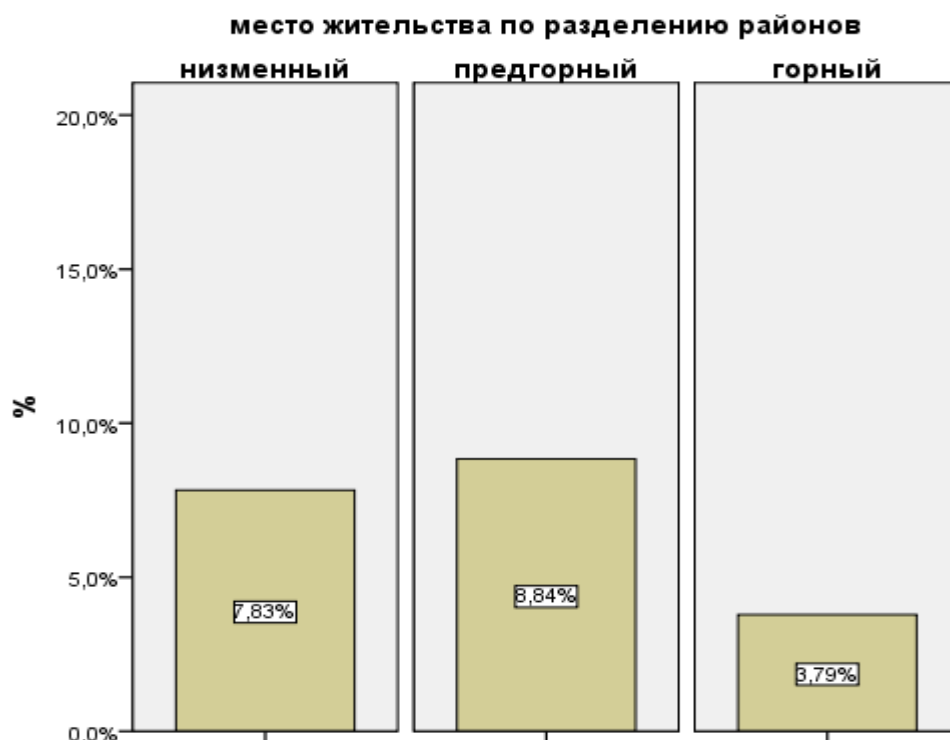


Рис. 5.23. Нахождение детей и подростков на стационарном лечении в ЛОР отделении в зависимости от региона проживания

Госпитализации детей в стационар осуществлялись по экстренным показаниям в 18,4% случаев, по направлению поликлиники – в 26,8% случаев, самостоятельно обращались – в 15,2% случаях. При этом в большинстве случаев после выписки из стационара наблюдалось улучшение состояния здоровья (табл. 5.59), чаще наблюдаемое в предгорных и горных районах Республики.

Таблица 5.59

Место жительства по разделению районов			После выписки из стационара какой отмечался эффект				Всего
			Затрудняюсь ответить	улучшение	ухудшение	без изменений	
		Абс.ч.	29	8	0	7	44
		%	65,9%	18,2%	,0%	15,9%	100,0%
	низменный	Абс.ч.	72	76	12	10	170
		%	42,4%	44,7%	7,1%	5,9%	100,0%

	предгорный	Абс.ч.	34	78	2	18	132
		%	25,8%	59,1%	1,5%	13,6%	100,0%
	горный	Абс.ч.	14	26	4	6	50
		%	28,0%	52,0%	8,0%	12,0%	100,0%
ВСЕГО		Абс.ч.	149	188	18	41	396
		%	37,6%	47,5%	4,5%	10,4%	100,0%

Организация медицинской помощи и удовлетворенность организацией первичной медико-санитарной помощи в РД

На *рисунке 5.24* отражена удовлетворенность родителей работой детских медицинских учреждений. Большая часть родителей удовлетворена (56.1%), однако около 15% родителей не удовлетворены работой детских АПУ.

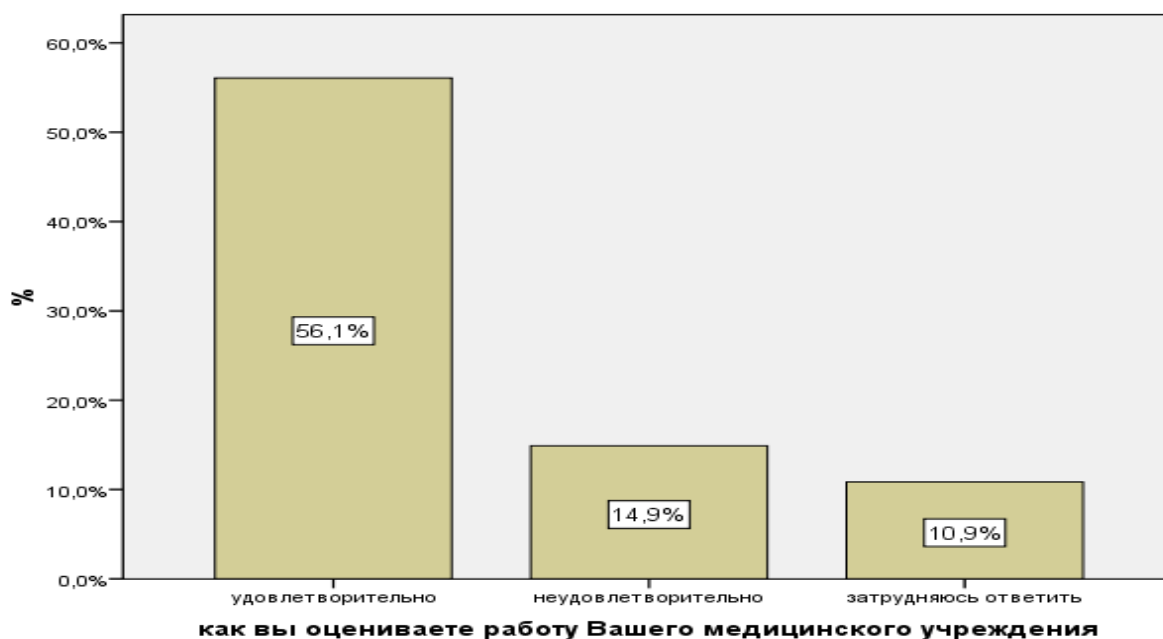


Рис. 5.24. Удовлетворенность работой детского медицинского учреждения родителями

Аналогично, на вопрос «Как Вы оцениваете состояние санитарно-просветительской работы поликлиники, школы, колледжа, ВУЗа» большинство респондентов ответили, что они удовлетворены состоянием данной работы (49,7%).

На *рисунке 5.25* представлены основные информационные источники,

откуда дети, подростки черпают гигиенические и медицинские знания.

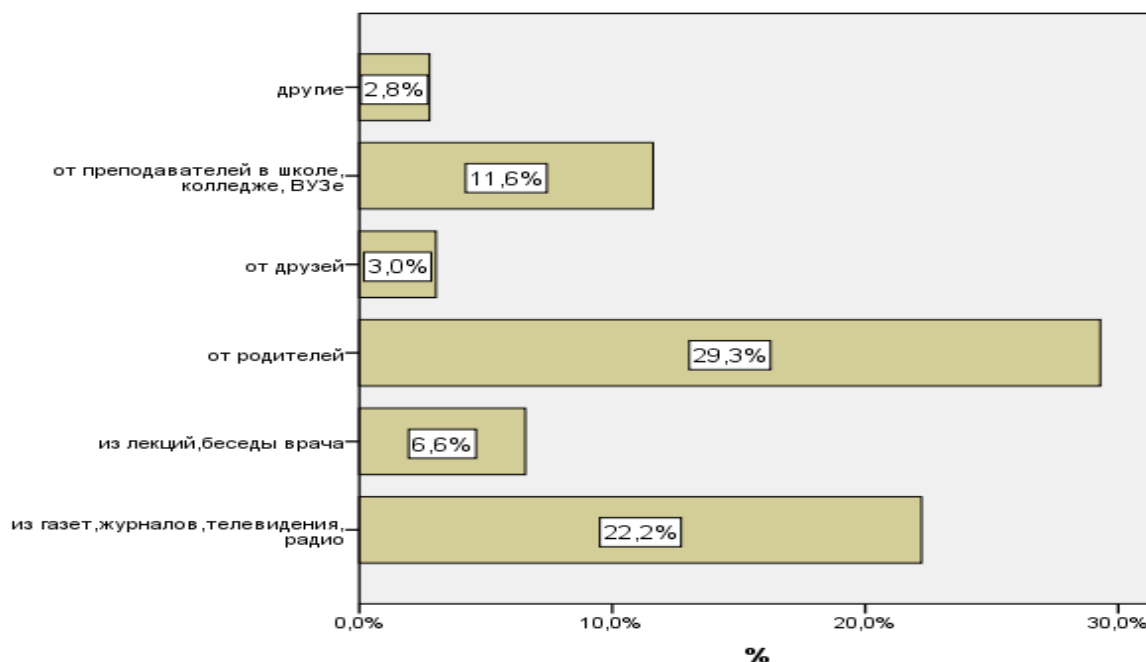


Рис. 5.25. Основные источники информации в отношении гигиенических и медицинских знаний

Характерно, что основная часть детей и подростков получает знания от родителей (в 29,3% случаев), а также из масс-медиа (в 22,2% случаев). Информационный вклад учебных заведений и преподавателей значительно меньше – он составляет 11,6%, а вклад медицинского персонала – еще меньше (лишь 6,6%).

В *таблице 5.60* представлено мнение родителей в отношении удовлетворенности организацией работы в детской поликлинике. В наибольшей степени респонденты удовлетворены расписанием работы врачей (в 21,2%), возможностью дозвониться в поликлинику 9 в 19,7%), обслуживанием на дому (18,9%) и временем, уделяемым педиатром пациенту (18,6%). В наименьшей степени родители удовлетворены: системой записи в поликлинику (13,7%), временем ожидания приема педиатра (13,8%), близостью поликлиники (14,9%) .

Таблица 5.60

**Удовлетворенность родителей организацией работы в детской
поликлинике**

Категории	Удовлетворены	Не удовлетворены
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Расписание работы врачей	84 – 21,2%	16 – 4,1%
Возможность дозвониться в поликлинику	78 – 19,7%	15 – 3,8%
Обслуживание на дому	75 – 18,9%	16 – 4,2%
Время ожидания очереди в регистратуру	67 – 17,0%	32 – 8,0%
Работа персонала регистратуры	69 – 17,5%	20 – 5,1%
Время, уделяемое пациенту врачом	74 – 18,6%	20 – 5,1%
Время ожидания приема врача	55 – 13,8%	32 – 8,1%
Система записи	54 – 13,7%	36 – 9,1%
Возможность попасть на прием к терапевту	69 – 17,4%	22 – 5,5%
Возможность попасть на прием к специалисту	70 – 17,8%	19 – 4,8%
Получение диагностических услуг	69 – 17,4%	21 – 5,3%
Обеспеченность оборудованием	66 – 16,8%	25 – 6,3%
Чистота и комфортность помещений	70 – 17,8%	14 – 3,5%
Близость поликлиники	59 – 14,9%	33 – 8,3%

По всем категориям, характеризующим организацию работы в детской поликлинике, получены статистически значимые различия в зависимости от места проживания. Однако, малое число наблюдений в горной местности, не позволяет сделать окончательные выводы по удовлетворенности в сравнительно межрегиональном аспекте. На *рисунке 5.26* отражена удовлетворенность родителей системой записи в поликлинике.

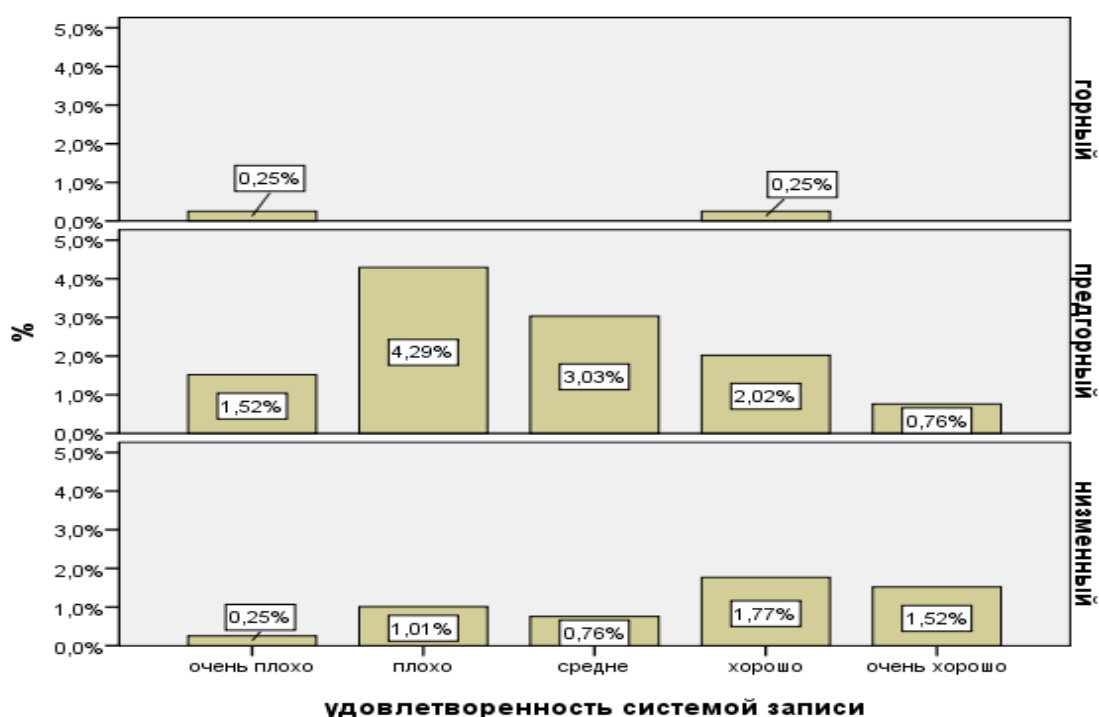


Рис. 5.26. Удовлетворенность родителей системой записи в детской поликлинике в зависимости от региона проживания

Удовлетворенность работой медицинского персонала

В целом родители удовлетворены работой оториноларинголога, причем самые высокие показатели удовлетворенности даны в отношении профессионального уровня ЛОР врача (табл. 5.61). Не удовлетворенных работой ЛОР врача было очень мало и, соответственно, показатели были низкими: от 2,3% до 3,3%. По всем категориям работы ЛОР врача были получены статистически значимые различия между регионами. На рисунке 5.27 отражена удовлетворенность профессиональным уровнем ЛОР врача в зависимости от региона проживания респондентов.

Таблица 5.61

Удовлетворенность родителей работой оториноларинголога

Категории	Удовлетворены	Не удовлетворены
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Профессиональный уровень	96 – 24,2%	9 – 2,3%

Внимание к пациенту	90 – 22,7%	12- 3,1%
Знание условий жизни пациента	86 – 21,7%	13 – 3,3%
Готовность ответить на вопросы	88 – 22,3%	12 – 3,0%
Знание современных лекарственных средств	88 – 22,3%	9 – 2,3%

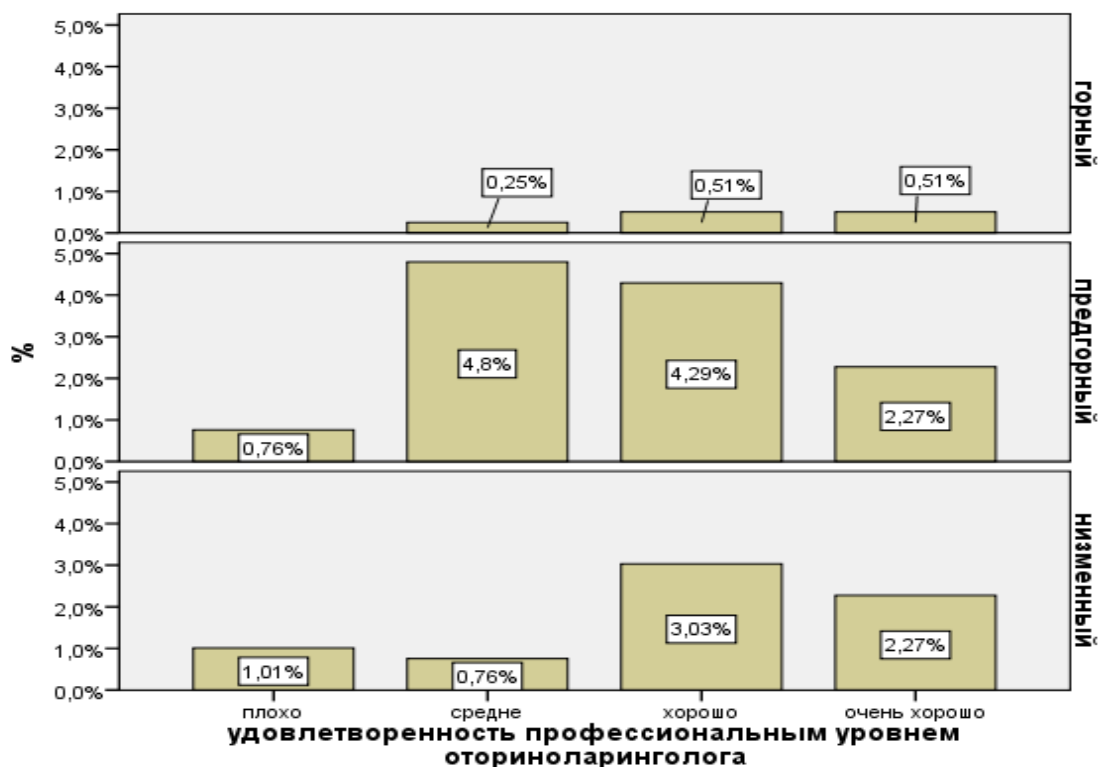


Рис. 5.27. Удовлетворенность профессиональным уровнем оториноларинголога в зависимости от региона проживания в РД

Самые высокие показатели удовлетворенности работой оториноларинголога представили жители предгорных районов Республики. Данное различие статистически значимо по отношению к жителям горной местности.

В таблице 5.62 представлена удовлетворенность родителей работой специалистов и медицинских сестер. Очевидно, что удовлетворенность работой специалистов сходна с удовлетворенностью работой оториноларинголога по аспектам профессионального уровня и вниманию к пациентам. Вместе с тем, показатели неудовлетворенности работой медицинских сестер выше, чем у ЛОР врачей и специалистов. Самые

высокие показатели не удовлетворенности получены в отношении внимания медицинских сестер к пациентам – 10,6% неудовлетворенных. При анализе удовлетворенности работой специалистов и медицинских сестер в зависимости от региона проживания, получены статистически значимые различия. На *рисунке 5.28* отражена удовлетворенность родителей профессиональным уровнем медицинских сестер в зависимости от места проживания: самые низкие показатели удовлетворенности получены жителями предгорной местности РД.

Таблица 5.62

**Удовлетворенность родителей работой специалистов и среднего
медицинского персонала**

Категории	Удовлетворены	Не удовлетворены
	Абс.ч. – %	Абс.ч. – %
Профессиональный уровень специалиста	83 – 20,9%	17 – 4,3%
Внимание специалистов к пациенту	79 – 19,9%	20 – 5,1%
Профессиональный уровень медицинских сестер	77 – 19,5%	27 – 6,9%
Внимание медицинских сестер к пациенту	61 – 15,4%	42 – 10,6%

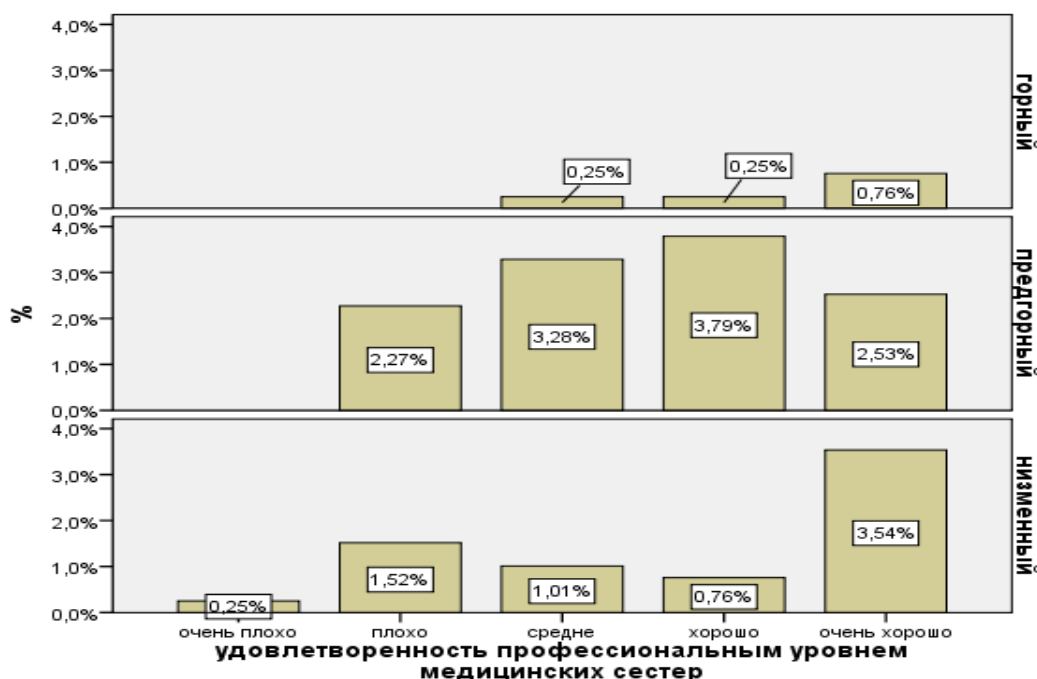


Рис. 5.28. Удовлетворенность родителей профессиональным уровнем медицинских

сестер в зависимости от региона проживания в РД

Выводы

Таким образом, *проведенный анализ 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. Взаимоотношения в семьях детей и подростков в большинстве своем дружные.
- 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 помощью.
- 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 части РД.
- 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.

Резюме к главе 5

В РД создана и осуществляется медицинская помощь населению системой здравоохранения, включающей учреждения первичной медико-санитарной помощи и стационары. Несмотря на наличие определенных негативных особенностей, влияющих на организацию медико-социальной

помощи жителям Республики (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.

Необходимо:

- 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.

Выборка взрослого населения РД характеризовалась рядом социально-демографических особенностей по сравнению с общероссийскими данными, однако по большинству социально-экономических и демографических показателей повторяла региональные особенности официальной статистики, что позволяет говорить о представительности выборки для опроса и возможности экстраполяции результатов опроса на все население РД.

Установлены положительные закономерности, характеризующие состояние здоровья респондентов из РД по сравнению с другими регионами России: более низкая распространенность поведенческих факторов риска – курения, НФА среди мужчин. распространенности избыточной массы тела (ИМТ) и более высокими показателями хорошей самооценки собственного здоровья.

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

Процедура стандартизации по возрасту обеспечила сопоставимость данных между группами респондентов, проживающих в различных районах Республики. Установлены неблагоприятные тенденции по распространенности потребления алкоголя и курению; по распространенности хронических заболеваний и инвалидности для жителей горных районов Республики. Жители предгорных районов характеризуются наиболее низкой самооценкой здоровья, эта группа лиц чаще других имеет льготы на лекарственное обслуживание. Жители низменных 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 инвалидизации (в 11,8% случаев) взрослого населения по сравнению с другими регионами РФ;

- проживание в горных районах РД 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 Республики.
- При обращении за ЛОР 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 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 Республики.
- При обращении за стационарными ЛОР услугами встречаются практики самостоятельного обращения без направления из АПУ и по экстренным причинам, особенно часто среди жителей горных районов.

Установлены факторы, увеличивающие обращаемость за оториноларингологической помощью в РД. К их числу относятся:

- 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. В РД действует правило «наоборот».

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 МУ 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 Республики. Так как 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, специалистов . 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.

Проведенный анализ 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. Взаимоотношения в семьях детей и подростков в большинстве своем дружные.
- 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 помощью.
- 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 части РД.
- 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.

Глава 6. Организация универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в республике Дагестан

6.1. Обоснование необходимости совершенствования организации медицинской помощи пациентам с врожденной тугоухостью.

Организация работы аудиологического скрининга

Сохранение тенденции к росту числа детей с тугоухостью и глухотой на фоне уменьшения младенческой смертности от перинатальных причин выдвигает на одно из первых мест решение проблемы ранней диагностики патологии слуха.

В РФ насчитывается около 12 млн человек с нарушениями слуха, из них детей и подростков – около 1,3 млн. За пятнадцатилетний период показатель распространённости тугоухости увеличился в 1,5 раза. На сегодняшний день в РФ около 323 тыс. глухих детей.

Обеспечение социальных гарантий для людей с нарушениями слуха является значительным экономическим бременем для государства. В детском возрасте для их воспитания требуются особые условия (содержание ребёнка в специализированном детском учреждении обходится государству в 8 раз дороже, чем в обычных учреждениях такого типа). В дальнейшем обучение детей с глухотой происходит в специализированных образовательных учреждениях; для трудоустройства таких людей требуется создание специализированных рабочих мест, а интеграция их в общество обеспечивается созданием особых условий, таких как сурдоперевод. Кроме того, инвалидам по слуху пожизненно выплачивается пенсия по инвалидности.

В настоящее время в РФ при незначительной, средней и тяжелой степенях тугоухости для коррекции применяют слухопротезирование слуховыми аппаратами, а также, при наличии показаний (кондуктивная тугоухость), – различные виды слухоулучшающих операций. При полной

глухоте, как правило, показана операция – кохлеарная имплантация; данная операция с обязательным комплексом реабилитационных мероприятий даёт возможность глухим людям воспринимать звуковую информацию.

Таким образом, восстановление слуха (кохлеарная имплантация) и начало занятий с ребёнком, под контролем сурдопедагога, – это важнейшее звено в медико-социальной реабилитации данных пациентов.

В настоящее время одними из проблем отечественного здравоохранения, не решёнными на ведомственном уровне, являются:

⇒ недостаточное использование современных высокодостоверных способов диагностики и высокоэффективных способов лечения глухоты;

⇒ отсутствие системы получения оперативной информации о числе глухих, количестве и качестве выполнения высокотехнологичных видов помощи для лечения глухих детей.

Действующая ранее в РФ схема аудиологического скрининга, основанная на анализе факторов риска и поведении ребёнка (поведенческом скрининге) согласно Приказу Минздрава РФ №108 от 1996 г., недостаточно объективна и эффективна. Анализ возрастной характеристики детей на момент постановки диагноза показывает, что в возрасте до года только у 5,2% детей выявляется нарушение слуха. Это обусловлено недостаточным анализом факторов риска по тугоухости в родильных домах, наличием только у 50% детей с выявленной нейросенсорной тугоухостью факторов риска, недостоверностью поведенческого скрининга и поздними сроками его проведения у детей группы риска. Таким образом, для повышения эффективности аудиологического скрининга у детей необходимо применение объективных методов исследования слуха, начиная с периода новорожденности.

С ноября 2007 г. ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» совместно с руководством территориальных органов здравоохранения начал внедрение методики универсального аудиологического скрининга в 4-х пилотных регионах РФ 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 мес. (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 (см. ниже).

Диагностический аудит включал в себя 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.

Регистрация ЗВОАЭ в учреждениях родовспоможения проводится всем новорождённым на 3–4-е сутки жизни и при положительных результатах (в случае непрохождения скрининга) – повторно непосредственно перед выпиской. Регистрация ЗВОАЭ и КСВП проводится на 4–6-м месяцах жизни ребёнка в центрах реабилитации слуха.

Нами написаны **методические рекомендации «Универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни» (Приложение 5)** и в Росздравнадзоре официально зарегистрирована

«Методика аудиологического скрининга» (рис. 6.1), таким образом, впервые появилась правовая основа для внедрения данной технологии на всей территории РФ.



Рис. 6.1. Разрешение на применение новой медицинской технологии

6.2. Разработка и внедрение инновационной системы универсального двухуровневого скрининга

За счёт полноценного двухэтапного аудиологического скрининга достигается 100%-ная выявляемость нарушений слуха у новорождённых и

детей первого года жизни. Следует понимать, что скрининг – не самоцель, а только начальный элемент создания в будущем системы помощи детям с патологией слуха. С учётом раннего вмешательства и начала реабилитации, это позволит 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.

Скрининг – это универсальное исследование с профилактической целью, предназначенное для выявления тех индивидуумов из всех осмотренных, кто с высокой степенью вероятности имеет нарушение, являющееся предметом скрининга.

Классический алгоритм скрининга новорожденных является двухэтапным и состоит из проведения объективных аудиологических исследований – регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ) – **I этап** и регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) – **II этап**.

Регистрацию отоакустической эмиссии проводят в первые дни жизни ребенка. В случае получения отрицательного результата (ОАЭ регистрируется), дальнейшее тестирование не требуется (**I этап**).

II этап скрининга включает в себя запись коротколатентных слуховых вызванных потенциалов мозга (КСВП) — наиболее статистически достоверным объективным тестом определения порогов звуковосприятия. Данное исследование проводят специалисты сурдологи оториноларингологи.

Таким образом, широкомасштабное внедрение данной программы на государственном уровне приведет к улучшению (за счет раннего выявления) качества оказания специализированной медицинской помощи (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) и, в конечном итоге, позволит сократить расходы государственного бюджета за счет граждан,

которым успешно был проведен курс реабилитации тугоухости.

На I этапе обследованию подлежат все новорожденные в учреждениях родовспоможения; дети, родившиеся вне учреждений родовспоможения, а также дети, не прошедшие (положительный результат, т.е. ОАЭ не регистрируется) в учреждениях родовспоможения, первый этап скрининга проходят в детской поликлинике.

II этап скрининга проводят детям, не прошедшим первый этап (в т.ч. повторное тестирование в детской поликлинике), а также детям из группы риска (рис. 6.2).

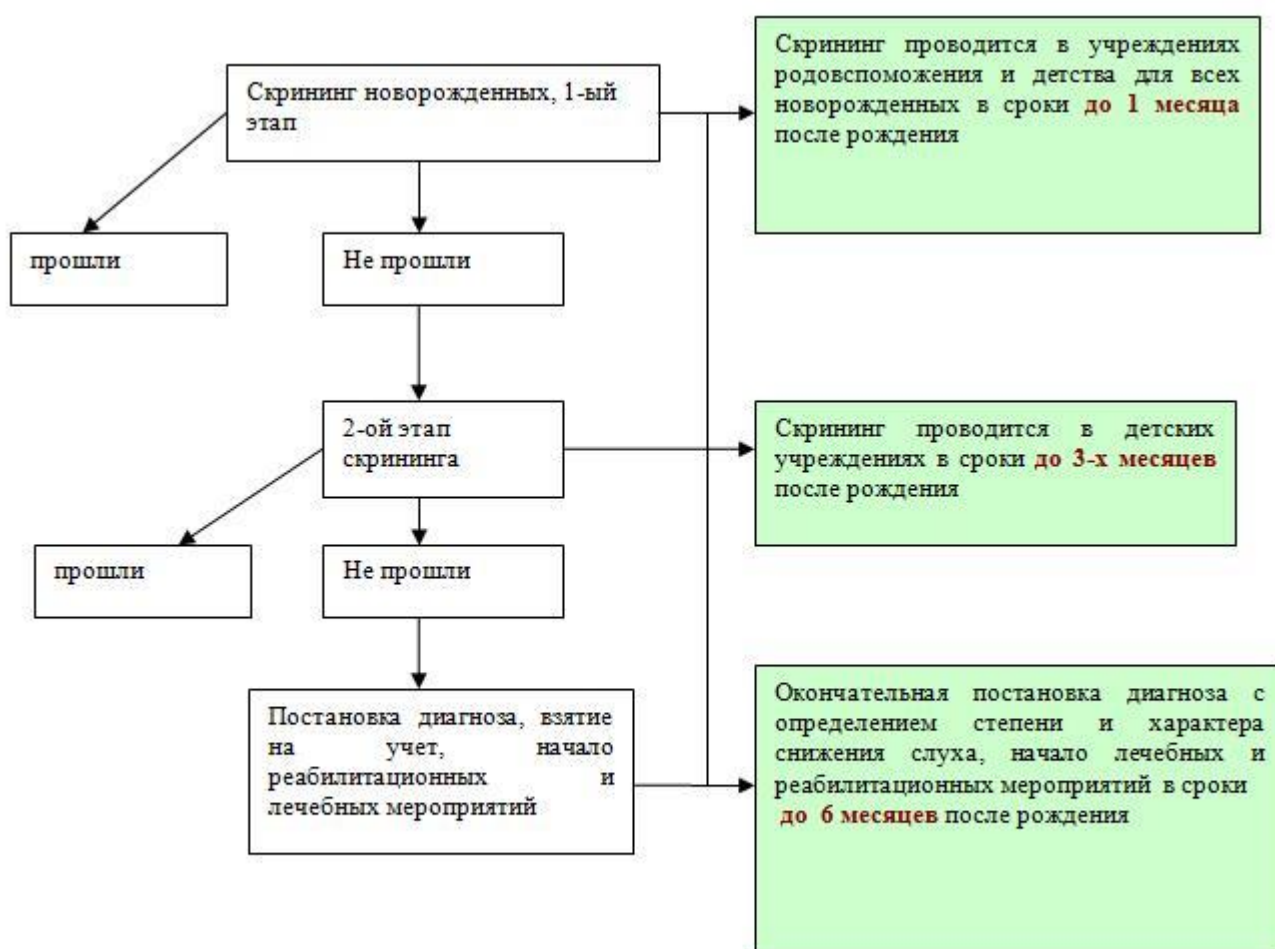


Рис. 6.2. Алгоритм проведения двухэтапного аудиологического скрининга

6.3. Разработка методического обеспечения. Методика проведения аудиологического скрининга

Раннее выявление нарушений слуха у новорожденных достигается

путем проведения двухэтапного аудиологического скрининга, основанного на: автоматической регистрации ОАЭ в учреждениях родовспоможения и детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах) – **I этап**; при получении положительных результатов на первом этапе (ОАЭ не регистрируется), в центрах реабилитации слуха и детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах), оснащённых соответствующей аппаратурой проводят регистрацию КСВП – **II этап**.

Регистрацию ОАЭ в учреждениях родовспоможения проводят всем новорождённым на 3–4-е сутки жизни.

Регистрацию ОАЭ в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах) проводят на 4–6-й неделях жизни:

⇒ детям, которые получили положительный результат в ходе регистрации ОАЭ в учреждении родовспоможения;

⇒ детям, которые по состоянию здоровья или другим причинам не были обследованы в учреждениях родовспоможения;

⇒ детям, родившимся вне учреждений родовспоможения.

Регистрацию КСВП проводят на 4–6-м месяцах жизни ребёнка в центрах реабилитации слуха городского (республиканского, краевого, областного) значения (сурдологическом кабинете) или в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах), оснащённых соответствующей аппаратурой:

⇒ детям, которые получили положительный результат в ходе регистрации ОАЭ в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах);

⇒ детям, имеющим факторы риска развития тугоухости и глухоты, вне зависимости от результатов обследования, полученных в учреждении родовспоможения и/или в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах). Детям из данной группы рекомендовано проведение регистрации ОАЭ и КСВП с целью выявления

т.н. ретрокохлеарной патологии, вероятность наличия которой у данной группы лиц выше.

В случае выявления нейросенсорной тугоухости (на основании проведения регистрации КСВП), для получения частотно-специфической характеристики порогов звуковосприятия, проводят ASSR-тест (регистрацию стационарных слуховых потенциалов), на основании которых возможно проведение раннего слухопротезирования.

Протокол исследования должен также включать и проведение тимпанометрии для выявления возможного кондуктивного компонента.

Организация аудиологического скрининга новорожденных

I этап аудиологического скрининга осуществляется в учреждении родовспоможения или детской поликлинике врачами-неонатологами, оториноларингологами или медицинскими сестрами, прошедшими специальное обучение (тематическое усовершенствование).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 27 марта 2006 г. №197 *«Об организации деятельности родильного дома (отделения)»* структура и штатная численность медицинского и иного персонала родильного дома (отделения) утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

В учреждении родовспоможения проводятся:

- ⇒ регистрация ЗВОАЭ на 3–4-е сутки жизни новорождённого;
- ⇒ ведение учётно-отчётной документации или фиксирование данных в медицинской документации (до разработки учётно-отчётной документации) – регистрация факторов риска по тугоухости и глухоте: данные анамнеза матери, течения беременности и родов, показатели при рождении и в неонатальном периоде, проводимая терапия ребенку и т.д.; результат регистрации ОАЭ. Результаты передаются в региональный центр реабилитации слуха, региональный орган здравоохранения, региональный

информационно-аналитический центр и сохраняются на электронных носителях;

⇒ направление детей, которые получили положительный результат скрининга, на повторное прохождение первого этапа (детская поликлиника). Детей из группы риска направляют на прохождение второго этапа скрининга.

Регистрация ОАЭ

Каждому новорождённому на 3–4-е сутки жизни врачом-неонатологом (медицинской сестрой) при помощи прибора для скринингового исследования ОАЭ проводится автоматическая регистрация ОАЭ. Электроакустический зонд с миниатюрным телефоном и высокочувствительным микрофоном (акустический зонд, на который надевается ушной вкладыш) герметически вводят в наружный слуховой проход ребенка, находящегося в спокойном состоянии, в период между кормлениями. Зонд подсоединён к прибору для регистрации ОАЭ. Новорожденный должен быть неподвижным и спокойным; желательно, чтобы он спал; для успокоения ребёнка может быть использована пустышка, однако в момент исследования необходимо вынуть пустышку изо рта ребёнка, поскольку сосание вносит дополнительный шум и снижает вероятность прохождения теста. Грибовидный или конусовидный вкладыш соответствующего для полной obturации слухового прохода размера, вводится по ходу наружного слухового прохода при лёгком оттягивании мочки уха ребёнка книзу и кзади. Исследование проводится в тишине. Тестирование при использовании грибовидного вкладыша более эффективно; вкладыш должен быть введен в слуховой проход, а не расположен у его входа, оставляя проход открытым (*рис. 6.3*).



Рис. 6.3. Регистрация ОАЭ

Алгоритм проведения скрининга

Согревание вкладышей также предотвращает беспокойство ребенка во время тестирования. При незарегистрированной ОАЭ на экране высвечивается ответ «не прошел» тест («refer», «направлять»), при зарегистрированной ОАЭ – «прошел» тест («pass»).

Детям, прошедшим первый этап скрининга (отрицательные результаты скрининга), не имеющим факторов риска и не нуждающимся в наблюдении невропатолога и других специалистов, дальнейшее исследование слуха не проводится.

Повторное скрининговое исследование

Повторная автоматическая регистрация ОАЭ проводится в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах), оснащённых соответствующей аппаратурой, на 4–6-й неделях жизни детям, которые получили положительный результат в ходе регистрации ОАЭ в учреждении родовспоможения; детям, которые по состоянию здоровья или другим причинам не были обследованы в учреждениях родовспоможения; а

также детям, родившимся вне учреждений родовспоможения.

Регистрацию осуществляют врачи-педиатры, оториноларингологи, неврологи или медицинские сестры, прошедшие специальное обучение (тематическое усовершенствование). Проведение повторного тестирования рекомендуется в условиях, аналогичных первичному тестированию.

При повторных положительных результатах (при непрохождении) скринингового тестирования по регистрации ОАЭ врач-педиатр направляет ребёнка в региональный центр реабилитации слуха (сурдологический кабинет) для проведения второго этапа аудиологического обследования. При соответствующем оснащении детского амбулаторно-поликлинического учреждения (отделения, кабинета), второй этап скрининга может быть проведен здесь же (при условии соблюдения всех норм ведения соответствующей документации).

Регистрация КСВП

Регистрация КСВП (II этап аудиологического скрининга) проводится на 4–6-м месяце жизни ребёнка в центре реабилитации слуха (сурдологическом кабинете) или в детском амбулаторно-поликлиническом учреждении (отделении, кабинете), оснащенных соответствующей аппаратурой, в помещениях, имеющих контур заземления. Регистрация осуществляется сурдологом-оториноларингологом (отоларингологом, врачом-педиатром, медицинской сестрой), прошедшим специальное обучение (тематическое усовершенствование). Обследование проводится детям, которые получили положительный результат в ходе регистрации ОАЭ в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах), а также детям, имеющим факторы риска развития тугоухости и глухоты, вне зависимости от результатов обследования, полученных в учреждении родовспоможения и/или в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях, кабинетах).

КСВП отражают информацию о состоянии различных структур

слухового проводящего пути.

Регистрацию КСВП проводят в состоянии спокойного бодрствования обследуемого ребенка (при условии достаточного физического покоя), естественного или медикаментозного сна.

Участки кожи на голове ребенка перед исследованием обрабатывают абразивным гелем, а затем спиртом. При установке электродов используют электропроводный гель или пасту для улучшения электропроводности и уменьшения сопротивления кожи. Межелектродное сопротивление не должно превышать 3–7 кОм (в зависимости от модели прибора). В противном случае следует провести повторную обработку кожи и переустановку электрода/электродов в соответствующих областях.

При регистрации КСВП используется двухканальная система регистрации СВП. Один из электродов (положительный) располагают по средней линии лба на границе роста волос; отрицательные электроды (правый и левый) фиксируют на соответствующем сосцевидном отростке. Заземляющий электрод укрепляют согласно схеме предложенной разработчиком оборудования. Звуковую стимуляцию желательно проводить с помощью внутриушных телефонов (применение стандартных амбушуров менее предпочтительно). В наружные слуховые проходы вводят одноразовые внутриушные вкладыши - конусовидные или цилиндрические, способные уменьшаться в диаметре под действием рук исследователя и затем «расправляться» в наружном слуховом проходе, полностью обтурируя его. Второй тип вкладышей, цилиндрический, перед введением необходимо уменьшить в диаметре, «прокатывая» его между указательным и большим пальцами руки. Исследование проводится согласно алгоритму производителя оборудования.

При стандартной методике регистрации КСВП частота предъявления стимулов составляет 20–40/с. Интенсивность стимулов при скрининговом исследовании составляет 30–40 дБ нПС (параметры зависят от используемого прибора).

Наличие потенциалов при интенсивности стимула 30–40 дБ свидетельствует о прохождении теста (отрицательный результат). Отсутствие ответа (положительный результат) на данный стимул указывает на наличие нарушения слуха. Этим детям в региональных центрах реабилитации слуха показано проведение расширенного аудиологического обследования. Технически, в случае выявления нарушения слуха, второй этап может быть расширен. Так, при отсутствии V пика на 30–40 дБ интенсивность стимула повышают с шагом 5–10 дБ вплоть до визуализации данного компонента ответа, что дает информацию о примерном пороге звуковосприятия в диапазоне частот 2–4 кГц. Другие тесты (при наличии соответствующего оборудования и опытного персонала), уточняющие состояние слуха ребенка с выявленной тугоухостью (тип, степень, частотно-специфические пороги звуковосприятия) можно провести сразу же (акустическая импедансометрия, регистрация ОАЭ, регистрация КСВП и ASSR), что дает возможность раннего слухопротезирования и, при глубоких поражениях слуха, ускорит подготовку к кохлеарной имплантации, что существенно повышает конечный эффект реабилитации.

Расширенное аудиологическое обследование

Расширенное аудиологическое обследование, которое включает в себя акустическую импедансометрию, регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ), регистрацию коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) и ASSR-тест может быть проведено отдельно от *II-го этапа*. Специалисты, проводящие второй этап скрининга должны разъяснять родителям детей с выявленной тугоухостью критичность временного фактора таким образом, чтобы расширенное аудиологическое обследование было проведено в оптимально короткие сроки.

Акустическая импедансометрия

Данное обследование выполняется на импедансометре с зондирующим

тоном 1000 Гц (детям первого года жизни) интенсивностью 85 дБ УЗД (по уровню звукового давления). Тимпанометрию проводят при изменении давления в наружном слуховом проходе в диапазоне от +200 до –400 даПа. Оценивают форму тимпанограммы. При оценке тимпанограмм используют классификацию J. Jerger (1970) – тимпанограммы типов “А”, “В”, “С”, “Ad” и “As”. Кроме того, осуществляют ипси- и контралатеральную регистрацию акустического рефлекса. Оценивают наличие акустического рефлекса и его пороги при ипси- и контралатеральной стимуляции. Акустическая импедансометрия позволяет исключить патологию среднего уха и системы звукопроводения.

Объективная аудиометрия

Данное исследование проводится для оценки уровня порогов звуковосприятия и подтверждения результатов скринингового обследования. Регистрацию КСВП проводят в состоянии спокойного бодрствования обследуемого ребенка (при условии достаточного физического покоя), естественного или медикаментозного сна; ASSR-тест рекомендовано проводить в состоянии естественного физиологического сна.

В качестве стимулов используют короткие широкополосные акустические щелчки альтернирующей полярности, полученные от прямоугольных электрических импульсов длительностью 100 мкс. При стандартной методике регистрации КСВП частота предъявления стимулов составляет 21–30/с. Для исключения возможного взаимодействия стимула с электрическими эффектами сетевой частоты (50 Гц) используют дробное число предъявлений в секунду, например 21,1 Гц. Для выделения волн КСВП используют высокие значения коэффициента усиления. Доля фрагментов, оцененных как артефакты, не должна превышать 20%. Длительность усредняемых отрезков электроэнцефалограммы (окно анализа) составляет обычно 15–20 мс от начала стимула. Исследование обычно начинают с интенсивности стимуляции в 60 дБ над порогом нормального слуха. При

отсутствии ответа интенсивность увеличивают, при наличии ответа – постепенно снижают шагом в 5–10 дБ до порогового уровня стимуляции. Нижняя полоса пропускания усилителя устанавливается на уровне 100–300 Гц, а верхняя – на уровне 3000 Гц. В ряде случаев, особенно при исследовании детей раннего возраста, проводится расширение полосы пропускания усилителя от 30 до 3000 Гц.

Фоновая биоэлектрическая активность значительно превышает по величине сигнал КСВП, что заставляет применять длительное накопление сигнала. Обычно при спокойном сне ребенка требуется около 1500–2000 усреднений постстимульных отрезков электроэнцефалограммы. На околопороговых интенсивностях звуковой стимуляции и/или при неглубоком сне ребенка исследование продолжают до значительного увеличения числа накоплений (до 8000).

Для исключения ошибки при анализе полученных кривых учитывают не только достаточное количество накоплений, но и достаточно точную повторяемость кривых. Слуховую функцию оценивают по пороговым и амплитудно-временным характеристикам V пика КСВП.

За порог регистрации (так называемый порог визуальной детекции КСВП) принимают наименьшую интенсивность стимула (дБ нПС или дБ УЗД), при которой визуализируется V пик. Ранние компоненты КСВП, как правило, идентифицируются при подаче звуковых стимулов, значительно превышающих по интенсивности пороги слышимости. В связи с этим, при анализе кривых вызванных потенциалов и определении порога визуальной детекции ориентируются, прежде всего, на волны III и V. При приближении к пороговой интенсивности, когда ответ становится неочевидным, повторяют спорные регистрации при тех же параметрах или при условиях, обеспечивающих максимальное выделение потенциалов (увеличивая значения коэффициента усиления или количество усреднений). Латентные периоды волн измеряют от начала стимула до положительного пика волны, а амплитуды – от положительного пика до последующего отрицательного.

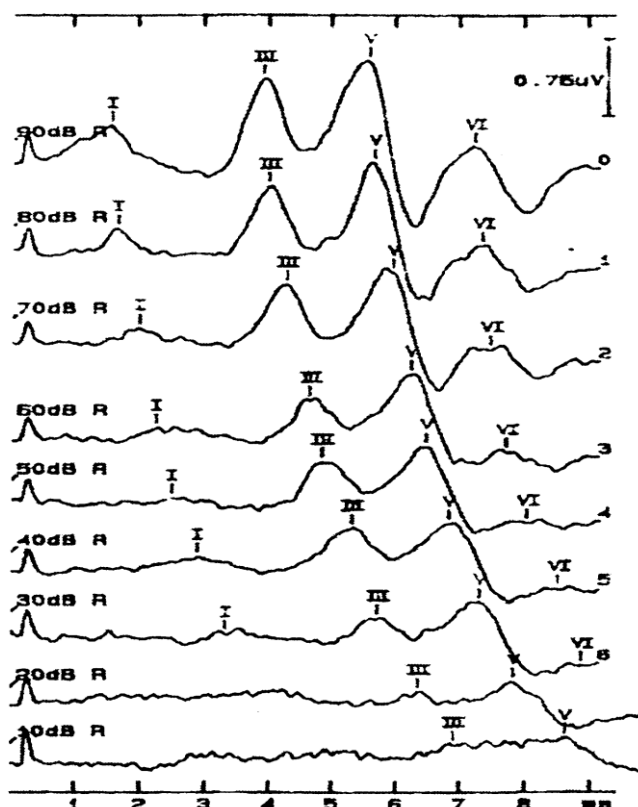


Рис. 6.4. Кривые регистрации волн КСВП в зависимости от интенсивности стимулирующего сигнала у отологически здорового ребенка

На *рисунке 6.4* представлены типичные кривые регистрации волн КСВП в зависимости от интенсивности стимулирующего сигнала у ребенка с нормальным слухом.

ASSR-тест (регистрация стационарных слуховых потенциалов)

При регистрации ASSR интенсивность стимула может быть установлена в пределах от до 100–130 дБ нПс (в зависимости от производителя). Исследование следует проводить в состоянии сна. Тестовыми частотами являются фиксированные тональные стимулы от 250 до 8 000 Гц. Соотношение характеристик параметров модуляции амплитуды и частоты является определяющим в работе расчетного алгоритма, поэтому внесение каких-либо изменений в эти настройки может отразиться на точности конечного результата.

Стимулы, используемые для регистрации ASSR, модулируются как по

амплитуде (АМ), так и по частоте (ЧМ) и оба вида модуляции сочетаются в одном тесте.

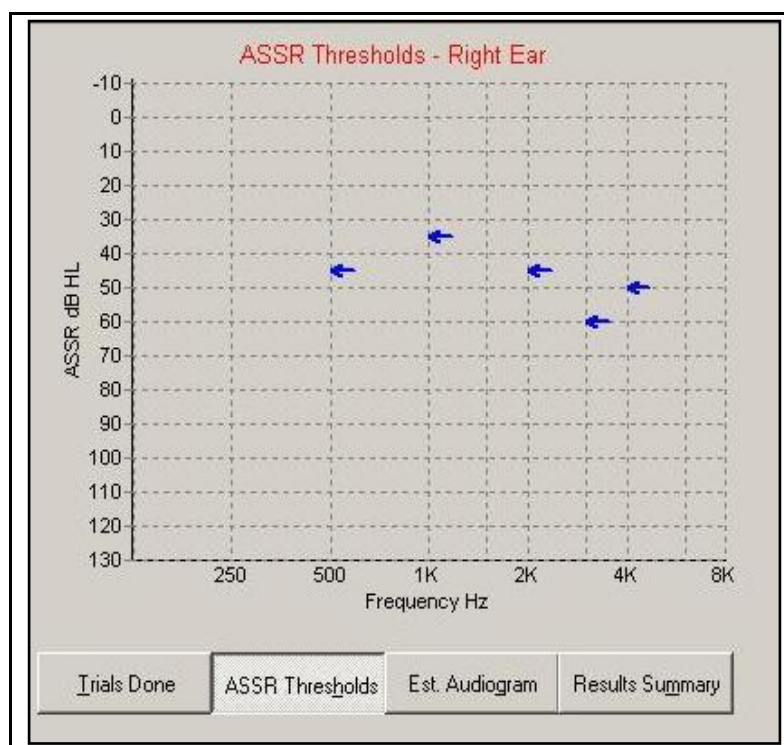


Рис. 6.5. Графики расчетных порогов слуха по данным регистрации ASSR

Анализ акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны происходит автоматически на основе алгоритма предложенного производителем. Важно понимать, что регистрация данного теста возможна только в условиях невысокой фоновой ЭЭГ активности, то есть в условиях так называемого оптимального соотношения сигнал / шум.

Поскольку статистическая обработка получаемых данных происходит во время тестирования, то, по достижении заранее установленной величины вероятности, алгоритм анализа автоматически останавливает пробу и предоставляет ответ.

Во время тестирования величина вероятности также представлена в режиме реального времени. Любой пробег теста, зафиксированный в условиях повышенной ЭЭГ активности, обозначается как артефакт и не включается в дальнейшую обработку.

Ситуация, когда фиксируется высокая степень синхронности стимула и ЭЭГ-активности обозначается как ответ, привязанный по фазе, что можно

трактовать как наличие акустического ответа мозга на данный стимул (рис. № 6.3). Необходимо понимать, что порог ASSR и т.н. «поведенческий» порог не тождественны, и использовать результаты данного теста для слухопротезирования без изменений недопустимо.

Регистрация отоакустической эмиссии

Для оценки функционирования рецепторного аппарата улитки и дифференциальной диагностики ретрокохлеарной тугоухости (например, слуховой нейропатии) применяют метод регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ). Электроакустический зонд с миниатюрным телефоном и высокочувствительным микрофоном (акустический зонд, на который надевается ушной вкладыш) герметически вводят в наружный слуховой проход ребенка.

В качестве стимула используют широкополосный щелчок интенсивностью 80 дБ УЗД. Стимул предъявляют в нелинейном режиме стимуляции: стимулы объединяются в группы, состоящие из 4 щелчков каждая - первые 3 щелчка в каждой группе имеют одинаковую полярность и равную интенсивность, тогда как четвертый щелчок имеет противоположную полярность и превосходит предыдущие стимулы по интенсивности в 3 раза. Это позволяет подавить линейные артефакты, источниками которых могут быть наружный слуховой проход и среднее ухо, а также артефакт стимула.

Анализ полученных результатов обычно производят во временном окне в 20 мс. Используется усреднение до 280 реализаций. Длительность подавления артефакта стимула – до 3 мс. Для резекции артефактов чаще всего используется методика визуализации уровня шума. С целью более достоверного выделения ответа рекомендуется применение системы двух буферов, обозначаемых как А и В. Нечетные реализации накапливаются в один буфер (А), четные реализации – в другой (В). Корреляция полученных результатов производится наложением буфера А на буфер В. При наличии зарегистрированного ответа коэффициент корреляции растет, и данные из

буферов А и В почти полностью соответствуют друг другу. В том случае, если запись содержит посторонние шумы и незначительный отоакустический ответ, коэффициент корреляции снижен, и данные из буферов А и В не соответствуют друг другу. Средний артефакт шума может быть вычислен как разность ответов, полученных в буферах А и В.

При регистрации ЗВОАЭ на выходе микрофона регистрируется артефакт шума и отоакустический ответ. Для дифференциации ОАЭ используется соотношение сигнал/шум. Большое значение для правильной записи имеет качество установки микрофона в наружный слуховой проход. На *рисунке 6.6* представлен типичный пример ответа.

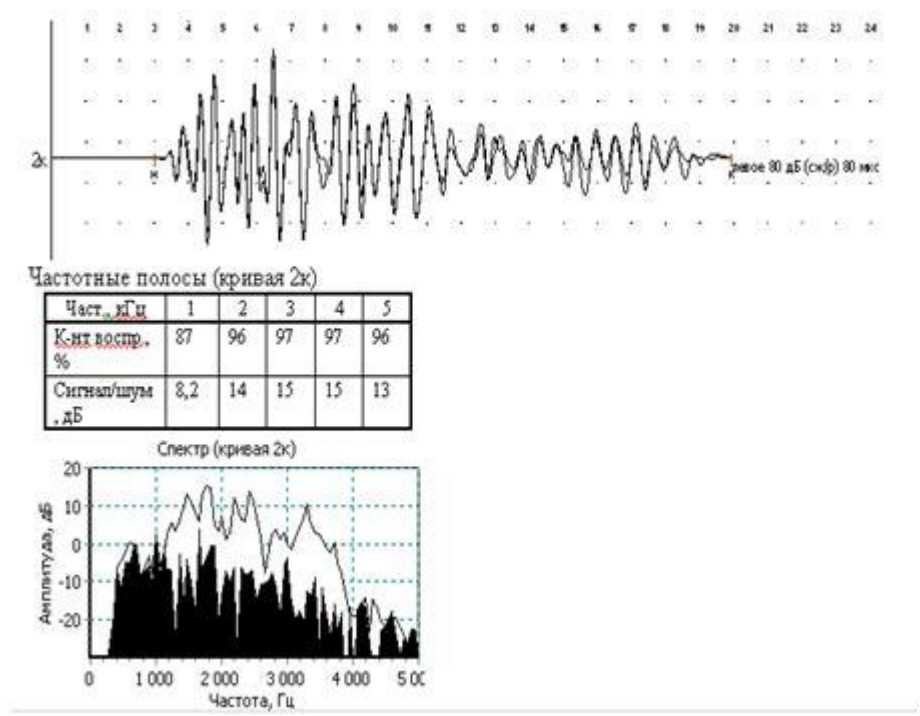


Рис. 6.6. ЗВОАЭ у отологически здоровой девочки 3-х месяцев

В верхней части протокола обследования представлен характер кривой ответа во временной развертке. Окно анализа составляет 20 мс. Представлены данные из двух буферов памяти (А и В) и произведено их наложение друг на друга. Первые 3 мс ответа не вводятся в анализ для уменьшения артефакта стимула.

В нижней части протокола оценены спектр и частотные полосы ответа: Спектр-спектральный анализ ответа-диаграмма отражает общий спектр ответа для буферов А и В на частотах от 0 до 5 000 Гц.

Спектр артефакта шума представлен в нижней части диаграммы темным цветом. Спектр полученной отоакустической эмиссии – более светлым цветом. Частотные полосы – представлены коэффициент воспроизводимости (совпадения) ответов каналов А и В и соотношение сигнал/шум в частотных полосах от 1 до 5 кГц.

ЗВОАЭ считается достоверно зарегистрированной, если не менее чем в 3 частотных полосах коэффициент совпадения четных и нечетных ответов больше 60%, и величина ответа превосходит уровень шума не менее чем на 3 дБ.

После подтверждения снижения слуха и определения его характера и степени необходимо приступить к проведению соответствующего лечения или (ре)абилитационных мероприятий.

Факторы, влияющие на результаты скрининга по ЗВОАЭ

При отсутствии высокоамплитудной ЗВОАЭ необходимо дифференцировать, является ли это следствием патологии внутреннего или среднего уха, либо результатом неадекватности условий регистрации.

На сегодняшний день выделяют 8 факторов, которые могут оказывать влияние на результаты регистрации ЗВОАЭ или их интерпретацию:

- ⇒ количество накопленных ответов;
- ⇒ адекватность стимула;
- ⇒ повторяемость результатов;
- ⇒ стабильность зонда;
- ⇒ состояние ребенка;
- ⇒ наличие послеродовых масс в наружном слуховом проходе;
- ⇒ сроки, в которые проводится тестирование;
- ⇒ программное обеспечение для анализа ЗВОАЭ.

Кроме того, нами разработаны методические рекомендации **«Стандартизация условий проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни»** (*Приложение 7*), где изложены условия, необходимые для стандартизации исследований (в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», строительными нормами и правилами СНиП 2.08.02-89* «Общественные здания и сооружения», условиями эксплуатации аппаратуры, методикой проведения исследований):

- ⇒ требования к месту проведения исследования;
- ⇒ требования к ходу проведения исследования;
- ⇒ требования к хранению оборудования.

6.4. Разработка нормативного обеспечения по организации аудиологического скрининга

Для упорядочения организации проведения универсального аудиологического скрининга нами (ФГУ НКЦ оториноларингологии) и нашими коллегами (Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования, Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи) были разработаны и внесены предложения, на основании которых было составлено письмо Минздравсоцразвития РФ от 01.04.2008 г. №2383-РХ **«О проведении универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни»** (*Приложение 8*).

В данном письме определены порядок, организация проведения скрининга, а также фиксация его результатов. Письмо имеет также два приложения, где указываются паспортные данные ребенка и факторы риска по тугоухости и глухоте.

6.5. Разработка системы обучения медицинского персонала

Программа тематического усовершенствования по направлению «Аудиологический скрининг новорожденных» разработана для единой последипломной подготовки специалистов сурдологов-оториноларингологов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях Министерства здравоохранения и социального развития и других ведомствах (*Приложение 6*) предусматривает освещение теоретических положений и практических данных в области сурдологии и смежных дисциплин, а также обучение практическим навыкам, необходимым специалисту для выполнения возложенных на него функциональных обязанностей.

Настоящая программа составлена на основе унифицированной программы последиplomного обучения врачей по оториноларингологии и сурдологии, утвержденной Минздравсоцразвития РФ (Москва, 2000 г.).

Программа составлена в соответствии с Приказом №1221 Министерства высшего и среднего образования РФ. Программа предназначена для врачей лечебных учреждений, использующих в своей работе методики диагностики и коррекции нарушений слуха.

В отличие от типовой программы 2000 года, она включает сведения о последних достижениях в области экспериментальной и клинической аудиологии, современных методах исследования и реабилитации нарушений слуха.

Целью цикла тематического усовершенствования является дальнейшее совершенствование теоретических знаний, практических умений, навыков и профессиональных качеств по одному или нескольким разделам сурдологии. Циклы могут быть предназначены как для сурдологов-оториноларингологов, так и для врачей смежных специальностей, а также для других специалистов сурдопедагогов и медсестер-аудиометристок.

На цикл тематического усовершенствования зачисляются специалисты, нуждающиеся в повышении квалификации по разделу, предусмотренному наименованием цикла.

На циклы тематического усовершенствования врачи и другие

специалисты зачисляются один раз в 3–5 лет. После успешного окончания циклов слушателям выдаются удостоверения.

В программе представлена специальность в полном объеме, кроме того, предусмотрены теоретические и практические вопросы смежных дисциплин. Программа построена по блочной системе, где в качестве блоков предусмотрены разделы дисциплины.

Раздел дисциплины – это законченная часть программы, которая может быть использована при формировании отдельного вида обучения (тематического цикла, декадника, семинара и т.д.). Каждый раздел дисциплины делится на темы, темы – на элементы. Тема является самостоятельной частью раздела дисциплины, отдельные темы или их сумма могут также составлять содержание тематического цикла (декадника, семинара и т.д.)

Тема охватывает круг теоретических вопросов и практических навыков, каждый из которых в отдельности представляет собой элемент программы.

Каждый раздел дисциплины завершается перечнем источников литературы, которые могут быть использованы слушателями при подготовке к занятиям.

Учитывая цели и задачи циклов, в каждом разделе дисциплины вводится графа *«Включение в учебную программу цикла»*. Тем самым обозначается дифференцированный отбор тем и элементов, которые должны быть использованы в преподавании на том или ином цикле обучения.

Цикл тематического усовершенствования имеет соответствующие учебный учебно-тематический планы, что позволяет ввести единые подходы к системе последипломного обучения врачей сурдологов-оториноларингологов. С учетом актуальности различных видов снижения слуха, возрастных аспектов эпидемиологии в отдельных регионах, специфики контингентов слушателей и уровня их базовых знаний, кафедра имеет право вносить изменения в учебно-тематические планы в пределах 15-

20% общего лимита учебных часов данного цикла и корректировать перечень изучаемых тем и элементов.

Программа завершается списком литературы и нормативно-методическими материалами.

Основными видами учебного процесса на цикле являются:

- ⇒ лекции (тематические, проблемные и обзорные),
- ⇒ семинарские занятия различных видов (семинары-коллоквиумы, семинары-дискуссии, семинары-конференции по обмену опытом и др.),
- ⇒ практические занятия в аудитории (решение ситуационных задач и деловых игр),
- ⇒ практические занятия в условиях различных кабинетов консультативно-диагностической поликлиники и стационаров (для детей и взрослых), являющихся базами кафедры,
- ⇒ различные выездные занятия (образовательные учреждения для реабилитации детей с нарушениями слуха, слухопротезные предприятия и кабинеты, отопластические лаборатории).

Для всех видов дополнительного профессионального образования врачей (кроме курсов информации, семинаров, декадника) обязательна проверка базовых знаний и навыков до начала обучения с последующим рубежным контролем знаний.

Для оценки знаний используется тестовый контроль, решение ситуационных задач, собеседование.

В заключение каждого цикла проводится итоговый контроль с оценкой знаний и итоговая конференция. После успешного окончания цикла выдается документ установленного образца.

За 2009–2013 гг. в РД проведено обучение аудиологическому скринингу 92 специалиста (*табл. 6.1*).

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

6.6. Базовые принципы и критерии отбора учреждений для проведения универсального аудиологического скрининга в пилотных регионах

Приоритетной задачей по созданию федеральной системы учета больных детей с потерей слуха является разработка и апробация новой организационно-функциональной модели сурдологического регистра.

На этапе разработки модели принципиально важно определить потребности в финансовых, кадровых, материальных, интеллектуальных ресурсах. С учетом этого был проведен анализ потоков учетной информации для формирования региональных баз данных, анализ функционального и технического оснащения для проведения универсального аудиологического скрининга и оценка потребностей в нем. Кроме того, отдельно учтено мнение специалистов неонатологов, педиатров, сурдологов, оториноларингологов, среднего медицинского персонала, представляющих сеть учреждений родовспоможения, детства и сурдологической помощи, включенных или включаемых в систему.

По результатам проведенного анализа были сформулированы 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:

1. *достичь максимального охвата всех новорожденных универсальным аудиологическим скринингом;*

2. *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:

1. анализ частоты выявления патологии по результатам первого этапа аудиологического скрининга;

2. расчет минимально необходимых потребностей в приборном оснащении различных типов учреждений, входящих в систему аудиологического скрининга, учитывающем распределение реальных потоков новорожденных между ними;

3. 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:

1. с учетом их территориального размещения;

2. с учетом мощности ЛПУ, оснащенности, укомплектованности кадрами, наличием помещений, компьютеризацией;

3. с учетом реальных потоков новорожденных, проходящих через ЛПУ в течение года;

4. расчет потребностей в функциональном и техническом обеспечении ЛПУ, формирующих систему универсального аудиологического скрининга, также связан с определением приоритетов.

Для различных субъектов РФ к числу приоритетов 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.

В соответствии с критериями отбора медицинских учреждений за период 2009–2012 гг. в рамках ПНП «Здоровье» было поставлено оборудование для проведения I этапа универсального аудиологического скрининга и начато проведение исследований в следующих лечебно-профилактических учреждениях РД (табл. 6.2):

Таблица 6.2

ЛПУ республики Дагестан, осуществляющие универсальный аудиологический скрининг

№	Наименование ЛПУ	Местонахождение
1	Детская республиканская клиническая больница (ДРКБ)	г. Махачкала
2	Роддом №1	г. Махачкала
3	Роддом №2	
4	Республиканская клиническая больница, роддом №3	г. Махачкала
5	Центральная городская больница (детская поликлиника)	г. Хасавюрт
6	Центральная городская больница (детская поликлиника)	г. Дербент
7	Центральная городская больница (детская поликлиника)	г. Кизилюрт
8	Центральная городская больница (детская поликлиника)	г. Буйнакс
9	Центральная городская больница (детская поликлиника)	г. Кизляр
10	ЦРБ Левашинского района (родильный дом)	Левашинский район, с. Левашино
11	МУ «Центральная районная поликлиника Хасавюртовского района»	г. Хасавюрт
12	МУ «Центральная районная больница Бабаюртовского района»	Казбековский район, с. Бабают
13	МУ «Центральная районная больница Казбековского района»	Казбековский район, с. Дылым
14	МУ «Центральная районная больница Ботлихского района»	Ботлихский район, с. Ботлих
15	МУ «Центральная районная больница Табасаранского района»	Табасаранский р-н, с. Хучни
16	МУ «Центральная районная поликлиника Дербентского района»	г. Дербент
17	МУ «Центральная районная больница	Дахадаевский район,

	Дахадаевского района»	с. Уркарах
18	МУ «Центральная районная Карабудахкентского района»	Карабудахкентский район, с. Карабудахкент
19	МУ «Центральная городская больница города Ю. Сухокумска»	г. Ю. Сухокумск
20	МУ «Центральная городская больница города Избербаша»	г. Избербаш
21	МУ «Центральная районная больница Хунзахского района»	Хунзахский район, село Арани
22	МУ «Центральная городская больница г. Каспийска»	г. Каспийск
23	МУ «Центральная городская больница г. Дагестанские Огни»	г. Дагестанские Огни
24	МУ «Центральная районная больница Сергокалинского района»	Сергокалинский район, с. Сергокала
25	МУ «Акушинская центральная районная больница»	Акушинский район, село Акуша
26	МУ «Ахтынская центральная районная больница»	Ахтынский район, село Ахты
27	МУ «Центральная районная поликлиника Буйнакского района»	г. Буйнакск
28	МУ «Центральная районная больница Кизилюртовского района»	г. Кизилюрт
29	МУ «Центральная районная поликлиника Кизлярского района»	г. Кизляр
30	МУ «Центральная районная больница Ногайского района»	Ногайский район, село Терекли-Мектеб
31	МУ «Центральная районная больница Новолакского района»	Новолакский район, село Новолакское
32	МУ «Центральная районная больница Сулейман-Стальского района»	Сулейман-Стальский район, село Касумкент
33	МУ «Центральная районная больница Чародинского района»	Чародинский район, село Цуриб
34	МУ «Центральная районная больница Шамильского района»	Шамильский район, село Хебда
35	МУ «Центральная районная больница Агульского района»	Агульский район, с. Тпиг
36	МУ «Центральная районная больница Гунибского района»	Гунибский район, с. Гуниб
37	МУ «Центральная районная больница Гумбетовского района»	Гумбетовский район, с. Мехельта
38	МУ «Центральная районная больница Каякентского района»	Каякентский район, с. Каякент
39	МУ «Центральная районная больница	Курахский район,

	Курахского района»	с. Курах
40	МУ «Центральная районная больница Гергебильского района»	Гергебильский район, с. Гергебиль
41	МУ «Центральная районная больница Кулинского района»	Кулинский район, с. Кули
42	МЦ «Центральная районная больница Ахвахского района»	Ахвахский район, с. Карата
43	МУ «Центральная районная больница Докузпаринского района»	Докузпаринский район, с. Усухчай
44	МУ «Центральная районная больница Кайтагского района»	Кайтагский район, с. Маджалис
45	МУ «Центральная районная больница Лакского района»	Лакский район, с. Кумух
46	МУ «Центральная районная больница Магарамкентского района»	Магарамкентский район, с. Магарамкент
47	МУ «Центральная районная больница Рутульского района»	Рутульский район, с. Рутул
48	МУ «Центральная районная больница Тарумовского района»	Тарумовский район, с. Тарумовка
49	МУ «Центральная районная больница Унцукульского района»	Унцукульский район, с. Унцукуль
50	МУ «Центральная районная больница Тляратинского района»	Тляратинский район, с. Тлярата
51	МУ «Центральная районная больница Хивского района»	Хивский район, с. Хив
52	МУЗ «Муниципальная детская поликлиника № 1 г. Махачкалы»	г. Махачкала
53	МУ «Центральная районная больница Цумадинского района»	Цумадинский район, с. Агвали
54	МУЗ «Муниципальная детская поликлиника № 2 г. Махачкалы»	г. Махачкала
55	МУЗ «Муниципальная детская поликлиника № 3 г. г. Махачкалы»	г. Махачкала
56	МУЗ «Муниципальная детская поликлиника № 4 г. Махачкалы»	г. Махачкала
57	МУЗ «Муниципальная детская поликлиника № 5 г. Махачкалы»	г. Махачкала

6.7. Сравнительный анализ результатов аудиологических скрининговых исследований у новорожденных (по материалам медучреждений республики Дагестан)

6.7.1. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2010 год

В таблице 6.3 представлены результаты I этапа аудиологического скрининга по РД в 2010 г.

Таблица 6.3

Результаты I этапа аудиологического скрининга по РД в 2010 г.

Регион (учреждение)	Число новорожденных	Обследовано детей	Выявлено с нарушением слуха
Р/дом №1	4285	4110	95
Р/дом №2	6651	6464	192
Р/дом №3	4320	3884	21
г.Хасавюрт	4781	4629	19
г.Буйнакск	1411	1404	9
г.Кизляр	2294	2282	45
г.Дербент	2943	2893	83
г.Кизилюрт	2775	2771	9
Леваш. р-н	699	695	7
г.Избербаш	242	179	52
г.Каспийск	498	454	0
Сергокал. р-н	113	113	0
Казбековск. р-н	104	104	1
Акушинский р-н	100	99	0
Кизилюртвск. р-н	308	307	1
Ногайский р-н	49	49	3
Хасавюртвск. р-н	560	547	6
Хунзахский р-н	15	15	0
г. Ю.Сухокумск	14	14	1
Карабуахкентский р-н	63	47	0
Ботлихский р-н	48	48	0
С.Стальский р-н	38	34	0
ВСЕГО	32069	31060	544
%	100%	96,8%	1,7%

Из таблицы видно, что охват новорожденных аудиологическим скринингом (I этап) в 2010 г. составил 96,8%, тест не прошли 1,7% детей.

В таблице 6.4 представлены результаты II этапа аудиологического скрининга по РД в 2010 г.

Таблица 6.4

Результаты II этапа аудиологического скрининга по РД в 2010 г.

Число новорожденных	Первый этап скрининга	Второй этап скрининга
------------------------	--------------------------	--------------------------

	Обследовано	Выявлено с нарушениями слуха	Обследовано с нарушениями слуха	Выявлено с нарушениями слуха
35 080	33 990	575	487	65
100%	96,8%	1,6% (из числа обследованных)	84,6% (из выявленных на I этапе)	13,3% из обследованных на II этапе

Таким образом, из общего количества обследованных на первом этапе детей (33 990), родившихся в 2010 г. в РД (и достигших возраста 4–6 недель), на втором этапе проведенного скрининга выявлено с нарушением слуха 65 детей (13,3%)

Третий этап скрининга проводили в возрасте детей 5–6 месяцев (табл. 6.5).

Таблица 6.5

Результаты III этапа аудиологического скрининга по РД в 2010 г.

Обследовано с нарушением слуха	Выявлено с нарушением слуха
46 – 70,7% из выявленных на II этапе	12 – 26,0 % из обследованных на III этапе

6.7.2. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2011 год

На I этапе при проведении отоакустической эмиссии (на базе родильных домов и акушерских отделений Центральные городских больниц — ЦГБ) были получены следующие результаты: из 27 823 новорожденных были обследованы 27 342 детей, что составило 98,3%; из них: с подозрением на нарушение слуха выявлено 412 новорожденных (1,50%). Наибольший удельный вес новорожденных, вошедших в группу риска с нарушением слуха приходится на города Даг. Огни (7,62%), Избербаш (5,41%), Дербент (3,56%) при относительно небольшом числе новорожденных в сравнении, например, с Махачкалой, где число новорожденных и число обследованных в разы больше, чем по всем городам РД, а удельный вес детей, с подозрением на нарушение слуха составил лишь 0,96% (табл. 6.6).

Данный факт свидетельствует, прежде всего, о несвоевременном и некачественном наблюдении врачами на дородовом этапе в женских

консультациях и, следовательно, поздней диагностике генетических факторов риска врожденной тугоухости в вышеуказанных городах, представляющих преимущественно южные территории РД.

Что касается города Южно-Сухокумск, то ввиду малого числа наблюдений результат можно считать статистически недостоверным.

Таблица 6.6

Результаты I этапа аудиологического скрининга в различных городах РД

Города	Число новорожденных	Обследовано детей		Выявлено с нарушением слуха	
		Абс.ч.	Уд. вес (%)	Абс.ч.	Уд. вес (%)
Махачкала	13168	12858	97,6	124	0,96
Буйнакск	1120	1119	99,9	3	0,26
Дербент	2335	2327	99,6	83	3,56
Даг.Огни	978	971	99,2	74	7,62
Избербаш	587	573	97,6	31	5,41
Кизляр	1606	1606	100,0	17	1,05
Кизилюрт	2735	2735	100,0	11	0,40
Каспийск	1342	1315	97,9	36	2,73
Хасавюрт	3882	3769	97,0	29	0,76
Ю.Сухокумск	70	69	98,6	4	М.ч.
Итого по городам:	27823	27342	98,3	412	1,50

Своевременно выявленные случаи, качественность и эффективность лечебных и реабилитационных мер являются залогом успешного прогноза в адаптации.

При обследовании новорожденных районах РД за тот же временной период нами было выявлено, что из 3909 новорожденных было обследовано 3768 детей, что составило 96,4%, из них – с подозрением на нарушение слуха выявлено 127 новорожденных (3,37%).

Анализ результатов в аспекте климатогеографических зон проживания в сельской местности показал, что наибольший процент охвата новорожденных скринингом приходится на предгорье (98,6%) при минимальном удельном весе выявленных новорожденных с подозрением на нарушение слуха (2,08%).

Таблица 6.7

Результаты I этапа аудиологического скрининга в различных районах РД с учетом климатогеографических зон

Районы	Число новорож- денных	Обследовано детей		Выявлено с нарушением слуха	
		Абс.ч.	Уд. вес (%)	Абс.ч.	Уд. вес (%)
Равнина					
Бабаюртовский	144	144	100,0	-	-
Карабудахкентский	264	264	100,0	12	4,54
Каякентский	234	231	98,7	32	13,85
Магаракмкентский	638	604	94,6	2	0,33
Ногайский	285	223	78,2	10	4,48
Тарумовский	129	129	100,0	-	-
Итого по равнине:	1694	1595	94,2	56	3,51
Прегорье					
Казбековский	382	382	100,0	4	1,04
Кайтагский	185	184	99,5	-	-
Новолакский	65	65	100,0	1	1,53
Сергокалинский	126	126	100,0	-	-
С.-Стальский	246	231	93,9	11	4,76
Табасаранский	155	155	100,0	9	5,80
Хивский	58	57	98,3	-	-
Итого по предгорью	1217	1200	98,6	25	2,08
Горы					
Акушинский	166	166	100,0	4	2,40
Ахвахский	38	38	100,0	-	-
Ахтынский	-	-	-	-	-
Бежтинский участок	-	-	-	-	-
Ботлихский	87	86	98,9	2	2,32
Гергебильский	26	26	100,0	-	-
Гумбетовский	28	27	96,4	-	-
Гунибский	52	52	100,0	2	3,84
Дахадаевский	8	8	100,0	-	-
Докузпаринский	18	17	94,4	-	-
Курахский	58	58	100,0	1	1,72
Лакский	11	11	100,0	-	-
Левашинский	176	176	100,0	5	2,84
Тляратинский	127	120	94,5	18	15,0
Хунзахский	163	150	92,0	6	4,01
Чародинский	40	38	95,0	8	м.ч.
Итого по горам	998	973	97,5	46	4,72
Итого по районам:	3909	3768	96,4	127	3,37

В горной местности, при наименьшем количестве новорожденных (998) в целом и обследованных в данной когорте (973), 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 (рис. 6.7).

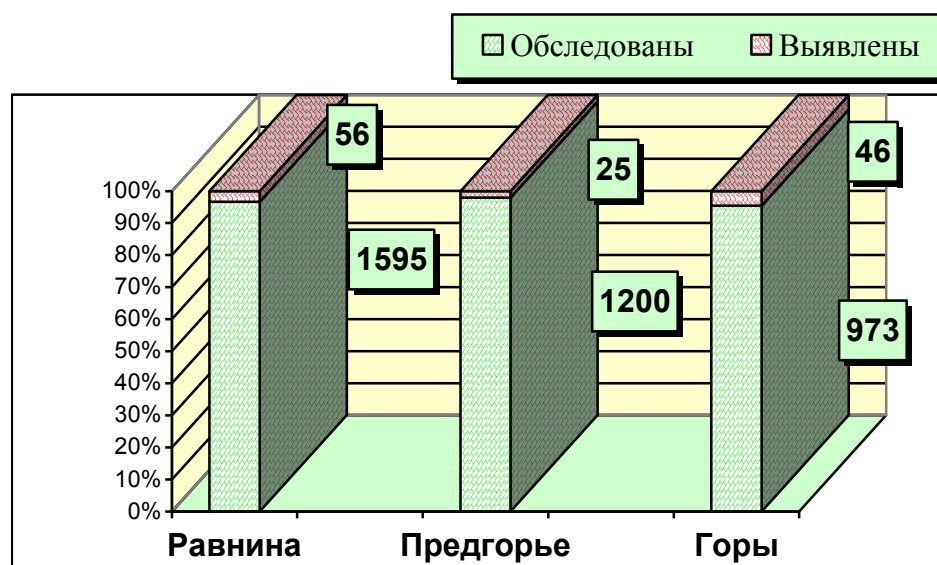


Рис.6.7. Соотношение обследованных и выявленных новорожденных с подозрением на нарушение слуха в зависимости от климатогеографических зон проживания на I этапе аудиологического скрининга

Несмотря на то, что более 60% населения РД – это жители сельской местности, число новорожденных в городах, заметно превалирует, что объясняется тем, что зачастую роженицы из сельской местности с отягощенным акушерским анамнезом и экстрагенитальной патологией зачастую заблаговременно госпитализируются в Республиканский перинатальный центр (г. Махачкала), городские родильные дома и акушерско-гинекологические отделения Централных городских больниц для благоприятного родоразрешения.

Данные сравнительного анализа городской и сельской местности свидетельствуют об обратной корреляционной зависимости между числом новорожденных и числом детей, составляющих группу риска с подозрением на нарушение слуха. Так, в число детей, рожденных в городских родовспомогательных учреждениях (27 823) в 7 раз превалирует над сельскими новорожденными (3909), что же касается доли детей группы риска с нарушением слуха, то здесь пропорция обратная, т.е. в сёлах удельный вес детей с нарушением слуха (3,37%) превышает аналогичный показатель в городах (1,50%) в 2,5 раза.

В целом по РД за 2011 г. из 31 732 новорожденных на I этапе

обследования аудиоскринингом было охвачено 31 110 детей, что составило 96,0%, из них – в группу риска с подозрением на нарушение слуха вошли 539 новорожденных, удельный вес которых составил 1,7%.

На **II этапе** аудиоскрининг проводился на базе Детской республиканской клинической больницы, где были обследованы 69 новорожденных в возрасте 5–6 месяцев, из них – с нарушением слуха выявлено 16 детей, удельный вес которых составил 23,2%.

6.7.3. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2012 год

В *таблице 6.8* представлены результаты I этапа аудиологического скрининга по РД в 2012 г.

Таблица 6.8

Результаты I этапа аудиологического скрининга по РД в 2012 г.

Регион (учреждение)	Число новорожденных	Обследовано детей	Выявлено с нарушениями слуха
<i>Р/дом №1</i>	5679	5666	54
<i>Р/дом №2</i>	7812	7702	126
<i>Р/дом №3</i>	5405	5405	35
Др.города:			
1. Буйнакск	2154	2154	9
2. Дербент	3337	3330	85
3. Даг.Огни	1481	1476	92
4. Избербаш	923	913	14
5. Кизляр	2466	2460	25
6. Кизилюрт	4221	4221	72
7.Каспийск	2150	2098	85
8. Хасавюрт	5654	5429	30
9. Ю.Сухокумск	110	107	2
Районы:			
1.Агульский р-н	116	113	7
2.Ахвахский р-н	238	230	8
3.Ахтынский р-н	390	386	34
4. Акушинский р-н	520	485	4
5.Ботлихский р-н	468	452	10
6.Бежт.участок	Не сдали	Не сдали	Не сдали
7. Бабаюртовский р-н	522	520	10

8. Гунибский р-н	99	97	
9. Гергебильский р-н	168	165	9
10. Гумбетовский р-н	190	182	6
11. Дахадаевский р-н	210	200	10
12. Докузпаринский р-н	65	60	10
13. Казбековский р-н	575	568	6
14. Кулинский р-н	128	126	5
15. Кайтагский р-н	404	387	12
16. Карабудахкентский	857	853	27
17. Каякентский р-н	392	317	8
18. Кумторкалинский			
19. Курахский р-н	65	65	4
20. Левашинский р-н	570	568	3
21. Лакский р-н	232	230	6
22. Магарамкентский р-н	835	830	9
23. Ногайский р-н	347	347	3
24. Новолакский р-н	284	281	4
25. Рутульский р-н	173	170	8
26. Шамилский р-н	248	247	17
27. Сергокалинский р-н	421	421	2
28. С. Стальский р-н	426	425	15
29. Табасаранский р-н	996	952	12
30. Тарумовский р-н	588	587	10
31. Тляратинский р-н	267	266	9
32. Хивский р-н	192	191	5
33. Хунзахский р-н	182	175	5
34. Цумадинский р-н	193	189	7
35. Цунтинский р-н	298	298	7
36. Унцукульский р-н	247	244	3
37. Чародинский р-н	201	200	2
ВСЕГО	53499	52788	926
%	100%	98,6	1,7

Таким образом, за 12 месяцев 2012 г. в указанных стационарах родилось **53 499** новорожденных, аудиологическим скринингом охвачено 52 788, что составляет 98,6%; из них с подозрением на нарушение слуха («группа риска») выявлено 926 ребенка, что составляет 1,7% от общего числа обследованных детей за 2012 год (табл. 6.9).

Таблица 6.9

**Сводные данные I этапа аудиологического скрининга
по РД в 2012 г.**

Число новорожденных	Первый этап (роддом)		Первый этап (поликлиника)	
	Обследовано	Выявлено с нарушениями слуха	Обследовано с нарушениями слуха	Выявлено с Нарушениями слуха
53499	52788	926	1009	134
100%	98,6%	1,7% (из числа обследованных)	100%	3,7%

В таблице 6.10 представлены результаты II этапа аудиологического скрининга по РД в 2012 г.

Таблица 6.10

Результаты II этапа аудиологического скрининга по РД в 2012 г.

Обследовано с нарушением слуха	Выявлено с нарушением слуха
154 – 100%	39 – 25,3%

6.7.4. Анализ результатов аудиологического скрининга за 2013 год

В таблице 6.11 представлены результаты I этапа аудиологического скрининга по РД в 2013 г.

Таблица 6.11

Результаты I этапа аудиологического скрининга по РД в 2013 г.

Регион (учреждение)	Число новорожденных	Обследовано детей	Выявлено с нарушениями слуха
<i>Р/дом №1</i>	5835	5419	75
<i>Р/дом №2</i>	8057	7940	126
<i>Р/дом №3</i>	5426	4887	44
<i>Др. города:</i>			
<i>1. Буйнакск</i>	2094	1765	34
<i>2. Дербент</i>	3480	1807	63
<i>3. Даг.Огни</i>	1580	1406	99
<i>4. Избербаш</i>	866	859	53
<i>5. Кизляр</i>	2215	2371	62
<i>6. Кизилюрт</i>	3916	3682	79
<i>7.Каспийск</i>	2221	1982	92
<i>8. Хасавюрт</i>	4889	4773	45
<i>9. Ю.Сухокумск</i>	98	89	5
<i>10. П-ка г.Махачкала</i>	2455	2450	15
<i>Районы:</i>			

1.Агульский р-н	100	96	11
2.Ахвахский р-н	160	148	9
3.Ахтынский р-н	286	283	12
4. Акушинский р-н	415	409	21
5.Ботлихский р-н	768	768	21
6.Бежт.участок			
7. Бабаюртовский р-н	536	519	20
8. Гунибский р-н	69	66	6
9.Гергебильский р-н	213	207	8
10. Гумбетовский р-н	136	135	20
11. Дахадаевский р-н	524	514	21
12. Докуспаринский р-н	176	252	15
13. Казбековский р-н	437	404	19
14.Кулинский р-н	145	132	9
15.Кайтагский р-н	336	345	6
16. Карабуахкентский	601	583	28
17. Каякентский р-н	347	347	64
18.Кумторкалинский	427	410	16
19.Курахский р-н	94	88	7
20.Левашинский р-н	855	834	9
21.Лакский р-н	168	153	12
22.Магарамкентский р-н	697	615	59
23.Ногайский р-н	233	233	13
24.Новолакский р-н	273	253	11
25.Рутульский р-н	181	181	10
26.Шамильский р-н	268	266	9
27.Сергокалинский р-н	519	499	12
28.С.Стальский р-н	432	414	22
29. Табасаранский р-н	720	713	19
30.Тарумовский р-н	395	395	12
31. Тляратинский р-н	157	215	11
32.Хивский р-н	350	339	10
33.Хунзахский р-н	162	161	5
34.Цумадинский р-н	196	188	16
35.Цунтинский р-н	139	135	12
36.Унцукульский р-н	173	170	8
37.Чародинский р-н	67	66	0
ВСЕГО	53 380	52 938	1361
%	100%	99,1%	2,5%

Из таблицы видно, что охват I этапом аудиологического скрининга новорожденных составил 99,1%, тест не прошли 2,5% детей.

В таблице 6.12 представлены результаты II этапа аудиологического скрининга по РД в 2013 г.

Таблица 6.12

Результаты II этапа аудиологического скрининга по РД в 2013 г.

Число новорожденных	Первый этап		Второй этап	
	Обследовано	Выявлено с нарушениями слуха	Обследовано с нарушениями слуха	Выявлено с нарушениями слуха
53 380	52 938	1361	1013	191 – 18,8%

Таким образом, из общего количества обследованных на первом этапе детей 52 938 99,1% родившихся в 2013 г. в РД (и достигших возраста 4–6 недель), на втором этапе аудиологического скрининга выявлено с нарушением слуха 191 детей (18,8 %).

Третий этап скрининга проводили в возрасте детей 5–6 месяцев (табл. 6.13).

Таблица 6.13

Результаты III этапа аудиологического скрининга по РД в 2013 г.

Обследовано с нарушением слуха	Выявлено с нарушением слуха
260	99 – 38,0 %

6.7.5. Анализ результатов аудиологического скрининга за первое полугодие 2014 года

В таблице 6.14 представлены результаты I этапа аудиологического скрининга по РД за первое полугодие 2014 г.

Таблица 6.14

Результаты I этапа аудиологического скрининга по РД за первое полугодие 2014 г.

	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь
Число новорожденных (в целом по субъекту)	4 564	3839	4228	4104	4403	4648
Число новорожденных, обследованных в родильном доме (отделении), 1 этап скрининга	4 534	3819	4162	4095	4368	4600

Из них: число новорожденных, выявленных с нарушениями слуха	160	130	153	114	150	178
Число новорожденных, обследованных в детской поликлинике, 1 этап скрининга	131	131	96	113	120	101
Из них: число новорожденных, выявленных с нарушениями слуха	19	16	20	22	26	19
Всего новорожденных, обследованных при прове- дении 1 этапа скрининга	4 534	3819	4162	4095	4368	4600
Число детей, обследованных в центре реабилитации слуха (кабинете), 2 этап скрининга	11	16	16	25	20	16
Из них: число детей, выявленных с нарушениями слуха	3	5	8	3	7	5
Из них:число детей с нарушениями слуха, состоящих под динамическим наблюдением в центре реабилитации слуха (кабинете)	3	3	3	3	3	3
Число детей в возрасте до 3-х лет, нуждающихся в кохлеарной имплантации	26	26	26	26	26	26

Под динамическим наблюдением в кабинете реабилитации слуха ДРКБ РД на диспансерном учете состоит 2362 ребенка: 1645 ребенка со 2–4 степенью нарушения слуха, 925 детей — 1 степенью.

Таким образом, аудиологический скрининг новорожденных, основанный на регистрации отоакустической эмиссии, нацелен на точный прогноз врожденной патологии слуховой функции, как наиболее эффективный метод способствует не только своевременной постановке диагноза и лечению на ранних стадиях заболевания, а также позволяет выявлять детей с патологическим генотипом, но с нормальным слухом, представляющих группу риска патологии слуховой функции.

6.8. Анализ экспертного мнения специалистов по вопросам организации

и проведения аудиологического скрининга

Нами проведен анализ экспертного мнения специалистов учреждений здравоохранения из числа неонатологов, педиатров, сурдологов оториноларингологов по вопросам, связанным с техническим, методологическим и организационным обеспечением лечебно-диагностического процесса по выявлению глухих и слабо слышащих детей. Во время совещаний в Томске (2010), Уфе (2011 г.) и Астрахани (2012 г.) было проанализировано мнение 1180 экспертов.

Для изучения мнения экспертов нами была разработана специальная анкета (табл. 6.15).

Таблица 6.15

Анкета изучения мнения специалистов-экспертов по вопросам организации и проведения аудиологического скрининга

№	Вопросы	Ответы
1	Как Вы считаете, система аудиологического скрининга может быть внедрена в Вашем учреждении?	Да Нет Затрудняюсь ответить
2	Каковы, на Ваш взгляд, возможные «узкие» места при внедрении системы аудиологического скрининга в Вашем учреждении?	Не укомплектованность кадров (да, нет) Большая загруженность текущей работой (да, нет) Недостаточная компьютерная грамотность персонала (да, нет) Отсутствие приспособленных помещений (да, нет) Отсутствие финансовой поддержки за дополнительную работу (да, нет) Отсутствие надлежащей системы контроля (да, нет) Другое
3	Какие процессы, на Ваш взгляд, являются ключевыми для успешного внедрения системы аудиологического скрининга в Вашем учреждении?	Ресурсное обеспечение: Приборное (да, нет) Технологическое (да, нет) Кадровое (да, нет) Финансовое (да, нет) Менеджмент на уровне учреждения: Организация работы (да, нет) Контроль качества за проведением скрининга (да, нет) Полнота охвата скринингом новорожденных (да, нет)

		Своевременность передачи данных (да, нет) Другое
4	Кем и как должна контролироваться данная работа на уровне Вашего учреждения?	Предложения
№	Вопросы	Ответы
5	Какой специалист и где должен осуществлять заполнение форм ввода результатов аудиологического скрининга?	Предложения
6	Как Вы считаете, какие критерии отбора медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга нужно использовать на уровне области (территории)?	Единые для учреждений родовспоможения и для центров (кабинетов) реабилитации слуха: межрайонные, городские, областные, краевые учреждения и перинатальные центры. Для амбулаторно-поликлинических учреждений - крупные поликлиники, имеющие ЛОР-врачей и мед. сестер
7	Каковы, на Ваш взгляд, возможные пути повышения качества скрининга (100% охват и ранние сроки выявления сурдопатологии) ?	Да Нет Предложения
8	Устраивает ли Вас существующая система повышения квалификации по направлению «Аудиологический скрининг новорожденных» ?	Да Нет Предложения

На вопрос «Как Вы считаете, какие критерии отбора медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга нужно использовать на уровне области (территории)?»:

⇒ 80% слушателей ответили, что для учреждений родовспоможения необходимо отбирать все роддома;

⇒ 20% слушателей ответили, что необходимо отбирать только крупные роддома и перинатальные центры;

⇒ большинство слушателей ответили, что для амбулаторно-поликлинических учреждений критериями отбора должно быть распределение по районам;

⇒ для центров (кабинетов) реабилитации слуха – также распределение по районам, по мнению большинства слушателей.

Значительное число экспертов подчеркнули, что при отборе ЛПУ необходимо также принимать в расчет:

⇒ их технологическую, компьютерную оснащенность и грамотность персонала в этих вопросах;

⇒ коечную мощность учреждений (например, для учреждений родовспоможения – не менее 40 койко-мест);

⇒ кадровую укомплектованность;

⇒ наличие свободных помещений.

Таким образом, мнения различных групп экспертов согласуются общими принципами отбора медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни.

При опросе специалистов на возможность «узких» мест при проведении аудиологического скрининга получены **следующие ответы:**

⇒ отсутствие финансовой поддержки за дополнительную работу;

⇒ большая загруженность текущей работой (неонатологи и ЛОР-врачи).

⇒ неуккомплектованность кадров (неонатологи и ЛОР-врачи);

⇒ отсутствие приспособленных помещений (педиатры и ЛОР-врачи);

⇒ недостаточная компьютерная грамотность персонала (неонатологи и педиатры).

По данным опроса курсантов, в регионах существуют следующие проблемы, связанные с проведением аудиологического скрининга:

⇒ Необходимо выделение в роддомах отдельных кабинетов для

проведения аудиологического скрининга (дети реагируют на процедуру из-за посторонних шумов и других факторов);

⇒Как должна осуществляться оплата медицинскому персоналу за проведение аудиологического скрининга и из каких средств? (ранее планировалось, что это будет осуществляться за счет родовых сертификатов, но на практике этого не происходит). Целесообразно выделение дополнительных ставок для проведения аудиологического скрининга в связи с большой загруженностью неонатологов и медсестер;

⇒Каков порядок снабжения расходными материалами для приборов аудиологического скрининга (ушные вкладыши, звуковые зонды) и за чей счет? В регионах отсутствуют сервисные центры по ремонту приборов аудиологического скрининга, и их приходится ремонтировать в Москве, что занимает большие сроки. Много приборов аудиологического скрининга старых, изношенных, они часто ломаются из-за большой нагрузки;

⇒В крупных роддомах и перинатальных центрах должно быть несколько приборов аудиологического скрининга в связи с их большой нагрузкой и частыми поломками.

Резюме к главе 6

В ходе анализа особенностей административно-территориального деления регионов выявлена региональная специфика, которую необходимо учитывать при отборе медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга. Выполнение данного требования при отборе учреждений повышает доступность прохождения скрининга новорожденных для городского и сельского населения, позволит сконцентрировать ресурсы (приборные и кадровые) на медицинских учреждениях, обеспечивающих максимальные потоки новорожденных.

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

- знание особенностей административно-территориального деления территории, позволяющие;
- 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;

– знание особенностей существующих на территориях сетей учреждений родовспоможения, детства и сурдологической помощи:

При расчете потребностей в оборудовании и дополнительном кадровом обеспечении для конкретной территории необходимо учитывать общее число новорожденных за год и особенности их распределения по территории, а также существующие на территориях сети профильных ЛПУ и их мощности.

Расчет потребностей в оборудовании для первого этапа аудиологического скрининга нуждается в уточнении в части распределения потребностей между учреждениями родовспоможения и детскими учреждениями.

Для оценки качества проведения аудиологического скрининга разработаны следующие индикаторы:

- 100%-ый охват скринингом в возрасте до 3-х мес. (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.

Разработана программа тематического усовершенствования по направлению «Аудиологический скрининг новорожденных» для единой последиplomной подготовки специалистов сурдологов-оториноларингологов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях.

Охват новорожденных аудиологическим скринингом увеличился с 96,8% в 2010 г. до 99,1% в 2013 г.

Анализ результатов в аспекте климатогеографических зон проживания в сельской местности показал, что наибольший процент охвата новорожденных скринингом приходится на предгорье (98,6%) при минимальном удельном весе выявленных новорожденных с подозрением на нарушение слуха (2,08%).

В горной местности, 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.

Значительную угрозу для успешного внедрения системы аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни представляет высокая доля ложноположительных результатов, что может обернуться дополнительным бременем для сурдологической службы региона. Вместе с тем, на региональную сурдологическую службу возлагаются обязанности не только по успешному осуществлению второго этапа скрининга, но и координация работ между учреждениями

родовспоможения, детскими поликлиниками и сурдологическими кабинетами

Глава 7. Перспективы модернизации оториноларингологической службы республики Дагестан

7.1. Концептуальные подходы к модернизации оториноларингологической помощи в системе здравоохранения республики Дагестан

В нашей стране, 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.

Целью настоящей работы является попытка обобщения проблем и вопросов, которые должны быть решены при совершенствовании и реформировании системы оториноларингологической службы в этих условиях в РД, а также предложение эффективных путей их решения.

Ниже перечислены 6 основных проблем, от которых (по нашему мнению) зависит эффективность работы оториноларингологической службы и которые должны быть решены для реформирования и совершенствования оториноларингологии в РД (*рис. 7.1*).



Рис. 7.1. Основные проблемы оториноларингологической службы

I. Консенсус государства (республики), населения и профессионалов по проблемам оториноларингологии, который должен проявиться в следующем.

1) Государство (все уровни власти), население и профессионалы – основные стороны общества, от которых зависит система и качество оториноларингологической помощи в стране, имеют интересы, которые не совпадают;

2) Интересы этих трех сторон совпадают лишь частично, и консенсус между ними может быть достигнут только на основе партнерства, союзничества, договоренности, максимально учитывающих их интересы.

Любое решение, построенное на других принципах, неизбежно даст негативный результат в виде возникновения противоречий с властью, ухода в серую (черную) экономику и снижения качества работы, доступности оториноларингологической помощи и ответственности за нее профессионалов.

3) Интересы указанных 3 сторон:

а) Власть

- обеспечение хорошего уровня здоровья населения;
- управляемость службой на основе существующего или вновь разрабатываемого Законодательства;

- доступность оториноларингологической помощи для различных слоев населения;
- социальная и экономическая приемлемость (для государства и населения) формы оказания оториноларингологической помощи;
- при государственной оториноларингологической службе государство – один из главных источников финансирования.

б) Население

- доступность оториноларингологической помощи;
- качество оториноларингологической помощи;
- социальная, экономическая приемлемость и привлекательность оказания оториноларингологической помощи, ответственность за те аспекты лечения и профилактики, которые зависят от населения;
- возможность выбора формы оказания помощи, ответственность за отдельные положения, зависящие от него.

в) Медицинский персонал

- достойный уровень оплаты;
- профессиональная и социальная защищенность;
- независимость выбора (в пределах Закона) формы, места работы, профессионального поведения;
- профессиональная, функциональная и ресурсная обеспеченность работы специалистов, возможность регулярного совершенствования знаний и технологий.

II. Доступность оториноларингологической помощи.

- 1) Достаточное для обеспечения помощи количество врачей-оториноларингологов;
- 2) Достаточное количество оториноларингологических стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений;
- 3) Удобная удаленность оториноларингологических стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений от потребителя помощи;
- 4) Приемлемая стоимость оториноларингологических услуг;

5) Удобство формы оказания оториноларингологических услуг.

III. Финансирование и экономика оториноларингологической помощи.

1) Объем бюджетного (страхового) финансирования, достаточный для определенной государством формы оказания оториноларингологической помощи;

2) Использование нескольких источников финансирования оториноларингологической помощи (бюджет, страхование, кредиты, средства физических и юридических лиц);

3) Формы финансирования (планирования, учета и отчетности), оказывающие влияние на объем, качество, доступность и контролируемость оказания оториноларингологической помощи;

4) Финансируемые виды деятельности оториноларингологических стационаров и амбулаторно-поликлинических и оплаты групп населения;

5) Формирование регистра услуг, тарифов, контингентов и способов оториноларингологической помощи;

6) Налогообложение, арендные, лизинговые, кредитные и др. взаимоотношения с государством, банками, юридическими и физическими лицами.

IV. Качество оториноларингологической помощи (КОП). Оно должно быть обеспечено путем:

1) Законодательных, административных, нормативно-правовых и директивных документов, направленных на достижение качества оториноларингологической помощи;

2) Использования возможностей рыночных отношений и их влияния на КОП (конкуренция, система гарантий, страхование, ценовая политика, соблюдение прав человека);

3) Технологических аспектов (система обучения специалистов; технологическое, информационное и инфраструктурное оснащение клиник, рабочих мест, информационное обеспечение и сопровождение пациентов;

финансовое, административное, инфраструктурное обеспечение приема больных);

4) Административно-управленческих мер (стандарты; организация обучения специалистов; экономические решения; контроль качества работы);

5) Поддержание и воспитание субъективных факторов (корпоративная ответственность и корпоративное мышление, наличие атмосферы дружелюбия, состязательности и конкурентности; профессиональной установки оториноларингологов на качественное лечение), серьезно влияющих на деятельность врачей-оториноларингологов.

V. Ответственность клиник, специалистов и гарантии результатов работы.

1) Наличие семейного оториноларинголога как главного ответственного за оториноларингологическое здоровье пациента;

2) Составление единого плана лечения и его реализация в рамках работы профессионалов или клиник;

3) Повсеместное внедрение диспансеризации как основного метода работы врача и клиники с пациентами;

4) Заключение юридически значимого договора с пациентом на лечение, получение информированного согласия и соблюдение обязанностей пациента как основы гарантии качества лечения и выполнения взаимных обязательств оториноларинголога и пациента.

5) Разработка гарантий на качество и сроки оториноларингологического лечения, основанных на объективных данных.

VI. Условия работы, оплаты, обеспечения оборудованием клиник и профессионалов.

1) Помещения для оториноларингологической деятельности должны отвечать требованиям регламентирующих документов (СанПиН и др.);

2) Обеспечение инфраструктурой (электричество, вода, вентиляция и др.) для качественной работы оборудования, лаборатории и др.

3) Выделение необходимых средств, определение тарифов, реестра

услуг и др., достаточных для финансирования лечения и профилактики (согласно медико-экономических стандартов), общеклинических расходов для обеспечения нормальной работы оториноларингологических стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений по всем видам их деятельности, а в случае частной оториноларингологической клиники (кабинета) – для обеспечения прибыли для развития и коммерческой деятельности клиники;

4) Аккумуляция средств на систему постоянного постдипломного обучения персонала, амортизацию оборудования, его обновления и введения новых технологий.

С учетом описанных (и других) проблем и интересов сторон должны быть **усовершенствованы или созданы:**

- система оториноларингологической службы, отвечающая возможностям государства и рыночным условиям;
- система оказания оториноларингологической помощи населению и профилактики;
- система профессионального страхования рисков в оториноларингологии;
- правила оказания населению оториноларингологической помощи;
- система оплаты оториноларингологической помощи;
- независимая экспертиза качества оториноларингологической помощи;
- профессиональные Ассоциации различных профилей, регионов, имеющие право и возможности участия в профессиональном управлении оториноларингологической службой;
- система медико-экономических стандартов оказания оториноларингологической помощи;
- система получения оториноларингологического послевузовского и последипломного обучения;
- система испытания, регистрации и продажи изделий для

оториноларингологии и др.

Специально подчеркиваем необходимость выполнить все вышеозначенное не потому, что в России нет подобной системы. Дело в том, что переход на рыночные отношения в корне должен изменить существующие подходы. В результате реформы необходимо создать более адекватную современности оториноларингологическую систему.

При создании такой системы обязательно должны быть учтены ряд накопленных международным сообществом за долгие годы факторов и опыта. Называем их аксиомами оториноларингологии (истинами, не требующих доказательств), так как они реально подтверждены во многих странах. **Эти аксиомы следующие.**

1. Ни одно государство в мире не способно за счет государственного бюджета обеспечивать все население качественной и современной оториноларингологической помощью;

2. Ни одно государство в мире не способно за счет государственного финансирования выделять необходимые средства на содержание зданий и сооружений, на современное оториноларингологическое оборудование, технологии лечения (профилактики) оториноларингологической заболеваний у всех групп населения за счет бюджета;

3. Никакая, даже самая лучшая и качественная оториноларингологическая помощь без профилактики, не способна снизить оториноларингологическую заболеваемость населения;

4. Единственным и доказанным во многих странах методом снижения основных оториноларингологических заболеваний населения является профилактика;

5. Оториноларингологическая помощь детям и отдельным слоям населения должна иметь государственную поддержку;

6. Наилучшим видом организации оториноларингологической помощи населению является постоянное наблюдение за здоровьем пациента, профилактика и лечение у одного и того же доктора (семейный

оториноларинголог), например, в форме диспансеризации;

7. Государство только совместно с профессионалами и при поддержке населения способно организовать эффективную систему оказания оториноларингологической помощи;

8. Проблемы оториноларингологической службы и помощи населению невозможно решить без использования нескольких источников финансирования, без учета социальных факторов, без выраженного взаимодействия с государственной властью. Существующий в России ФОМС не справляется с финансированием здравоохранения. Система ФОМС не способна финансировать и стимулировать оказание качественной медицинской помощи;

9. Власть должна иметь возможность контролировать оториноларингологическую помощь населению (в пределах закона); профессионалы должны иметь право выбора и приобретения технологий других оториноларингологических изделий для профилактики и лечения (в пределах ассигнований и разрешительных документов) и достаточную свободу для выполнения своих функций и соблюдения своих прав; население должно иметь право свободного выбора врача, лечебного учреждения и способа оплаты, а также получения сведений о своем заболевании, методе лечения и давать согласие на них;

Из вышесказанного следует, что реформирование оториноларингологической службы для оказания достойной оториноларингологической помощи населению должно строиться обязательно с учетом, как мирового опыта оториноларингологии, так и с анализом реальных возможностей страны (или ее региона) в аспекте возможности государства, его экономики, проблем финансирования, подготовки кадров, структуры оториноларингологической сети, платежеспособности населения, развития профилактического направления и др. Если пренебречь всем изложенным, то обязательно кто-то сильно проиграет, чаще всего – население страны, так как у государства всегда

имеются более важные проблемы, а профессионалы найдут решение собственных проблем сами.

В случае сильного административного нажима, без учета экономических и финансовых факторов, оториноларингологической помощи станет малодоступной и слабой по качеству. В этом случае никакой контроль, экспертиза, карательные меры не будут эффективными, так как этими способами нельзя решить финансовые, экономические и технологические проблемы.

Каким же образом решать проблемы оториноларингологии в стране при нехватке бюджетных или средств ФОМС, страхования для оказания достойной оториноларингологической помощи? В этом случае речь идет о привлечении дополнительных источников финансирования. Обычно эти проблемы решаются за счет средств добровольного медицинского страхования, средств работодателей или личных средств населения.

Исходя из вышесказанного, а также из «аксиом» оториноларингологии, попытаемся проанализировать **ситуацию с оториноларингологией в настоящее время в нашей стране.**

1. Однозначно, что бюджетных средств, а также средств страхования не хватает для оказания современной и качественной оториноларингологической помощи в стране. Таким образом, можно уже сейчас предположить, что средств, которые могут быть выделены на оториноларингологию, в любом случае не хватит для оказания современной и качественной оториноларингологической помощи населению.

2. Вопрос об обеспечении оториноларингологии современным оборудованием и материалами за счет средств государства также нереален. Поэтому вторая «аксиома» о недостаточных возможностях государства также в полной мере касается оториноларингологии нашей страны.

3. Снизить оториноларингологическую заболеваемость можно только одной мерой – профилактикой! Механизм эффекта предельно прост и ясен. При отсутствии заболеваний с помощью профилактики предотвращается их

развитие, что снижает распространенность заболеваемости. При наличии заболеваний профилактика предотвращает возрастание их распространенности и интенсивности. Так как в настоящее время государственные профилактические Программы в России не проводятся, а средства ФОМС профилактику не оплачивают, то этот, наиболее доступный, экономически выгодный путь сегодня не реализуется и заболеваемость либо не снижается, либо возрастает. Внедрение профилактики является главным путем и резервом воздействия на оториноларингологическую заболеваемость.

4. Как показал мировой опыт, наряду с объемом выделяемых на оториноларингологию средств, применением современных технологий профилактики и лечения, высокой квалификацией профессионалов, организация процессов наблюдения, лечения и профилактики имеют огромное значение для эффективности проводимых оториноларингологических мероприятий. В этом плане как система оториноларингологического лечения и профилактики зарекомендовала себя в развитых странах диспансеризация, а как основной специалист для работы с населением – семейный оториноларинголог. Главным достоинством и преимуществом диспансеризации является постоянное наблюдение за пациентами (периодические осмотры), за динамикой их здоровья и болезней, длительное наблюдение, углубленное изучение особенностей пациентов и их патологии. Все это позволяет оториноларингологу разделить своих пациентов на группы по уровню здоровья, активности течения заболеваний, формам заболеваний, наличию осложнений, что позволяет более рационально уделять им внимание, определить количество осмотров, характер лечения и предотвратить или вовремя вылечить осложнения оториноларингологических болезней.

Осуществление диспансеризации семейным оториноларингологом позволит проводить длительное наблюдение за всей семьей, стать оториноларингологу «своим» человеком в ней, ознакомиться с

особенностями патологии, влиять через старшее поколение на младшее, широко использовать фактор доверия, за счет профилактики и недопущения осложнений минимизировать затраты на лечение и сохранить здоровье всей семье.

В СССР и России имелись попытки диспансеризации всего населения, однако они были неудачны по многим причинам. Что касается семейного оториноларинголога, то в СССР и России выполнения им основных диспансерных функций фактически не было и нет до сих пор. Участковый же метод не давал нужного эффекта и был построен на других принципах, нарушающих права человека.

Перспективу значительного улучшения оториноларингологического аспекта здоровья населения и снижения оториноларингологической заболеваемости мы видим в диспансеризации в оториноларингологии как главного и основного метода мониторинга, профилактики и лечения, а также внедрение семейного оториноларинголога как главного фигуранта в нашей специальности.

5. Опыт нашей страны и многих стран мира показал, что построение эффективной, доступной, удобной, качественной системы оказания оториноларингологической помощи населению и соответствующей ей оториноларингологической службы исключительно административно-бюрократическими методами, односторонними указаниями сверху, усилиями одних чиновников не только невозможно, но и недопустимо.

В этом плане возможны 2 формы отношений (*рис. 7.2*).

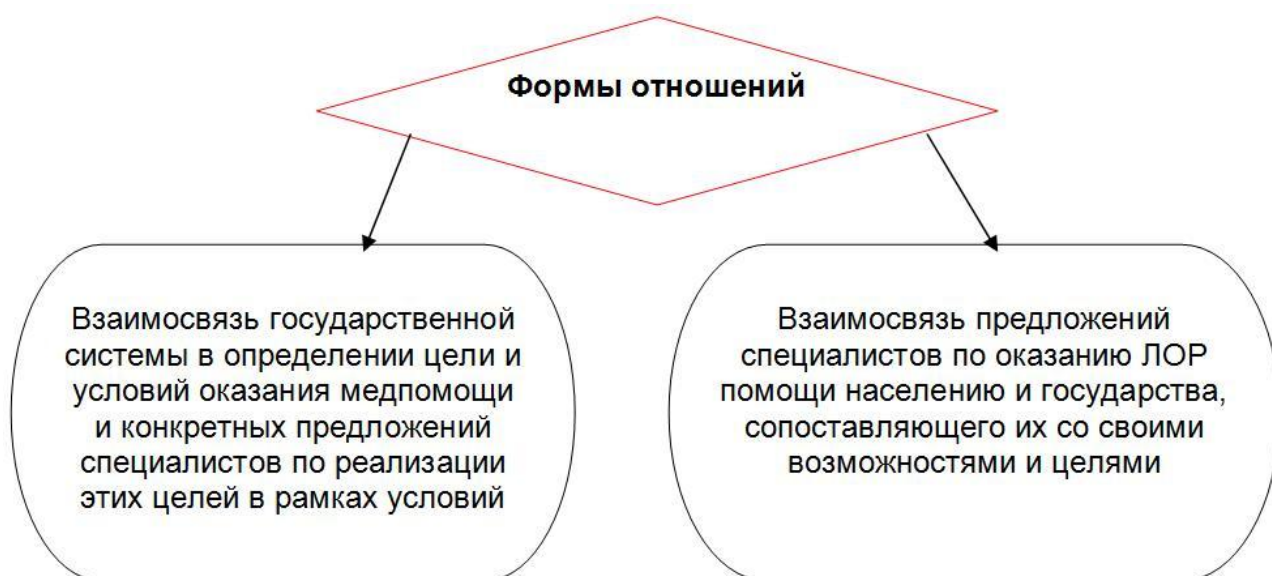


Рис. 7.2. Формы отношений

5.1. Государство определяет цели и условия (финансирование, приоритетные группы населения, нозологии и др.), а профессионалы разрабатывают совместно с потребителями услуг конкретные предложения по реализации этих целей в рамках условий.

5.2. Профессионалы подают свои предложения по оказанию оториноларингологической помощи населению в соответствии с накопленным опытом, а государство сопоставляет их со своими возможностями и целями, вырабатывая определенный консенсус.

Возможны и другие варианты взаимодействия, но при этом неизменным должны оставаться 2 условия (рис. 7.3).



Рис. 7.3. Условия взаимодействия

а) Сопоставляемость затрат на лечение населения (или его групп) с

выделяемым финансированием.

б) Ответственность за финансирование целиком лежит на плечах оговоренного источника финансирования (государства или др.).

В СССР и России такой подход никогда не принимался, а возникающие проблемы решались за счет снижения объема и качества лечения, а также путем возникновения очередей на лечение.

6. В связи с тем, что ни государственный бюджет, ни другие источники финансирования оториноларингологической помощи не способны оплачивать доступную, качественную и современную оториноларингологическую помощь населению, а как само государство, так и население и корпорация профессионалов заинтересованы именно в такой помощи, всегда были актуальными поиски новых дополнительных источников финансирования, способов получения средств и их использования.

Наиболее распространенным в развитых странах способом оплаты оториноларингологической помощи является целевое страхование. Обычно организуется ряд страховых компаний, которые занимаются, в основном, страхованием оториноларингологической помощи населению путем заключения договоров на эту помощь, накопительной системе взносов, системе льгот, скидок, условий. Такая система ставит пациента в выгодное и независимое от государства и оториноларингологической корпорации положение, так как каждый пациент волен выбрать себе оториноларинголога, клинику, систему оплаты и сменить их при желании. Регулярность страхования и постепенное снижение стоимости услуг (льготы, профилактика, отсутствие осложнений и др.) приводит пациента ко все большей доступности оториноларингологической помощи и улучшает ее качество путем конкуренции за пациента.

Подобной системы в СССР и России никогда не было. Мы отдаем отчет о малой приемлемости такого подхода для психологии нашего населения, однако другого пути для оказания качественной

оториноларингологической помощи всему населению страны нет. Естественно создание и введение подобной системы страхования потребует десятилетия. Оториноларинголог в России в определенной мере заинтересован в качественном лечении пациента, но он не отвечает за высокий уровень его оториноларингологического здоровья. Он регулярно не наблюдает за пациентом, не работает по единому плану лечения, а лечение осложненных форм заболеваний оплачивается более высоко, чем профилактика и простое лечение.

Поэтому для введения такой системы страхования в оториноларингологии необходима специальная ее разработка с учетом интересов пациентов, страховых организаций, оториноларингологической ассоциации. Другие источники финансирования (средства работодателей, особенно на вредных производствах, личные средства пациентов, платные услуги, доплаты за различные условия и др.) также широко распространены в мире, но они не столь эффективны.

Для нашей страны с ее системой социальных льгот, вероятно, удобнее всего система смешанной оплаты оториноларингологической помощи (оплаты государством лечения социально незащищенных групп, частично – населения за счет средств бюджета, оториноларингологического страхования, личных средств граждан), особенно на первых этапах реформирования оториноларингологии.

7. Как быть в нашей стране с контролем оториноларингологической деятельности?

Конечно, власть должна ее контролировать, но только в одном направлении – по соблюдению норм Законодательства в здравоохранении, налогообложения, САНП и других немедицинских сторон деятельности оториноларингологической учреждений.

Профессиональные разделы деятельности оториноларингологических учреждений должно регулировать оториноларингологическое сообщество в форме независимой экспертизы, качества технологий, оснащения,

соблюдения правил приема пациентов, ведения документации, рассмотрения конфликтов и жалоб пациентов. Вопросы техники безопасности, информационного контроля, противопожарной безопасности должны быть сосредоточены в ведении соответствующих специалистов. Проблемы качества работы, доступности приема, современности технологий, подготовленности и дополнительного обучения специалистов должны быть, как и другие профессиональные вопросы, в ведении профессиональных Ассоциаций, системы последипломного образования. Проблемы нормирования труда, его оплаты, условий работы и др. должны решаться с владельцем клиник (государство, частное лицо, юридическое лицо) на основе законодательства, взаимных интересов и договоренностей. Ни в коем случае в специфические профессиональные проблемы не должны вмешиваться чиновники здравоохранения. Их функция определена действующим законодательством и состоит в контроле его соблюдения, помощи владельцам и профессионалам в проблемах организации, управления, работы с населением, в совершенствовании этих проблем.

Врач обязательно должен приобрести статус юридического лица путем принятия соответствующего Закона. Законом также должны быть определены функции профессиональных медицинских общественных организаций, в том числе в виде саморегулируемых организаций (СРО), и их взаимоотношений с владельцами клиник, с руководством здравоохранения, с другими юридическими лицами, общественными организациями и частными лицами.

Юридический статус врача-оториноларинголога в сочетании с саморегулированием решит многие проблемы в специальности. Это резко повысит уровень, ответственность, значимость, профессиональный статус врача, социальные права и социальную защищенность. Вместе с тем, повысится его роль и ответственность во взаимоотношениях с пациентом, с руководством клиник, их владельцем, с руководством здравоохранения в целом. Статус профессиональных ассоциаций, объединяющих юридических

лиц, являющихся физическими лицами, гораздо выше, чем просто объединение физических лиц. Поэтому получение по Закону врачами статуса юридических лиц станет очередным серьезным началом в развитии здравоохранения страны.

В этом отношении профессионал должен быть гораздо более свободен в таких вопросах как выбор и приобретение лечебных технологий (в пределах разрешительных документов) и их использования, материалов, инструментов, оборудования, оснащения клиник. Недопустимо, чтобы эти проблемы за него (без него) решали чиновники, владельцы клиник и другие лица. В этой связи вызывает определенное опасение широкое принятие стандартов профилактики, лечения и многих других. При бюрократическом отношении к этому вопросу они могут стать фактором, ограничивающим клиническое мышление, личные способности и профессиональное поведение специалиста. В разрабатываемых стандартах чрезвычайно важна их экономическая составляющая. Если она не будет учтена и не будет рассчитана стоимость наполнения стандарта (входящих в него действий, лекарств, материалов, оборудования и др.), то такой стандарт будет иметь чисто академический интерес и окажется ненужным. Поэтому разрабатываемые стандарты должны быть не просто медицинскими, но и включать в себя стоимость оказания медицинской помощи. Иначе они будут ненужными для практики.

В этом отношении, на наш взгляд, гораздо более целесообразно принятия алгоритмов лечения, профилактики и других функций, связанных с деятельностью врача и клиник. Алгоритм не столь жестко связывает профессиональную деятельность врача, но, вместе с тем, определяет его профессиональные подходы и обязанности.

Врач как юридическое лицо должен быть полностью свободен в выборе места работы, обучения, совершенствования, приобретения технологий, материалов, оснащения и должен нести всю полноту ответственности в пределах Закона, этического Кодекса, юридического статуса.

Сейчас административными органами отводится большая роль разработке порядков приема пациентов. На наш взгляд, значение этой работы и разрабатываемых порядков преувеличена, если не сказать больше. Любой порядок приема пациентов диктуется имеющейся системой здравоохранения, структурой сети медицинских учреждений, их удаленностью, подчиненностью, доступностью. Он складывается из многих факторов и не может быть навязан сверху. Он будет совершенно разным для лечебных, консультативных, учебных, частных, муниципальных, областных, с платным и бесплатным приемом учреждений, и пытаться зачем-то все унифицировать, особенно в ожидании реформ здравоохранения, вряд ли целесообразно.

Взаимоотношения с пациентами должны строиться как на основе Законодательства, так, в важнейшей степени, на этическом кодексе врача и других документах (информированное согласие на проведение лечения, договорах, информации о здоровье и др.).

Итогом описанных положений всегда должен быть один, но чрезвычайно важный результат – высокий имидж врача в обществе. В настоящее время положение врача в обществе еще очень далеко от этой цели.

8. Последнюю из «аксиом», которую хотелось бы обсудить – это вопрос о платной и бесплатной оториноларингологической помощи. Суть вопроса в том, что бесплатной помощи не бывает, любая помощь кем-то и как-то финансируется и это должно быть понятно всем. За годы советской власти в массе населения стал привычным вопрос, что вся медицинская помощь оплачивается государством. Так как эти деньги населением считались не своими, государственными, требования к медицинской помощи были как к бесплатной, дармовой для пациентов, отсюда и требования к ней были невысокими («лечиться даром – даром лечиться»). Когда мы вошли в рыночную эпоху и практически всему населению пришлось либо платить, либо доплачивать за медицинскую помощь, это было воспринято по-разному, но в любом случае каждый пациент стал считать свои деньги, откладывать и накапливать их на лечение, а к самому платному лечению относиться более

строго, требовательно и ответственно.

В связи с изложенным, гипотеза о бесплатной медицине в настоящее время практически не работает, так как страховая медицина остается непонятной и не содержательной (как для пациентов, так и для врачей) в том виде, в каком она развивается. Пациент не может понять, что страховые деньги – это его деньги, так как он не может их взять, ощутить, потратить на лечение как хочет. Всем этим распоряжаются чиновники.

Нет понимания, как и куда тратятся деньги ФОМС (конкретно) и, в итоге, ФОМС волнует только чисто экономическая и финансовая, а отнюдь не результативная и медицинская часть расходования средств. Никто у нас не знает – какие нам выделены средства ФОМС, как они могут быть потрачены, что делать с ними, если я здоров, накапливаются ли они? Это не наши деньги и их судьба нас напрямую не касается.

Поэтому сейчас все острее встает проблема подушевого выделения средств, об участии пациентов в их расходовании, о накопительном страховании, о результативности их расходования.

За рубежом в развитых странах такая проблема чаще всего решается через автономную систему страхования оториноларингологической помощи. Автономность ее заключается в том, что она занимается только проблемами оториноларингологии и ведет ее чаще всего компания, организованная на базе оториноларингологии и связанная с профессиональными организациями оториноларингологов. На наш взгляд, такая система страхования оториноларингологической помощи в оптимальной степени подошла бы для России.

7.2. Основные подходы и требования к формированию системы обеспечения качества оториноларингологической помощи

(мониторинг удовлетворенности качеством медицинской помощи в сфере оказания специализированной оториноларингологической помощи)

Какие же варианты дальнейшего строительства

оториноларингологической службы, оториноларингологической помощи населению и оториноларингологии в целом возможны в нашей стране?

С учетом мирового опыта, особенностей нашей страны, накопленного за годы советской власти и последние 20 лет положительного и отрицательного опыта можно попытаться 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. 7.4*).

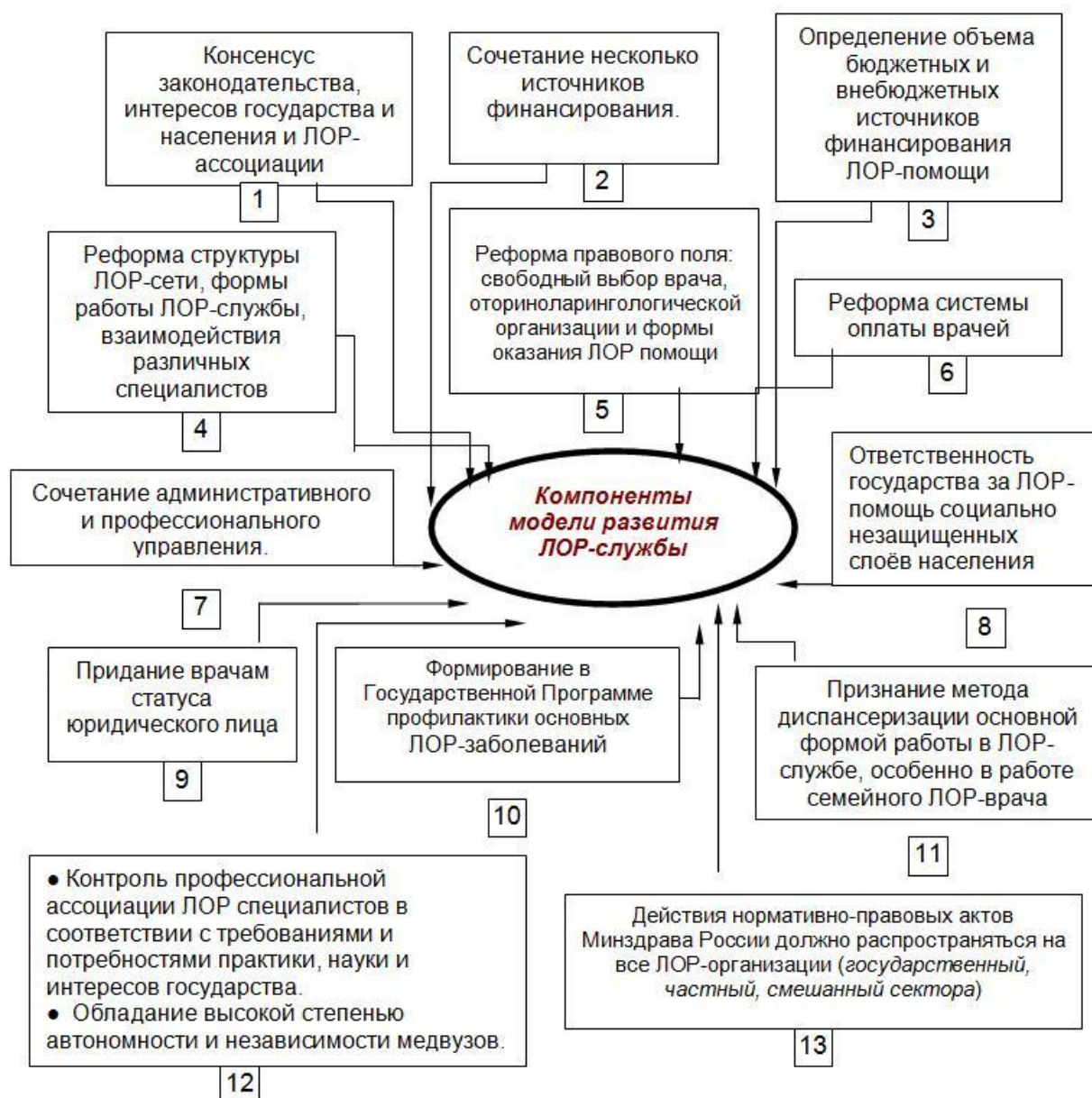


Рис. 7.4. Компоненты модели развития отечественной оториноларингологии

Какие же предложения могут быть заложены в основу такой модели?

1. Модель оториноларингологической службы и помощи должна строиться на основе Законодательства и консенсуса интересов государства, населения и оториноларингологической ассоциации страны.

2. В модели должны быть предложены и положены в ее основу несколько источников финансирования. Это могут быть средства государства, средства юридических лиц (работодателей), личные средства

граждан, средства системы страхования.

3. Государство должно четко определить возможности своего участия в финансировании оториноларингологической помощи. Исходя из этого, станет возможным определение объема и поиск других источников финансирования оториноларингологической помощи.

4. Государство и оториноларингологическое сообщество должны однозначно определить основного фигуранта в оказании оториноларингологической помощи населению и под него строить всю систему оказания оториноларингологической помощи, а со временем – реформировать структуру оториноларингологической сети, формы работы оториноларингологической службы, взаимодействие различных специалистов. На наш взгляд, такой фигурой должен стать семейный оториноларинголог.

5. В системе реформируемой оториноларингологии должны быть соблюдены права человека – свободный выбор врача, оториноларингологической организации и формы оказания оториноларингологической помощи (платная, бесплатная, смешанная). Только такое развитие будет отвечать различным интересам населения, государства и оториноларингологического сообщества.

6. Пределы государственного участия путем финансирования оториноларингологической помощи населению, определение системы оплаты врачей и другое могут быть решены, исходя из нескольких возможных принципов и подходов:

1) Введение ограничений государственной оплаты оториноларингологической помощи по различным группам населения, конкретно по набору следующих показателей:

- а) возраст;
- б) здоровье;
- в) социальные группы;
- г) профессиональные группы;

д) наличие работы.

2) Введение реальных государственных гарантий на конкретные объемы и технологии, оказание оториноларингологической помощи по диагнозу, по оплачиваемым технологиям, средствам.

3) Введение условий на оказание оториноларингологической помощи по бюджету за счет государственных источников в зависимости от регулярности посещения оториноларинголога и т.д.

4) Введение ограничений на бюджетную оплату по:

а) числу посещений в год;

б) по сумме лечения на душу населения;

в) по сумме страховки.

5) Введение системы дополнительной оплаты оториноларингологической помощи населением за использование новых технологий, инструментов, оборудования, комфортности приема в рамках платных услуг или других мероприятий

Эти пункты (1–5) позволяют провести широкий и глубокий анализ возможностей государственного финансирования и выбрать его ограничения и наиболее рациональный из представленных подходов.

7. В построении оториноларингологической службы должно быть определено разумное сочетание административного и профессионального управления. Чиновники в здравоохранении не должны решать те проблемы и управлять теми процессами, которые требуют профессионального решения.

8. Государство в любом случае должно брать на себя ответственность за оториноларингологическую помощь социально незащищенным слоям населения.

9. Необходимо предусмотреть придание врачам статуса юридического лица со всеми последствиями, а также признание законодательным путем роли профессиональных врачебных ассоциаций и обязательность участия в них всех профессионалов.

10. Необходимо реальное признание профилактического направления в

оториноларингологии и обеспечение его путем одобрения и финансирования мер коммунальной профилактики оториноларингологической заболеваний и индивидуальной профилактики в работе каждого оториноларинголога. Все это должно быть сформировано в Государственной Программе профилактики основных оториноларингологической заболеваний.

11. Необходимо признание метода диспансеризации основной формой работы в оториноларингологии, особенно в работе семейного оториноларинголога, а также в детской оториноларингологии.

12. Система обучения оториноларингологов и ее развитие в первую очередь должна находиться под контролем профессиональной ассоциации специалистов в соответствии с требованиями и потребностями практики, науки и интересов государства. Медицинские ВУЗы должны обладать высокой степенью автономности и независимости. Взаимоотношения ВУЗов с властью, другими ВУЗами, общественными организациями, юридическими лицами должны строиться на основе Законодательства, договоров, контрактов, взаимных интересов.

13. Действия нормативно-правовых актов Минздрава России должно распространяться на все оториноларингологические организации (государственный, частный, смешанный сектора) за исключением нормативной базы, связанный с коммерческой деятельностью и частной собственностью в оториноларингологии.

Таким образом, на первом этапе реформирования оториноларингологии предлагается решить следующие проблемы на основе консенсуса власти, населения и профессиональных сообществ.

1. Определение дополнительных источников финансирования оториноларингологической помощи населению.
2. Развитие детской оториноларингологии.
3. Расширение платной оториноларингологической помощи.
4. Расширение юридической и финансовой независимости оториноларингологических организаций.

5. Расширение профессионального управления оториноларингологией и приведение административного управления в реальные рамки административной деятельности, введение саморегулирования

6. Определение семейного оториноларинголога как основного фигуранта в специальности.

7. Соблюдение прав человека в специальности.

8. Постепенный переход оториноларингологов на диспансерный метод работы.

На II-м этапе реформирования предлагается решение следующих проблем:

1. Глубокое реформирование системы обязательного страхования в оториноларингологии на основе целевого страхования оториноларингологической помощи.

2. Решение проблемы государственной собственности в оториноларингологии.

3. Придание врачам-оториноларингологам статуса юридического лица.

4. Передача управления оториноларингологией страны оториноларингологическим профессиональным Ассоциациям России и регионов.

Предложенные ключевые элементы концепции развития оториноларингологии, оториноларингологической помощи и службы России представляются как оптимальный базовый вариант развития нашей специальности в стране с учетом ее особенностей, в складывающихся экономических условиях и явно назревшей необходимости коренной реформы специальности.

Обсуждение сообществом Концепции развития оториноларингологии позволило бы официально продвигать и лоббировать ее в государственных, общественных и других инстанциях.

7.3. Пути укрепления кадрового и материально-технического

обеспечения оториноларингологической службы в республике Дагестан

Одной из важнейших сторон социальной сферы является здравоохранение. Реализация права граждан на охрану здоровья, получение качественной и доступной медицинской помощи – важнейшая задача органов власти всех уровней.

В последние годы в области здравоохранения РД происходит много позитивных перемен, связанных в первую очередь с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». Вопросы улучшения качества медицинского обслуживания населения находят внимание и поддержку со стороны Президента РД, федеральных органов власти. Отмечается положительная тенденция в укреплении материально-технической базы учреждений здравоохранения: строятся новые объекты здравоохранения, в том числе в сельской местности, улучшается техническое оснащение современным медицинским оборудованием и аппаратурой. Серьезное внимание уделяется подготовке и переподготовке медицинских кадров. К проблемам здравоохранения равнодушно и общество – на страницах республиканских газет, по телевидению и радио идет обсуждение накопившихся в этой сфере проблем. Как показывает анализ, за последние полгода (май-октябрь) республиканские СМИ более 400 раз освещали на своих страницах эти проблемы. В целом их тональность была вполне доброжелательная.

Все это свидетельствует об актуальности и значимости вопросов здравоохранения в обществе. Проблемы охраны здоровья граждан, обеспечения доступности и качества медицинской помощи его беспокоят не меньше, чем любые другие проблемы.

Сложившуюся в здравоохранении ситуация является не только результатом системного кризиса государственного здравоохранения, его недостаточного финансирования, но и нерационального использования выделяемых средств, в том числе для приобретения высокотехнологического оборудования.

Предпринимаемые Министерством здравоохранения РД, РФОМС «Дагестан» и другими структурами здравоохранения меры по обеспечению населения доступными и качественными медицинскими услугами являются недостаточными.

В работе необходимо руководствоваться следующими критериями эффективности медицинского обслуживания населения:

- а) удовлетворенность людей оказываемыми медицинскими услугами как в стационарных, так и в амбулаторно-поликлинических условиях;
- б) число вылечившихся больных;
- в) степень оснащённости ЛПУ современным медицинским оборудованием и его загруженность;
- г) число направленных больных в различные медицинские учреждения за пределами РД.

Для совершенствования оториноларингологической помощи в республике Дагестан необходимо провести следующие мероприятия.

➤ Путем укрепления первичного звена здравоохранения, достижения качественных изменений в организации оказания первичной медико-санитарной помощи, расширения объема диагностической и лечебной оториноларингологической помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях добиться снижения повторных обращений пациентов в различные медицинские учреждения.

➤ Обеспечить комплексный подход к охране здоровья населения с повышением санитарной грамотности, формирования здорового образа жизни общества, активное участие каждого в укреплении здоровья, профилактике заболеваний, достижении осознанной персональной ответственности за свое здоровье.

➤ С целью повышения доступности оториноларингологической помощи жителям отдаленных населенных пунктов и рационального использования рабочего времени врачей-оториноларингологов в оториноларингологических отделениях (кабинетах) сельских центральных

районных больниц необходимо организовать дифференцированный прием. Рекомендуется вести прием жителей отдаленных сел в утренние часы, а во второй половине дня – принимать пациентов из районного центра и близлежащих сел.

➤ 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.

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

➤ Программа повышения квалификации сельских врачей-оториноларингологов должна составляться с учетом особенностей их работы в сельской местности.

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

➤ 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.

➤ 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.

➤ В целях получения объективной и достоверной информации о потребности населения 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. Для реализации поставленной задачи может быть рекомендована разработанная и использованная в работе методология анкетирования.

➤ Для повышения доступности и качества оториноларингологической помощи в ЛПУ необходимо *комплексное проведение следующих мероприятий с оценкой их эффективности:*

- разработка табелей 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.

➤ Улучшить оснащение лечебных учреждений современным медицинским оборудованием для повышения качества и расширения специализированной медицинской помощи. Сэкономленные страховые средства направлять на материальное поощрение медицинских работников.

➤ Усилить работу по повышению уровня профессиональных знаний и квалификации врачей-оториноларингологов и среднего медицинского персонала, поднятие престижа профессии врача и среднего медицинского работника. Осуществлять подготовку и переподготовку врачей-оториноларингологов не только в ведущих клиниках страны, но и за рубежом.

➤ Для повышения заработной платы специалистов шире использовать повышение числа специалистов, имеющих квалификационные категории.

➤ Шире использовать для осуществления контроля за деятельностью ЛПУ, качеством оказываемой медицинской помощью, защиты прав пациента и врача, использованием финансовых средств, созданную в республике Ассоциацию врачей, добиваться большей эффективности в деятельности экспертных служб ЛПУ и РФОМС.

➤ Предусмотреть открытие передвижных аптечных пунктов для труднодоступных сельских территорий.

➤ В целях предупреждения фальсификации и необоснованного

завышения цен осуществить действенный контроль на всех уровнях за ценой и качеством отпускаемых в аптечной сети лекарств.

➤ На базе РКБ создать центр подготовки специалистов для работы на высокотехнологическом оборудовании, предоставленном в рамках национального проекта «Здоровье».

➤ Обеспечить соблюдение прав граждан на выбор врача и медицинского учреждения в системе ОМС.

➤ Повысить тарифы на стоимость стационарного лечения в системе ОМС в зависимости от объема и качества оказываемых медицинских услуг.

➤ Изыскать средства и разработать критерии для материального стимулирования деятельности медицинских работников, соблюдающих принцип гуманного отношения к больному человеку.

➤ В целях повышения производительности труда медицинских работников и более рационального использования рабочего времени создавать в ЛПУ единую электронную информационно-аналитическую систему учета и медицинского сопровождения.

➤ В целях улучшения качества оказываемой медицинской помощи и повышения деловой компетентности ввести конкурсный отбор на замещение вакантных должностей медицинского персонала среднего и высшего звена в ЛПУ.

➤ В целях повышения эффективности оказываемой населению квалифицированной помощи совместно с главами муниципальных образований районов и городских округов решать вопрос обеспечения автотранспортом медицинских учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

➤ Изыскивать возможности по дальнейшему укреплению материально-технической базы республиканских специализированных медицинских учреждений.

➤ Для повышения качества и доступности медицинской помощи населению обеспечить выполнение медико-экономических стандартов

диагностики и лечения, больных в соответствии с этапами оказания медицинской помощи.

➤ В целях гуманизации отношений между медицинским персоналом и пациентами практиковать проведение регулярных мероприятий (конференций, круглых столов, дискуссий) по медицинской этике с привлечением специалистов в этой области, с участием сотрудников ДГМА и ЛПУ.

➤ В целях улучшения санитарно-гигиенического просвещения населения республики разработать стимулирующие механизмы социальной рекламы, максимально привлекая СМИ для рекламного обеспечения государственной политики в области социальных реформ, выработки у населения мотивации к здоровому образу жизни.

➤ Постоянно изучать и внедрять в своей деятельности опыт других субъектов России по участию общественности в вопросах улучшения качества медицинского обслуживания населения.

Резюме к главе 7

Понятие лечебно-профилактического учреждения 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 ДПУ 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 психозмоциональной 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 этико-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.

Заключение

В условиях реформирования отечественного здравоохранения повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи. Проблема оценки удовлетворенности и доступности медицинской, в том числе специализированной, помощи населению выступают одним из элементов эффективности управления здравоохранением.

Высокая распространенность ЛОР-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.

Актуальными являются исследования по определению обеспеченности и доступности для населения стационарной и амбулаторной ЛОР-помощи. Нуждаются в совершенствовании организационные формы оказания экстренной ЛОР-помощи. Практически целесообразным является внедрение и рациональное использование современных медицинских клинικο-диагностических технологий. При этом актуальным является изучение проблем качества и эффективности оказания оториноларингологической помощи населению в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях для РД. В связи с этим в современных социально-экономических условиях проблема более эффективной организации оказания специализированной оториноларингологической помощи населению РД с определением потребности и оценкой качества оказываемой помощи является важной научно-практической задачей современной оториноларингологии и организации здравоохранения, необходимость решения которой предопределила актуальность исследования, выбор и постановку задач данной работы. Особая роль должна быть отведена

амбулаторно-поликлиническому звену, так как раннее выявление патологии ЛОР-органов, своевременное лечение и последующее диспансерное наблюдение позволяют успешно решать поставленную Министерством здравоохранения задачу сохранения здоровья населения.

Основной задачей динамического наблюдения пациентов с нейросенсорной тугоухостью и кохлеовестибулярными нарушениями является ежегодное проведение диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, что позволяет больному вернуться к привычному образу жизни, к своей профессии и способствует профилактике инвалидности. Повышение качества профилактической, диагностической и лечебной работы при заболеваниях уха, более раннее выявление и устранение дефектов пораженного органа слуха, дальнейшее укрепление и совершенствование материально-технической базы сурдологической службы позволит улучшить реабилитационные мероприятия, сократить число больных с высокой степенью тугоухости, нуждающихся в слухопротезировании.

Недостаточная степень соответствия современным требованиям учреждений здравоохранения ведет к отставанию РД по уровню внедрения современных методов диагностики и лечения, делает проблематичным достижение качества оказания медицинской помощи. Другой нерешенной проблемой остаётся обеспечение надлежащего качества, эффективности и безопасности лекарственных средств. Крайне актуальным остается вопрос оснащения лечебно-профилактических учреждений РД медицинской техникой и лечебно-диагностическим оборудованием.

Одна из болевых точек дагестанского здравоохранения – слабая материально-техническая база. Здесь отмечается значительное отставание показателя обеспеченности койками по сравнению с федеральными показателями. Это отставание происходит, в частности, не столько от отсутствия высококвалифицированных специалистов, сколько от нехватки необходимого современного оборудования, инструментов, расходных

материалов и т.д.

Недостаточность амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого и детского населения ведет к проблемам, связанным с качеством оказания медицинской помощи.

Комплексная характеристика и анализ основных направлений современного здравоохранения не достаточно объективен без медико-демографической характеристики населения. При изучении демографических процессов актуальным является выявление региональных особенностей, так как каждый регион выступает как слагаемое, из которого формируется общегосударственная ситуация. РД – удачная модель для исследования многочисленных аспектов демографических явлений: здесь сочетается обилие различных народностей и национальностей; разнородность физико-географических и климатических условий; сохраняются традиции и определенный уклад жизни; своеобразие в размещении населения и другие особенности. Как протекают медико-демографические процессы, какое влияние оказывают на них все эти явления, – следует учитывать при планировании здравоохранения и выборе организационных форм медицинского обслуживания. Анализ отчетов организаторов здравоохранения РД о деятельности лечебно-профилактических учреждений, руководимых ими, свидетельствует о том, что, в большинстве случаев демографическая ситуация (в широком понимании) органами здравоохранения не учитывается. Этим объясняются необоснованные диспропорции между городами и районами в развитии ведущих служб, обеспечении специалистами, расходах на здравоохранение, что приводит к неравномерному объему и качеству медицинской помощи и различиям в показателях здоровья.

Анализ социологического исследования, проведенный нами на основании опросов респондентов при проведении анкетирования позволил выявить, так называемые, основные тенденции в развитии РД. *Положительными тенденциями* в социально-экономической и медико-

демографической сферах являются: высокий показатель рождаемости (18,3‰); низкий показатель смертности (5,5‰); положительный прирост населения (12,8‰) и высокая ожидаемая продолжительность жизни при рождении (78 лет); большая доля населения трудоспособного возраста (57,9%) и ниже трудоспособного возраста (10,5%).

Проблемными областями, снижающими уровень и качество жизни в РД, являются: высокий показатель младенческой смертности (14‰) с наихудшими показателями по сельским районам; высокий показатель безработицы; низкий уровень доходов населения (8156 рублей на момент опроса); неразвитость инфраструктуры сельской местности.

Одним из ведущих показателей, определяющих здоровья населения, является заболеваемость, уровни которой, её структура имеют важное значение для научной организации здравоохранения, перспективного и текущего планирования развития сети медицинских учреждений, рациональной организации медпомощи, её специализации, организации профилактических мер, подготовки медицинских кадров.

Анализ общего показателя заболеваемости по данным медучреждений РД за период проводимого нами исследования (2007–2011 г.) по всем нозологиям выявил следующую закономерность: с 2007 по 2009 гг. показатель заболеваемости вырос с 131 573,0 до 134 230,9 случаев на 100 тыс. населения (в основном за счет впервые выявленной заболеваемости), что в большей степени является результатом проводимой дополнительной диспансеризации в рамках ПНП «Здоровье», стартовавшего в 2006 г., а далее уровень стал заметно снижаться, составив в 2010 г. – 132 198,8 случаев, в 2011 г. – 78 976,5 случаев на 100 тыс. населения в виду налаженных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения. Прослеживается тенденция к снижению заболеваемости взрослого населения по инфекционным и паразитарным болезням (с 5210,2 до 3712,5 сл. на 100 тыс. населения); болезням крови и кроветворных органов (с 6054,0 до 3920,1 сл.); болезням нервной системы (с 7488,9 до 56 873,3 сл.); органов

пищеварения (с 16 392,1 до 7110,5 сл.). Напротив, заболеваемость по материалам обращаемости такими патологиями, как: психические болезни (с 3180,8 до 4324,5 сл. на 100 тыс. нас.); болезни системы кровообращения (с 14151,6 до 2222,4 сл.); кожи и подкожной клетчатки (с 4149,5 до 5349,6 сл.), а также заболеваемость, связанная с травмами и отравлениями (с 5655,9 до 7843,6 сл.), выросла с 2007 по 2011 гг. Факт роста заболеваемости по некоторым внутренним заболеваниям может быть связан с улучшением качества диагностики за счет обновления материально-технической базы учреждений здравоохранения в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2006–2008 гг.

Неуклонный рост заболеваемости отмечается также по классу болезней уха и сосцевидного отростка, которая выросла с 2476,0 случаев (2007 г.) до 3175,3 (2011 г.) на 100 тыс. населения. При сравнении показателей заболеваемости взрослого населения РД с аналогичными показателями по СКФО и РФ прослеживается тенденция к более высоким показателям в РД по классам заболеваний: инфекционным и паразитарным болезням; болезням крови и кроветворных органов; болезням нервной системы; органов дыхания и пищеварения; мочеполовой системы и врожденным аномалиям. В РД также отмечаются более высокие показатели ЛОР-заболеваемости с хроническим течением по сравнению с РФ: заболеваемости хроническими отитами, хроническими болезнями миндалин и аденоидов на фоне более низких показателей по классу болезней уха и сосцевидного отростка в целом. Данное обстоятельство может объясняться поздним обращением взрослого населения РД за медицинской помощью, сопровождающимся запущенностью течения заболевания, равно как и низким качеством оказания ЛОР-помощи прежде всего в амбулаторно-поликлиническом звене.

Примечательно, что заболеваемость по трём ведущим классам болезней (новообразованиям, болезням органов кровообращения, травмам и несчастным случаям) с наибольшим вкладом в показатели смертности населения, в РД существенно ниже, чем в среднем по РФ, что объясняет

относительно высокую продолжительность жизни населения данного региона.

У детей прослеживаются сходные со взрослыми тенденции к росту заболеваемости (с 2007 по 2011 гг.) по психическим расстройствам (с 4642,9 до 6038,3 сл. на 100 тыс. нас); болезням кожи и подкожной клетчатки (с 8573,2 до 9994,7 сл. на 100 тыс. нас), а также по болезням уха и сосцевидного отростка (с 5734,4 до 6401,6 сл. на 100 тыс. нас.), что, возможно, связано с улучшением качества диагностики.

Снижение заболеваемости у детей наблюдалось по классам: инфекционных и паразитарных болезней (с 12 280,3 до 11 206,3 сл. на 100 тыс. нас); болезней крови и кроветворных органов (с 13 944,6 до 12 830,4 сл. на 100 тыс. нас); болезней органов пищеварения (с 25 057,6 до 22 245,5 сл. на 100 тыс. нас.), что повторяет тенденции, установленные для взрослого населения.

Анализ структуры первичной заболеваемости, как взрослого, так и детского населения РД показал, что ведущими и наиболее распространенными группами заболеваний являются: болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, а также травмы и отравления.

Данные особенности структуры первичной заболеваемости населения РД не отличаются общероссийских данных. Также как и в РФ, в структуре заболеваемости взрослого населения РД преобладают болезни органов дыхания (25,8%), болезни органов пищеварения (10,5%), травмы и отравления (9,5%). На долю ЛОР-заболеваний приходится лишь 3,1% в структуре заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни. Наибольшую долю составляют болезни уха и сосцевидного отростка (2,1%), хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит (0,6%); на долю хронических болезней миндалин и аденоидов и перитонзиллярного абсцесса приходится 0,3%, а на долю хронического отита лишь 0,1%.

В отличие от структуры заболеваемости взрослых с диагнозом, установленным впервые в жизни, доля болезней органов дыхания у детей

выше и составляет 37,6%, также выше доля болезней органов пищеварения (14,7%). На долю травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин у детей приходится лишь 7,5%, что меньше, чем у взрослых.

В структуре детской заболеваемости с диагнозом, установленным впервые в жизни, на долю ЛОР-заболеваний приходится 4,6%: 2,7% составляют болезни уха и сосцевидного отростка у детей, на долю хронических болезней миндалин и аденоидов и перитонзиллярного абсцесса приходится 1,2%, на долю хронического фарингита, назофарингита, синусита, ринита – 0,5%, а на долю хронического отита лишь 0,2%.

При анализе первичной ЛОР-заболеваемости взрослого и детского населения РД сравнительно с показателями по Северо-Кавказскому Федеральному округу и РФ, также отмечаются более низкие значения в РД по болезням уха и сосцевидного отростка, но более высокие показатели по первичной заболеваемости хроническим отитом, хроническим фарингитом, хроническими болезнями миндалин и аденоидов.

Сравнительный анализ ЛОР-заболеваемости городского и сельского населения РД позволил выявить ряд особенностей. Так, например, за период наблюдения прослеживается (с 2008 по 2011 гг.) положительная тенденция к снижению заболеваемости по таким нозологиям, как болезни уха и сосцевидного отростка (с 3669,8 до 3056,9 случаев на 100 тыс. нас.), хронический отит (с 571,9 до 478,4 сл.), аллергический ринит (с 530,2 до 304,3 сл.), хронический фарингит (с 1256,6 до 721,1 сл.), хронические болезни миндалин и аденоидов (с 1499,3 до 1439,4 сл.) среди городского населения и, частично, среди городского детского населения. По большинству нозологий среди жителей села в сравнении с городским населением отмечаются более высокие уровни заболеваемости, несмотря на тенденцию их снижения в динамике.

В структуре первичной ЛОР заболеваемости всего населения и отдельно детского населения РД доминируют болезни среднего уха,

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

Складывается впечатление, что сельское население в большей степени страдает хроническими ЛОР-заболеваниями и их тяжелыми последствиями, что, по-видимому, связано с поздним обращением за специализированной медицинской помощью, низким качеством предоставляемых ЛОР-услуг в первичном звене здравоохранения, низкой доступностью высококвалифицированной ЛОР-помощи для сельского населения РД.

Очевидно, что заболеваемость глухотой детей 1-го года жизни, проживающих в сельской местности, существенно выше, чем среди живущих в городах. Представленные результаты коррелируют с результатами углубленных профилактических осмотров детей и подростков РД. Так, по данным профилактических обследований установлена высокая распространенность снижения остроты слуха у детей в возрасте 0–7 лет по сравнению с более старшей возрастной группой.

Первичный выход на инвалидность среди взрослого населения существенно снизился с 2007 до 2011 гг. и практически не изменился – среди детского населения за тот же период времени. Снижение первичного выхода взрослого населения на инвалидность может объясняться множеством факторов, в том числе и улучшением качества диагностики и лечения, связанным с прогрессом в общемедицинских технологиях.

В процессе исследования нами была изучена заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) по заболеваниям уха и сосцевидного отростка. Проведенный анализ выявил, что за период наблюдения (с 2007 по 2011 гг.) показатель числа случаев на 100 работающих оставался стабильным (0,3%), в отличие от числа дней нетрудоспособности, уровни которого заметно возросли (от 2,9% до 3,5%), равно как и среднее число дней пребывания на больничной листе (от 9,7 до

11,0 дней), что, по всей вероятности, объясняется нацеленностью пациентов на прохождение более полного курса лечения.

Процент охвата населения диспансерным наблюдением во всех возрастных группах в городах выше в сравнении с сельской местностью, что, по всей вероятности, объясняется лучшим техническим оснащением городской лечебной сети, а также более высокой квалификацией врачебного персонала, что позволяет выявлять и диагностировать ЛОР-патологию на ранних стадиях заболеваемости. Нельзя также сбрасывать и такой фактор, как более высокая медицинская активность горожан в сравнении с сельскими жителями, уровень санитарной культуры, что позволяет им своевременно обращаться к специалистам. Примечателен и тот факт, что в возрасте 18 лет и старше частота ЛОР-патологии среди населения (вплоть до преклонного возраста), сокращается, и, зачастую благодаря тому, что в детском возрасте своевременно выявленная патология и правильно выбранная тактика лечения позволяют снимать пациента с диспансерного учета. Данный вывод подтверждают и результаты анализа показателя ЗВУТ (средней длительности пребывания на листке нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком и по поводу заболеваний уха и сосцевидного отростка у взрослых).

Вывод о том, что уровни заболеваемости среди детского и подросткового населения превышают аналогичные среди взрослых, объясняя тем, что в возрасте 18 лет и старше частота ЛОР-патологии среди населения снижается за счет своевременно и качественно оказываемой помощи в детском возрасте, напрашивается лишь при анализе общей ЛОР-патологии, но при структурном анализе, с учетом ряда нозологий, необходимо иметь в виду и то, что есть ряд заболеваний, которыми чаще страдает взрослое население, т.е. люди в возрасте 18 лет и старше, а есть ряд ЛОР-заболеваний, которые чаще встречаются у детей. Анализ госпитализированной оториноларингологической заболеваемости (по материалам ЛОР-отделения РКБ), подтверждает вывод об относительной дифференцированности нозологий, которыми страдают чаще детское или взрослое население. Так

например, среди детей и подростков за весь период наблюдения (2007–2011 гг.) не было ни одного случая госпитализации с такими диагнозами, как: паратонзиллярный абсцесс (в отличие от взрослых – 0,9%); новообразования (у взрослых – 1,1%); травмы (2,9%). В противовес – у взрослых пациентов не было ни одного случая госпитализаций по поводу: инородного тела носа и уха (с чем были госпитализированы дети в 0,6% случаях); фурункулов слухового прохода (среди детей и подростков – 0,3% случаев); папилломатоза гортани (0,7%); переломов костей носа (0,7%). А с таким диагнозом, как аденоиды, частота случаев госпитализаций среди детей и подростков (22,4% против 2,6%) превысила в 8,6 раза.

Одной из важнейших задач реформирования российского здравоохранения на современном этапе является повышение качества медицинских услуг, в том числе в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, где основу данной системы составляют амбулаторно-поликлинические учреждения. Модернизация российской системы здравоохранения и направленность реформ предполагает углубленное изучение и анализ деятельности медицинских учреждений не только специалистами, но и потребителями медицинских услуг. В этой связи является актуальным изучение ожиданий и потребностей населения в медицинских услугах, их качество и степень их доступности для различных групп населения.

В данной работе нами использовался подход к оценке качества предоставляемых населению медицинских услуг, основанный на анализе мнения случайной выборки респондентов, проживающих в различных регионах РД, которые по основным социально-демографическим показателям не отличалась от данных официальной статистики для всего населения РД, что позволяет экстраполировать полученные данные опроса на все население РД. Средний возраст респондентов составил 33 года, средний доход на 1 человека составил 8156 рублей на момент опроса в 2011 г. Семьи респондентов состояли в среднем из 5 человек. Большинство опрошенных

состояли в браке – 57%; 27% – были не женаты или не замужем; доля лиц, состоящих в гражданском браке (4%) и разведенных (3,3%) невелика, что соответствует социально-культурным традициям населения РД.

По уровню образования респонденты распределились: доля лиц с начальным и неполным средним образованием составила 18,4%; с законченным средним и средним специальным – 28,7%, с незаконченным высшим и высшим образованием – 46,6%. При этом, доля мужчин с высшим и незаконченным высшим образованием была достоверно выше, чем среди женщин (55,1% против 46,6%, соответственно), а доля мужчин со средним образованием, наоборот, ниже (23,8% против 34,0%, соответственно, $p < 0,001$). Распределение выборки взрослого населения РД по уровню образования отличается от общероссийских данных согласно Всероссийской переписи населения 2010 г. и характеризуется более значительное долей лиц с начальным и неполным средним образованием (18,4% против 7% по РФ), что могло повлиять на результаты опроса.

Большинство опрошенных работали (54,6%), в т.ч. работающих пенсионеров было относительно немного (2,3%), а доля молодежи, которая училась и работала, составила 6,3%. Группа опрошенных, не имеющих работы была многочисленной (17%), что согласуется с данными официальной статистики по РД и объясняется, по-видимому, низким социально-экономическим положением РД в общем рейтинге социально-экономического положения субъектов РФ [177]. Анализ распределения респондентов по сфере занятости показал, что опрошенные чаще всего работали в государственных учреждениях и на дому. Доля лиц, занятых сельскохозяйственным трудом составила 11,2%. Мужчины по приоритету чаще всего работали в государственных учреждениях (21,6%), состояли на военной службе военнослужащие, работники полиции и пожарные – в 9,7%, работали на сельскохозяйственных частных предприятиях – в 8,4%. Женщины по приоритету чаще всего трудились в государственных учреждениях (31,6%), на дому (12,9%). Различия по полу статистически

достоверны ($p < 0,05$).

Большинство респондентов проживало в отдельных благоустроенных квартирах (86,9%) и с хорошими санитарно-гигиеническими характеристиками – с наличием холодного/горячего водоснабжения, центрального отопления и санузла – в 71,1%. Около 10 % опрошенных проживали в собственных домах или в комнатах в частном секторе и имели либо частичные санитарно-гигиенические условия в доме (19,7%), либо проживание было вообще без удобств (3,7%). Результаты опроса в отношении недостаточной обеспеченности социально-гигиеническими удобствами в доме тесно коррелируют с данными официальной статистики, представленными в главе 3.

Большинство опрошенных респондентов проживали на территории равнинной зоны (298 человек), 85 человек – в предгорной местности, 37 – в горной зоны. Средний возраст респондентов, проживающих в горной зоне было достоверно выше, чем среди жителей равнинной части РД (42 года против 32 лет, соответственно, $p < 0,01$). По составу семьи и по доходам на душу населения в зависимости от региона проживания статистически значимых различий установлено не было. По семейному положению – больше всего лиц, состоящих в браке было среди жителей равнинной и предгорной зон РД (около 60%), а состоящих в гражданском браке (5,4%) и вдовцов (10,8%) было больше всего среди жителей горной местности ($p < 0,001$).

По уровню образования также выявлены достоверные различия между жителями различных регионов РД. Так, горцы характеризовались достоверно более высокой долей лиц с начальным и неполным средним образованием (24,3% против 18% жителей равнинной зоны) и более низкой долей лиц с законченным средним и средним специальным образованием (21,6% против 29,3%, соответственно).

Статистически значимые различия между жителями различных регионов РД установлены по сферам занятости. Так, работающих в

государственных учреждениях было больше всего среди жителей равнинной и предгорной части РД (28% против 11% жителей горных районов). В то же время, среди горцев было больше работников сельского хозяйства (8,1%) и военнослужащих (13,5%).

По жилищным условиям также были выявлены достоверные различия. Наличие всех санитарно-гигиенических условий, включая голодное/горячее водоснабжение, централизованное отопление и санузел, чаще всего имели жители равнинной зоны РД (77,2%), в то время как отсутствие санитарно-гигиенических условий чаще всего встречалось среди жителей предгорной местности (8,2%).

Таким образом, выборка взрослого населения РД характеризовалась рядом социально-демографических особенностей по сравнению с общероссийскими данными, однако она по большинству социально-экономических и демографических показателей повторяла региональные особенности официальной статистики, что позволяет говорить о представительности выборки для опроса и возможности экстраполяции результатов опроса на все население РД.

Общеизвестно, что понятие «отношение к здоровью» включает в себя оценку состояния здоровья, отношение к здоровью и деятельность по сохранению здоровья [100]. В процессе исследования нами были проанализированы, т.н. *«поведенческие факторы риска»*.

Распространенность курения в РД отличается от приводимых в литературе данных для жителей России в целом и отдельных её регионов. В настоящем исследовании распространенность курения существенно ниже среди мужчин (27,3%) и женщин (2,9%) – жителей РД по сравнению с другими регионами. Интенсивность курения среди курящих мужчин также ниже литературных данных. 17,6% мужчин в РД выкуривают до 10 сигарет в день; и лишь 5,7% – более 10 сигарет в день. Средний стаж курения составляет 8.7 лет: в том числе среди мужчин – 9,2 года, а среди женщин – 5 лет.

Потребление *алкоголя* жителями РД более высокое среди мужчин (30,8%), чем среди женщин (9,6%).

Несмотря на то, что характер *питания* респондентов специально не изучался, весоростовые характеристики опрошенных лиц свидетельствуют о нормальной массе тела. Так, средние значения индекса Кетле (вес/рост) лежат в диапазоне нормальных значений у женщин (средний ИК = 22,8) и на верхней границе нормы у мужчин (средний ИК = 25,4).

В отношении *сна*, большинство мужчин и женщин жителей РД спят 6-8 часов в сутки (47,9%); 4-5 часов спят 17,7% респондентов; а более 8 часов в сутки – 13,1%. Доля лиц, проводящих свой досуг активно, не столь велика (26,3%), при этом она достоверно выше у мужчин (36,1%) по сравнению с женщинами (17,2%).

Большинство респондентов проводят свой *отпуск* дома (44,2%). Лишь немногие отдыхают в других местах по путевке (4,2%).

В качестве одного из показателей для оценки состояния здоровья взрослого населения была использована «*самооценка здоровья*». По данным настоящего исследования, доля лиц, оценивших свое здоровье как хорошее и очень хорошее, составляет 50,2% для мужчин и 37,8% для женщин. В то же время, доля лиц с плохой и очень плохой самооценкой здоровья низкая и составляет 2,6% среди мужчин и 4,7% среди женщин. В ходе исследования установлены достоверные различия в самооценке здоровья между мужчинами и женщинами. Так, мужчины чаще по сравнению с женщинами, оценивают свое здоровье как хорошее и реже – как плохое. Для Российской популяции характерно, что доля тех, кто оценивает свое здоровье ниже хорошего (включая очень плохое, плохое и удовлетворительное) составляет примерно 2/3. Самооценка здоровья в РД (особенно среди мужчин) ближе к зарубежным данным, где хорошая самооценка здоровья превалирует над плохой.

При проведении исследований по самооценке здоровья в зарубежных странах не было получено значимых гендерных различий. Напротив, в

России женщины оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины, что подтверждается также результатами настоящего исследования. Исследования, проведенные в России, также свидетельствуют о важности социально-экономических факторов.

По результатам опроса хроническими заболеваниями страдают 31,7% респондентов; находятся на диспансерном наблюдении 19,3% опрошенных; имеют инвалидность – 11,8%. а также имеют льготы на лекарства и медицинское обслуживание около 20% респондентов. Характерно, что все выше названные показатели достоверно выше среди женщин, что свидетельствует об их большей заболеваемости и приверженности лечению.

Анализ медико-социальных факторов риска в разрезе *климатогеографических зон* проживания выявил следующую закономерность: горцы, т.е. жители горной зоны, достоверно чаще потребляют алкоголь (в 27% случаев); чаще курят (в 21,6% случаев); чаще имеют инвалидность (в 27% случаев) и находятся под диспансерным наблюдением (в 32,4% случаев). Жители равнины чаще отдыхают активно (в 28,6% случаев), чаще оценивают свое самочувствие как хорошее и очень хорошее (в 45,6% случаев). В то же время, жители предгорной зоны характеризовались самым высоким средним стажем курения (11,7 лет), наибольшей частотой плохой и удовлетворительной самооценки здоровья, наибольшей частотой хронических заболеваний (41,2%), долей лиц имеющих льготы на лекарства (31,8%).

На сегодняшний день поликлиники являются основными учреждениями, предоставляющими населению первичную медицинскую помощь. Результаты опроса населения показали, что за первичной амбулаторно-поликлинической оториноларингологической помощью население РД обращается чаще всего по причине заболеваний носа – в 27,1% случаев, по поводу заболеваний уха – в 23,2%, по поводу заболеваний горла почти вдвое реже – в 12,9% случаев. Характерно, что мужчины чаще всего обращаются к ЛОР-врачу по поводу заболеваний носа, а женщины – по

поводу заболеваний уха.

Пожилые жители РД обращаются в ЛПУ по поводу заболеваний уха чаще, чем молодежь или люди среднего возраста. В то же время обращаемость к ЛОР-врачам по поводу заболеваний горла снижается с возрастом. Обращения по поводу заболеваний носа наиболее часты в возрастной группе 18-29-летних.

Отношение к собственному здоровью для большинства жителей РД не характеризуется как здоровье берегающее, т.к. 72,4% опрошенных сказали, что обращаются за медицинской помощью лишь иногда, и лишь каждый пятый из числа опрошенных всегда обращается за медпомощью при появлении симптомов заболеваний.

Данные государственной статистики и данные социологических исследований показывают, что доля расходов на медицинскую помощь в общих доходах домохозяйств у низкодоходных групп населения выше, чем у высокодоходных. На протяжении последних 8 лет рост цен на медицинские услуги опережает рост среднедушевых доходов населения. Недоступность платных услуг и лекарств породили широкое распространение практик отказа от лечения.

На вопрос «Почему Вы не обращаетесь за медицинской помощью при возникновении симптомов заболеваний?» чаще всего респонденты-дагестанцы отвечали, что в случае легких случаев заболеваний они лечатся самостоятельно (в 37,9% случаев) и то, что обращение к врачу сопряжено с большими потерями времени (в 12,9%). Помимо этих двух причин мужчины чаще отмечали, что не обращение также связано с низкой квалификацией врача (в 6,6% случаев), с невозможностью оставить работу (в 10,6% случаев). В то же время женщины дополнительно отмечали, что им страшно идти и узнать диагноз (в 12% случаев). Таким образом, независимо от пола основной причиной не обращений явилась тяга к самолечению.

Результаты опроса показали, что почти половина респондентов лечится домашними средствами, а также подбором лекарств по советам родных и

друзей (в 18,4%) и по советам работников аптек (в 13,8%). Характерно, что мужчины больше доверяют родным и друзьям при выборе лекарств, а женщины – советам работников аптек.

Но даже в тех редких случаях, когда респонденты обращались за медицинской помощью в медицинские учреждения, следовали предписаниям врача далеко не все. Около 40% опрошенных не проходили полностью курс лечения, не принимали или заменяли лекарственные препараты около 20% респондентов (возможно по причине высокой цены). В то же время, не прохождение назначенных диагностических или лечебных процедур наблюдалось крайне редко – в 0,2% случаев. Действительно, при анализе причин невыполнения предписаний врача респонденты чаще всего отмечали, что они боятся побочных эффектов лекарственных средств (в 27,6% случаев), а также из-за материальных возможностей (в 10,7% случаев). Подобные ответы достоверно чаще давали женщины по сравнению с мужчинами.

Большинство респондентов отмечало, что они добираются до медучреждения либо на личном транспорте (в 37,4% случаев), либо городским транспортом (в 35% случаев) и лишь 16,2% опрошенных заявили, что они добираются до ЛПУ пешком.

Среди причин обращения в ЛПУ по приоритету стояли следующие: пройти профилактический осмотр, записаться на прием к врачу или собственно прием врача, получить направление в другое ЛПУ, пройти консультацию у специалиста. Примечательно, что помимо вышеназванных причин, мужчины чаще обращались за получением справок.

В отношении доступности получения первичной амбулаторно-поликлинической ЛОР-помощи большинство респондентов отметило, что попасть на прием к врачу не трудно, если прийти к началу приема или записаться на прием накануне.

В рамках настоящего исследования также анализировалась обращаемость населения РД за специализированной ЛОР-помощью,

предоставляемой в условиях стационара. 43% респондентов отметила, что они находились на стационарном лечении по поводу ЛОР-заболеваний. Обращаемость за специализированной ЛОР-помощью достоверно возрастала в возрастной группе 60 лет, охватывая 63% респондентов.

Большинство пациентов из числа опрошенных лиц госпитализировались по направлению из поликлиники – в 34,8% случаев; в 19,3% – при самостоятельном обращении; в 10,7% случаев – экстренно. Столь высокий процент лиц, обратившихся экстренно и самостоятельно, может являться следствием низкой доступности первичной ЛОР-помощи, либо является отголоском своевременного «необращения» и самолечения.

Анализ мнения респондентов относительно результатов лечения в стационаре выявил, что 55,1% опрошенных отмечали улучшение после лечения; 6,6% респондентов отметили отсутствие положительных изменений после стационарного лечения и 3,1% указали на ухудшение.

По данным опроса респондентов средняя обращаемость за амбулаторно-поликлиническими услугами отоларинголога составила – 2,2 раза в год – при размахе обращений от 0 до 29 раз. Средняя обращаемость за стационарной ЛОР-помощью составила в среднем 2 раза в год (с размахом от 0 до 12 раз), что свидетельствует о явных «избытках» обращений за стационарной помощью на фоне «недообращений» – за первичной помощью. Возможными причинами данного явления являются: необращения населения в случаях легких заболеваний, тяга к самолечению, низкая приверженность лечению, низкая материальная обеспеченность, не позволяющая приобретать все предписанные врачом лекарственные средства.

Обращаемость за ЛОР-помощью в зависимости от зональности проживания показала, что чаще всего по поводу заболеваний уха обращаются жители равнины (в 28,7% случаев); по поводу заболеваний горла – жители горных районов (в 12,5% случаев), а по поводу заболеваний носа – жители предгорной местности (в 34,4% случаев).

Анализ причин необращения за медпомощью в случае возникновения

симптомов заболевания не выявил каких-либо статистически значимых региональных особенностей. Также как и для всей популяции, 72,4% опрошенных отметили, что обращаются за медпомощью лишь иногда, а вот практика самолечения имела свои региональные особенности. Так, например, жители предгорья достоверно чаще лечатся домашними средствами или пользуются старыми рецептами, тогда как жители горных районов предпочитают полагаться на советы родных и друзей при выборе лекарств. Жители горных районов меньше всего среди сравниваемых групп следуют предписаниям врача (в 45,5% случаев не следуют). Возможно, это является одной из причин объясняющих самую высокую распространенность хронических заболеваний и инвалидности. Анализ причин не выполнения предписаний врача в региональном аспекте показал, что не зависимо от места жительства все респонденты боятся побочных эффектов от приема лекарственных средств (в 26–31% случаев). Помимо этого, жители равнины чаще не доверяют советам врачей по сравнению с другими сравниваемыми группами.

Жители предгорья также чаще связывают не выполнение предписаний врача с отсутствием материальных возможностей для покупки дорогостоящих лекарств. Жители горных районов РД, по-видимому, более строго придерживаются семейных традиций и больше доверяют родственникам, нетрадиционным методам лечения, чем врачам. По способу добираться в ЛПУ учреждения опрошенные респонденты также достоверно различались: жители равнины чаще пользовались личным транспортом и достоверно реже ходили пешком, тогда как жители предгорных и горных районов предпочитали пешие прогулки или городской (общественный) транспорт.

Анализ причин обращения в поликлинику показал, что чаще всего жители обращались в поликлинику (в убывающем порядке) с целью прохождения профосмотра, записаться на прием к врачу (ЛОР-врачу), получить направление в другое ЛПУ, получить больничный лист или

справку. При анализе межрегиональных различий оказалось, что жители равнины чаще обращались в поликлинику для получения направления в другое ЛПУ.

В процессе исследования нами была изучена и проанализирована организации медицинской помощи пациентам с врожденной глухотой. На фоне снижения младенческой смертности от перинатальных причин, на одно из первых мест выдвигается решение проблемы ранней диагностики патологии слуха.

В РФ насчитывается около 12 млн. человек с нарушениями слуха, из них детей и подростков около 1,3 млн. человек. В настоящее время в РФ при незначительной и средней степенях потери слуха для коррекции применяют слухопротезирование слуховыми аппаратами, а также, при наличии показаний (кондуктивная тугоухость), – различные виды слухоулучшающих операций. При полной глухоте, как правило, показана операция – кохлеарная имплантация с обязательным комплексом реабилитационных мероприятий, которая позволяет глухим людям воспринимать звуковую информацию. Таким образом, восстановление слуха (кохлеарная имплантация) и начало занятий с ребёнком, под контролем сурдопедагога – это важнейшее звено в медико-социальной реабилитации данных пациентов.

Действующая ранее в РФ схема аудиологического скрининга, основанная на анализе факторов риска и поведении ребёнка (поведенческом скрининге) согласно Приказу Минздрава РФ №108 от 1996 г., недостаточно объективна и эффективна. Анализ возрастной характеристики детей на момент постановки диагноза показывает, что в возрасте до 1-го года только у 5,2% детей выявляется нарушение слуха. Это обусловлено недостаточным анализом факторов риска по тугоухости в родильных домах, наличием только у 50% детей с выявленной нейросенсорной тугоухостью факторов риска, недостоверностью поведенческого скрининга и поздними сроками его проведения у детей группы риска. Таким образом, для повышения эффективности аудиологического скрининга у детей необходимо применение

объективных методов исследования слуха, начиная с периода новорожденности.

Для оценки качества проведения аудиологического скрининга нами были разработаны следующие индикаторы: 100%-ый охват скринингом в возрасте до 3-х мес. (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 в себя 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 I этапе и комбинации методов регистрации отоакустической эмиссии и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) – на II этапе.

Регистрация ЗВОАЭ в учреждениях родовспоможения проводится всем новорождённым на 3–4-е сутки жизни и при положительных результатах (в случае непрохождения скрининга) – повторно непосредственно перед выпиской. Регистрация ЗВОАЭ и КСВП проводится на 4–6-м месяцах жизни ребёнка в центрах реабилитации слуха.

За 2009–2013 гг. в РД проведено обучение аудиологическому скринингу 92 специалиста.

Нами разработаны *методические рекомендации «Универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни»* и в Росздравнадзоре официально зарегистрирована *«Методика аудиологического скрининга»*. Таким образом, впервые появилась правовая основа для внедрения данной технологии на всей территории РФ.

Классический алгоритм скрининга новорожденных является

двухэтапным и состоит из проведения объективных аудиологических исследований – регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ) – *I этап* и регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) – *II этап*.

Таким образом, широкомасштабное внедрение данной программы на государственном уровне приведет к улучшению (за счет раннего выявления) качества оказания специализированной медицинской помощи (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) и, в конечном итоге, позволит сократить расходы государственного бюджета за счет граждан, которым успешно был проведен курс реабилитации тугоухости.

В соответствии с критериями отбора медицинских учреждений в рамках ПНП «Здоровье» было поставлено оборудование для проведения аудиологического скрининга и начато проведение исследований в ЛПУ РД.

Анализ результатов, полученных при аудиологическом скрининге в аспекте климатогеографических зон проживания в сельской местности 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 горной местности, 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.

Аналитическим заключением проводимого аудиологического скрининга новорожденных явились разработанные нами методические рекомендации *«Стандартизация условий проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни»*, где изложены условия, необходимые для стандартизации исследований (в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству,

оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», строительными нормами и правилами СНиП 2.08.02-89* «Общественные здания и сооружения», условиями эксплуатации аппаратуры, методикой проведения исследований): требования к месту проведения исследования: требования к ходу проведения исследования; требования к хранению оборудования.

Для упорядочения организации проведения универсального аудиологического скрининга нами (ФГУ НКЦ оториноларингологии) и нашими коллегами (Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования, Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи) были разработаны и внесены предложения, на основании которых было составлено письмо Минздравсоцразвития РФ от 01.04.2008 г. №2383-РХ *«О проведении универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни»*. В данном письме определены порядок, организация проведения скрининга, а также фиксация его результатов. Письмо имеет также два приложения, где указываются паспортные данные ребенка и факторы риска по тугоухости и глухоте.

Программа тематического усовершенствования по направлению «Аудиологический скрининг новорожденных» разработана для единой последипломной подготовки специалистов сурдологов-оториноларингологов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях. Она предусматривает освещение теоретических положений и практических данных в области сурдологии и смежных дисциплин, а также обучение практическим навыкам, необходимым специалисту для выполнения возложенных на него функциональных обязанностей.

Настоящая программа составлена на основе унифицированной программы последиplomного обучения врачей по оториноларингологии и сурдологии, утвержденной Министерством здравоохранения РФ (Москва, 2000 г.). Программа составлена в соответствии с Приказом № 1221 Министерства высшего и среднего образования РФ. Программа

предназначена для врачей лечебных учреждений, использующих в своей работе методики диагностики и коррекции нарушений слуха. В отличие от типовой программы 2000 г., она включает сведения о последних достижениях в области экспериментальной и клинической аудиологии, современных методах исследования и реабилитации нарушений слуха.

Нами проведен анализ экспертного мнения специалистов учреждений здравоохранения из числа неонатологов, педиатров, сурдологов, оториноларингологов по вопросам, связанным с техническим, методологическим и организационным обеспечением лечебно-диагностического процесса по выявлению глухих и слабо слышащих детей. Во время совещаний в Томске (2010 г.), Уфе (2011 г.) и Астрахани (2012 г.) было проанализировано мнение 1180 экспертов. Для изучения мнения экспертов нами была разработана специальная анкета. На вопрос «Как Вы считаете, какие критерии отбора медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга нужно использовать на уровне области (территории)?»: 80% слушателей ответили, что для учреждений родовспоможения необходимо отбирать все роддома; 20% слушателей ответили, что необходимо отбирать только крупные роддома и перинатальные центры; большинство слушателей ответили, что для амбулаторно-поликлинических учреждений критериями отбора должно быть распределение по районам; для центров (кабинетов) реабилитации слуха – также распределение по районам, по мнению большинства слушателей.

Значительное число экспертов подчеркнули, что при отборе ЛПУ необходимо также принимать в расчет: их технологическую, компьютерную оснащенность и грамотность персонала в этих вопросах; коечную мощность учреждений (например, для учреждений родовспоможения – не менее 40 койко-мест); кадровую укомплектованность; наличие свободных помещений.

Таким образом, мнения различных групп экспертов согласуются общими принципами отбора медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни.

В ходе анализа особенностей административно-территориального деления регионов выявлена региональная специфика, которую необходимо учитывать при отборе медицинских учреждений для проведения аудиологического скрининга. Выполнение данного требования при отборе учреждений повысит доступность прохождения скрининга новорожденных для городского и сельского населения, позволит сконцентрировать ресурсы (приборные и кадровые) на медицинских учреждениях, обеспечивающих максимальные потоки новорожденных.

При расчете потребностей в оборудовании и дополнительном кадровом обеспечении для конкретной территории необходимо учитывать общее число новорожденных за год и особенности их распределения по территории, а также существующие на территориях сети профильных ЛПУ и их мощности.

Значительную угрозу для успешного внедрения системы аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни представляет высокая доля ложноположительных результатов, что может обернуться дополнительным бременем для сурдослужбы региона. Вместе с тем, на региональную сурдослужбу возлагаются обязанности не только по успешному осуществлению II этапа скрининга, но и координация работ между учреждениями родовспоможения, детскими поликлиниками и сурдокабинетами.

Учитывая, что вопросы доступности и качества медицинской помощи, как правило, вызывают основные нарекания и недовольство населения, принцип обратной связи пациентов и персонала ЛПУ рассматривается, как одно из главных организационных технологий.

Проведенное исследование позволило обосновать основные условия улучшения доступности и качества оториноларингологической помощи в работе ЛПУ. Это: оснащенность и своевременная реновация медицинского оборудования 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 медицинского персонала; создание условий для внедрения в работу ЛПУ новых методов и организационных форм в области диагностики и лечения; учет климатогеографических, транспортных, национальных условий и особенностей региона, направленный на более точное определение потребности населения в оториноларингологической помощи; формирование положительной психо-эмоциональной среды и решение вопросов комфортности пребывания пациентов и сопровождающих их лиц в учреждении здравоохранения; 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 возрастных 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 особенностей 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 табелей 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 литературы

1. Абабий И.И. Слух при хроническом экссудативном среднем отите /И.И. Абабий, С.А. Дьякова, А.Я. Кябуру и др. // 1-й Национальный конгресс аудиологов и 5-й Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 229.
2. Авдеева С.Н. Опыт применения новых лечебных и диагностических технологий в амбулаторно–поликлинической практике ЛОР–врача при диспансерном наблюдении / С.Н. Авдеева // III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 239–242.
3. Авдеева С.Н. Патогенетическая взаимосвязь развития дисфонии с наличием хронических заболеваний верхних дыхательных путей у населения промышленного мегаполиса / С.Н. Авдеева // Российская оториноларингология. – 2002. – №1(1). – С. 6–7.
4. Авдеева С.Н. Распространенность заболеваний ЛОР–органов среди городского населения на современном этапе / С.Н. Авдеева // Российская отоларингология. – 2006. – №3(22). – С. 33–37.
5. Аксенов В.М. Критерии и сроки временной нетрудоспособности при заболеваниях ЛОР-органов / В.М. Аксенов, А.И. Перекрест // Вестник оториноларингологии. – 1998. – №3. – С. 34–36.
6. Александров Ю.Г. Гемореологические изменения у больных с острой сенсоневральной тугоухостью после инфузионной озонотерапии / Ю.Г. Александров, В.Р. Васильев, Л.П. Щербакова //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 127–128.
7. Альтман Я.А. Электродное протезирование слуха / Я.А. Альтман, А.В. Бару, Н.Н Бехтерев и др. – Л.: Наука, 1984.–215 с.
8. Анализ заболеваемости лиц трудоспособного возраста / И.А. Логинов, Т.С. Полякова, Л.Ю. Троценко и др.// III Росс. конф. оторинолар.

«Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 29–30.

9. Аникеева З.И. Клиника и лечение нарушений голоса у вокалистов /З.И. Аникеева, Ф.М. Аникеев, И.В. Плешков.– М.: Акцепт, 1995.–189 с.

10. Аникеева З.И. Клиника и лечение нарушений голоса у вокалистов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / З.И. Аникеева.– М., 1999.–39 с.

11. Аникеева З.И. Структура заболеваемости верхних дыхательных путей у жителей большого промышленного мегаполиса / З.И. Аникеева, И.В. Плешков, С.Н. Авдеева и др. // Росс/ научно-практ. конференция «Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: Тез.докл. – М., 2002 – С.45–46.

12. Аникеева З.И. Влияние неблагоприятных экологических факторов на частоту формирования хронических заболеваний верхних дыхательных путей у жителей мегаполиса / З.И.Аникеева, С.Н. Авдеева // Российская оториноларингология –2002.–№ 1 (1).–С .95–96.

13. Аникеева З.И. Лечение диспансерных больных с функциональными нарушениями голоса в амбулаторно-поликлинических условиях /З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева//Росс, научно-практ. конф. «Опыт лечебной работы и обучения в отоларингологии»: Тез.докл. – М., 2003–С. 197–199.

14. Аникеева З.И. Комплексная программа профилактики формирования хронических заболеваний гортани у профессионалов голоса /З.И.Аникеева, И.В.Плешков, С.Н. Авдеева и др.// Российская оториноларингология. – 2003. – №4 (7). – С. 24–29.

15. Аникеева З.И. Повышение эффективности рабочих процессов амбулаторного отоларингологического приема в рамках ОМС / З.И.Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко. Актуальные вопросы фониатрии: Сб. трудов Всеросс. конф. с международным участием. – Самара, 2003. – С. 501–502.

16. Аникеева З.И. Целесообразность организации межокружных сурдофониатрических кабинетов в промышленном мегаполисе /З.И.Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко и др.//Российская

отоларингология. – 2003. – №3(6). – С. 17–23.

17. Аникеева З.И. Оптимизация лечебно-диагностических процессов в системе обязательного медицинского страхования в поликлиническом ЛОР-отделении /З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко //Вестник оториноларингологии. – 2004.–№2. – С. 36–39.

18. Аникеева З.И. Пути совершенствования отоларингологической службы в амбулаторно-поликлинических условиях в рамках обязательного медицинского страхования /З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в отоларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 19–21.

19. Аникеева З.И. Модель организации работы окружного поликлинического сурдо-отоларингологического консультативного центра /З.И.Аникеева, И.В.Плешков, С.Н. Авдеева // Российская оториноларингология. –2005. – №5(18). – С. 26–29.

20. Аникеева З.И. Новые лечебные технологии, внедрённые в практику ЛОР-отделения у больных с сопряженной патологией верхних дыхательных путей и уха /З.И.Аникеева, С.Н. Авдеева // Российская оториноларингология. – 2005. –№5(18). – С. 21–24.

21. Аникеева З.И. Лечебная тактика врача при сочетанной патологии верхних дыхательных путей и различных форм тугоухости /З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева, В.А. Василенко и др. //Росс. научно-практ. конференция «Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: Тез.докл. – М., 2005. – С. 130–131.

22. Арзуманян Г.Р. Лечение больных хроническим гнойным воспалением верхнечелюстных пазух с применением иммуномодуляторов бактериального происхождения. /Г.Р. Арзуманян, Х.Ш. Давудов, М.Р. Акопян //Российская оториноларингология. — 2003. – №3(6). – С. 167–170.

23. Асхабова Л.М. Анализ и планирование деятельности амбулаторно–поликлинических учреждений. /Л.М. Асхабова. //Учебно–методическое пособие для курсантов ФПК ППС медицинских вузов, утвержденных УМО

МЗ РФ.– Махачкала. – 2006 – 103 с.

24. Асхабова Л.М. Состояние здоровья лиц пожилого и старческого возраста и стратегия гериатрической службы в Республике Дагестан. /Л.М. Асхабова, Т.С., Алибекова., И.М.Ибрагимов. //«Сборник научных трудов Дагестанской государственной медицинской академии. 75 лет». Юбилейный выпуск. – Махачкала, 2007 – С. 259–262

25. Асхабова Л.М. Динамика процессов воспроизводства в Республике Дагестан в новых экономических условиях. Медико-демографический анализ./Л.М. Асхабова. //Учебно–методическое пособие для курсантов ФПК ППС медицинских вузов, утвержденных УМО МЗ РФ. – Махачкала: ООО «Издательство «Лотос», 2007. – 95 с.

26. Асхабова Л.М. Структурная характеристика показателей заболеваемости населения пожилого и старческого возраста по материалам Муниципального гериатрического центра. /Л.М. Асхабова, И.М.Ибрагимов, А.У.Исаев. //«Особенности здоровья пожилых. Организационные аспекты гериатрической помощи». Материалы 2–й Всероссийской конференции гериатров. Махачкала. 2010. – С.24–30.

27. Асхабова Л.М. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению /Л.М. Асхабова //Учебно-методическое пособие для курсантов ФПК ППС медицинских вузов, утвержденных УМО МЗ РФ.– Махачкала. – 2010 – 404 с.

28. Базаров В.Г. Распространенность патологии вестибулярного аппарата среди больных, обращающихся в поликлинику /В.Г. Базаров, Л.А. Савчук //Журн. ушных, носовых и горловых болезней – 1983. – №2– С. 40–42.

29. Базаров В.Г., Лисовских В.А., Токарев О.П. Основы аудиологии и слухопротезирования /В.Г. Базаров, В.А. Лисовских, О.П. Токарев. – М.: Медицина, 1984. – 249 с.

30. Бобошко М.Ю. Опыт применения лазерного излучения для коррекции тубарных расстройств /М.Ю. Бобошко, А.И. Лопотко, С.А.

Карпищенко // Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 26–30.

31. Богомильский М.Р. Терапия воспалительных заболеваний ЛОР-органов комплексными гомеопатическими препаратами /М.Р. Богомильский, Т.И. Гаращенко //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 504–508.

32. Бойков В.Э. Расходы на медицины: социологический аспект. / В.Э. Бойков. //Социологические исследования. – 1999. – №5.– С. 105–106.

33. Борохов Д.З. Методические приемы оценки влияния загрязнения окружающей среды на заболеваемость населения /Д.З. Борохов, П.П. Петров, А.К. Кульмаханов и др.//Советское здравоохранение. – 1990– №5.– С. 23–27.

34. Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей /В.П. Быкова // Российская ринология – 1993.– №1 – С. 40–46.

35. Василенко Ю.С. Рабочее место врача–отоларинголога в поликлинических условиях /Ю.С. Василенко //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 49–50.

36. Васильев Е.А. Эпидемиологические особенности заболеваемости ринофарингеального тракта в регионах с различной антропогенной нагрузкой /Е.А. Васильев, И.А. Шульга, М.В. Скачков и др. //Российская ринология. – 2002. – №2. – С. 14–15.

37. Васильев Е.А. Факторы риска и механизмы формирования риносинуситов в условиях экологического неблагополучия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /Е.А. Васильев. – Оренбург, 2004. – 26 с.

38. Волков А.Г. Оптимизация лечения сенсоневральной тугоухости по материалам Ростовской ЛОР–клиники /А.Г. Волков, Т.В. Золотова, Е.А. Костенко // Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 34–36.

39. Вольфович М.И. Хронический гнойный средний отит / М.И. Вольфович. – М., 1967. – 131 с.

40. Гаращенко Т.И. Элиминационная терапия слизистых оболочек верхних дыхательных путей в профилактике гриппа и ОРВИ /Т.И. Гаращенко, Л.И. Ильенко, М.В. Гаращенко // Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 195–198.

41. Гаров Е.В. Лечебно–диагностический алгоритм при лабиринтных нарушениях на фоне хронического воспаления в среднем ухе /Гаров Е.В. //Вторая научно–практическая конф. «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 27–28.

42. Гасаев Д.Г. Повозрастные особенности заболеваемости и смертности органов дыхания населения Республики Дагестан. В сб.: «Здравоохранение Республики Дагестан в период реформ 1995–2005гг.». /Д.Г. Гасаев, Д.Г. Хачиров. //Материалы юбилейной Республиканской научно–практической конференции, посвященные 10–летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК ППС Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. – С. 39–41.

43. Георгиади А.Г. Современная ЛОР–помощь в условиях городской поликлиники /А.Г. Георгиади, А.С. Елеев //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 22– 23.

44. Георгиади Г.А. ЛОР–заболеваемость и особенности оказания оториноларингологической помощи в Иране /Г.А. Георгиади //Журн. ушных, носовых и горловых болезней – 1983. – №6. – С. 51–54.

45. Горлина А.А. Гипербарическая оксигенация в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза /А.А. Горлина, О.Д. Кузьминов, Л.В. Чупий //Вестник оториноларингологии. –1980.– №5. – С. 12–15.

46. Гофман В.Р. Взаимосвязь между церебральной гемодинамикой и нарушением слуховой функции у летного состава гражданской авиации /В.Р. Гофман, А.А. Мильков, Н.С. Егорова //Российская оториноларингология. – 2005. – №5(8). – С. 48–51.

47. Гринчук В.И. Частота вестибулярных расстройств при хронических гнойных средних отитах /В.И. Гринчук, Р. Чунеа //Вестник оториноларингологии. – 1981. – №4. – С. 10–12.

48. Гукович В.А. Современные аспекты патогенетического лечения больных невритом слуховых нервов /В.А. Гукович //Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – №6. – С. 18–23.

49. Гурбанов Ф.А. Состояние слуха у больных с выраженной хронической почечной недостаточностью /Ф.А. Гурбанов //Вестник оториноларингологии. – 1999. – № 2. – С. 39–42.

50. Гюсан А.О. К вопросу об этиологии сенсоневральной тугоухости /А.О. Гюсан, С.М. Хохлачев //1–й национальный конгресс аудиологов и 5–й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха: Тез. докл. – Суздаль, 2004. – С. 63–64.

51. Гюсан А.О. Нейрофункциональные методы исследования в диагностике и терапии нейросенсорной тугоухости /А.О. Гюсан // Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 51–53.

52. Джамалудинов Ю.А. Об оптимальном уровне специализации отоларингологической помощи населению на современном этапе /Ю.А. Джамалудинов, Р.С. Шамсудинов, А.М. Амиров //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 25–26.

53. Дмитриев Н.С. Выбор тактики лечения больных острой сенсоневральной тугоухостью в зависимости от типа аудиограммы / Н.С. Дмитриев, С.С. Чибисова // Росс. оториноларингология. – 2003. – №3. – С. 61–63.

54. Дмитриев Н.С. Медикаментозная реабилитация больных с острой сенсоневральной тугоухостью /Н.С. Дмитриев, Е.М. Узинцев, В.И. Федосеев и др. //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 112–113.

55. Драчук А.И. Магнитотерапия при нейросенсорной тугоухости и

шуме в ушах /А.И. Драчук, А.М. Ганжа //Тез. докл. 7 съезда отоларингологов УССР. – Одесса, Киев, 1989. – С. 61.

56. Догле Н.В. Методические рекомендации по углубленному изучению заболеваемости с временной утратой трудоспособности: Метод. рекомендации /Н.В. Догле, Ю.Г. Широков Н.В. Лебедева и др.. – М., 1981. – 40 с.

57. Евдощенко Е.А. Лечение больных с нейросенсорной тугоухостью с учетом состояния церебральной гемодинамики /Е.А. Евдощенко, А.Л. Косаковский //Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – №5. – С. 33–38.

58. Егоров А.А. Потребность городского населения в фониатрической помощи, её нормативы и организация: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /А.А. Егоров. – М., 1974.

59. Ерёмина Н.В. Озонотерапия в лечении нейросенсорной тугоухости у работников железнодорожного транспорта / Н.В. Ерёмина, Т.А. Бакаева// 1-й национальный конгресс аудиологов и 5-й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха: Тез. докл. – Суздаль, 2004. – С. 67–68.

60. Ерёмина Н.В. Видеомузыкаароматерапия в реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью /Н.В. Ерёмина, Т.Ю. Владимирова //1-й национальный конгресс аудиологов и 5-й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха: Тез. докл. – Суздаль, 2004. – С. 69–70.

61. Ерёмина Н.В. Особенности эпидемиологии и лечения вестибулярной дисфункции с позиций современной концепции реабилитации /Н.В. Ерёмина //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 129–130.

62. Загорянская М.Е. Возможности ранней медико-социальной реабилитации взрослых с нарушением слуха /М.Е. Загорянская, М.Г.

Румянцева, Л.Б. Дайняк //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 116–117.

63. Загорянская М.Е. Значение эпидемиологических методов исследования в профилактике нарушений слуха у детей /М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 79–83.

64. Золотова Т.В. Дифференцированный подход к лечению сенсоневральной тугоухости: Автореф. дис. ... докт. мед. наук /Т.В. Золотова. – М., 2004. – 42с.

65. Золотова Т.В. Изменение окислительной и антиокислительной активности крови у больных с острой сенсоневральной тугоухостью под воздействием инфузии перфотрана /Т.В. Золотова, Е.А. Анохина //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 132–133.

66. Золотова Т.В. Сравнительная эффективность некоторых способов лечения сенсоневральной тугоухости /Т.В. Золотова //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 193–194.

67. Зотина Р.К. Влияние окружающей среды на здоровье населения США /Р.К. Зотина, И.Ю. Крепких //Здравоохранение РФ. – 1978. – №7 – С. 42– 45.

68. Исмагилов Ш.М. Результаты медико-статистического анализа заболеваемости оториноларингологической патологией в Республике Татарстан /Ш.М. Исмагилов //Проблемы реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 522–523.

69. Кадымова М.И. Оптимизация методов лечения внезапной нейросенсорной тугоухости /М.И. Кадымова //Материалы Росс. конф. оторинолар. «Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии»:

Тез. докл. – М., 2003. – С. 155–156.

70. Каримова Н.А. Нарушение функционально–метаболических параметров у больных с нейросенсорной тугоухостью /Н.А. Каримова, К.А. Ходжаева, А.А. Ходжиметов //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 195.

71. Карюк Ю.А. Скрининговая диагностика воспалительных заболеваний околоносовых пазух: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /Ю.А. Карюк. – М., 2000.– 21 с.

72. Квасенко А.В. Психология больного /А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – М.: Медицина, 1980.

73. Ключков А.М. Особенности электроакустической коррекции слуха при некоторых невоспалительных заболеваниях внутреннего уха /А.М. Ключков //Материалы Росс. конф. оторинолар. «Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2003. – С. 156–157.

74. Ковтюх Т.Е.. Состояние здоровья детей в Республике Дагестан. /Т.Е. Ковтюх, В.П. Кострова. //Материалы итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Дагестан (2006–2011гг.).

75. Комаров Ю.М. К вопросу о стратегии и тактике развития здравоохранения в России /Ю.М. Комаров //Здравоохранение РФ. – 1991. – №9. – С. 3–7.

76. Комаров Ю.М. Проблемы и тенденции здоровья населения России /Ю.М. Комаров //Здравоохранение РФ – 1991. – №4. – С. 3–6.

77. Красильников Б.В. Способ лечения субъективного ушного шума при нейросенсорной тугоухости /Б.В. Красильников //Актуальные вопросы патологии ЛОР–органов: Тез. докл. – М., 1988. – С. 33–35.

78. Красильников Б.В. Эффективность применения флюктуирующих токов для лечения нейросенсорной и смешанной тугоухости: дис. ... канд. мед. наук /Б.В. Красильников. – М., 1995. – 140 с.

79. Косарев В.В. Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на распространенность и клиническое течение аллергического ринита /В.В.

Косарев, С.А. Зайцева, Н.В. Еремина и др. //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 264– 266.

80. Крюков А.И. Диагностическая и лечебная тактика при заболеваниях, сопровождающихся длительной дисфункцией слуховой трубы /А.И. Крюков, А.Б. Туровский, М.Н. Шубин //10–я юбилейная конференция оториноларингологов г. Москвы: Тез. докл. – М., 2002. – С. 26–28.

81. Крюков А.И. Показатели заболеваемости и адекватность лечения при острой воспалительной ЛОР-патологии в амбулаторно–поликлинических учреждениях Москвы /А.И. Крюков, Р.Б. Хамзалиева, А.Ф. Захарова //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 24–25.

82. Крюков А.И. Разработка фармакофизических воздействий на слуховой рецептор при нейросенсорной тугоухости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /А.И. Крюков. – М., 1988. – 18 с.

83. Кузнецов В.С. ЛОР-заболеваемость (тенденции, прогнозы и перспективы развития оториноларингологической помощи: Автореф. дис. ... докт. мед наук /В.С. Кузнецов. – М., 1975.

84. Кузнецов В.С. Распространенность болезней уха, горла и носа по данным обращаемости, скорректированных результатами медицинских осмотров /С. Кузнецов //Здравоохранение РФ. – 1976. – № 6. – С. 24–26.

85. Кузнецов В.С. Распространенность хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха среди взрослого населения и подростков, проживающих в Москве /В.С. Кузнецов, И.А. Вознесенская, А.Б. Морозов и др. //Вестник оториноларингологии. – 1982. – № 2. – С. 55–59.

86. Кунельская Н.Л. Вазонит в лечении нейросенсорной тугоухости /Н.Л. Кунельская, Т.С. Полякова, С.А. Богданец //Материалы Росс. конф. оторинолар. «Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2003. – С. 164–166.

87. Кунельская Н.Л. Кохлеовестибулярные нарушения в

оториноларингологии /Н.Л. Кунельская, Т.С. Полякова, С.А. Богданец и др.//Вторая научно–практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 23–24.

88. Кунельская Н.Л. Роль изменений реологических свойств крови и гемостаза в развитии острой нейросенсорной тугоухости /Н.Л. Кунельская, Т.С.Полякова, С.А. Богданец и др. //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 199–201.

89. Кунельская Н.Л. Острая нейросенсорная тугоухость. Современные принципы лечения /Н.Л. Кунельская //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 25–30.

90. Кунельская Н.Л. Коррекция эмоционально–аффективных расстройств у больных с кохлеовестибулярным синдромом (КВС) /Н.Л. Кунельская, Т.С. Полякова, А.А. Красюк и др. //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 143.

91. Кунельская Н.Л. Суточное мониторирование артериального давления у больных с острой нейросенсорной тугоухостью на фоне гипертонической болезни /Н.В. Кунельская, Н.С. Чипигина, С.А. Богданец и др. //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 145–146.

92. Кунельская Н.Л. Типы психологического реагирования на заболевание у больных с кохлеовестибулярным синдромом /Н.Л. Кунельская, М.И. Кадымова, А.А.Красюк. и др. //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005.– С. 140–141.

93. Купаева В.В. Диспансеризация глухих и слабослышащих в Самарской области /В.В. Кунаева, О.В. Тамбовцева, Т.А. Туркина //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с

международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». — Самара, 2003. — С. 528–529.

94. Курилин И.А. Некоторые вопросы обращаемости больных с нейросенсорной тугоухостью /И.А. Курилин, В.М. Васильев, О.В. Павлык и др. //Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1982. — №5. — С. 3–5.

95. Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: Учебное пособие для практических занятий /В.З. Кучеренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 192 с.

96. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению. /В.З. Кучеренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 192 с.

97. Лазарев В.Н. Оценка состояния местного иммунитета у детей с хроническим гнойным средним отитом /В.Н. Лазарев, А.Ю.Ивоилов, Г.В. Ляликова // Материалы Росс. конф. оторинолар. «Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии»: Тез. докл. — М., 2003. — С. 166–167.

98. Лазарев В.Н. Взаимосвязь некоторых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и кондуктивной тугоухости у детей /В.Н. Лазарев, А.Н.Петровская, А.Ю. Ивойлов и др. //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». — Самара, 2003. — С. 135.

99. Лакосина Н.Д. Психология глухих и тугоухих /Н.Д. Лакосина. — М.: Медицина, 1984. — С. 238–239.

100. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для вузов. — ГЕОТАР-Медиа, 2002. — 532 с.

101. Лопатин А.С. Ирригационная терапия в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух (обзор существующих методов) /А.С. Лопатин //Вторая научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»: Тез. докл. — М., 2004. — С. 36–37.

102. Лопотко А.И. Общие принципы медикаментозной терапии

больных сурдологического профиля /А.И. Лопотко, М.Ю. Бобошко, С.Г. Журавский и др.//III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 205.

103. Лурье А.З. Динамика ЛОР-заболеваемости у студентов медицинского института /А.З.Лурье, В.Н. Егоров //Особенности патологии коренного и пришлого населения в условиях Крайнего Севера. – Т.II. – Красноярск, 1981. – С. 150–151.

104. Магомедов М.М. Стандарты диагностики и лечения в оториноларингологии /М.М. Магомедов //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 11–13.

105. Малежик О.И. Состояние сердечной деятельности по данным электрокардиографии у больных с нарушениями голоса, слуха и сочетанной патологией на фоне вертебрально–базиллярной недостаточности /О.И.Малежик, Т.А.Шидловская, И.А.Ясенюк //Российская оториноларингология. – 2005. – №5(8). – С. 72–75.

106. Максимова Т.М. Статистическое моделирование многомерных систем в медицине. – М., 2003. – С. 28–41.

107. Мамаев И.А. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения на территории Республики Дагестан. /И.А. Мамаев/«Материалы республиканской научно–практической конференции, посвященной реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»»: Сб. статей.– Махачкала, 2006. – С. 3–9.

108. Мамаева Б. М. Организация и эффективность диспансеризации больных хроническим гнойным средним отитом и тонзиллитом: дис. ... канд. мед. наук /Б.М. Мамаева. – М., 1975. – 163 с.

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

110. Мерков А.М., Поляков А.М. Санитарная статистика (пособие для

врачей)/А.М. Мерков, А.М. Поляков/– Л. : Медицина. Ленинградское отделение, 1974. – 384 с.

111. Митин Ю.В. Сопоставление слуховой функции и состояния гемодинамики в сосудах вертебробазилярного бассейна у пациентов с внутрилабиринтным гидропсом /Ю.В. Митин, Ю.В. Деева //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 103–106.

112. Митник А.П. Диспансеризация глухих и слабослышащих детей /А.П. Митник. Негнойные заболевания уха. – Куйбышев: Медицина, 1975. – С. 217–222.

113. Моренко В.М. Реабилитация церебральной гемодинамики при сенсоневральной тугоухости / В.М. Моренко, И.П. Енин, И.В. Енин и др. //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 148–149.

114. Морозов А.Б. Заболеваемость сельского населения болезнями уха, горла и носа и нормативы потребности в оториноларингологической помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /А.Б. Морозов. – М., 1968. – 20 с.

115. Морозов А.Б. Распространённость хронических заболеваний уха, горла и носа среди детей и их потребность в оториноларингологической помощи /А.Б. Морозов, С. Л. Гавриленко, Л.О. Самохвалова и др. //Вестник оториноларингологии. – 1987. – №6. – С. 72–75.

116. Морозов А.Б. Распространённость, причины, профилактика заболеваний органа слуха и перспективы развития сурдологической помощи населению (медико-социальное исследование): Автореф. дис. ... докт. мед. наук /А.Б. Морозов. – М., 1988. – 27 с.

117. Морозов А.Б. Принципы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями ЛОР-органов в поликлинике в рамках обязательного медицинского страхования /И.В. Мороз, З.И. Аникеева, С.Н. Авдеева и др //Российская отоларингология. – 2004. – №4(11). – С. 126–134.

118. Никитина Ю.М. Потребность городского населения в

сурдологической помощи, организация труда врачей и среднего медицинского персонала сурдологопедических кабинетов: Дис. ... канд. мед. наук /Ю.М. Никитина. – М., 1972. – 185 с.

119. Николаев М.П. Лечение больных хроническим гнойным мезотимпанитом сеансами НО-терапии в сочетании с ультразвуковым орошением мирамистином /М.П. Николаев, В.М. Зайцев, Ю.М. Никитина //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 151–152.

120. Овчинников А.Ю. Возможности местной терапии при воспалительных заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и слуховой трубы /А.Ю. Овчинников, Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин //Российская оториноларингология – 2004. – №3(10). – С. 144–148.

121. Овчинников А.Ю. Место, значение и роль воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух в возникновении, течении и лечении сочетанной патологии верхних и нижних дыхательных путей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук /А.Ю. Овчинников. – М., 2004. – 40 с.

122. Овчинников Ю.А. Опыт применения препарата «Физиомер» для лечения заболеваний носа /А.Ю. Овчинников //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 281–282.

123. Овчинников Ю.М. Нейросенсорная тугоухость и глухота – современное состояние проблемы (по материалам ЛОР-клиники ММА им. И.М. Сеченова) /Ю.М. Овчинников, С.В. Морозова //10-я юбилейная конференция оториноларингологов г. Москвы: Тез. докл. – М., 2002. – С. 98–100.

124. Омариева Э.Я. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Дагестан в 2011–2012 г. /Э.Я. Омариева. //Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты

прав потребителей и благополучия человека по Республике Дагестан. Махачкала, 2013. – 72 с.

125. Орловский И.С. Анализ результатов слухопротезирования по данным сурдологического центра г. Екатеринбурга /И.С. Орловский, Н.С. Загайнова //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 120–123.

126. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002г.; 2010. Демографический ежегодник России. Официальное издание. – М.: Госкомстат России., 2003; 2011.

127. Остапкович В.Е. Профессиональные заболевания ЛОР-органов /В.Е. Остапкович, А.В. Бروفман. – М.: Медицина, 1982. – 288 с.

128. Остапкович Е.В. Принципы организации и проведения массовой диспансеризации рабочих пылевых профессий /Е.В. Остапкович //Вестник оториноларингологии. – 1985. – №1. – С. 61–65.

129. Остапкович Е.В. Эпидемиологические методы исследования в оториноларингологии /Е.В. Остапкович //Вестник оториноларингологии. – 1987. – №2. – С. 59–61.

130. Отвагин И.В. Исследование распространенности гипоакузии среди лиц трудоспособного возраста в Центральном федеральном округе на базе принципов доказательной медицины /И.В. Отвагин, Ю.К. Янов, Е.И. Каманин //Российская оториноларингология – 2004. – №3(10). – С. 77–79.

131. Отвагин И.В. Частота хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха в различных возрастных группах /И.В. Отвагин //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. –М., 2004. – С. 32–33.

132. Павлищук А.В. Оториноларингологическая заболеваемость городского населения и нормативы потребности в оториноларингологической помощи на примере Краснодарского края: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук /А.В. Павлищук. – М., 1976. – 18 с.

133. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа /В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский. – М., 1980. – 487 с.

134. Пальчун В.Т. Роль отечественной клинической аудиологии в проблеме нейросенсорной тугоухости при негнойных заболеваниях уха /В.Т. Пальчун, В.И. Асламазова //Вестник оториноларингологии. – 1987. – №6. – С. 16–24.

135. Пальчун В.Т. Медицинские стандарты амбулаторно–поликлинической и стационарной помощи в отоларингологии /В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Магомедов М.М. //Вестник отоларингологии. – 2005. – №3. – С. 4–9.

136. Пальчун В.Т. Острая нейросенсорная тугоухость. Современные принципы лечения /В.Т. Пальчун, Н.Л. Кунельская, Т.С. Полякова //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 162–166.

137. Пальчун В.Т. Проблема нарушения функции слуха у лиц старшего и пожилого возраста /В. Т.Пальчун, К.В. Левина //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 168–170.

138. Пальчун В.Т. Основные научно–исследовательские и практические перспективы в работе сурдологического отделения /В.Т. Пальчун, М.И. Кадымова, Т.С.Полякова и др. //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 99–102.

139. Пальчун В.Т. Особенности гемодинамики в бассейне позвоночных артерий при внутрилабиринтной гипертензии /В.Т. Пальчун, И.А. Горбушева, И.Я. Ганичкина и др. //Материалы Росс. конф. оторинолар. «Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2003. – С. 177–178.

140. Панкова В.Б. Клинико–экспертные особенности профессиональной тугоухости у работников транспорта /В.Б.Панкова, О.В. Козин //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 173–174.

141. Панкова В.Б. Медицинская реабилитация рабочих промышленных производств с заболеваниями ЛОР-органов: Метод. рекомендации /В.Б. Панкова, Е.В. Остапкович, А.Л. Есипов. – М., 1987. – 19 с.

142. Панкова В.Б. Принципы реабилитации работающих в условиях воздействия производственных вредностей на ЛОР-органы /В.Б. Панкова //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 496–498.

143. Пантюхина Л.А. Опыт применения низкочастотного ультразвука в комплексном лечении больных с острыми и хроническими средними отитами /Л.А. Пантюхина, О.Э. Саввина, В.Н. Педдер //Проблемы реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 155–156.

144. Пятакина О.К. Лечение и слухопротезирование при нейросенсорной тугоухости /О.К. Пятакина, О.П. Токарев. Достижения клинической оториноларингологии: Респ. сб. научн. тр. – М., 1985. – Вып. XXXI. – С. 49–54.

145. Пятакина О.К. Внезапная глухота и тугоухость /О.К. Пятакина, А.Н. Чканников. Современные методы диагностики и лечения в оториноларингологии: Респ. сб. научн. тр. – М., 1981. – Вып. 27. – С. 33–38.

146. Пятакина О.К. Лечение острой нейросенсорной тугоухости (внезапной глухоты): Метод, рекомендации /О.К. Пятакина, А.Н. Чканников. – М., 1984. – 21 с.

147. Пашинин А.Н. Клиническая значимость оценки качества жизни у больных с кохлеовестибулярным синдромом /А.Н. Пашинин, И.Г. Козина //Российская оториноларингология. – 2005. – №5(8). – С. 82–88.

148. Петрова М.В. Распространённость хронических заболеваний ЛОР-органов среди взрослого населения и подростков г. Москвы и роль диспансеризации в её динамике: дис. ... канд. мед. наук /М.В. Петрова. – М., 1983. – 165 с.

149. Петровская А.Н. Клинико–аудиологический алгоритм системы этапной диагностики слуховых расстройств /А.Н.Петровская, Е.Е. Загорская, О.Г. Пахомова //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 175–176.

150. Писаревская К.Д. Психологические аспекты социальной реабилитации детей, страдающих тугоухостью /К.Д. Писаревская, П.А. Эстрова, Н.В. Тарасова //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 123–125.

151. Пискунов С.З. Совершенствование поликлинической помощи больным с патологией ЛОР–органов /С.З. Пискунов, И.В. Тарасов, Л.Л. Копылова и др. //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 38–39.

152. Плешков И.В. Хронические заболевания верхних дыхательных путей при воздействии различных видов промышленной пыли и вопросы их профессиональной принадлежности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /И.В. Плешков. – М., 1988. – 25 с.

153. Подволоцкая И.В. Анализ структуры потока геронтологических больных по данным ЛОР–стационара /И.В. Подволоцкая, М.А. Рымша //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 66–67.

154. Подольская Е.В. Совершенствование первичной и вторичной профилактики кохлеарного неврита /Е.В. Подольская //Вестник оториноларингологии. – 1989. – № 5. – С. 3–6.

155. Полякова С.Д. Реабилитация больных с тугоухостью в условиях сурдологического центра г. Воронежа /С.Д. Полякова //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 124–127.

156. Полякова Т.С. Этиопатогенетические аспекты в лечении кохлеовестибулярных нарушений /Т.С. Полякова, Н.Л. Кунельская, Д.С. Огородников и др. //Материалы Росс. конф. оторинолар. «Опыт лечебной

работы и обучения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2003. – С. 182–185.

157. Преображенский Н.А. Современное состояние и пути совершенствования микрохирургии уха /Н.А. Преображенский //VIII съезд оториноларингологов СССР: Тез. докл. – М., 1982. – С. 37–42.

158. Преображенский Н.А. Тугоухость /Н.А. Преображенский//М.: Медицина, 1978. – 440 с.

159. Прибыткова Н.В. Анализ результатов длительного динамического наблюдения пациентов с кохлеовестибулярными нарушениями /Н.В. Прибыткова //1-й национальный конгресс аудиологов и 5-й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха: Тез. докл. – Суздаль, 2004. – С. 156–157.

160. Пронина Ю.В. Изучение частоты встречаемости сочетанной патологии полости носа и носоглотки в детском возрасте /Ю.В. Пронина, С.Г. Вахрушев, Г.И. Буренков и др. //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 293–294.

161. Рзаев Р.М. О значении гипоксии в патогенезе профессиональной тугоухости и о нормализующем воздействии гипербарической оксигенации /Р.М. Рзаев //Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. – №2. – С. 22–25.

162. Романов З.А. Исследование кровообращения внутреннего уха и разработка методов активного воздействия на него с целью лечения нейросенсорной тугоухости: Дис. ... докт. мед. наук /З.А. Романов. – Семипалатинск, 1981.

163. Рудницкий С.Л. Сурдологическая помощь в Саратовской области /С.Л. Рудницкий //Вестник оториноларингологии. – 1987. – №2. – С. 62–66.

164. Рымша М.А. К вопросу о санаторно-курортном лечении нейросенсорной тугоухости /М.А. Рымша, Л.М. Андреева, С.Г. Клепиков //Лечение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

на курортах с родоновыми водами: Тез. докл. – Новосибирск, 1986. – С. 71–72.

165. Рымашевская Н.М. Социальная защиты населения. /Н.М. Римащевская.//Москва. – 2002.– 353 с.

166. Рябинин В.А. Сравнительная оценка современных методов лечения больных с субъективным шумом в ушах при нейросенсорной тугоухости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /В.А. Рябинин. – М., 1998. – 19 с.

167. Сагалович Б.М. Общая семиотика тугоухости //Тугоухость /Под редакцией Н.А. Преображенского. – М., 1978. – С. 9–220.

168. Самсонов Ф.А. Сроки госпитализации и результаты лечения больных острой нейросенсорной тугоухостью /Ф.А. Самсонов //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 226–227.

169. Сапожников Я.М., Богомильский М.Р. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей. /Я.М Сапожников, М.Р. Богомильский. – М., 2001. – 247 с.

170. Сватко Л.Г. Исследование качества лечения больных с ЛОР–патологией в амбулаторно–поликлинических условиях /Л.Г.Сватко, А.Н. Галиуллин, А.В.Шулаев //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии».– Самара, 2003. – С. 55–56.

171. Сватко Л.Г. Оптимизация качества оказания отоларингологической помощи с учетом выявленных дефектов в работе ЛОР–врачей амбулаторно–поликлинических учреждений /Л.Г. Сватко, А.В. Шулаев, Р.В. Латыпов //IV Росс. конф. оторинолар. «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2005. – С. 72–73.

172. Сичкарёва Т.А. Опыт применения плазморефа в лечении нейросенсорной тугоухости /Т.А. Сичкарева, Г.З. Пискунов, Д.Е. Кутепов и

др. //Материалы Росс, конф. оторинолар. «Опыт лечебной работы и обучения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2003. – С. 187–188.

173. Сичкарева Т.А. Включение плазмафореза в комплексное лечение хронической сенсоневральной тугоухости /Т.А. Сичкарева, Г.З. Пискунов, Д.Е. Кутепов //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 229.

174. Современное амбулаторно–поликлиническое учреждение: экономико-правовое обеспечение деятельности и опыт работы. //(Пакет информационных материалов). – СПб, 2004.

175. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учебное пособие. – М., 1990. –288 с.

176. Солдатов И.Б., Миркина А.Я, Храпко Н.С. Шум в ушах как симптом патологии слуха /И.Б. Солдатов, А.Я. Миркина, Н.С. Храпко. – М.: Медицина, 1984. – 231 с.

177. Состояние здоровья населения и показатели деятельности учреждений здравоохранения Республики Дагестан. //Ежегодные информационно–аналитические сборники. 2006–2012 гг. Сборники Республиканского медицинского информационно–аналитического центра. – Махачкала, 2006–2013.

178. Социально-экономическое положение субъектов РФ. //Россия в цифрах, 2006–2012гг.: Краткий статистический сборник. – М.: Росстат, 2007–2013.

179. Степанов В.Н. Иглорефлексотерапия в реабилитации больных с кохлеовестибулярными нарушениями /В.Н. Степанов //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003 – С. 87–88.

180. Таварткиладзе Г.А. Концепция развития и совершенствования системы комплексной реабилитации инвалидов по слуху и лиц с нарушениями слуха /Г.А. Таварткиладзе //1-й национальный конгресс

аудиологов и 5-й международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха: Тез. докл. – Суздаль, 2004. – С. 180–182.

181. Таварткиладзе Г.А. Реабилитационная аудиология: основы, принципы, перспективы /Г.А. Таварткиладзе //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 132–135.

182. Тарасов Д.И. Слухопротезирование: Метод. указания /Д.И. Тарасов, О.П. Токарев, А.Б. Морозов. – М., 1985.

183. Тарасов Д.И. Участие оториноларингологов в переходе к диспансеризации всего населения РСФСР: Методические рекомендации /Д.И. Тарасов. – М., 1985 – 20 с.

184. Тарасов Д.И. Частота и структура хронических заболеваний уха, горла и носа среди населения и их динамика /Д.И. Тарасов, А.Б. Морозов //Вестник оториноларингологии – 1991. – №2. – С. 12–14.

185. Тарасов Д.И., Морозов А.Б. Основные направления развития оториноларингологии в период до 2000 года /Д.И. Тарасов, А.Б. Морозов //Вестник оториноларингологии. – 1989. – №3. – С. 3–9.

186. Тарасова Г.Д. Кондуктивная тугоухость у детей (системный подход к патогенезу, диагностике, лечению и профилактике): Автореф. дис. ... докт. мед. наук /Г.Д. Тарасова. – М., 1998. – 39 с.

187. Тарасова Г.Д. Новые подходы в терапии детей с сенсоневральной тугоухостью /Г.Д. Тарасова, Г.М. Джанумова //Проблемы реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара, 2003. – С. 181.

188. Токарев О.П. Основные направления деятельности отдела слухопротезирования и слухоречевой реабилитации научно–клинического центра МЗ РФ /О.П. Токарев, А.В. Пашков, С.Э. Кербабаяев и др. //Российская оториноларингология – 2004. – №3(10). – С. 107–110.

189. Фанта И.В. Научное обоснование организации специализированной амбулаторно-поликлинической отоларингологической помощи взрослому населению крупного промышленного города: Дис. ...

канд.мед.наук /И.В. Фанта. – М., 2000.

190. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. – М.: Медиа-Сфера, 1998.– 352 с.

191. Френкель М.М. Функциональное состояние слухового и вестибулярного анализаторов при гипертонической болезни: Дис. ... канд. мед. наук /М.М. Френкель. – М., 1958.

192. Хамзалиева Р.Б. Принципы диспансеризации пациентов с очаговой инфекцией ЛОР-органов /Хамзалиева Р.Б.//Вторая научно–практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 31–32.

193. Хачиров Д.Г. Становление и развитие экологической медицины в Дагестане. /Д.Г. Хачиров.//Юбилейный сборник научных трудов, посвященный 80-летию Дагестанской государственной медицинской академии. Махачкала: АЛЕФ (ИП Овчинников), 2012. – С. 230–234.

194. Цыганков В.Г. Слуховая и вестибулярная функция у слепых и слабовидящих в среднем и старшем созросте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук /В.Г. Цыганков. – М., 1997. – 20 с.

195. Чекаев Г.М. Медико–социальная характеристика заболеваний органа слуха и пути совершенствования реабилитации сурдологических больных: Автореф. дисс. ... канд. мед наук /Г.М. Чекаев. – Казань, 1998. – 19 с.

196. Шантуров А.Г. Ототоксическое действие антибиотиков /А.Г. Шантуров, М.В. Сенюков. – Иркутск: Вост.-Сиб. изд-во, 1980.

197. Шахова Е.Г. Препараты медиаторных аминокислот в комплексном лечении сенсоневральной тугоухости /Е.Г. Шахова //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всеросс. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии».– Самара, 2003. – С. 193.

198. Шибина Л. М. Рефлексотерапия в комплексном лечении больных с острой и подострой нейросенсорной тугоухостью: Дис. ... канд. мед. наук

/Л.М. Шибина. – М., 1988. – 149 с.

199. Шидловская Т.А. Особенности клинического течения функциональных нарушений голоса, сенсоневральной тугоухости и сочетанной патологии голоса и слуха с учетом временных характеристик ДСВП /Т.А. Шидловская //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 146–150.

200. Шидловская Т.В. Комплексное лечение СНТ сосудистого генеза с применением физиотерапевтических методов /Т.В. Шидловская, Т.А. Шидловская, Н.С. Козак и др. //Российская оториноларингология. – 2003. – №3(6). – С. 154–162.

201. Шишкова А.П. Шум как фактор загрязнения воздушной среды больших городов. /А.П. Шишкова, И.Л. Карагодина, С.А. Солдаткина и др. //М., 1980. – 24 с.

202. Шульгатая Ю.Л. Перспективы использования пробы сердечно-дыхательного синхронизма для интегральной оценки регуляторно-адаптивных систем у больных с тугоухостью /Ю.Л.Шульгатая //Российская оториноларингология – 2004. – №3(10). – С. 116–119.

203. Щепин О.П. Современные подходы к оценке качества и эффективности медицинской помощи /О.П. Щепин, А.Л. Линденбрaten //Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН. – 1994. – Вып.2 – С. 7–11.

204. Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. /О.П. Щепин //СПб.: Издательство «Петрополис», 2000. – 911с.

205. Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. /В.К. Юрьев, Г.И.Куценко //СПб.: Издательство «Петрополис», 2000. – 911 с.

206. Юркин С.А. Вертеброгенный фактор в патогенезе некоторых ЛОР заболеваний и методы коррекции /С.А. Юркин, Г.М. Портенко, К.Б. Добрынин //Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всерос. конф. с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии».– Самара, 2003. – С. 93–94.

207. Юркин С.А. О значении позы во время сна в возникновении внезапной глухоты /С.А. Юркин //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 236–237.

208. Ярнова В.Н. Гипетоническая болезнь и нарушение слуха /В.Н. Ярнова, В.Г. Тролль //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. – М., 2004. – С. 237–238.

209. Abel S.M., Barber H.O., Brant T.D.R. A study of Acupuncture in Adult Sensorineural Hearing Loss //J. Otolaryngol. – 1977. – 6. – №2. – P. 166–172.

210. Albert P.W., Leblanc J. An economic evaluation of present and proposed methods of compensating hearing loss //J. Otolaryngol. – 1979. – Vol.8, №4. – P. 326–338.

211. Anderson H., Wedenberg E. Genetic aspect» of hearing impairment in children //Acta oto-laryng. — Stookh., 1970. –Vol. 69. – № 1–2. – P. 77–88.

212. Ashoor A. Hearing levels of school children in Damman //J. Laryngol. Otol. – 1983.–Vol. 97.– P. 37–41.

213. Aviel A. et al. Acquired irreversible sensorineural hearing loss associated with otitis media with effusion //Am. J. Otolaryngol. – 1982. – Vol. 3, №3. – P. 217–222.

214. Beery Q.C., Bluestone C.D., Cantekin E.L. Otologic history, audiometry and tympanometry as a case finding procedure for school screening //Laryngoscope. – St.Louis, 1975. –Vol. 85. – №12. – P. 1976–1985.

215. Belal A.H. Pathology of vascular sensorineural hearing impairment //Laryngoscope. – 1980. – Vol. 90. – №11. – P. 1831–1839.

216. Berzon D.B. Ear disease in a group general practice. A review of world communities //J. Laryng.Otol. – 1983. – Vol. 97. – №9. – P. 817–824.

217. Bess F.N. The minimally hearing-impaired child // Ear Hearing.– 1985. – Vol. 6. – №1. – P. 43–46.

218. Bradford L.J., Hardy W.G. Hearing and hearing impairment. – New York– San Francisco–London, – 1979.

219. Brown J.J., Vernon J.A., Fenwick J.A. Reduction of acoustically –

induced auditory impairment by inhalation of carbogen gas. I. Permanent cochlear damage noise-induced // *Acta otolaryng.* – 1982. – 93. – №5–6. – P. 319–328.

220. Commitment to public health. An issue for 1984 // *Alaska Med.* – 1984. – Vol.26. – №2. – P. 50–56.

221. Davis A. The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain // *Int. J. Epidemiol.* – 1989. – Vol. 18. – P. 911–917.

222. Eastwood R., Corbin S., Reed M. Hearing impairment and paraphema // *J. Otolaryngol.* – 1981. – Vol. 10. – №4. – P. 306–308.

223. Fiellau-Nicolajsen M. Epidemiology of secretory otitis media // *Am. Otol.* – 1983. – Vol.92. – №2. – P. 172–177.

224. Finkelstein Y., Talmi Y. P., Rubel Y., Bar-Ziv Y. Otitis media with effusion as a presenting symptom // *J. Laryngol. Otol.* – 1989. – Vol. 13. – №9. – P. 827–832.

225. Fisch U. et al. Degenerative changes of the arterial vessels of the internal auditory meatus during the process of aging // *Acta otolaryng. (Stockh.)*. – 1972. – Vol.73. – P.259–263.

226. Fitch J.L., Williams Th.F., Etienne J.E. A community based high risk register for hearing loss // *J. Speech Hear. Disord.* – 1982. – Vol.47. – №4. – P. 373–375.

227. Friedmann I. Pathology of the ear. Blackwell scientific publication. – Oxford etc., 1974. – 607 p.

228. Gorgylla H. T., Walther E. K. Koinzidenz chronisch – entzündlicher Nasennebenholenaffektionen mit cochleo-vestibularen Störungen // *Laryngol. Rhinol. Otol.* – 1990. – Bd. 69. – №6. – S. 298–302.

229. Griffith T.E. Epidemiology of otitis media – an interracial study // *Laryngoscope (St. Louis)*. – 1979. – Vol.89. – № I. – P. 22–30.

230. Hahlbroc K.H. Derzeitigen Stand des Verordnung und Anpassung von Hörgeräten in der Bundes Republik Deutschland // *Z. Laryngol., Rhinol., Otol.* – 1970. – Bd 49.–S. 205–214.

231. Hallett C.P., Gibbs C.C. The effect of ambient noise and other variables on pure tone threshold screening in population of primary school entrants //Brit. J. Audiol. – 1983. – Vol.17. – №3. – P. 183–190.

232. Ising H. Kann Umweltlarm die Gesundheit gefahrden? //Gesundheitsingenieur. – 1985. – Bd.106. – № 5. – S.247–251.

233. Jongkees L.B.W. Psychological problems of the deaf //Ann.Otol. – 1983. – Vol.92, № 1.–481. Zaleski T. Wplyw sredniego stopnia uposledzenia, sluchu na rozwoj mowy dziecka // Otolaryng. pol. – 1984. – Vol.38. – №4. – P. 323–326.

234. Koh T.C., Fung K.T. Acupuncture Therapy for Tinnitus //Amer.J. Acupuncture. – 1983. – 11. – №1. – P. 59–61.

235. Kun K., Lampe I., Pap U. Debreneci gyermekek audimetria's sziirovizsga'lata 1983–1988 Kokozott. //Fiil–orr–gegegyog.. – 1990. – E.36, №3. – P. 161–167.

236. Lamm H., Lamm K., Zimmermann W. The effects of hyperbaric oxygen on experimentalnoise damage to the ears //Arch. Oto-Rhino-Laryng. – 1982. – 236. – №3.– P. 237–244.

237. Loch W. E., Alieva M., Paparella M.M. Sinusistis //Prim. Care. – 1990. – Vol. 17. – №2.– P. 323–334.

238. Martin M. Aids for the hearing–impaired: their availability and use //Publ. Hlth (Lond.). – 1982. – Vol. 96. – № 2. – P. 113–120.

239. Martin M. Diagnosis and communicative ability in deaf children in the European Community //Audiology. – 1982. – Vol.21. – P. 185–196.

240. Meinick W. Medicinal therapy for hearing loss resulting from noise exposure //Amer. J. Otolaryngol. – 1988. – 9. – №6. – P. 302–316.

241. Middle ear disease in samples from the general population /Rudin R., Svardsudd K., Tibblin G., Hallen O. //Acta Oto–laryng. – 1983. – Vol.96. – №3–4. – P. 237–246.

242. Mitchell D.P., Boyden M.H. Diagnostic delay in leafness – the effect of active case finding //J. Otolaryng. – Toronto, 1978. – Vol.7. – № 6. – P. 511–513.

243. Mittal N.G. Environmental change and human health //Indian J. pnbl. Hlth. – 1979. – Vol.23. – №4. – P. 187–205.
244. Moller M.B. Hearing in 70 and 75 year old people: results from a cross sectional and longitudinal population study //Am. J. Otolaryngol. – 1981. – Vol. 2. – № I. – P. 22–29.
245. Moore D.C. et al. A sensorineural component in chronic otitis media //Laryngoscope. – 1980. – Vol. 90. – №8. – P. 1360–1366.
246. Motulsky A.G. Human genetics. – Suppl. – 1978. – P. 1–3.
247. Munker G. Inner ear hearing loss in acute and chronic otitis media //Ady. Otorhinolaryngol. – 1981. – Vol.27. – P. 138–143.
248. Nagahara K., fisch U., Yagi N. Perilymph oxygenation in sudden and progressive sensorineural hearing loss //Acta otolaryng. – 1983. – 96. – №1–2. – P. 57–68.
249. Nomura V. Lipidosis of the basilar membrane //Acta Otolaryng. (Stockh.). – 1970. – Vol. 69. – №5. – P. 352–357.
250. Novak R.C. et al. Differentiation of types of presbycusis using the masking– level difference //J. Speech Hear. Res. – 1982. – Vol. 25. – № 4. – P. 504–508.
251. Paparella M.M. Insidious labyrinthine changes in otitis media //Acta Otolaryngol. – 1981. – Vol. 92. – №515. – P. 513–520.
252. Paparella M.M. Quiet labyrinthine complications from otitis media //Proceedings of the sixth British Academic conference in otolaryngology. – Bristol, 1983. – P. 53–58.
253. Patte M. Interet de l'oxygene hyperbare dans le treatment des accidents de decompression localizes a l'oreille interne. Importance du temps de latence //Acta oto–rhino–laryngol. – 1975. – 29. – №3. – P. 575–579.
254. Plomp R. Auditory handicap of hearing impairment and the limited benefit of hearing aids//J. Acoust. Soc. Amer. – 1978. – Vol. 63. – P. 533–549. 331.
255. Podoshin L. Senso–neural hearing loss as an expression of

atherosclerosis in young people //Eye, ear, nose, throat monthly. – 1975. – Vol. 54. – № I. – P. 5–8.

256. Population study of hearing disorders in adultst preliminary communication //J. ray Soc. Med. – 1981. – Vol. 74. – №11. – P. 819–827.

257. Rasmussen F. The toxic effect of streptomycin and dihydrostreptomycin on the foetus //Scand. J. Resp. Dis., 1969. – Vol. 50. – P. 60–67.

258. Sasa H., Nagahara K., Yamashita T., Kamazava T. Gas permeability of round window membrane //ORL. – 1989. – 51. – №2. – P. 88–93.

259. Sataloff R.T., Sataloff J. Occupational hearing loss //Texas Med. – 1984. – Vol. 80. – №4. – P. 62–64.

260. Schein J.D. Model state plan for vocational rehabilitation of deaf clients: second revision //Deafness research and training center. – New York University, 1980.

261. Singh A.P. Chandra M.R., Daul D. et al. Prevalence of deafness in a rural population of Lucknow district //Indian J. publ. Hlth. – 1980. – Vol. 24. – №1. – P. 23–24.

262. Spenser J.T. et al. Hyperlipoproteinemias in the etiology of inner ear disease //Laryngoscope. – 1973. – Vol. 83. – P. 639–678.

263. Tocik J. Súvislost medzi vybocením nosovej priehradky a chorobami prínosových olutín //Ces. Otolaryngol. – 1989. – R.38. – №1. – S. 41–44.

264. Van Canwenberge P.B. Relationship between nasal and middle ear pathology in children //Rhinology. – 1989. – Suppl. 9. – P. 81–86.

265. Vernon M. Sociological and psychological factors associated with hearing loss //J. Speech hear. res. – 1969. — Vol. 12. – №3. – P. 541–563.

