

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ХОДЖА АХМЕТ ЯСАВИ**

**ИНСТИТУТ КАЗТЕП
МАГИСТРАТУРА**

6M050700 – Менеджмент в сфере здравоохранения

МАГИСТЕРСКИЙ ПРОЕКТ

**Улучшение качества неврологических услуг предоставляемых
жителям города Шымкент**

Исполнитель _____ Есен Л. " ____ " _____ 2019 г.
/подпись/ /Ф.И.О./

Научный руководитель доктор PhD _____ Жанабаев Н.С.
/регалии/ /подпись//Ф.И.О./

" ____ " _____ 2019 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
	ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
	ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	6
	ВВЕДЕНИЕ	7
1	ГЛАВА 1. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ИНСУЛЬТА	13
2	ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	27
3	ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ	30
	ВЫВОДЫ	46
	ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	49
	ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	50
	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	101

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113.

ГОСТ 7.32-2001- (Межгосударственный стандарт) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления.

ГОСТ 15.101-98- (Межгосударственный стандарт) Система разработки и постановки продукции на производство. Порядок выполнения научно-исследовательских работ.

ГОСТ 7.1-2003. Система стандартов по информации , библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления.

ГОСТ 7.9-95(ИСО 214-76) Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация.Общие требования. ГОСТ 7.12-93- Система стандартов по информации ,библиотечномуи издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов нарусском языке. Общие требования и правила.

ГОСТ 7.54-88 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление численных данных о свойствах веществ и материалов в научно-технических документах. Общие требования.

ГОСТ 8.417-2002 Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем проекте применялись следующие термины с соответствующими определениями.

Величина р- вероятность того что полученный результат абсолютно случаен. Величина р может изменяться от 1 (результат точно случаен) до 0 (результат точно не случаен). Величина р, меньшая или равная заданному уровню альфа- ошибки (например, 0,05), говорит о статистической значимости полученного различия.

Достоверность - характеристика, показывающая, в какой мере результат измерения соответствует истинной величине. Достоверность исследования определяется тем, в какой мере полученные результаты справедливы в отношении данной выборки.

Индекс массы тела (англ. body mass index (BMI), ИМТ) — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Индекс массы тела рассчитывается по формуле: $I=W/L^2$, где: W — масса тела в килограммах, L — рост в метрах, измеряется в кг/м².

Медиана (от лат. mediāna — середина) 50-й перцентиль или квантиль 0,5— статистика, которая делит ранжированную совокупность (вариационный ряд выборки) на две равные части: 50 % «нижних» членов ряда данных будут иметь значение признака не больше, чем медиана, а «верхние» 50 % — значения признака не меньше, чем медиана.

Статистическая значимость – статистические методы, которые позволяют оценить вероятность наблюдаемой или более высокой степени ассоциации между независимыми и зависимыми переменными при справедливости нулевой гипотезы. Следует отличать достигнутый уровень статистической значимости (расчетный) от априорно задаваемого

критического уровня статистической значимости, равного чаще всего 0,05 или 0,01. Обычно уровень статистической значимости выражают р-величиной.

Среднее арифметическое – одна из наиболее распространенных мер центральной тенденции, представляющая собой сумму всех наблюдаемых значений, деленных на их количество.

Отношение распространенностей - это отношение распространенности выявленных случаев изучаемого явления среди лиц, имеющих фактор риска к распространенности выявленных случаев изучаемого явления среди лиц, не имеющих фактор риска.

Поперечные исследования (англ. cross-sectional study) это исследования для оценки распространенности (превалентности, prevalence) каких-либо заболеваний или других явлений или признаков в генеральной совокупности (популяции) в определенный момент времени. Наличие или отсутствие болезни и наличие или отсутствие других признаков (или, если они количественные, степень их выраженности) определяется у каждого члена популяции или в репрезентативной выборке в один момент времени. Математически распространенность является дробью, в числителе которой находится число случаев изучаемого явления в определенной популяции, а в знаменателе – количество обследованных лиц на определенный момент времени.

Женщины детородного возраста - это женщины в возрасте 15-44 лет, в период в течение которого они способны к вынашиванию и рождению ребенка.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ЮНИСЕФ	– Детский фонд Организации Объединенных Наций
НИР	– научно-исследовательская работа
МОН	– Министерство образования и науки
РК	– Республика Казахстан
УЗИ	– ультразвуковое исследование
IQ	– коэффициент умственного развития
ДИ	– доверительный интервал
ППТ	– площадь поверхности тела
КТ	- компьютерная томография
МРТ	- магнитно-резонансная томография
РАМН	- Российская академия медицинских наук
МБД	- Мало болеющие дети
ЭБД	- Эпизодически болеющие дети
ЧБД	- Часто болеющие дети

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Количественные и качественные характеристики показателей здоровья населения являются определяющими критериями в планировании и реализации политики охраны здоровья, в решении тактических и стратегических задач реформирования здравоохранения. Модернизация процессов улучшения здоровья нации и осуществление единой концепции в области здравоохранения базируется на проведении комплексных мероприятий, направленных на совершенствование процессов управления и укрепление единой государственной системы охраны здоровья граждан (Берсенева Е.А., 2006). Проблема охраны и укрепления здоровья населения становится важнейшей задачей обеспечения социально-экономического благополучия страны (Стародубов В.И., 2005).

Здоровье человека как социально-экономическая категория представляет собой важнейший элемент национального богатства, но и само здоровье человека должно рассматриваться как ресурс, необходимый для производства материальных благ (Щепин О.П., 1999; Кучеренко В.З., Лисицин Ю.П., Максимова Л.Л., Овчаров В.К., 2002).

Больные неврологического профиля это, как правило, пациенты с воспалительными, травматическими, токсическими и дегенеративными, и/или другими достаточно стойкими и выраженными изменениями в нервной ткани. Реабилитация таких больных происходит, в основном за счёт передачи функций повреждённых нервных центров сохранным образованиям нервной системы, что зачастую не сопровождается полным восстановлением утраченных функций. В результате у пациента развивается стойкий неврологический дефицит, либо наблюдается прогрессирующее течение болезни с постепенным частичным выключением функций отдельных органов и систем. Для оценки состояния

здоровья неврологического больного, определения его потенциальных возможностей и адекватной программы адаптации и восстановления, разработаны различные системы оценки уровня неврологического здоровья, что позволяет повысить уровень медико-профилактических оздоровительных мероприятий и качество жизни неврологических больных.

С указанных позиций детальное и углубленное изучение структуры, уровня и динамики состояния неврологической помощи населению Туркестанской области, определение существующих тенденций заболеваемости населения, выделение доминирующих классов болезней в реальном региональном контексте, специфических закономерностей формирования здоровья прикрепленного населения и разработка научно-методических подходов в повышении качества медицинской помощи является крайне важной научно-практической задачей.

Сложившиеся в здравоохранении проблемы предполагают более широкое использование результатов множества научно-практических, экспериментальных и аналитических разработок, действующих моделей, которые способствовали бы улучшению показателей здоровья и появлению перспективных структурно-функциональных решений.

Комплекс лечебно-диагностических мероприятий, как процесс управления в многофакторной системе, предопределяет необходимость разработки и интеграция современных информационных технологий, ориентированных на оптимизацию и рационализацию системы управления качеством медицинской помощи. Компьютеризация здравоохранения, разработка и внедрение автоматизированных медицинских систем, информационного мониторинга, формализованной документации, системы рекомендаций и стандартов и другое является одним из самых перспективных направлений.

Таким образом, проведенный анализ состояния указанной проблемы предопределяет следующую формулировку цели и задач данного научного исследования.

Цель исследования - на основе изучения особенностей состояния неврологической помощи региона с учётом медико-социальных особенностей его районов и лечебно — профилактических учреждений, разработать и внедрить научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию организации работы и повышению качества оказания медицинской помощи неврологическим больным, путём профилактики этих заболеваний.

Задачи:

1. Изучить распространенность болезней нервной системы и особенности организации неврологической помощи в Казахстане и в зарубежных странах.

2. Изучить и проанализировать данные о неврологической патологии и медико - социальных факторах, влияющих на изменения тех или иных нозологий неврологической патологии в пределах Туркестанской области;

3. Изучить и проанализировать структуру инвалидности больных с неврологической патологией, поступающих в больницы области.

4. Подготовить научно - обоснованные рекомендации по совершенствованию организации работы и повышению качества оказания медицинской помощи неврологическим больным в Туркестанской области.

1. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ИНСУЛЬТА

Методология

При подготовке клинических рекомендаций по инсульту проводился поиск наиболее достоверной научной информации в электронных базах данных, а также анализ печатных изданий, опубликованных по этой теме за последние 5 лет. Основную доказательную базу для рекомендаций составили следующие электронные ресурсы: MEDLINE, библиотека Кохрановского сотрудничества, сайт European Stroke Organization, сайт American Heart Association / American Stroke Association, научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. Для оценки качества и силы доказательств использовалась таблица уровней доказательности (табл. 1).

Таблица 1.

Классификация уровней доказательности

(от наиболее надежных к наименее надежным)

А	Высококачественный метаанализ, систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью системной ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. Соответствует уровню доказательности Ia
В	Высококачественный систематический обзор когортных или исследований случай-контроль, или высококачественное когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки, или РКИ с невысоким риском систематической ошибки, результаты которых могут быть

	распространены на соответствующую популяцию. Соответствует уровню доказательности Ib и IIa
С	Когортное или исследование случай-контроль, или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию, или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки, результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. Соответствует уровню доказательности IIb
D	Описания серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов. Является показателем отсутствия доказательств высокого уровня. Соответствует уровню доказательности III и IV

Для анализа доказательств использовались обзоры опубликованных метаанализов и систематические обзоры с таблицами доказательств. При формулировании рекомендаций использовался консенсус экспертов. При изложении текста рекомендаций приводятся уровни доказательности (А, В, С, D), критерии которых указаны в таблице 1.

2. Определение и общая характеристика

Инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которое характеризуется внезапным (в течение минут, реже - часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания,

головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Выделяется две клинико-патогенетические формы инсульта:

1) **ишемический инсульт (инфаркт мозга)**, обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга;

2) **геморрагический инсульт** (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние), обусловленный разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием.

К ОНМК также относятся **преходящие нарушения мозгового кровообращения**, которые характеризуются внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сердечно-сосудистым заболеванием (артериальная гипертензия, атеросклероз, фибрилляция предсердий, васкулит и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более 24 часов и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают в себя:

1) транзиторную ишемическую атаку (ТИА), которая развивается вследствие кратковременной локальной ишемии мозга и характеризуется внезапными преходящими неврологическими нарушениями с очаговой симптоматикой;

2) гипертонический церебральный криз, представляющий собой состояние, связанное с острым, обычно значительным подъемом артериального давления (АД) и сопровождающееся появлением

общемозговых (реже очаговых) неврологических симптомов, вторичных по отношению к гипертензии. Наиболее тяжелой формой гипертонического криза является острая гипертоническая энцефалопатия, основу патогенеза которой составляет отек головного мозга.

Инфаркт мозга является, как правило, результатом взаимодействия множества разноплановых этиопатогенетических факторов, которые могут быть подразделены на локальные и системные: 1) локальные: морфологические изменения брахиоцефальных или внутримозговых артерий, атеросклеротические поражения сосудов дуги аорты и мозговых артерий, поражения сердца как источник тромбоэмболических инфарктов мозга, фибромускулярные дисплазии стенок брахиоцефальных и мозговых артерий, артерииты, изменения шейного отдела позвоночника, аномалии строения сосудов шеи и головного мозга и др.; 2) системные факторы: нарушения центральной и церебральной гемодинамики, коагулопатии, полицитемия, определенные формы лейкозов, гиповолемия и др.

В каждом втором случае причиной внутримозгового нетравматического кровоизлияния является артериальная гипертензия, около 10-12 % приходится на долю церебральной амилоидной ангиопатии, примерно 10 % обусловлено приемом антикоагулянтов, 8 % - опухолями, на долю всех остальных причин приходится около 20 %. Внутримозговые кровоизлияния могут развиваться либо вследствие разрыва сосуда, либо путем диапедеза, обычно на фоне предшествующей артериальной гипертензии.

Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние в большинстве случаев (70-85 %) вызвано разрывом мешотчатой аневризмы, размер которой может колебаться от 2 мм до нескольких сантиметров в диаметре, чаще – 2-10 мм. Мешотчатые аневризмы наиболее часто локализируются в артериях виллизиева круга, и их образование, по-видимому, обусловлено врожденным дефектом сосудистой стенки, обычно возникающим в месте

бифуркации или ветвления артерии. Со временем отмечается постепенное увеличение размеров аневризмы. Примерно 30 % всех аневризм локализуется на задней соединительной артерии (в месте ее отхождения от внутренней сонной артерии), 20-25 % - на средней мозговой артерии, 10-15 % - на артериях вертебробазиллярной системы (преимущественно базилярной и нижней мозжечковой артерии). Основным фактором риска (ФР) разрыва мешотчатой аневризмы является артериальная гипертония, дополнительными - курение и злоупотребление алкоголем.

В клиническом течении инсульта выделяют следующие периоды: 1) 1-3-и сутки - острейший период; 2) до 28 суток – острый период; 3) до 6 месяцев - ранний восстановительный период; 4) до 2-х лет - поздний восстановительный период; 5) после 2-х лет - период остаточных явлений.

3. Эпидемиология

Ежегодно в Российской Федерации возникает инсульт более чем у 500 000 человек. По данным отечественного национального регистра, проведенного в период с 2001 года по 2005 год, в Российской Федерации заболеваемость инсультом составляет $3,48 \pm 0,21$ случаев на 1000 населения. Встречаемость различных видов ОНМК широко варьирует, в частности, инфаркты головного мозга составляют 65-75 %, кровоизлияния (включая субарахноидальные) – 15-20 %, на долю преходящих нарушений мозгового кровообращения приходится 10-15 %. Частота мозговых инсультов в популяции лиц старше 50-55 лет увеличивается в 1,8-2 раза в каждом последующем десятилетии жизни.

Социально-экономические последствия ОНМК крайне высоки, в частности: летальный исход в остром периоде инсульта наступает у 34,6 %, а в течение первого года по окончании острого периода – у 13,4 %; тяжелая инвалидность с потребностью постоянного ухода имеется у 20,0 % пациентов, перенесших инсульт; ограничено трудоспособны 56,0 % и

только 8,0 % возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. Инвалидизация, вследствие инсульта, занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, составляя 3,2 на 10 000 населения. Инвалидизация после инсульта в среднем по стране составляет 56-81 %.

Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась в Российской Федерации за последние 10 лет более чем на 30 %. Ежегодная смертность от инсульта в нашей стране составляет 175 на 100 000 населения.

4. Классификации ОНМК

I. Международная классификация ОНМК по МКБ-10:

G45 - Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы

I60 - Субарахноидальное кровоизлияние

I61 - Внутримозговое кровоизлияние

I62 - Другое нетравматическое внутрочерепное кровоизлияние

I63 - Инфаркт мозга

I64 - Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.

II. Классификация ОНМК (Одинак М.М. с соавт., 1998):

А. С сохранением неврологического дефицита до 24 часов:

1. ТИА.

2. Гипертензивные кризы.

Б. С сохранением неврологического дефицита от 24 часов до 3 недель:

1. Острая гипертензивная энцефалопатия.
2. Малый инсульт (с восстановимым неврологическим дефицитом).

В. С сохранением неврологического дефицита более 3 недель:

1. Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние):

- 1.1. паренхиматозное кровоизлияние;
- 1.2. внутрижелудочковое кровоизлияние;
- 1.3. субарахноидальное кровоизлияние;
- 1.4. субдуральное кровоизлияние;
- 1.5. экстрадуральное кровоизлияние;
- 1.6. смешанные формы кровоизлияний.

2. Ишемический инсульт:

- 2.1. Эмболический
- 2.2. Неэмболический (тромбоз, нетромботическое размягчение).

III. Международная этиопатогенетическая классификация ишемического инсульта TOAST (Adams H.P. et al, 1993): 1) атеротромботический; 2) кардиоэмболический; 3) лакунарный; 4) связанный с другими, более редкими причинами (васкулиты, гиперкоагуляционные синдромы, коагулопатии, диссекция артерий и др.); 5) неизвестного происхождения.

IV. Классификация ишемического инсульта по патогенетическим подтипам (Верецагин Н.В. с соавт., 2000): 1) атеротромботический (34 % случаев), включая артерио-артериальные эмболии (13 %) и тромбозы мозговых сосудов (21 %); 2)

кардиоэмболический (22 %); 3) гемодинамический (15 %); 4) лакунарный (22 %); 5) инсульт по типу гемореологической микроокклюзии (7 %).

5. Факторы риска инсульта

Важнейшими модифицируемыми ФР, повышающими риск развития инсульта, считаются: артериальная гипертензия любого происхождения, заболевания сердца, фибрилляция предсердий, нарушения липидного обмена, сахарный диабет, патология магистральных артерий головы, гемостатические нарушения. К основным немодифицируемым ФР относятся: пол, возраст, этническая принадлежность, наследственность. Выделяют также ФР, связанные с образом жизни: табакокурение, избыточная масса тела, низкий уровень физической активности, неправильное питание (в частности, недостаточное потребление фруктов и овощей, злоупотребление алкогольными напитками), длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс.

Распространенность основных ФР в России достаточно высока: курят 59,8 % взрослых мужчин и 9,1 % женщин; имеют артериальную гипертензию 39,9 % и 41,1 %; гиперхолестеринемию - 56,9 % и 55,0 %; ожирение - 11,8 % и 26,5 %, соответственно; избыточно потребляют алкоголь 12,0 % мужчин и 3,0 % женщин.

6. Скрининг инсульта

Скрининг инсульта представляет собой активное профилактическое выявление основных модифицируемых ФР (артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, внутрисосудистое тромбообразование, атеросклеротическое стенозы сонных артерий), в том числе и у бессимптомных пациентов. К наиболее широко используемым

диагностическим методикам, составляющим основу скрининга ОНМК в популяции, можно отнести следующие:

- 1) контроль АД, ведение дневника АД/ЧСС, при необходимости выполнение суточного мониторирования АД (уровень доказательности А);
- 2) липидограмма (уровень доказательности А);
- 3) коагулограмма (уровень доказательности С);
- 4) уровень глюкозы в крови (уровень доказательности А);
- 5) аускультация сонных артерий (уровень доказательности С);
- 6) дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (уровень доказательности В);
- 7) ЭКГ, при необходимости холтеровское мониторирование ЭКГ и УЗИ сердца (уровень доказательности А).

7. Диагностика инсульта на догоспитальном этапе

Основной задачей врача общей практики на догоспитальном этапе является правильная и быстрая диагностика ОНМК, что возможно на основании уточнения жалоб, анамнеза и проведения соматического и неврологического осмотра. Точное определение характера инсульта (геморрагический или ишемический) не требуется, оно возможно только в стационаре после КТ или МРТ исследований головного мозга. Для принятия верного тактического решения по адресной госпитализации больного в региональный сосудистый центр или профильный стационар, вероятный тип ОНМК желательно определить уже на догоспитальном этапе. В частности, это необходимо при субарахноидальном кровоизлиянии (отделение нейрохирургии – неотложная эндоваскулярная эмболизация аневризмы артерии мозга) и ишемическом инсульте, который по своим характеристикам соответствует протоколу тромболитической

терапии (региональный сосудистый центр – неотложное проведение внутривенного системного тромболиза).

Предположительная диагностика ишемического или геморрагического характера инсульта возможна по совокупности определенных признаков. Клиническая картина развития ОНМК характеризуется, как правило, внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой, а в случае субарахноидального кровоизлияния – менингеальной) симптоматики. Для правильной и своевременной диагностики инсульта семейному врачу необходимо знать и уметь выявить при неврологическом осмотре основные клиничко-неврологические синдромы (очаговые, общемозговые, менингеальный), характерные для данного заболевания.

8. Клинические проявления

Инсульт должен быть заподозрен во всех случаях при наличии острого развития очаговой неврологической симптоматики или внезапного изменения уровня сознания. Среди нарушений функций мозга, развивающихся при инсульте, выделяют: очаговые симптомы, менингеальный синдром (признаки вовлечения мозговых оболочек), общемозговые расстройства. Наиболее частые признаки и очаговые симптомы инсульта зависят от поражения сосудистых бассейнов кровоснабжения головного мозга.

I. Каротидная система кровоснабжения (артерии: сонные, средние мозговые, передние мозговые):

1. Гемипарез на стороне, противоположной очагу поражения: слабость, неловкость, тяжесть в руке (в плечевом поясе), в кисти, лице или в ноге. Чаще имеет место сочетание поражения руки и лица. Иногда может иметь

место вовлечение одной половины лица (фациальный парез). Вовлеченная сторона тела является противоположной по отношению к стороне пораженной артерии.

2. Нарушения чувствительности: сенсорные нарушения, парестезии, измененная чувствительность только в руке, кисти, лице или в ноге (или в различных комбинациях), наиболее часто вовлекаются рука и лицо. Обычно встречается одновременно и на той же стороне, что и гемипарез.

3. Речевые нарушения: затруднения в подборе нужных слов, невнятная и нечеткая речь, трудности понимания речи окружающих (афазия), трудности письма (дисграфия) и чтения (дислексия). Смазанная и невнятная речь, нарушения произношения слов и артикуляции (дизартрия).

4. Зрительные нарушения: нечеткое зрение в пределах поля зрения обоих глаз. Вовлеченное поле зрения является противоположным по отношению к стороне пораженной артерии.

5. Монокулярная слепота: зрительные нарушения в одном глазу. Могут страдать все или часть поля зрения, часто эти нарушения описывают как исчезновение, побледнение, серое пятно, черное пятно в поле зрения. Страдает глаз, на стороне пораженной сонной артерии.

II. Вертебрально-базилярная система кровоснабжения (артерии: позвоночные, основная, задние мозговые):

1. Головокружение: ощущение неустойчивости и вращения. Может сочетаться с нистагмом. Изолированное головокружение является частым симптомом ряда несосудистых заболеваний.

2. Зрительные нарушения: нечеткое зрение справа или слева, вовлекаются оба глаза одновременно.

3. Диплопия: ощущение двух изображений вместо одного. Может иметь место ощущение движения рассматриваемых предметов, нарушение движения глазных яблок в сторону (глазодвигательный парез) или несинхронное движение глазных яблок.

4. Двигательные нарушения: слабость, неловкость, тяжесть или дисфункция в кисти, ноге, руке или в лице. Может вовлекаться одна половина тела или (нечасто) все четыре конечности. Лицо может вовлекаться на одной стороне, конечности на другой (альтернирующие стволовые синдромы). Дроп-атаки (внезапное падение без утраты сознания) являются частым симптомом начала паралича всех четырех конечностей без нарушения сознания.

5. Нарушения чувствительности: сенсорные нарушения, парестезии. Могут вовлекаться одна половина тела или все четыре конечности. Обычно встречается одновременно с двигательными нарушениями.

6. Дизартрия: смазанная и нечеткая речь, плохая артикуляция, произношение.

7. Атаксия: нарушение статики, неустойчивая походка, забрасывание в сторону, дискоординация на одной стороне тела.

Вслед за подтверждением основного диагноза наиболее сложной и ответственной задачей является точная и быстрая диагностика характера инсульта (ишемический, геморрагический), так как в острый период заболевания от этого в значительной степени зависит дальнейшая тактика лечения. Наряду с тщательным неврологическим осмотром для этого необходимо детально проанализировать анамнез, ход развития ОНМК.

Для ишемического инсульта (инфаркта мозга) характерны:

1) предшествующие ТИА или транзиторная монокулярная слепота;

- 2) выявленные ранее стенокардия или симптомы ишемии нижних конечностей;
- 3) патология сердца (нарушения ритма сердца, чаще всего в виде мерцательной аритмии, наличие искусственных клапанов сердца, ревматизм, инфекционный эндокардит, острый инфаркт миокарда, пролапс митрального клапана и др.);
- 4) развитие во время сна, после приема горячей ванны, физического утомления, а также во время приступа мерцательной аритмии, в том числе на фоне острого инфаркта миокарда, коллапса, кровопотери;
- 5) постепенное развитие неврологической симптоматики, в ряде случаев ее мерцание, т. е. нарастание, уменьшение и вновь нарастание клинических симптомов;
- 6) возраст старше 50 лет;
- 7) превалирование неврологической очаговой симптоматики над общемозговой симптоматикой.

Для кровоизлияния в мозг характерны:

- 1) длительно существующая артериальная гипертония, нередко с кризовым течением;
- 2) развитие инсульта во время эмоциональных или физических перенапряжений;
- 3) высокое АД в первые минуты, часы после начала инсульта;
- 4) возраст больных не является определяющим моментом, однако для инфарктов мозга более характерен старший возрастной диапазон по сравнению с кровоизлияниями;

- 5) бурное развитие неврологической и общемозговой симптоматики, приводящей нередко уже через несколько минут к коматозному состоянию больного (особенно это характерно для кровоизлияния в ствол мозга или мозжечок, хотя изредка наблюдается и при обширных инфарктах ствола мозга в связи с закупоркой основной артерии, однако для нее типичны предвестники - расплывчатость зрения, туман перед глазами, двоение, нарушения фонации, глотания, статики и др.);
- 6) характерный вид некоторых больных - багрово-синюшное лицо, особенно при гиперстенической конституции и при этом тошнота или неоднократная рвота;
- 7) редкость преходящих нарушений мозгового кровообращения в анамнезе и отсутствие транзиторной монокулярной слепоты;
- 8) выраженная общемозговая симптоматика, жалобы на головную боль в определенной области головы, предшествующие (за несколько секунд или минут) развитию очаговых неврологических симптомов.

Для субарахноидального кровоизлияния характерны:

- 1) относительно молодой возраст больных (чаще до 50 лет);
- 2) начало заболевания внезапное, среди полного здоровья, во время активной, особенно физической деятельности;
- 3) первоначальным симптомом является сильнейшая головная боль, часто описываемая больными как «непереносимая», с возможной потерей сознания;
- 4) частое развитие эмоционального возбуждения, подъема артериального давления, в последующем иногда гипертермии;
- 5) наличие выраженного менингеального синдрома: ригидность затылочных мышц, положительные симптомы брудзинского и кернига,

светобоязнь и повышенная чувствительность к шуму, нередко при отсутствии очаговой симптоматики;

б) всегда - наличие крови в ликворе (люмбальная пункция).

Ни один из приведенных признаков не может с абсолютной точностью указывать на диагноз геморрагического или ишемического инсульта. Имеет значение совокупность признаков и их выраженность.

9. Первичная догоспитальная дифференциальная диагностика инсульта

Важной задачей на догоспитальном этапе является проведение первой дифференциальной диагностики инсульта с другими патологическими состояниями, имеющими клиническое сходство с ОНМК. К их числу относятся: гипогликемия, судорожные состояния (эпилепсия, эпилептические синдромы), черепно-мозговая травма, нейроинфекции (энцефалит, абсцесс мозга), мигрень, объёмные образования (опухоли) головного мозга, ряд психических расстройств, коматозные состояния, экзогенные и эндогенные интоксикации (метаболическая или токсическая энцефалопатия), рассеянный склероз, острая гипертоническая энцефалопатия и др.

10. Основной алгоритм диагностики ОНМК на догоспитальном этапе.

1. При опросе и сборе анамнестических данных:

1. В первую очередь установить точное время начала заболевания.
2. Когда и в какой последовательности появились клинические симптомы заболевания?

3. Имеются ли ФР (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, ИБС, уже перенесенные в прошлом ОНМК или черепно-мозговой травмы).

II. При объективном обследовании обязательны (уровень доказательности В):

1. Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня угнетения сознания по шкале ком Глазго (приложение 1), проходимости дыхательных путей и дыхания, кровообращения.

2. Визуальная оценка: внимательно осмотреть и пальпировать мягкие ткани головы (выявления возможной черепно-мозговой травмы), осмотреть наружные слуховые и носовые ходы (для выявления ликворо- и гематорреи). 3. Измерение частоты пульса, ЧСС, АД (на двух руках), частоты дыхания, аускультация сердца и легких, термометрия.

4. Электрокардиография.

5. Исследование глюкозы в крови.

6. Офтальмоскопия (уровень доказательности D);

7. При исследовании неврологического статуса необходимо: качественная оценка очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики с фиксацией в медицинской документации. Проявлениями нарушений могут быть изменения сознания, речи, двигательных функции (слабость в конечностях), асимметрии лица, нарушения чувствительности (онемение), судорожные синдромы и прочие симптомы.

11. Основные действия при оказании догоспитальной помощи больным с ОНМК

Инсульт является неотложным состоянием, поэтому все пациенты с ОНМК должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры или специализированные отделения многопрофильных стационаров для лечения больных с инсультом (уровень доказательности А). Врач общей практики, уточнив вопросы предварительного диагноза в пользу ОНМК, должен решить дополнительно две другие задачи: 1) имеются ли противопоказания для неотложной госпитализации в профильный стационар? 2) имеется ли необходимость в неотложной медицинской помощи (в том числе в терапии) больному на догоспитальном этапе? При этом семейный врач для реализации этих задач использует услуги службы скорой медицинской помощи, которая немедленно вызывается по месту нахождения пациента с ОНМК (уровень доказательности А). К пациентам в критическом состоянии направляется реанимационная бригада скорой медицинской помощи.

2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач использовались ретроспективный анализ информации, социологический, статистический и исторический методы, метод экспертной оценки, текущее наблюдение, моделирование теории управления, прогнозирование.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые в регионе было проведено комплексное изучение деятельности лечебно-профилактических учреждений стационарного типа, участвующих в оказании медицинской помощи больным неврологического профиля в динамике за пять лет, медико-демографического состава пациентов неврологических отделений. По специально разработанной методике определены ведущие нозологии неврологической патологии, приводящих к первичному выходу на инвалидность среди неврологических пациентов Туркестанской области.

Научно-практическая значимость работы.

1. Результаты исследования позволили сформулировать проблемы в организации медицинской помощи больным неврологического профиля.

2. Определить пути их решения для дифференциации коечного фонда.

3. Внедрение разработанных положений позволит повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий в Туркестанской области.

4. Динамическая реализация предлагаемых структурно-функциональных преобразований в Туркестанской области направлены на повышение качества оказания медицинской помощи больным

неврологического профиля на основе рационализации использования управленческих и ресурсных возможностей.

5. Поэтапная разработка, динамичное развитие и интеграция информационных технологий в развивающейся корпоративной структуре единого информационного пространства Туркестанского здравоохранения направлены на совершенствование процесса взаимодействия субъектов медицинской деятельности.

Личный вклад автора.

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме и осуществлен сбор материала по теме диссертации. В исследовании проанализирована обеспеченность и квалификация врачей неврологов в ЛПУ Туркестанской области за 2016-2018г.г., данные о наличии и профилизации неврологических коек в Туркестанской области за 2016-2018г.г., годовые отчеты о посещаемости врачей неврологов за 2016-2018г.г.

Самостоятельно систематизированы и обработаны с помощью общепринятых статистико-математических методик результаты, полученные в ходе научного исследования.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Результаты комплексного анализа работы неврологического отделения **Областной клинической больницы и медико-демографического состава** лечившихся в нём больных.

2. Результаты анализа работы ЛПУ Туркестанской области по больным неврологического профиля и их медико-демографический состав.

3. Инвалидизация больных в неврологических отделениях Туркестанской области.

4. Методика определения потребностей населения Туркестанской области в восстановительных койках неврологического профиля.

3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении к диссертации проводится обоснование актуальности данного исследования, определяются цель и задачи, научная новизна и практическая значимость работы, представлены основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Первая глава включает в себя обзор литературы по основным принципам организации неврологической помощи, направлениях реформирования помощи стационарного типа, неврологических заболеваниях, обуславливающих госпитализацию больных в Казахстане и за рубежом, сосудистых заболеваниях головного мозга, проблемах организации медицинской помощи данной категории больных и больных с эпилептическими состояниями, исходах заболеваний, методах лечения и реабилитации лиц, перенесших патологию нервной системы. Аналитический обзор позволил подчеркнуть обоснованность актуальности вышеуказанных положений и уточнить цель и задачи данного научного исследования.

Вторая глава посвящена программе, методам и базам исследования.

Этапы, методы, объекты и объемы исследования

Этапы исследования Методы наблюдения и сбора информации
Источники информации в базы исследования Объекты и объемы наблюдения

1. Изучение отечественных и зарубежных литературных источников
Выкопировка сведений, анализ База данных, журналы по ОЗД, руководства по специальности, отечественные и зарубежные монографии, российских диссертаций, авторефераты 175 источников (132 отечественных и 43 зарубежных)

2. Исследование заболеваемости по больным неврологического профиля Туркестанской области Сплошное ретроспективное наблюдение, выкопировка сведений Годовые отчеты ф. 14; ф.№25, ф.30, электронная база МИАЦ Туркестанской области за 2016 -2011гг. Сведения о заболеваемости по данным обращаемости 240553 чел. (2016 г.) 258154 чел. (2017г.) 273137 чел. (2011г.)

3. Исследование структуры медико-демографических показателей, характеризующих больных неврологического профиля в Туркестанской области Сплошное ретроспективное наблюдение, выкопировка сведений Годовые отчета ф. 14, ф.16 ВН, электронная база МИАЦ Туркестанской области за 2016 -2011гг. Сведения по посещаемости к неврологам 750245 чел. (2016 г.) 701065 чел. (2017г.) 610836 чел. (2011г.)

4. Исследование структуры медико-демографических показателей, характеризующих больных неврологического отделения Областной клинической больницы (ОКБ) Сплошное ретроспективное наблюдение, выкопировка сведений Годовые отчеты ф. 14; ф.№25, ф.30, электронная база МИАЦ Туркестанской области за 2016 -2011гг. Медико-социальные показатели 543 пациентов ОКБ

5. Разработка и формулировка основных направлений оптимизации и рационализации выполнения лечебно-диагностических мероприятий по больным неврологического профиля Туркестанской области Выборочное текущее наблюдение, комплекс специальных методик Веб вышеперечисленное Все вышеперечисленное

Программа исследования включала 5 основных взаимосвязанных этапов, на каждом из которых использовались различные методы, объекты и объемы наблюдения, что позволило реализовать цель и задачи исследования, охватывающего период 2016-2018г.г. Сведения,

использованные для анализа посещаемости больными неврологов, достаточно внушительные: 750245 чел. (2016г.), 701065 чел. (2017г.), 610836 чел. (2018г.). Оценка медико-демографических показателей, характеризующих больных неврологического отделения Областной клинической больницы (ОКБ) проводилась на основе данных 543 пациентов, наблюдавшихся в отделении в период с 2016 г. по 2018 г. В качестве показателей, в соответствии с общепринятой практикой, рассматривались: пол и возраст пациента; специальность; наличие и характер факторов риска; основное и сопутствующие заболевания; наличие в анамнезе травм; социально-бытовые условия; наличие и группа инвалидности. По этим пациентам создана База данных.

В третьей главе проведен анализ показателей деятельности неврологического отделения ОКБ за 2016 - 2018 годы: в 2018 г. план койко-фонда выполнен на 103% (в 2017г. - 105%), на 89 человек уменьшилось количество выписанных больных. Средняя длительность пребывания больного - 15,7 дней (в 2017 году - 15,2 - увеличилась на 0,5 дня). Процент сельских жителей составил 62% - на 5% больше по сравнению с 2017г. Уменьшился процент больных трудоспособного возраста- 64,11% в 2011г. (65,82 - в 2017г). Выведены данные о пролеченных в больнице больных из районов области, иногородних и больных из других государств, отражён социальный состав больных ОКБ. Больше всего больных поступает из Тoleбийского, Сайрамского районов и наибольшее - из города Шымкента, увеличивается ежегодно количество иногородних пациентов. За исследуемый период в социальном составе (Рис.1) поступивших на лечение лиц отмечается явная тенденция к снижению количества служащих, рабочие промышленных предприятий по поступлению достаточно стабильны.



Рис. 1. Социальный состав больных

Значительно уменьшилось в 2017 и 2018 годах количество работающих пенсионеров и достаточно стабильны цифры - неработающих. За исследуемые 2016 - 2018 годы отмечается достаточно стабильное количество принятых больных в поликлинике ОКБ, однако в распределении больных на приеме по районам наблюдаются некоторые колебания.

Так, при анализе значимости отклонений процентного соотношения по данным, выявлены три группы районов:

-первая группа — процент больных из районов этой группы в общем количестве больных от года к году практически не меняется Жетысайский район, Келесский район, Шардаринский район

-вторая группа — процент больных из районов этой группы в общем количестве больных от года к году имеет тенденцию к снижению Байдибекский район, Казыгуртский район, Мактааральский район, Ордабасинский район, Отырарский район;

-третья группа - процент больных из районов этой группы в общем количестве больных от года к году имеет тенденцию к росту Сайрамский

район, Сарыагашский район, Сузакский район, Толебийский район, Тюлькубасский район.

Проведён анализ показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений городов и районов Туркестанской области по больным неврологического профиля, каждой нозологии присвоен свой номер: без патологии — 1, инфекционно-воспалительные заболевания нервной системы острые - 2, инфекционно-воспалительные заболевания нервной системы хронические — 3, последствия инфекционно-воспалительных заболеваний - 4, демиелинизирующие заболевания - 5, заболевания периферической нервной системы — 6, острые сосудистые заболевания нервной системы -7, последствия ОНМК — 8, функциональные заболевания нервной системы — 9, опухоли ЦНС -10, вертеброгенные заболевания нервной системы -11, дисциркуляторная энцефалопатия — 12, наследственно-дегенеративные заболевания -13, заболевания вегетативной нервной системы -14, паркинсонизм -15, болезнь Меньера -16, метаболические поражения центральной и периферической нервной системы -17, миастения -18, эпилепсия - 19, острая травма ЦНС - 20, последствия травм нервной системы -21, распределение нозологических форм поступающих больных представлено на Рис.2. Как видно из представленного рисунка, наибольшее количество больных — с хроническими сосудистыми заболеваниями ЦНС - ДЭП, а также с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы, заболеваниями вегетативной нервной системы и последствиями ЧМТ, в 2018 году резкий всплеск произошёл по эпилепсии, данное направление нуждается в дальнейшей проработке.

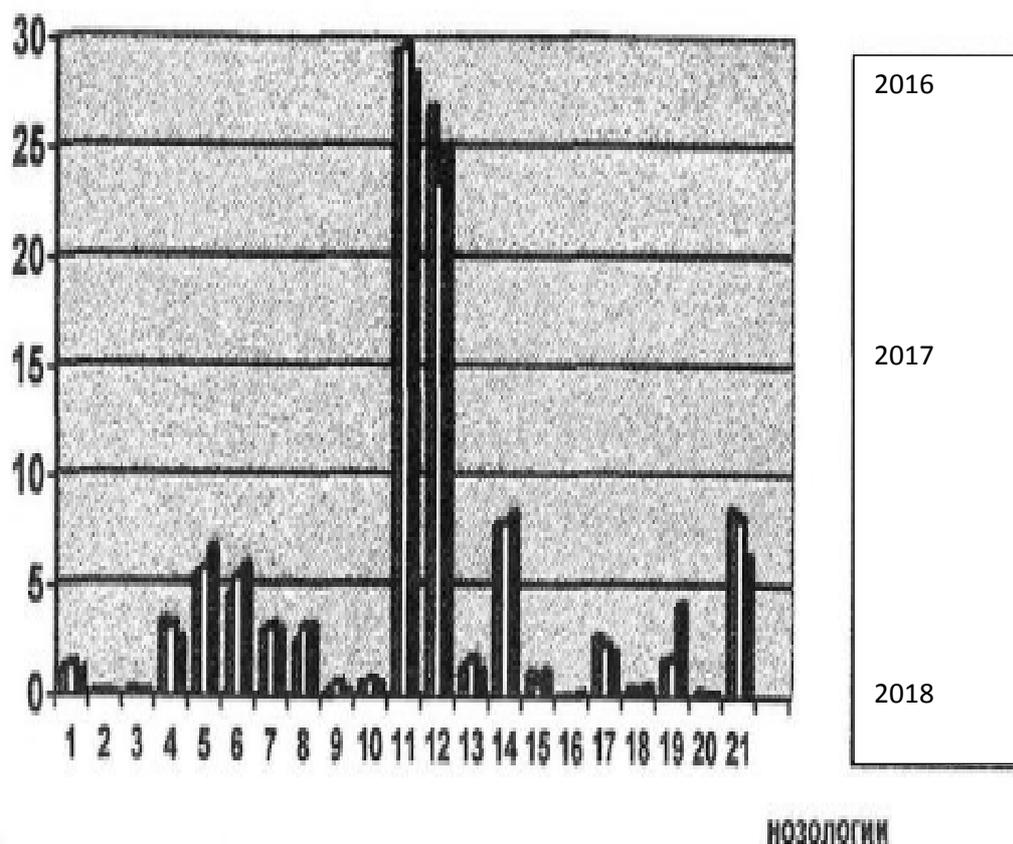


Рис. 2. Распределение больных по нозологическим формам

Представленные данные позволяют планировать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, которые базируются на особенностях и тенденциях в распределении доминирующих нозологических форм больных неврологического профиля Туркестанской области.

Четвертая глава посвящена анализу медико-демографических показателей, которые характеризуют структуру заболеваемости в Туркестанской области. В качестве используемых для сравнения параметров применены показатели заболеваемости на 1000 человек взрослого населения по следующим группам заболеваний:

А) - цереброваскулярные болезни (160 -169);

Б) - болезни нервной системы (С00 - в99);

В) - эпилепсия, эпилептический статус (040 - 041);

Г) - болезни периферической нервной системы (050 - 072).

В процессе исследований был выполнен хорошо зарекомендовавший себя в медицине пошаговый алгоритм кластерного анализа.

Каждому району Туркестанской области был присвоен свой порядковый номер, совпадающий с данными годовых отчётов: 1 - Байдибекский, 2 - Казыгуртский, 3 - Мактааральский, 4-Ордабасинский, 5-Отырарский, 6-Сайрамский, 7-Сузакский, 8-Сарыагашский, 9-Толедбийский, 10-Тулкубаский, 11-Шардаринский, 12-Жетысайский, 13-Келесский, 14-г. Кентау, 15-г. Туркестан

Таблица 2.

Анализ результатов группирования

Вариант	Год	Состав групп районов (номера)		
		1 группа	2 группа	3 группа
Общая заболеваемость	2016	1, 4, 5, 6, 8, 13,15, 17, 20	2, 3, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 19	-
	2017	1, 4, 5, 13, 15, 20	2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19	-
	2018	1, 2, 3, 5, 17, 20, 6, 4, 15, 14, 19, 13	7, 8, 10, 11, 12, 18	-
Первичная заболеваемость	2016	1, 2, 8, 10, 16, 19, 20	3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 18	
	2017	3, 9, 14, 17, 18, 12, 20, 19	1, 5, 6, 2, 8, 11, 13, 15, 16	
	2018	5, 15, 6, 18, 9, 4, 14, 10, 13, 8, 20	1, 19, 2, 3, 7, 11	
Состоящие на Д-учете	2016	1, 3, 20, 16, 17, 19, 4, 5, 6, 8, 13	2, 12, 7, 9, 11, 15, 18	
	2017	3, 4, 5, 13, 17, 20	1, 2, 8, 15	7, 10, 11, 14
	2018	7, 9, 12, 18, 10, 11, 14	4, 5, 13, 20, 6, 15, 17, 19, 1, 3	

Необходимо отметить, что при анализе результатов группирования не учитывались формально выделившиеся группы, содержащие один или два района, поскольку, как показал опыт, такие группы носят случайный характер. С учетом этого для дальнейшего рассмотрения приняты результаты группирования, приведенные в Табл. 2.

На втором этапе обработки для каждой из выделенных групп объектов определялись средние значения признаков группирования, соответствующие среднеквадратические отклонения и ошибки определения среднего. Для примера приведены результаты расчетов для 2018 года в таблицах 3 - 5 по трем вариантам: общая заболеваемость; первичная заболеваемость; больные, состоящие на диспансерном учете, где СКО - это среднеквадратическое отклонение, Ош.ср. - ошибка среднего, это нормированное на объем выборки СКО.

Таблица 3.

Статистические характеристики групп районов, выделенных в результате объективной классификации (данные 2011 г., общая заболеваемость)

Параметр	Группа 1			Группа 2			Значим. различ.
	среднее	СКО	Ош. ср.	среднее	СКО	Ош.ср.	
А	49,34	16,72	4,83	56,18	20,63	8,42	0,7
Б	11,17	3,4	0,98	20,33	9,35	3,82	2,32
В	0,64	0,22	0,06	1,37	0,08	0,03	10,29
Г	2,17	1,32	0,38	5,97	7,7	3,15	1,2

Таблица 4.

Статистические характеристики групп районов, выделенных в результате объективной классификации (данные 2011 г., первичная заболеваемость)

Параметр	Группа 1			Группа 2			Значим. Различ.
	среднее	СКО	Ош. ср.	среднее	СКО	Ош.ср.	
А	10,27	5,89	1,78	14,2	15,26	6,23	0,61
Б	3,25	1,73	0,52	2,05	0,95	0,39	1,84
В	0,09	0,01	0	0,03	0,01	0	9,59
Г	0,83	1,11	0,35	0,95	0,69	0,28	0,26

Анализируя результаты расчетов для категории «первичная заболеваемость» (Табл.4) за 2013 - 2018 гг. отмечается, что для этой

категории, во-первых, различия между группами являются менее выраженными, чем для категории «общая заболеваемость», и, во-вторых, состав групп от года к году существенно изменяется.

Таблица 5.

Статистические характеристики групп районов, выделенных в результате объективной классификации (данные 2018 г., состоящие на Д-учете)

Параметр	Группа 1			Группа 2			Значим. Различ.
	среднее	СКО	Ош. ср.	среднее	СКО	Ош. ср.	
А	6,21	2,56	0,97	7,12	3,83	1,21	0,58
Б	8	4,91	1,86	3,13	1,2	0,38	2,57
В	1,3	0,23	0,09	0,49	0,2	0,07	7,35
Г	1	0,5	0,19	0,2	0,07	0,03	4,15

Анализируя данные состоящих на Д-учёте за 2018 г. (Табл.5) установлено, что они существенно отличаются от данных 2016 - 2017 г.г., поскольку выделенные группы существенно различаются сразу по трем признакам классификации, а именно, по частотам встречаемости болезней нервной системы (ООО - 099), эпилепсии (в40 - 041) и болезням периферической нервной системы (050 - 072). При этом следует отметить, что частоты встречаемости всех этих групп болезней в районах второй группы ниже, чем в районах первой группы. Полученные результаты определили стабильно высокие показатели заболевания эпилепсией в перечисленных выше районах Туркестанской области.

Оценка медико-демографических показателей 543 пациентов включена в Базу данных «Изучение состояния неврологической помощи

населению Туркестанской области». Анализ, проведенный с использованием критерия хи-квадрат, позволяет сделать следующие заключения. Рассматривались факторы риска, встречающиеся более чем у 5% пациентов. Среди пациентов-мужчин достоверно преобладают не работающие (из них, не имеющие инвалидности 37%). Наоборот, среди лиц, занятых тяжелым физическим трудом, больные неврологического профиля встречаются значительно реже. Среди пациентов-женщин наиболее часто встречаются пенсионерки (41% от общего числа пациентов), реже — занятые умственным трудом (27% от общего числа пациентов). Крайне редко среди пациентов встречаются женщины, занятые тяжелым физическим трудом. Существенно количество пациентов старше 60 лет среди пенсионеров, как мужчин, так и женщин. Количество пациентов (мужчин) в возрасте до 30 лет, занимающихся умственным трудом, преобладает над остальными возрастными группами. Рост заболеваемости у мужчин, занимающихся физическим трудом и тяжелым физическим трудом, преобладают в возрастных группах от 41 года до 60 лет (35 - 50%). Существенно повышен уровень заболеваемости у неработающих женщин от 31 до 50 лет. У мужчин сопутствующими заболеваниями были заболевания сердечнососудистой системы -16%, значительные физические нагрузки-8%, температурный фактор -10%, употребление алкоголя -9%, курение -8%, травмы в анамнезе -8%. У женщин: заболевания сердечнососудистой системы -24%, заболевания желудочно-кишечного тракта -10%, температурный фактор -10%. Как для мужчин, так и для женщин существенно (23 - 27%) количество «прочих факторов» (депривация, стресс, контакт с «бытовой химией», малоподвижный образ жизни и т.п.), которые в силу многочисленности и разнородности отдельно не рассматривались. В части инвалидности имеет место преобладание выходов на инвалидность у женщин (53%, 34% - у мужчин), однако при этом в возрастной группе до 30 лет у мужчин инвалидность встречается почти вдвое чаще (36%, 19% - у женщин). Частоты встречаемости

пациентов с инвалидностью (2 либо 3 группы инвалидности) для целого ряда возрастных групп (до 60 лет для мужчин и от 31 до 60 лет для женщин) остаются практически неизменными.

В пятой главе показаны основные направления совершенствования выполнения лечебно-диагностических мероприятий по больным неврологического профиля в Туркестанской области. Выделены два основных направления: оптимизация качественных и количественных параметров.

Основные направления совершенствования выполнения лечебно-диагностических мероприятий в части качественных параметров обусловлены следующими обстоятельствами.

Во-первых, расширяющимся внедрением в практику неврологической помощи хирургических методов лечения.

Во-вторых, включением отделений восстановительного лечения в систему оказания медицинской помощи больным с цереброваскулярной патологией, заболеваниями нервной системы и дорсопатиями. Реализация этого направления позволит обеспечить реализацию принципа этапного лечения больных неврологического профиля, рекомендуемого ведущими неврологами и организаторами здравоохранения. Применительно к тематике настоящей работы это означает, что при благоприятном течении заболевания, положительной динамике больные, в основном, после перенесенного ишемического инсульта могут переводиться из больниц после интенсивного лечения в специализированные отделения реабилитации местных санаторно-курортных учреждений Туркестанской области.

Расчет числа коек восстановительного лечения и сестринского ухода для перевода в них пациентов из неврологических отделений многопрофильных больниц может осуществляться по формуле:

$$K_1 = \frac{(B_1 - Y) \times D_1 \times C}{3},$$

где

K_1 - число коек восстановительного лечения, необходимых для перевода больных из неврологических отделений.

B_1 - число больных, лечившихся в неврологическом отделении.

Y - число умерших.

D_1 - доля больных, подлежащих переводу в отделения восстановительного лечения.

C - средняя фактическая длительность пребывания больного на койке восстановительного лечения.

3 - рекомендуемая среднегодовая занятость койки восстановительного лечения.

Расчетное число коек восстановительного лечения, необходимое для перевода больных из неврологического отделения составит: 20,1 койка

В-третьих, необходимостью проведения интенсивного стационарного лечения, в первую очередь - для значительной части больных с цереброваскулярной патологией и многих больных с патологией нервной системы.

В-четвертых, необходимостью организации оптимального взаимодействия неврологических отделений с отделениями сестринского ухода и гериатрическими отделениями.

Это особенно актуально для больных неврологического профиля, значительную часть из которых составляют лица пожилого и старческого

возраста с выраженными нарушениями функций организма и ограничениями жизнедеятельности, обусловленными не только основным, но рядом сопутствующих заболеваний. Реабилитация таких пациентов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации личностей, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество. В табл. 6-8 приведены показатели на жителей Туркестанской области первично признанных инвалидами за исследуемый период (всего, с учётом пола и возраста, а также по болезням нервной системы и цереброваскулярным болезням).

Таблица 6.

Общее число первично признанных инвалидами в Туркестанской области с учетом пола и возраста

год	Общее число инвалидов	В том числе				В том числе			
		женщины		мужчины		в трудоспособном возрасте		в пенсионном возрасте	
	Абс. число	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
2009	12359	6326	51,2	6033	48,8	5931	47,9	6428	52,0
2010	9339	4533	48,5	4806	51,5	4691	50,2	4648	49,8
2011	7405	3410	46,1	3995	53,9	3932	53,1	3473	46,9

Все эти граждане, ставшие инвалидами впервые или при повторном (очередном освидетельствовании) нуждаются в мерах комплексной реабилитации, призванной компенсировать имеющиеся у этих лиц ограничения жизнедеятельности, в том числе, улучшить качество жизни, а в отдельных случаях, восстановить социальный и профессиональный статус гражданина.

Всем гражданам, признанным инвалидами, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПР).

Таблица 7.

Общее число первично признанных инвалидами по болезням нервной системы (С00-С99) в ТО с учетом возраста и группы инвалидности

год \ возраст, группа	2016			2017			2018		
	1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.
18-44 лет	5	35	88	4	31	70	6	24	58
45-54 лет (ж), 45 – 59 лет (м)	9	51	54	11	34	37	6	18	42
Старше 55 лет (ж), 60 лет (м)	9	35	15	8	17	17	8	12	21

Таблица 8.

Общее число первично признанных инвалидами по цереброваскулярным болезням (160-169) в ТО с учетом возраста и группы инвалидности

год \ возраст, группа	2016			2017			2018		
	1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.
18-44 лет	7	45	56	8	16	40	12	15	21
45-54 лет (ж), 45 – 59 лет (м)	60	360	257	51	185	236	54	87	218
Старше 55 лет (ж), 60 лет (м)	371	898	243	383	416	292	268	195	220

Все названные лица нуждаются в мерах комплексной реабилитации, в том числе, большинство из них — и в рациональном трудоустройстве с учетом трудовых рекомендаций.

Основой для совершенствования выполнения лечебно-диагностических мероприятий на основе оптимизации количественных параметров являются статистические данные об особенностях контингента пациентов соответствующего профиля, характерных для рассматриваемого региона.

Следует отметить, что такие показатели не позволяют в полной мере произвести оптимальное планирование медицинской помощи в силу следующих обстоятельств:

- существенное различие в требуемом объеме и номенклатуре лечебно-диагностических мероприятий для различных районов отдельного региона имеющего характерные в течение ряда лет нозологии, что требует дифференцированного подхода к организации и проведению лечебно-диагностических мероприятий;

- недостаточно полный учет динамики заболеваний как в регионе в целом, так и в отдельных районах, что приводит к запаздыванию в ряде случаев, в проведении необходимых мероприятий (медленное реагирование на изменения обстановки, недостаточное использование методов и приемов прогнозирования ситуации на основе анализа статистики заболеваемости за длительный период);

- недостаточный уровень дифференциации планово-нормативных показателей (например, не учитываются такие показатели для инвалидов);

- не в полной мере учитываются особенности отдельных нозологий и соответствующих групп пациентов, например, внедрения хирургических

методов лечения сосудистых неврологических больных, требования к этапам реабилитации - восстановительное лечение, необходимость реализации комплексного подхода с учетом проведения интенсивной терапии, учет особенностей лечения и восстановления пациентов пожилого и старческого возраста.

Таким образом, основные направления совершенствования и рационализации лечебно-диагностической помощи прикрепленному населению базируются на достаточной технической оснащенности, интеграции современных технологий в различных медицинских специальностях, оптимальном структурно-функциональном взаимодействии субъектов медицинской деятельности.

ВЫВОДЫ

1. Зарубежные и отечественные специалисты отмечают высокую потребность развитых стран в стационарном лечении в условиях специализированного неврологического отделения, в условиях реформирования стационарной медицинской помощи ещё больше проявляются проблемы специализированной неврологической помощи.
2. Результаты исследования свидетельствуют о стабильности числа случаев госпитализации пациентов неврологического профиля в ОКБ (1590 чел. в 2016 г., 1650 чел. в 2017г. и 1559 чел. в 2011г.). Процент госпитализированных сельских жителей преобладает (более 62%), а лиц трудоспособного возраста уменьшается с 65,8% до 64,1%. Отмечено повышение количества госпитализированных, поступивших со «Скорой медицинской помощи».
3. В самую большую группу госпитализированных (пенсионеры и неработающие) также входят больные трудоспособного возраста с тяжелыми органическими заболеваниями нервной системы - вертеброгенные (29%), демиелинизирующие заболевания (25%) и заболевания вегетативной нервной системы (8%), острые ЧМТ (8%), последствия тяжелых ЧМТ (4%) и эпилепсия (1,5-4%).
4. В Сайрамский район, Сарыагашский район, Сузакский район, Толебийский район, Тюлькубасский районах, а также в городе Кентау и Шымкент, процент больных неврологического профиля от года к году имеет тенденцию к росту.
- 5 Среди пациентов-мужчин достоверно преобладают не работающие (из них, не имеющие инвалидности 37%). Наоборот, среди лиц, занятых тяжелым физическим трудом, больные неврологического профиля встречаются значительно реже. Среди пациентов-женщин наиболее часто

встречаются пенсионерки (41% от общего числа пациентов), реже - занятые умственным трудом (27% от общего числа пациентов). Крайне редко среди пациентов встречаются женщины, занятые тяжелым физическим трудом. Существенно количество пациентов старше 60 лет среди пенсионеров, как мужчин, так и женщин. Количество пациентов (мужчин) в возрасте до 30 лет, занимающихся умственным трудом, преобладает над остальными возрастными группами. Рост заболеваемости у мужчин, занимающихся физическим трудом и тяжелым физическим трудом, преобладают в возрастных группах от 41 года до 60 лет (35 -50%). Существенно повышен уровень заболеваемости у неработающих женщин от 31 до 50 лет.

6. У мужчин сопутствующими заболеваниями были заболевания сердечнососудистой системы -16%, значительные физические нагрузки-8%, температурный фактор -10%, употребление алкоголя -9%, курение -8%, травмы в анамнезе -8%. У женщин: заболевания сердечнососудистой системы -24%, заболевания желудочно-кишечного тракта -10%, температурный фактор -10%. Как для мужчин, так и для женщин существенно (23 — 27%) количество «прочих факторов» (депривация, стресс, контакт с «бытовой химией», мало-подвижный образ жизни и т.п.), которые в силу многочисленности и разнородности отдельно не рассматривались.

7. В части инвалидности имеет место преобладание выходов на инвалидность у женщин (53%, 34% - у мужчин), однако при этом в возрастной группе до 30 лет у мужчин инвалидность встречается почти вдвое чаще (36%, 19% -у женщин). Частоты встречаемости пациентов с инвалидностью (2 либо 3 группы инвалидности) для целого ряда возрастных групп (до 60 лет для мужчин и от 31 до 60 лет для женщин) остаются практически неизменными.

8. Основные направления оптимизации лечебно-диагностического процесса по больным неврологического профиля Туркестанской области базируются на улучшении качества лечения и эффективности управления процессом, включающем взаимодействие субъектов медицинской деятельности с учетом этапности оказания медицинской помощи, включая койки восстановительного лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С учётом стабильного состояния неврологической патологии в Туркестанской области, но преобладания сосудистой патологии и необходимостью ранней реабилитации пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в структуре неврологических отделений крупных многопрофильных больниц необходимо разворачивать не только блоки интенсивной терапии, но и койки восстановительного лечения, а также введение в штат хирургов.
2. В В Сайрамский район, Сарыагашский район, Сузакский район, Толебийский район, Тюлькубасский районах, а также в городе Кентау и Шымкент, где процент больных неврологического профиля от года к году имеет тенденцию к росту, необходимо сосредоточить усилия по совершенствованию врачебной помощи.
3. В лечебно-диагностический процесс неврологических отделений (с учётом роста числа пенсионеров) необходимо шире внедрять принцип этапности лечения больных, обеспечивая их своевременный перевод в отделения восстановительного лечения, больницы сестринского ухода и гериатрические центры.
4. Необходимо увеличить количество эпилептологов и соответствующего диагностического оборудования в области для проведения профилактической работы против эпилепсии, развернуть эпилептологический Центр.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев Н.А. Роль социально-экологических факторов в причинной взаимосвязи алкоголизма и туберкулеза. // Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких 1989г. №2 с.3
2. Архипов В.В., Кулакова М.Е., Демидова Л.Ю. Модель реформирования сестринского дела в неврологическом отделении. // Ж. Сестринское дело.- 2001 г.-№5 .-с.27-29
3. Бадаев Ф. И. Качество в медицине. // Ж. НОМО MEDIKUS 2004г.)
4. Батыров Ф.А., Корнилова З.Х. Туберкулез у лиц без определенного места жительства. // Вопросы эпидемиологии, диагностики, клирики и лечения туберкулеза. Сборник научных трудов. М. 1996г. с.22-23.
5. Бек С. В. Система контроля качества и эффективности медицинской помощи. // Учебно-методическое пособие. Томск 1999 г.
6. Бервик Д. Управление качеством в системе здравоохранения Великобритании / Бервик Д., Энтховен А., Банкер Д. // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2005г. № 7. - С. 64-79.
7. Берлин-Чертов С.В. Туберкулез и психика. // М., 1948 г. с. 82.4 • 9. .
Боголюбов А., Левиант Е. Внедрение «карточки качества» в региональные государственные и муниципальные учреждения. // Общественная Палата 2005г
8. Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения. // Мир Медицины № 1-2 2001г.

9. Бондарева Е.И., Цыцорина И. А. Некоторые подходы к формированию медико-экономической информации в крупных многопрофильных больницах. //Ж. Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 7 с. 15. 2005г.
10. Браславец М.И., Финченко Е.А. Экспертная оценка организации лечебно-диагностического процесса в Новосибирской областной клинической больнице. // Ж. Сибирский Консилиум №1(31) , 2004г. с.59-62
11. Вардосанидзе С.Л., Воскосян Ю.Э. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации. М. 2002г.
12. Вардосанидзе С.Л., Воскосян Ю.Э., Шикина И.Б., Рябцева Е.В. Управление клиническим результатом в структурном проектировании лечебно-диагностического процесса // Проблемы управления здравоохранением. 2005. - № 4. - С. 31-32.
13. Васильев А.В. Туберкулез на Северо-Западе России. // БЦЖ 1999г.№2 с.6-8.
14. Витенко И.С. Леоненко И.М. Актуальные вопросы профессионально-психологической подготовки медицинских кадров // Врачебное дело. 1983. № 3. с. 122-123.
15. Вялков А.И. Стандартизация, как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи.// Ж. Фармацевтический Вестник № 32(231)2001г.
16. Галанова Г.И. К вопросу о качестве оказания медицинской помощи.// Ж. Экономика здравоохранения № 5-6 1999г.

17. Гаспарян С.А. Медико-социальный мониторинг в управлении здравоохранением. //Актвая речь на заседании посвященном 30-летию отделения медицинской кибернетики РГМУ. Москва 2003г.
18. Гиляревский С.Р. Современные принципы анализа экономической эффективности медицинских вмешательств.// Ж. Экономика здравоохранения №9 2001 г.
19. Горбач Л. А. Соловко И.И. Качество жизни больных туберкулезом органов дыхания. // Белорусский медицинский журнал. -2002.- 1.-С.43-46.
20. Гусев М.В. « Формализация медицинских данных как инструмент повышения эффективности и качества лечебно-диагностического процесса.// Ж. Сибирский Консилиум №8 (38), 2004г., с. 66-68
21. Гунтупова Л.Д., Колпакова Л.В., Борисов С.Е.: Материалы научно-практической конференции «Организация работы противотуберкулезного стационара» // Проблемы туберкулеза 2006 - №5 -С. 4-9.
22. Деминг У.Э. "Выход из кризиса". Изд-во "Альба", Тверь, 1994,497с.
23. Деминг У.Э. Лекция перед японскими менеджерами в 1950 г. // Методы менеджмента качества. 2000. - № 10. - С. 24-29 (Пер. Ю.П. Адлера и В.Л. Шпера).
24. Доклад М.Ю. Зурабова « О повышении доступности и качества медицинской помощи. 2005г.)
25. Дьяченко В.Г. и соавт. Учебно-методическое пособие для курсантов ФУ В а ДВГМУ Хабаровск 2002г.

26. Жуйкова М.М., Зимина В.Н. и др. Оценка эффективности противотуберкулезной терапии на стационарном этапе.// Ж. Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 7 с.93. 2005
27. Закон РФ « О медицинском страховании граждан в РФ» от 01.04.93 №4741.
28. Злобин А.Н. Управление ресурсами здравоохранения в субъекте Российской Федерации (на примере Тверской области). Монография - Тверь. 2003 г.
29. Капилевич Л.В. Проблема управления качеством в здравоохранении.// Ж.Здравоохранение Российской Федерации.-2002.-№4 с.54-55
30. Кича Д.И., Бреусов А.В. Стандартизация медицинской помощи -основа повышения ее эффективности и качества.// Ж. Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 7 с.22. 2005г.)
31. Копылова И.Ф. Туберкулез проблема всего общества.// Ж. Медицина в Кузбассе № 1 2003 г. с. 10-15.
32. Кораблев В.Н. Здравоохранение как отрасль экономики // Социальная политика в Дальневосточном регионе: Сб. межрегиональной научно-практической конференции. - Хабаровск, 2001. - с. 70-75
33. Корневский Н.А. Построение автоматизированных компьютерных медицинских систем. Курск: Изд-во КГТУ, 2003. 185 с.
34. Короткова А.В. Методические аспекты и информационное обеспечение улучшения качества в региональных системах здравоохранения.// Пособие для организаторов здравоохранения, М.: ЦНИИОИЗ. 2005 г.

35. Краснов В.А. Эпидемиологическая обстановка и задачи по усилению борьбы с туберкулезом в Западной Сибири.// Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 1991г.№3 с. 13-15
36. Кудрин В.С., Лейзерман В.Г. Актуальные вопросы военной и практической медицины. //Сб. трудов научно-практической конференции врачей Приволжского военного округа. Оренбург 2001
37. Кучеренко В.З., Вардосанидзе С. Л., Восканян Ю.Э., Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом учреждении / Методические рекомендации МЗ РФ. №2003/110. - М., 2003. - 56 с.
38. Ликстанов М.И. Оценка качества стационарной медицинской помощи на основе автоматизированных информационных систем.// Ж. Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 7 с.32-33. 2005г.
39. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Свистунова А.С. и др. Туберкулез в Москве.(1990-1998) М.: МНПЦБТ. 1999г. с. 186.
40. Макки М.; Хили Д. Реформа больниц и новой Европе. // Русское издание. «Весь Мир».2002г.
41. Масуд Р., Асков К., Рейнке Дж. Современная Парадигма Улучшения Качества в Здравеохранении. Серия Монографий по ОК, Выпуск 1 (1) Бетезда, Мэриленд США 2001 г.
42. Миронов С.П. и др. Непрерывное улучшение качества медицинской помощи магистральное направление работы российских травматологов-ортопедов // Вестник травматологии и ортопедии,- 2000.-№3.- с.3-13
43. Михайлова Н.В. «О качестве системы качества»// Ж. Век качества. 2004. - № 1.-е. 26.

44. Мишин В.Ю., Борисов С.Е., Соколова Г.Б. . Разработка современных протоколов диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания.// Ж. CONSILIUM-MEDICUM Том 3-N 3-2001г.
45. Немытин Ю.В., Брескина Т.Н. Общее управление и управление качеством процесс единый. // Ж. Стандарты и качество 2005г.
46. Нечаева О.Б., Аренский В.А., Эйсмонт Н.В. Туберкулез в психоневрологических интернатах Свердловской области. // Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких 1998г.№3 с.19-20
47. Пашкевич Д., Данилова И. Реформы в стране изменяют организацию борьбы с туберкулезом. Программа ВОЗ по борьбе с туберкулезом в России.2006г. //Социальный календарь Агентства социальной информации 2006г. № 5 с.20
48. Перельман М.И. Больной туберкулезом и врач-фтизиатр.// Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких 2006г. №5 с.5
49. Постоялко Л.А. Управление качеством медицинской помощи - краеугольный камень современной системы управления здравоохранением. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. - №4. - с.3-6.
50. Приказ МЗ РФ и ФФОМС от 24.10.1996г. № 363/77 « О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации».
51. Приказ МЗ РФ от 31.01.2001 № 18 « Система стандартизации в здравоохранении РФ. Отраслевой стандарт 91500.01.0006-2001. Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении».

52. Репич И.Б. , Панфилова В. А. Комплексный подход и решения проблемы удержания больных туберкулезом на лечении. // Ж. Медицина в Кузбассе № 1 2003 г. с.51-52.
53. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину) // Руководство. М: Медицина, 2002.
54. Семенова И.А., Асадудлаев М.Р. Стандарты учреждения по ведению медицинской документации // Качество медицинской помощи. — 2003. — №3—С. 3-11.
55. Сон И.М. Значимость показателя заболеваемости для оценки эпидемической ситуации при разных уровнях распространенности туберкулеза. // Диссертация кандидата медицинских наук. М 1997. с. 156.
56. Сон И.М., Магнитский В.А., Скачкова Е.И. и соавт. Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу и организации противотуберкулезной помощи в Российской Федерации, М.: ЦНИИОИЗ, - 2005.
57. Сухова Е.В., Сухов В.М., Корнев А.В.: Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких. // Проблемы туберкулеза -2006- №5-С 20-23.
58. Татарников М.А. Роль социологических исследований в условиях реформирования здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.-2002.-№4.-с.69-74
59. Тогунов И. А. Некоторые методологические подходы в регулировании жизнедеятельности маркетинговых систем здравоохранения. // Ж. Экономика здравоохранения № 7/46 - 2000, - с. 13-16

60. Толоконский А.В., Степанов В.В., Финченко Е.А. Система контроля и управления качеством медицинской помощи в Государственной Новосибирской областной клинической больнице.// Ж. Сибирский Консилиум 2004, №1(31), с. 63-65
61. Тиллингаст С.Д. Программа реформирования российского здравоохранения. «ЗдравРеформ» 1999г.
62. Ушаков И.В. , Кицул , Князюк Н.Ф. Процессный подход в формировании системы оплаты труда медицинского персонала.//
63. Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр. Иркутск. 2004г.
64. Финченко Е.А., Степанов В.В. и соавт. Информационное обеспечение управления здравоохранением на основе экспертных оценок. // Ж. Сибирский Консилиум 2004, №1(31), с. 56-58.
65. Хай Г. А. «Проблемы управления качеством медицинской помощи» 2002г. // Информационные технологии в здравоохранении, 2002. № 3-4. - С.26-29
66. Ханин А.Л. «Медико-социальный портрет больного хроническим туберкулезом легких / Туберкулез проблема общественного здравоохранения: Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции. - Кемерово, 2002. - С. 102-105.
67. Черная Н.Л. , Мозжухина Л.И. Проблема организации качества профилактической медицинской помощи детям в детской поликлинике. // Российский педиатрический журнал. 2002 г. - №6. - с. 51-54
68. Чернова Т.В., Ползик Е.В., Казанцев В.С. Использование интегрального показателя, для оценки медицинской эффективности

работы лечебно-профилактического учреждения. // Здоровоохранение Российской Федерации.- 2001. №5 С. 14-16

69. Чернышев И.В., Какорина Е.П. , Аполихин О.И. Стандартизация лечебно-диагностического процесса как основа экспертизы качества оказания медицинской помощи. // Бюллетень ННИИ общественного здоровья.-2004. с. 169-173

70. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Весненко А.И. Формализованная история болезни—новая форма медицинской документации и // Клиническая хирургия №3 С.35-36.

71. Швец Т.И., Царик Г.Н., и др. Принципиальные аспекты управления обеспечением качества медицинской помощи. 2003г. Публ. в Интернете.

72. Шикина И.Б., Сорокина Н.В., Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И. Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — №5 (30). С. 22-26.

73. Шилова М.В. Достоверность статистических показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза. // Туберкулез и экология. 1996г. №1 с. 31-33

74. Шилова М.В. Информативность различных показателей для оценки распространенности туберкулеза. // Туберкулез и экология. 1993г. №1 с.29-33

75. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2004 году. М.: Фолиум, 2005. с.108

76. Шипунов Д.А., Задорин В.Ф., Савинов В.И., Попова Е.Г. Стандартизация качества медицинской помощи как целевой метод управления в здравоохранении. // Главврач. 2005г. № 11. - С. 33-37.

77. Яновский А. Несмотря на ошибки, идем в правильном направлении. // Ж Медицинский вестник.- 2002.- №10
78. Ястребов В.С., Солохина Т.А. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. - Т. 103, № 5. - С. 4-10.
79. Addington, W.W. Patient compliance: The most serious remaining problem in the control of tuberculosis in the United States / Addington W.W. // Chest. Addington, W.W.-1979. - № 76. - p. 741-743.
80. Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimensions of interaction theory. // Journal of Health and Social Behavior. 1980. Vol.21. P.170. (170-180)
81. Brannon R.L. (1996) Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional work force. International Journal of Health Services, 26(4) p. 643-654.
82. Chappel, A.G. (1995) Patients have rising expectations, British Medical Journal
83. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1971
84. Elwyn G, Greenhalgh T, Macfarlane F. Groups: a hands-on guide to small group work in health care, education, management and research. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.
85. Ensor, T. (1997) Options for health sector funding, in S. Witter and T. Ensor (eds)An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union.Chichester: John Wiley.

86. Fabrega H., Moore R., Strawn J. Low income medical problem patients: some medical and behavioral features. //Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.4. P. 334.
87. Feigenbaum A. V. Total Quality Control. 3d ed., Chapter 7./ New York: McGraw-Hill Book Company, 1983.
88. Freeman H. L. How to Put Quality Costs to Work. / Paper presented at 12th Metropolitan Section All Day Conference. 1960.
89. Herzberg F., Mausner B., Snyderman B. Motivation to work. New York: Wiley, 1959 r.)
90. Juran J.M. Quality Control Handbook./ New York: McGraw-Hill Book Company 1951).
91. Kelly MA, Tucci JM. Bridging the quality chasm. BMJ 2001; 323:61.62
92. Kurz R . Quality Assurance and Quality Improvement. In: Public Health & Preventive Medicine. Ed by R.B.Wallace. Appleton & Lange, Stamford, 1998. 1291 p.
93. Malek M; Cunningham-Davis J; Malek L; Paschen B Tavakoli M; Zabihollah M; Davey P. A cost minimisation analysis of cardiac failure treatment in the UK using CIBIS trial data. Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study. Int J Clin Pract; 1999; 53(1): 19-23
94. Masser W.J. The Quality Manager and Quality Costs./ Industrial Quality Control 14(1957) p.5-8.
95. Miller M. Who receives optimal medical care? //Journal of Health and Social Behavior. 1973. Vol.14. P. 177.

96. Morgan G. Images of organization. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
97. Morgan M. The doctor-patient relationship. / Sociology as applied to medicine ed. by Graham Scambler. London, Bailliere Tindall.1991.
98. Mullen P.D. Compliance becomes concordance. BMJ 1997; 314: 691-692.
99. Posnett, J., Baghurst, A. and Place, M. (1998) The Rise in Emergency Admission Project: Final Report. > York: University of York, Coventry Business School, Plymouth University.
100. Pruitt S.; S. Annandale, J. Epping-Jordan, Новаторскиеметодыоказанияпомощиприхроническихсостояниях». ГлобальныйДокладВОЗ 2003
101. Rhee Sang-O. Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patient care.//Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol.18. No.1.
102. Schafer R. A new language for psychoanalysis. New Haven, CT: Yale University Press, 1976.)
103. Sheiman, I. (1993) New methods of finance and management of health care in the RussianFederation. Paper presented to the Health Sector Reform in Developing CountriesConference, Durham, New Hampshire, 10-13 September.)
104. Shewhart W. Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control. N.Y.: Dover Publ., Inc., 1939 (reprint 1986). - 163 p.
105. Taylor FW. The principles of scientific management. New York: Harper, 1911.).

