



# ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH  
ORGANIZATION AND  
INFORMATIZATION

ISSN 2219-6587

*Рецензируемый аналитико-информационный бюллетень*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Издается Республиканским научно-практическим центром медицинских технологий,  
информатизации, управления и экономики здравоохранения с 1995 г.,  
выходит 4 раза в год

*Главный редактор*

М.М. САЧЕК

*Редакционная коллегия:*

Э.А. Вальчук  
И.В. Гаевский  
В.С. Глушанко  
А.А. Гракович  
В.И. Жарко  
В.А. Лапицкий  
И. Э. Липницкий  
И.В. Малахова (*зам. главного редактора*)  
А.Г. Мрочек  
Н.Н. Пилипцевич  
Д.Л. Пиневич  
С.М. Поляков  
В.Б. Смычек (*председатель редакционной коллегии*)  
Е.М. Тищенко  
Н.Е. Хейфец (*отв. секретарь*)  
Р.А. Часнойть  
Т.М. Шаршакова  
В.Е. Шевчук

*Адрес редакции:*

220600, ГСП, г. Минск, ул.П. Бровки, 7а  
Лаборатория основ стандартизации и оценки медицинских технологий РНПЦ МТ  
Тел.(017) 290-75-58; e-mail: infomed@belcmt.by

© Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации,  
управления и экономики здравоохранения Минздрава Республики Беларусь (РНПЦ МТ), 2012

# Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные вопросы организации и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ)

Минск, 19 октября 2012 г.

---

---

## ДВАДЦАТЬ ЛЕТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ СТРАТЕГИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ОТРАСЛИ

**М.М.САЧЕК, И.В.МАЛАХОВА, Д.Ф.КУНИЦКИЙ,  
Н.Е.ХЕЙФЕЦ, И.И.НОВИК, С.М.ПОЛЯКОВ**

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,  
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

*Обобщены результаты научно-практической деятельности, приведены некоторые программные, нормативные и методические документы, разработанные РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения или при участии сотрудников Центра, в области организации и информатизации здравоохранения Республики Беларусь.*

После распада Советского Союза и в связи с приобретением Республикой Беларусь суверенитета (1991 год) возникла необходимость в создании различного рода структур, в том числе научно-исследовательских организаций, в частности, для изучения и разработки проблем общественного здоровья и здравоохранения. Таким образом, было принято решение о создании государственного учреждения «Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения».

На основании постановления Совета Министров Республики Беларусь от 28 февраля 1992 года №109 «О создании Центра медицинских технологий, информатики и экономики здравоохранения Министерства здравоохранения» и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 марта 1992 года №46 «О создании Белорусского

центра медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения» такой центр был создан и признан головной организацией в республике по выполнению и координации научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по проблемам организации, управления, экономики и информатизации здравоохранения.

Приказом Министерства здравоохранения от 4 июня 2007 года №470 государственное учреждение «Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения» переименовано в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ).

РНПЦ МТ прошел аккредитацию в Государственном комитете по науке и технологиям Республики Беларусь и Национальной академии наук Беларуси (сви-

**Динамика смертности от ОНМК за период 2006–2011 гг. в республике и областях  
(показатель на 100 тыс. населения)**

Годы	г. Минск	Бр. обл.	Вит. обл.	Гом. обл.	Грод. обл.	Мин. обл.	Мог. обл.	РБ
2006	86,8	132,9	156,8	117,0	130,7	159,5	174,8	133,9
2007	85,5	94,1	151,4	140,4	139,1	155,8	130,0	125,7
2008	83,9	100,3	153,1	134,1	138,7	151,0	128,9	124,6
2009	88,5	94,7	155,2	133,9	138,7	158,9	127,2	125,8
2010	89,7	94,8	161,5	146,3	134,7	160,7	123,7	127,9
2011	92,0	88,6	160,4	138,6	126,4	137,3	115,7	120,8

**Литература**

1. Тул Дж.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 590 с.
2. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики / Под ред. Н.В.Верещагина, М.А.Пирадова, З.А.Суслиной. – М.: Интермедика, 2002. – 208 с.
3. Rothwell P.M.[et al.] // Lancet. – 2004. – Vol.363. – P.1925–1933.
4. Feigin V.L. [et al.] // Lancet Neurol. – 2003. – Vol.2. – P.43–53.

**EPIDEMIOLOGY OF ACUTE AND CHRONIC  
FORMS OF CEREBROVASCULAR DISEASES IN  
THE REPUBLIC OF BELARUS**

**S.A.Likhachev, G.D.Sitnik, D.S.Ban**

Data on morbidity and mortality from acute and chronic cerebrovascular diseases in the Republic of Belarus were presented for the period 2006–2011.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКИХ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПАРАЛИЧЕЙ**

**Э.В.МЕЗИНА, А.П.РОМАНОВА**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

*В статье изложены сведения, касающиеся эпидемиологии ДЦП как в мире, так и в Республике Беларусь. Приведены собственные данные о заболеваемости и пораженности ДЦП детей в возрасте от 0 до 14 лет в нашей стране.*

Современное изучение любого заболевания невозможно без четкого представления об эпидемиологии. В профилактике тяжелых заболеваний нервной системы, таких как рассеянный склероз, детский церебральный паралич (ДЦП) и др., необходимо учитывать и общие закономерности их течения и специфику в разных странах и популяциях. Эпидемиологические исследования позволяют систематизировать семиотику и этиологию болезней в популяции, а также разработать научную методологию, организационные мероприятия по улучшению здоровья больных в общегосударственном и международном масштабе.

На протяжении более 150 лет изучения детских це-

ребральных параличей ученые не смогли разработать единого подхода к определению этого заболевания, его классификацию. Данные о заболеваемости зачастую разноречивы даже в пределах одной страны [1]. Это обстоятельство во многом затрудняет правильную оценку масштабов проблемы и принятие соответствующих организационных решений.

По мнению большинства исследователей [2] термин «детский церебральный паралич» не отражает многообразия и сущности имеющихся при этом заболеваниях неврологических и сопутствующих нарушений, чаще всего ортопедических. Его широко используют в мировой литературе, поскольку другого

термина, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено.

В 2004г. в США был проведен Международный семинар по определению и классификации церебрального паралича. Участники семинара подтвердили, что ДЦП является не этиологическим диагнозом, а клиническим описательным термином. В результате работы семинара появилось следующее определение этого заболевания: «Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничение активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением развивающегося мозга плода или ребенка. Моторные нарушения при церебральных параличах часто сопровождаются дефектами чувствительности, когнитивных и коммуникативных функций, перцепции и(или) поведенческими и(или) судорожными нарушениями» [3].

При общем понимании того, что адекватный подход к проблеме медицинской реабилитации больных ДЦП может быть найден только с позиции современных знаний о патогенезе этого заболевания (К.А.Семенова, 1997), взгляды современных ученых на этиологию и патогенез ДЦП различны и нередко противоречивы. Многие авторы (К.А.Семенова, 1968, 1972, 1976, 1984, 1996; D.C.McDowall, 1965; M.E.Cohen, P.K.Duffner, 1981; R.Behrman, V.Vaughan, 1987 и др.) констатируют, что этиология не только ДЦП, но и других стойких мозговых нарушений у большинства детей остается невыясненной или ее только предполагают [2].

Л.О.Бадалян предложил использовать в отношении этиологии церебральных параличей эпидемиологический термин «факторы риска». Различают пренатальные и постнатальные факторы риска развития ДЦП. По мнению Р.Г.Юрьевой, их насчитывается на сегодняшний день более 500 [4].

Отсутствие единой причины заболевания, синдромальность диагноза порождают разный подход в мире и в отношении статистического учета ДЦП.

Так, в странах СНГ традиционно считают ДЦП результатом поражения ЦНС, произошедшего в перинатальном периоде.

По зарубежным стандартам ДЦП принято считать симптомокомплекс стойких инвалидирующих двигательных нарушений, возникших вследствие воздействия на ЦНС плода и ребенка патологических факторов антенатально, интранатально или постнатально до достижения ребенком возраста 3–4 лет. Таким образом, в категорию больных ДЦП могут входить пациенты с последствиями физических травм, утопления, удушья, интоксикаций, приведшими к стойким неврологическим расстройствам [5].

Подход исследователей к заболеваемости ДЦП также различен. Одни считают, что частота ДЦП в развитых странах остается стабильной на протяжении ряда лет, что, вероятно, связано с поражением нервной системы преимущественно не во время родов, а в пренатальном периоде. Другие утверждают, что заболевание стало встречаться значительно чаще. Это объясняется снижением смертности среди недоношенных и новорожденных с низкой массой тела, у которых риск развития ДЦП весьма значителен [6].

Ежегодно в России диагностируется почти 6000 случаев ДЦП, а частота распространения заболевания по разным регионам составляет от 2 до 9 на 1000 детского населения [7]. В США регистрируется от 550 до 980 тысяч инвалидов с ДЦП, а частота рождения таких детей там составляет от 2,8 до 4 человек на 1000 новорожденных [8]. В республике Йемен в 2009г. количество зарегистрированных детей с ДЦП было 200 000, уровень заболеваемости составил 8‰. Частота встречаемости церебрального паралича – 17,4 на 1000 детей, что намного превышает подобные показатели в других странах [9]. В Украине, по данным Козьякина В.И., частота ДЦП колеблется от 2,3% в 1996г. до 1,7% в 2004г. (автор не указывает возрастной состав населения). Большинство исследователей едины во мнении, что мальчики болеют чаще девочек: на 1 девочку приходится примерно 1,3 мальчика.

В Республике Беларусь за последние годы эпидемиологических исследований, посвященных ДЦП, не проводилось.

В нашей стране заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2001г. составляла 19,1 на 100 тысяч населения [10]. «Распространенность ДЦП в 2007г была 2,72 случая на 1000 детей в возрасте до 14 лет» [11].

По имеющимся сведениям из официальной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2005 – 2011гг. мы определили первичную и общую заболеваемость ДЦП, а также пораженность среди детей от 0 до 14 лет. Полученные данные приведены в табл. 1 и 2.

Из представленных сведений видно, что за последние 7 лет ни общая, ни первичная заболеваемость ДЦП не претерпели существенных изменений, а патологическая пораженность осталась неизменной. Учитывая невозможность более детально изучить этиологию заболевания, мы считаем, что это косвенно может свидетельствовать о преобладании пренатальных факторов риска развития церебральных параличей в нашей стране.

Так как проблема детских церебральных параличей социально значима для нашей страны, нам представляется необходимым проведение углубленного эпидемиологического исследования, которое позволит определить особенности развития и распространения этого тяжелого недуга.

Таблица 1

**Общая и первичная заболеваемость ДЦП среди детей от 0 до 14 лет за 2005–2011 гг.**

Год	Число случаев ДЦП, зарегистрированных у детей в возрасте от 0 до 14 лет, из них впервые	Численность населения РБ от 0 до 14 лет	Первичная заболеваемость ДЦП (на 100.000 населения от 0 до 14 лет)	Общая заболеваемость ДЦП (на 100.000 населения от 0 до 14 лет)
2005	4111/334	1530104	21,8	268,6
2006	3867/249	1478106	16,8	261,6
2007	3795/266	1443797	18,4	262,8
2008	3683/288	1421557	20,2	259,0
2009	3687/307	1415055	21,7	260,5
2010	3661/282	1415958	19,9	258,5
2011	3617/ 283	1413169	20,0	255,9

Таблица 2

**Пораженность детей ДЦП в возрасте от 0 до 14 лет за 2005 –2011 гг.**

Год	Число случаев ДЦП, зарегистрированных у детей в возрасте от 0 до 14 лет	Численность населения РБ от 0 до 14 лет	Пораженность детей от 0 до 14 лет (в процентах)
2005	4111	1530104	0,26
2006	3867	1478106	0,26
2007	3795	1443797	0,26
2008	3683	1421557	0,26
2009	3687	1415055	0,26
2010	3661	1415958	0,26
2011	3617	1413169	0,26

**Литература**

1. Головач М.В. // Жизнь с ДЦП.-2009.-№1.-С.5.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев,1988. - 324 с.
3. Козьявкин В.И., Сак Н.Н., Качмар О.А., Бабадаглы М.А Основы реабилитации двигательных нарушений по методу Козьявкина. - Львів. НВФ «Українські технології», 2007. - 192с.
4. Юрьева Р.Г.//Заместитель главного врача.- 2011.-№10.- С.25-37.
5. Forssberg H., Eliasson A.-С., Redon-Zouitenn С. // Brain. – 1999. – Vol.122 (6).– Р.1157–1168.
6. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы / Под ред. С.П.Евсеева и С.Ф. Курдыбайло. – М., 2010. – 384с.
7. Гайнетдинова Д., Гайсина Л. // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т.92, №6. - С. 823-827.
8. Prevalence of Cerebral Palsy in 8-Year-Old Children in Three Areas of the United States in 2002 [Electronic resource]/A Multiside Collaboration from Pediatrics, Volume 121, Number 3, March 2008.- Mode of access: [http://svetloebudushee.ucoz.ru/publ/chto\\_takoe\\_dcp/1-1-0-5](http://svetloebudushee.ucoz.ru/publ/chto_takoe_dcp/1-1-0-5).- Date of access: 14.08.2012.
9. Молоков Д.Д., Халимуллина А.Ф. // Сибирский медицинский журнал.-2009.- №7.- С.1-2
10. Рыбакова В.А. // Современ. подходы и внедрение новых методик в диагностике. – Витебск, 2005. - С.198.
11. Приходько И.С., Букач М.И., Власова С.В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / Мин-во здрав. Респ. Беларусь, ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»; под ред. В.Б.Смычка - Минск, 2007. - Вып.9. - С.194.

**EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF CEREBRAL PALSY PROBLEM****E.V. Mezina, A.P.Romanova**

Data concerning the epidemiology of cerebral palsy (CP) both worldwide and in the Republic of Belarus were presented in the article. The author's personal findings on CP morbidity in our country among children aged 0-14 years were given.

## СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕПРЕРЫВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ДЦП

<sup>1</sup> Э.В.МЕЗИНА, <sup>2</sup> Г.А.УРЬЕВ

<sup>1</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, г. Минск

*В статье приведены статистические данные, касающиеся заболеваемости ДЦП в мире, детской инвалидности в Республике Беларусь. Изложены социальные аспекты проблемы ДЦП у взрослых больных и необходимость их реабилитации.*

Детский церебральный паралич (ДЦП) – одно из тяжелейших заболеваний головного мозга, приводящее к инвалидности и проявляющееся в различных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте.

Этим термином определяется совокупность синдромов, каждый из которых сопровождается нарушениями позы и двигательной активности в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза. Из-за патологически формирующихся связей двигательного аппарата у ребенка возникают устойчивые патологические стереотипы движения, которые закрепляются по мере его роста. Двигательные дефекты могут сочетаться с интеллектуально-мнестическими нарушениями, эпилепсией, речевыми расстройствами и пр.

На сегодняшний день факторов, которые могут относиться к причинам поражения мозга ребенка, насчитывается около 500 [1]. Так как медицина продолжает развиваться, а научные исследования, посвященные поискам причин церебрального паралича, проводятся во всем мире, этих факторов со временем может стать еще больше.

Во многом это объясняет тот факт, что до сих пор в мире существенно разнятся подходы к определению самого понятия ДЦП, его классификации и система статистического учета. Поэтому статистические данные о распространенности церебрального паралича в разных странах варьируют в широких пределах. По оценке [2] ежегодно в России диагностируется почти 6000 случаев ДЦП, а частота распространения заболевания по разным регионам составляет от 2 до 9 на 1000 детского населения.

В США зарегистрировано от 550 до 980 тысяч инвалидов с ДЦП, а частота рождения таких детей там составляет от 2,8 до 4 человек на 1000 новорожденных [3].

В Республике Йемен в 2009г. количество зарегистрированных детей с ДЦП было 200000, уровень заболеваемости составил 8‰. Частота встречаемости церебрального паралича – 17,4 на 1000 детей, что намного превышает подобные показатели в других странах [4].

В Республике Беларусь распространенность ДЦП [5] в 2011 году составляла 0,19‰ среди детей от 0 до 14 лет; по другим данным [6] – 2,72‰ среди детей в возрасте до 14 лет в 2007г. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь на конец 2011г. диагноз «ДЦП» имели 4512 детей в возрасте от 0 до 17 лет. Диагноз был выставлен впервые 288 детям. Общая заболеваемость ДЦП по республике среди детей в возрасте от 0 до 14 лет на конец 2011г. составила 255 на 100 тысяч населения в возрасте от 0 до 14 лет. Данные о взрослых больных довольно размыты в формах статистической отчетности.

Несмотря на разный подход к системе учета, формулировке диагноза и классификации заболевания, все ученые и врачи в мире едины в одном: детский церебральный паралич – это медицинская и социальная проблема, так как в структуре детской инвалидности многие годы занимает главные позиции.

За период с 1995 по 2010г. в нашей стране впервые было признано инвалидами 62450 детей. Ежегодно признается инвалидами около 3500 детей, а общее количество детей инвалидов по республике составляет около 30000 [7].

Уровень первичной детской инвалидности в среднем за период 1995 – 2010 гг. составил 17,91 на 10 тысяч населения возраста 0–17 лет. За 16 лет показатель первичного выхода на инвалидность детей снизился на 14,4% за счет значительного снижения (на 69,3%) частоты установления инвалидности в возрастной группе 15–17 лет. В то же время уровень первичной инвалидности в возрастной группе 0–14 лет не претерпел существенных изменений. Но в нозологической структуре среди этой группы имеет место более высокий удельный вес врожденных аномалий (26,5%) и болезней нервной системы (16,8%), чем в общей детской популяции. При этом среди детей от 0 до 14 лет доля пациентов с 4-й степенью утраты здоровья составила 16,2% в 2010 г. [8]. По данным [9] среди детского населения г.Минска инвалидность за 2010г. выросла по группе нервных болезней и составила 19,2 на 10 тысяч населения.

В Республике Беларусь среди детей, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний нервной системы, 98,8% случаев приходится на поражения центральной нервной системы [10]. Основными патологическими состояниями, приводящими к инвалидности детей данной категории, являются: детский церебральный паралич; врожденные аномалии; последствия инфекционных заболеваний; последствия травм; новообразования головного мозга. В 2006г. ДЦП был причиной инвалидности у 62% детей Гродненской области с поражением нервной системы [11]. По данным [12], ДЦП в 53,7% случаев является причиной детской инвалидности в Казахстане.

Приведенная статистика показывает, что в ближайшее время усилия специалистов должны быть направлены как на снижение детской инвалидности, так и на достижение уменьшения ее тяжести. Это определено Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы. В связи с этим необходимо совершенствовать меры по реабилитационной поддержке инвалидов, внедрять современные реабилитационные технологии, разработать единые методики учета и оценки эффективности реабилитационных мероприятий, активно привлекать к проблеме инвалидности органы здравоохранения, социальной защиты, службы занятости и общественные организации [13].

Сказанное напрямую касается реабилитации больных ДЦП, которая в следствие синдромальности диагноза, а также полиэтиологичности заболевания считается одной из самых сложных в системе реабилитации. Эти пациенты имеют в большинстве случаев выраженный двигательный дефицит на фоне органического поражения головного мозга, а потому у каждого из них выявляются признаки социальной недостаточности: нарушение способности к передвижению, ориентации, самообслуживанию, обучению, трудовой деятельности, общению, контролю своего поведения.

Социальную значимость проблемы детских церебральных параличей определяет еще и тот факт, что это заболевание сопровождает человека всю жизнь. Оно не излечивается. Клиническая картина церебрального паралича по мере взросления человека подвергается значительным изменениям. Появляются разнообразные симптомы и синдромы, которые образуют новые болезненные состояния. Эти последние в свою очередь значительно затрудняют дальнейшую жизнь больного, резко ограничивают его профессиональную деятельность.

У многих больных ДЦП, особенно со спастическими формами поражения, с возрастом развиваются и осложняются контрактуры и вторичные деформации, значительно утяжеляющие состояние двигатель-

ной сферы больных. На фоне сохраняющегося у пациента всю жизнь мышечного дисбаланса эти нарушения ведут к возникновению новых инвалидизирующих факторов, к грубым трофическим изменениям мышц, связочного аппарата и суставов с развитием серьезных осложнений (коксартроз, люксации головок бедер, выраженный болевой синдром и пр.). [14]. Борьба с этими осложнениями у возрастных пациентов становится особенно трудной, а порой и невозможной. Все это дополнительно ухудшает социальную адаптацию больных, затрудняет или делает невозможным самостоятельное передвижение и самообслуживание, снижает работоспособность, увеличивает сроки нетрудоспособности у работающих людей, влечет к дополнительным материальным затратам на медицинское обслуживание.

У больных ДЦП качество жизни с возрастом существенно снижается по таким аспектам как физическое здоровье; боль и дискомфорт, обусловленные проявлениями основного заболевания и сопутствующей патологией; повседневная жизнедеятельность; участие в физических и социальных действиях [15]. У 75% взрослых пациентов со спастическими формами ДЦП по наблюдениям голландских ученых присутствует хронический болевой синдром, у 34% он коррелирует с выраженной утомляемостью, а у 16% – с депрессией [16]. Поэтому необходимо проводить непрерывную реабилитацию этих пациентов, обеспечивая адаптацию больного человека в социуме, сохраняя его физическую и социальную активность.

Важно подчеркнуть, что на сегодняшний день средняя продолжительность жизни 90% больных церебральным параличом не отличается от таковой в популяции в целом [17]. Многие из них, имея реабилитационный потенциал и возможность качественно проводимой медицинской реабилитации, могут стать активными членами общества, освоить сложные профессии, заняться интеллектуальным трудом и творчеством, принимать участие в общественной жизни, создать семьи.

За последние годы в нашей стране сложилась система этапной реабилитации детей с перинатальным поражением ЦНС и ДЦП. Создана сеть учреждений стационарного, амбулаторно-поликлинического и санаторно-курортного типа оказания реабилитационной поддержки на всех уровнях системы здравоохранения: от республиканского центра медицинской реабилитации до отделений медицинской реабилитации амбулаторно-поликлинических учреждений городского или районного звена. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, на 1 января 2012 года в стране функционировало 326 отделений медицинской реабилитации, в том числе 83 стационарных, в которых развернуто 2 тыс. 370 коек для детей.

В настоящее время в Республике Беларусь определены основные перспективные направления развития медицинской реабилитации на ближайшие годы, которые включают: создание современных этапных реабилитационных технологий при ряде нозологий, разработку объективных критериев оценки эффективности медицинской реабилитации на каждом этапе, разработку количественных критериев оценки нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности и многое другое.

Это особенно важно для реабилитации больных ДЦП, достигших юношеского возраста, и взрослых, так как на практике реабилитация этих пациентов часто сводится к проведению ряда нейроортопедических и редко ортопедо-хирургических вмешательств. Врачи первичного звена ограничиваются чаще всего экспертизой трудоспособности данной категории больных. Эти пациенты по существу оказываются предоставленными самим себе. По образному выражению одного из украинских ученых «человек, страдающий детским церебральным параличом и ставший взрослым, является медицинской сиротой» [18].

Принимая во внимание, что цель реабилитации пациентов с ДЦП – адаптация больного человека в обществе, активная жизнь и улучшение качества жизни больного, продолжительность реабилитации не должна ограничиваться. Реабилитационный процесс должен быть подстроен под меняющиеся факторы жизни больного и его состояние, соответствующие виды помощи больному должны предоставляться с детства и в течение всей жизни [19].

Вопрос о непрерывности реабилитационного процесса у всех категорий больных ДЦП, системности проводимой на протяжении всей жизни пациента медицинской реабилитации является глубоко социальной проблемой, а потому должен быть научно разработан и внедрен в повседневную клиническую практику.

### Литература

1. Юрѣва Р.Г. // Заместитель главного врача. - 2011. - №10. - С.25-37.
2. Гайнетдинова Д., Гайсина Л. // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т.92, №6. - С.823-827.
3. Prevalence of Cerebral Palsy in 8-Year-Old Children in Three Areas of the United States in 2002 [Electronic resource] / A Multisite Collaboration from Pediatrics, Volume 121, Number 3, March 2008. - Mode of access: [http://svetloebudushee.ucoz.ru/publ/chto\\_takoe\\_dcp/1-1-0-5\\_-](http://svetloebudushee.ucoz.ru/publ/chto_takoe_dcp/1-1-0-5_-) Date of access: 14.08.2012.
4. Молоков Д.Д., Халимуллина А.Ф. // Сибирский медицинский журнал. - 2009. - №7. - С.1-2.
5. Рыбакова В.А. // Современ. подходы и внедрение новых методик в диагностике. - Витебск, 2005. - С.198.
6. Приходько И.С., Букач М.И., Власова С.В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. - Минск, 2007. - Вып.9. - С.194.
7. Голикова В.В., Субель И.В., Исайкина А.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: материалы междунар. науч.-практ. конф., Брест, 20 мая 2011 г. / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»; под ред. В.Б.Смычка. - Минск, 2011. - Вып.13. - С.21.
8. Копыток А.В., Голубева Т.С., Дубовик, Т.П., Якушина Н.А. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2011. - №3. - С.1-7.
9. Лещинская Т.М. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: материалы междунар. науч.-практ. конф., Брест, 20 мая 2011 г. / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»; под ред. В.Б.Смычка. - Минск, 2011. - Вып.13. - С.45.
10. Принципы освидетельствования детей-инвалидов с двигательными нарушениями вследствие очаговых поражений головного мозга. Инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь. - Минск, 2004. - 3 с.
11. Малышко Н.А., Лашковская Т.А., Стрижак А.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. - Минск, 2007. - Вып.9. - С.42.
12. Газалиева Ш.М., Оспанова Г.А., Бейсенова А.М., Старчева Н.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. - Минск, 2006. - Вып.8. - С.41.
13. Смычек В.Б., Полуянова И.Е. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: материалы междунар. науч.-практ. конф., Брест, 20 мая 2011 г. - Минск, 2011. - Вып.13. - С.242-243.
14. Седин Н.С. // Ортопедия, травматология и педиатрия. - 1988. - №4. - С.61-64.
15. Малиевский О.А., Кухтина Э.И. // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - №6. - С.86-90.
16. Chronic pain, fatigue, and depressive symptoms in adults with spastic bilateral cerebral palsy [Electronic resource] / Wilma van der Slot. - 2012. - Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?search.fcgi?db=database&term=1469-8749> - Date of access: 14.08.2012.
17. Батышева Т.Т., Быкова О.В., Виноградова А.В. // РМЖ. Неврология. - 2012. - №8. - С.401-405.
18. Бабчик Ю.И. Поздние синдромы детского церебрального паралича [Электронный ресурс]. - 2008. - Режим доступа: <http://www.sqlapp.ru/pozdnie-sindromy-detskogo-cerebralnogo-paralicha/>. - Дата доступа: 08.08.2012.
19. Шипицына Л.М., Майчук И.И. Детский церебральный паралич. Хрестоматия. - М. «Институт общегуманитарных исследований», СПб.: «Дидактика Плюс», 2003. - 520 с.

### SOCIAL ASPECTS OF CONTINUOUS MEDICAL REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY

E.V.Mežina, G.A.Uriev

Statistical data concerning morbidity of cerebral palsy and disability in the Republic of Belarus were given. Social aspects of cerebral palsy in adult patients and their rehabilitation were described.

---

---

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА  
СРЕДИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ  
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**А.А.АЛЕКСАНДРОВ, Л.А.АНДРЕЕВА, В.В.СОЛОДУХО,  
А.А.ЛАПУСТО, О.В.БЕЛОУС, И.В.КАРНАЧ**

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Минск  
УЗ «Солигорская центральная районная больница», г. Солигорск,  
Солигорский р-н, Минская область

**Введение.** В Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы указано, что чрезмерное потребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска смертности населения Республики Беларусь трудоспособного возраста.

В 2011 г. в Республике Беларусь потребление алкоголя, оцениваемое по уровню его продаж через все каналы реализации, выросло на 8% (с 12,32 л на душу населения в пересчете на абсолютный алкоголь до 13,3 л).

В 2011 г. показатель смертности составил 14,3 на 1000 населения, при этом число умерших мужчин трудоспособного возраста превысило число умерших женщин в 6 раз. Основные причины преждевременной смертности (болезни системы кровообращения и внешние причины) мужчин данной возрастной группы в большой степени связаны с практикой потребления мужчинами значительных объемов алкоголя в течение короткого времени.

Чрезмерное потребление алкоголя занимает ведущее место среди причин смертности жителей нашей страны трудоспособного возраста [1].

Государственной программой национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы предусмотрено проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику алкоголизации населения и ее негативных последствий.

Одно из ключевых мест в организации программ профилактики злоупотребления алкоголем отводится первичному звену здравоохранения.

Так пунктом 20 Государственной программы предусмотрено проведение обучения медицинских работников общей медицинской практики с целью выявления пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь, и оказания таким пациентам консультативной помощи,

Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, принятая Всемирной организаци-

ей здравоохранения (ВОЗ) в 2010 году, к числу наиболее эффективных и проверенных мер по уменьшению вреда, связанного с алкоголем, относит проведение скрининга и краткосрочного вмешательства в учреждениях первичного звена.

Приоритетность проведения профилактики пьянства и алкоголизма в условиях первичного звена здравоохранения обусловлена тем, что:

позволяет улучшить общее состояние здоровья трудоспособного населения, а не только снизить распространенность алкоголизма;

оказывается менее затратной по сравнению со специализированным лечением;

ее методы основаны на данных доказательной медицины [2].

Министерство здравоохранения Республики Беларуси (далее – Минздрав) на постоянной основе принимает меры по выполнению Национальной и Государственной программ, в том числе, в части реализации профилактических мероприятий в рамках первичной медицинской помощи.

Постановлением Коллегии Минздрава от 25 мая 2012г. № 10.1 «О ходе выполнения мероприятий Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы» руководителям органов управления здравоохранением поручено обеспечить на постоянной основе реализацию мер, направленных на своевременное выявление факторов риска заболеваний, повышение эффективности проводимых скрининговых мероприятий и формирование устойчивой мотивации всех категорий населения на здоровый образ жизни, а также мер, направленных на снижение алкоголизации населения и уменьшение вызванной ею смертности.

В постановлении Коллегии Минздрава от 25 апреля 2012г. №7.1 «О состоянии первичной медицинской помощи» указано, что хотя в амбулаторно-поликлини-

ческих организациях созданы условия и совершенствуются технологии, направленные на профилактику факторов риска основных социально значимых заболеваний, но при этом нужен поиск новых подходов к формированию здорового образа жизни у населения.

Таким образом, организация и реализация программ профилактики алкоголизма в условиях первичного звена здравоохранения среди лиц трудоспособного возраста является темой, актуальной в рамках социальных задач, поставленных государством перед здравоохранением республики.

Для проведения исследования нами была выбрана УЗ «Солигорская центральная районная больница», что было обусловлено следующим.

Проведенный в октябре 2011г. опрос медицинских работников ряда районов и городов Минской области показал, что медицинские работники поликлиники ОАО «Беларуськалий» и поликлиники Солигорской ЦРБ заинтересованы в образовании по теме профилактики алкоголизма и демонстрируют готовность к реализации профилактической программы.

Руководство Солигорского районного исполнительного комитета и администрация ОАО «Беларуськалий» поддержали реализацию профилактической программы на территории Солигорского района.

Население Солигорского района и г.Солигорска характеризуется высокой долей трудоспособного населения (58,5%) среди всего населения (по области – 57,5%), смертность которого в 2011 г. (1480,1 случаев на 100 тыс. населения данного возраста) была выше среднеобластной (846,7) за счет высокого уровня смертности сельского трудоспособного населения (по району 3074,7 случаев на 100 тыс. населения, при этом по области – 2159,4).

В 2011 г. в Солигорском районе была самая высокая в области распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями (2079,2 случаев на 100 тыс. населения, при областном показателе 1274,7).

Целевой группой для реализации данной программы выбраны лица обоих полов трудоспособного возраста, проходящие обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры в соответствии с Инструкцией, утвержденной постановлением Минздрава от 28.04.2010 №47.

**Цель исследования.** До настоящего времени в Республике Беларусь не изучались вопросы организации программ первичной профилактики алкоголизма в условиях первичного звена здравоохранения, что и стало основной целью проводимого нами исследования.

#### **Задачи исследования.**

В целях организации программы профилактики в условиях первичного звена здравоохранения необходимо решить следующие задачи:

1. Разработать информационно-образовательные материалы для медицинских работников и пациентов по допу-

стимым уровням потребления алкоголя, краткосрочным и долгосрочным эффектам различных уровней потребления алкоголя на здоровье и социальное функционирование.

2. Разработать программу обучения медицинских работников первичного звена здравоохранения навыкам выявления пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь (далее – скрининг), и их консультирования.

3. Разработать алгоритм действий медицинских работников первичного звена здравоохранения по скринингу и оказанию консультативной помощи пациентам, чрезмерно употребляющим алкоголь.

4. Организовать скрининг среди лиц трудоспособного возраста, проходящих периодические медицинские осмотры.

5. Организовать консультирование и наблюдение пациентов чрезмерно употребляющих алкоголь, выявленных с помощью скрининга.

6. Оценить влияние организованной профилактической программы на показатели заболеваемости, травматизма, временной нетрудоспособности, трудовой дисциплины, а также на изменение паттерна потребления алкоголя.

#### **Основные результаты и их обсуждение**

На первом этапе была осуществлена разработка информационно-образовательных материалов, программы обучения и алгоритма действий медицинских работников по скринингу и консультированию.

Для подготовки информационно-образовательных материалов для медицинских работников и пациентов использовались материалы ВОЗ, а также пособия для пациентов, разработанные для русскоговорящих жителей ряда стран Европы (Эстония, Финляндия и др.), которые были переведены и адаптированы с учетом белорусских культурных традиций [3–5].

Материалы для пациентов обсуждались при подготовке совместно с медицинскими работниками первичного звена здравоохранения.

Итогом стала публикация пособий «Алкоголь и здоровье», «10 вопросов об алкоголе» и «Что такое алкогольная зависимость?».

На основе зарекомендовавших себя пособий и курсов была разработана и апробирована на тестовом семинаре для 30 врачей и медицинских сестер первичного звена здравоохранения программа обучения навыкам скрининга и консультирования [6, 7]. Программа включает 36 часов лекционной и практической подготовки в виде трех разделов: алкоголь и здоровье, скрининг и консультирование. На основании отзывов, полученных на данном семинаре, была проведена ревизия программы обучения.

Для использования на семинаре преподавателями были переведены материалы Всемирной организации здравоохранения по эффективным методам профилактики опасного и вредного потребления алкоголя [8, 9].

В 1-м квартале 2012 года были организованы семинары по методике скрининга и краткосрочного вмешательства по снижению риска опасного и вредного потребления алкоголя, в которых приняли участие 60 человек – врачи общей практики, участковые и цеховые терапевты, врачи-стажеры, медицинские сестры, фельдшера и помощники врача. На семинарах были представлены данные о воздействии алкоголя на организм, социальном и биологическом вреде его потребления, представлена методология скрининга с помощью опросники CAGE и AUDIT и краткосрочного вмешательства.

По итогам семинаров был разработан алгоритм действий медицинских работников первичного звена здравоохранения по выявлению пациентов, чрезмерно употребляющих алкоголь, и оказанию им консультативной помощи, утвержденный приказом главного врача Солигорской ЦРБ.

Разработанная программа скрининга среди пациентов трудоспособного возраста, проходящих периодические медицинские осмотры, включала проведение лабораторного исследования гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) и применение стандартизированного скринингового опросника – Теста по выявлению связанных с употреблением алкоголя расстройств (AUDIT).

Выбор лабораторного теста первым этапом скрининга чрезмерного потребления алкоголя в нашем исследовании был обусловлен, во-первых, его объективностью, а во-вторых, установленной в исследованиях, проведенных в русскоязычной популяции, низкой точностью определения опасного и вредного потребления алкоголя с помощью метода прямого опроса пациента.

Повышенный уровень ГГТ является одним из часто используемых маркеров опасного и вредного потребления алкоголя, обладает достаточной чувствительностью и специфичностью (до 80–90%). Около 75% проблемно (по критериям ВОЗ) пьющих людей имеют повышенный уровень ГГТ.

Кроме того, известно, что ГГТ можно применять для контроля изменения потребления алкоголя у пациентов, пытающихся его уменьшить.

Лабораторное исследование ГГТ было проведено у 4000 работников ОАО «Беларуськалий» и других предприятий Солигорского района, проходивших периодические медицинские осмотры в 1-м квартале 2012 г.

Лица с повышением активности ГГТ и выявленными диагнозами неалкогольных заболеваний печени, а также алкоголизма (употребления алкоголя с вредными последствиями, алкогольного психоза) в настоящее время и в анамнезе были исключены из дальнейшего наблюдения.

Остальные пациенты были проинформированы медицинским работником о повышении уровня ГГТ, и возможных причинах этого.

Всем пациентам с повышенным уровнем ГГТ, заинтересованным в обсуждении потребления алкоголя, была проведена оценка потребления алкоголя и тяжести алкогольных проблем с применением опросника AUDIT.

Опросник AUDIT состоит из 10 пунктов и заполняется пациентом. Он был разработан ВОЗ специально для первичного звена здравоохранения, широко применяется в мире, определяет: опасное потребление – 8–15 баллов, употребление с вредом для здоровья – 16–19 и зависимость – более 20 баллов.

Пациенты с повышенным уровнем ГГТ, набравшие на этапе скрининга от 8 и до 20 баллов по опроснику AUDIT, подписавшие форму добровольного информированного согласия на участие в исследовании, были произвольно разделены на группу консультирования и контрольную группу.

В настоящее время медицинскими работниками поликлиники Солигорской ЦРБ начато консультирование чрезмерно употребляющих алкоголь пациентов, включенных в исследование, которые не являются алкоголиками и не нуждаются в специализированном лечении, с последующим контролем изменения потребления алкоголя с помощью ГГТ.

#### Заключение

Таким образом, задачи исследования по подготовке образовательных и методических материалов, обучению специалистов и проведению скрининга решены. Наблюдение за пациентами, прошедшими консультирование, в течение года позволит оценить влияние программы первичной профилактики алкоголизма на состояние здоровья населения трудоспособного возраста.

#### Литература

1. Антипова С.И., Антипов В.В., Гришнкова Л.Н., Метельская М.А., Рогов Ю.И. // Медицина. – 2011. – №1. – С.35–41.
2. Kaner E., Dickinson H., Beyer F. [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007; (2): CD004148.
3. Советы по снижению употребления алкоголя «Много – это сколько?» Национальный институт развития здравоохранения Эстонии, 2008г., 20 с. // <http://www.alkoinfo.ee/>.
4. Краткое руководство для желающих сократить потребление алкоголя. «А если чуть-чуть поменьше?» // Буклет Министерства социального обеспечения и здравоохранения Финляндии. 2006:10rus, 24 с.
5. <http://www.drinkaware.co.uk>.
6. <http://www.nhs.uk/Change4Life>.
7. <http://www.alcohollearningcentre.org.uk>.
8. Бувальда В.В., Берг К. Пособие по наркологии для врачей-стажеров. Под ред. Р.А.Евсегнеева. – Мн.: «Интертракт», 1997. – 124 с.
9. Babor T.F. et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. WHO. 2001, p.1–40.
10. Babor T.F. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for Use in Primary care. World Health Organization. 2001, p.1–52.

4. Солодовников В.В., Гайнуллина Ю.И., Елисеева Е.В. / «Человек и лекарство» материалы V Дальневосточного регионального конгресса с международным участием. – Владивосток, 2008. – С.76–77.
5. Гавриленко Л.Н., Романова Л.Н., Кожанова И.Н. // Клинической фармакологии в Республике Беларусь – 25 лет: Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Минск, 2010. – С.37–40.
6. Кожанова И.Н., Хапалюк А.Н. // Клинической фармакологии в Республике Беларусь – 25 лет: Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Минск, 2010. – С.97–99.
7. Конахович И.И., Сачек М.М. // Материалы VIII съезда фармацевтических работников Республики Беларусь: тезисы докладов, Витебск, 8–9 апреля 2010г. – Витебск, 2010. – С.487–490.
8. Жилевич Л.А., Мигаль Т.Ф., Адаменко Е.И., Гавриленко Л.Н., Кожанова И.Н., Романова И.С. Применение фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических методов при разработке лекарственного формуляра государственной организации здравоохранения. Инструкция по применению. Регистрационный номер 256-1210. – Минск, 2010.
9. Кожанова И.Н. Фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка эффективности лечения хронической обструктивной болезни легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 2008. – 21 с.
10. Романова И.С. Лекарственная терапия и клинические исходы у больных инфарктом миокарда в условиях повседневной лечебной практики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 2008. – 21 с.

#### CURRENT STATE AND PROSPECTS IN DEVELOPMENT OF CLINICAL PHARMACOLOGY SERVICE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

L.N.Gavrilenko, M.K.Kevra, L.A.Zhilevich, M.M.Sachek

The clinical pharmacology is one of the fields of medicine. It exists more than 50 years and studies the different problems of drug therapy from the methodology of clinical trials and drugs metabolism (from the early sixties) to molecular pharmacogenetics and pharmacoeconomics (the late of nineties). Clinical pharmacology is not only the researchers subject but also the clinical specialty whose purpose is the health care with rational drug usage. Clinical pharmacology has now a big development in many countries. To avoid clinical pharmacologists deficiency in future we have to train young specialists nowadays.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ: 2007–2011

<sup>1</sup>Т.Н.ГЛИНСКАЯ, <sup>2</sup>М.В.ЩАВЕЛЕВА

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, п. Городище, Минский р-н

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

*С целью оценки эффективности диспансерной работы авторами проанализированы в динамике за пять лет (2007–2011) показатели общей заболеваемости взрослого населения, удельный вес первично выявленных заболеваний в структуре общей заболеваемости, численность контингента диспансерных пациентов, индекс обратимости (отношение числа зарегистрированных случаев заболеваний, приходящихся на один случай смертности). Активизация диспансерной работы привела к улучшению выявления и качества оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, эндокринной патологией, болезнями органов дыхания, болезнями печени, что сопровождалось снижением частоты смертельных исходов у заболевших. Рост контингентов диспансерных пациентов и удельного веса выявленной ранее патологии в структуре общей заболеваемости при болезнях нервной системы и болезнях органов пищеварения не сопровождался ростом индекса обратимости, что отражает негативную динамику исходов при названной патологии.*

Проведение массовой диспансеризации в масштабах республики требует значительных организационных усилий и соответствующего ресурсного обеспечения. В то же время для оценки эффективности

реализуемых диспансерных мероприятий недостаточно информативны традиционно используемые показатели заболеваемости, поскольку выявление патологии на ранних стадиях и регистрация вновь выяв-

ленных случаев ведут к росту показателей заболеваемости.

С целью оценки эффективности проведенной диспансерной работы авторами проанализированы в динамике за пять лет (2007–2011) показатели общей заболеваемости взрослого населения, удельный вес первично выявленных заболеваний в структуре общей заболеваемости, численность контингента диспансерных пациентов с учетом основных классов болезней и отдельных нозологических форм (групп).

Материалом для исследования служили данные официальной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В качестве важного индикатора эффективности массовой диспансерной работы использован расчет индекса обратимости (ИО), представляющего собой отношение числа зарегистрированных случаев заболеваний, приходящихся на один случай смертности. Низкие значения индекса (менее 150,0) свидетельствуют о высоком риске смертельных исходов у заболевших. При терапевтической патологии к таким заболеваниям относятся социально значимые классы болезней (группы заболеваний): болезни системы кровообращения (БСК), отдельные формы болезней органов пищеварения (болезни печени, поджелудочной железы, неинфекционные энтериты и колиты), обструктивные заболевания легких, класс болезней нервной системы, при которых ИО составляет менее 100.

Болезни органов дыхания в структуре общей заболеваемости взрослого населения занимали первое место до 2009 года, с 2010 года данный класс опустился в рейтинге на одну позицию, уступив лидерство классу БСК (до 2009 года – второе место). Болезни органов пищеварения занимают третье место (обогнав класс травм – четвертое место), болезни мочеполовой системы – пятое место, болезни эндокринной системы – одиннадцатое место, болезни нервной системы – двенадцатое. Впервые выявленная патология доминирует в структуре общей заболеваемости при болезнях органов дыхания (88,3%), а заболевания, выявленные в предыдущие годы, преобладают в структуре БСК (87,9–90,0%), болезней органов пищеварения (79,3–81,9%), болезней нервной системы (62,3–68,8%).

Качественное проведение диспансерных мероприятий позволяет улучшить выявление заболеваний, в том числе на ранних стадиях (рост регистрируемой общей заболеваемости и численности контингента диспансерных пациентов), и повысить эффективность оказания медицинской помощи. Это способствует увеличению продолжительности жизни и улучшению ее качества за счет снижения риска прогрессиру-

ния заболевания, развития осложнений, наступления инвалидности и смертельных исходов (при этом происходит рост удельного веса накопленных форм патологии и рост ИО).

За анализируемый период показатель общей заболеваемости вырос для большинства названных классов (форм) болезней за исключением болезней нервной системы (табл.).

Рост удельного веса выявленных в предыдущие годы форм патологии был характерен для БСК и отдельных форм БСК (включая ишемическую болезнь сердца и цереброваскулярные болезни); обструктивных заболеваний легких, болезней эндокринной системы, в том числе, сахарного диабета, болезней органов пищеварения и нервной системы (таблица).

Численность диспансерного контингента пациентов также имела тенденцию к росту. Совокупный показатель численности лиц, состоящих на диспансерном учете, вырос за анализируемый период на 36,7%. Наиболее значимо увеличился контингент пациентов, состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний нервной системы (рост более чем в 5,5 раза). Рост данного показателя при БСК произошел в 1,7 раза, а при ишемической болезни сердца – в 2,0 раза. При болезнях эндокринной системы, включая сахарный диабет, и болезнях органов дыхания показатель вырос в 1,2–1,3 раза. Численность контингента пациентов, состоящих на диспансерном учете по поводу болезней органов пищеварения, выросла в 1,3 раза. Максимальный рост был зарегистрирован для пациентов с болезнями поджелудочной железы (более чем в 2,0 раза), заметный – при неинфекционных энтеритах и колитах – в 1,7 раза, при заболеваниях печени – в 1,5 раза, минимальный – при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – на 15,2%.

При этом ИО взрослого населения вырос (то есть имел благоприятную динамику) для болезней в целом с 70,3 до 81,7 (на 16,2%), при БСК – с 27,4 до 33,6 (на 22,6%). При отдельных формах БСК динамика индекса также была положительной: при ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезнях показатель вырос соответственно на 20,8% и 27,9%.

Улучшилась динамика показателя при обструктивных заболеваниях легких – рост с 47,1 до 100,0 (в 2,1 раза); при болезнях эндокринной системы – с 846,8 до 1516,3 (в 1,8 раза), в том числе при сахарном диабете (в 1,9 раза). Незначительный рост индекса имел место при болезнях печени (на 7,5%).

Вместе с тем неблагоприятная динамика ИО отмечена для класса болезней нервной системы (снижение на 45,4%) и болезней органов пищеварения

Таблица

**Динамика уровня общей заболеваемости (ОЗ), частоты патологии, выявляемой впервые в данном году (ПЗ/ОЗ), индекса обратимости и численности диспансерного контингента при терапевтической патологии у взрослого населения Республики Беларусь за период 2007–2011 гг.**

Класс болезней	Год	ОЗ, ‰	ПЗ/ОЗ, %	Индекс обратимости	Численность диспансерного контингента, ‰
1	2	3	4	5	6
Всего, в том числе:	2007	122706,4	46,9	70,3	35220,7
	2008	127994,2	45,9	75,2	41041,2
	2009	138088,3	46,4	80,7	44635,9
	2010	138569,6	43,4	78,8	46284,1
	2011	141692	43,5	81,7	48158,5
БСК	2007	24547,2	12,1	27,4	10324,5
	2008	27625,8	12,8	30,8	13978,4
	2009	29333,1	10,7	31,7	15949,6
	2010	30355,6	10,5	31,8	16814,7
	2011	30505,1	10,2	33,6	17622,3
ИБС	2007	9885,9	8,6	16,3	3738,5
	2008	11238,7	9,3	18,3	5413,3
	2009	12152,9	7,9	18,9	6436,6
	2010	12655,7	7,9	18,9	6949,1
	2011	12505,0	7,6	19,7	7317,3
Цереброваскулярные заболевания	2007	4790,2	14,7	21,1	1072,8
	2008	5325,6	14,8	24,6	1482,4
	2009	5539	13,3	24,9	1726,0
	2010	5594,3	13,0	25,1	1724,4
	2011	5482,2	12,7	27,0	1820,6
Болезни органов дыхания	2007	25115,2	85,7	422,9	1828,8
	2008	25100,5	85,6	494,0	2182,1
	2009	31189,7	88,3	601,4	2408,1
	2010	26579,2	85,7	584,8	2295,1
	2011	28620,1	86,8	715,4	2292,6
Обструктивная болезнь легких	2007	2135,9	7,2	47,1	1220,0
	2008	2256	8,0	61,5	1448,0
	2009	2227,8	6,9	69,9	1557,8
	2010	2298	6,2	81,5	1602,8
	2011	2268,2	5,8	100,0	1621,7
Болезни эндокринной системы	2007	5323,5	11,3	846,8	4552,5
	2008	5848	13,1	1175,4	4890,0
	2009	6112,6	10,8	1218,0	5208,0
	2010	6572,7	10,2	1685,2	5539,8
	2011	6994,8	9,6	1516,3	5829,6
Сахарный диабет	2007	2291,5	10,6	436,0	2130,9
	2008	2451,8	10,6	564,8	2301,1
	2009	2615,9	10,3	605,3	2501,1
	2010	2828	10,1	931,8	2670,7
	2011	2999,3	9,3	847,1	2808,4
Болезни органов пищеварения	2007	8314,3	19,1	144,7	3724,6
	2008	8685,9	20,7	148,9	4271,1
	2009	8609,9	18,1	136,0	4533,0
	2010	8908,6	18,1	131,5	4662,6
	2011	8865,8	18,1	123,8	4736,7
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	2007	2069,7	7,0	661,2	1762,7
	2008	2133,7	7,7	689,0	1846,7
	2009	2170,7	7,3	592,7	1957,1

1	2	3	4	5	6
Неинфекционные энтериты, колиты	2007	192,4	43,4	24,6	27,6
	2008	200,6	46,3	23,6	32,5
	2009	208	41,6	21,0	38,9
	2010	221,4	41,7	20,9	42,9
	2011	225,3	40,3	21,4	45,6
Болезни печени	2007	332	15,0	9,3	185,2
	2008	358,9	16,2	10,0	215,3
	2009	385,1	14,5	10,1	235,4
	2010	418	14,4	10,3	254,0
	2011	445,9	15,0	10,0	283,4
Болезни поджелудочной железы	2007	407,2	17,2	64,0	125,7
	2008	445	17,6	67,4	178,7
	2009	456,3	16,0	60,2	217,9
	2010	503,8	15,6	66,2	239,1
	2011	509,2	15,2	61,3	259,7
Болезни нервной системы	2007	1432,3	35,6	124,0	306,7
	2008	1323,4	37,7	113,1	1578,1
	2009	1359,4	33,9	99,1	1611,7
	2010	1385,5	31,7	133,9	1674,3
	2011	1338,8	31,2	67,7	1694,8

(на 16,8%), включая отдельные группы (формы) болезней органов пищеварения (болезни поджелудочной железы, неинфекционные энтериты и колиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

Таким образом, значительная активизация диспансерной работы привела к улучшению выявления и своевременному оказанию качественной медицинской помощи пациентам с БСК, эндокринной патологией, болезнями органов дыхания, болезнями печени, что сопровождалось снижением частоты смертельных исходов у заболевших. Рост контингентов диспансерных пациентов и удельного веса выявленной ранее патологии в структуре общей заболеваемости при болезнях нервной системы и болезнях органов пищеварения не сопровождался ростом индекса обратимости, что отражает негативную динамику исходов при названной патологии. Требуется дальнейшего изучения и оптимизации диспансерная работа с пациентами, страдающими болезнями органов пищеварения (включая неинфекционные энтериты и колиты, язвенную болезнь, болезни поджелудочной железы), а также болезнями нервной системы.

#### ASSESSMENT OF DISPENSARIZATION EFFICIENCY IN PATHOLOGY OF INTERNAL DISEASES: 2007–2011

T.N.Glinskaya, M.V.Schhaveleva

For the purpose of an assessment of efficiency of the dispensary work, indicators of the general incidence of adult population, the share of newly diagnosed diseases in the structure of the general incidence, the number of the contingent of dispensary patients, the convertibility index (the relation of the number of the registered cases of the diseases per one case of mortality) were analyzed in dynamics for 5 years (2007–2011). Activation of dispensary work led to the improvement of detection and quality of rendering medical care to patients with diseases of the circulatory system, endocrine pathology, diseases of the respiratory systems, liver diseases that was resulted in decrease of the frequency of fatal outcomes. The growth of the dispensary patient contingents and the share of early revealed pathology in the structure of the general incidence in diseases of the nervous system and diseases of the digestive system were not accompanied by the growth of the convertibility index that reflected negative dynamics of outcomes in the aforementioned pathology.

## АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Т.В.КАЛИНИНА, С.В.ШУЛЬГАН, А.М.МАТВЕЕВ

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск  
Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника, г. Минск,

*Представлены результаты анализа анкетного опроса врачей-стоматологов по проблеме качества оказания стоматологической помощи населению. Выявлено, что среди факторов, обеспечивающих повышение качества оказания стоматологической помощи, преобладают структурные компоненты, характеризующие организационно-техническое качество ресурсов: материально-техническая база и кадры стоматологических организаций. Наиболее выраженное влияние на качество оказания стоматологической помощи имеют квалификация врачей, рабочая нагрузка и организация рабочего места врача-стоматолога. Изучены ключевые мотивации врачей-стоматологов на оказание качественной стоматологической помощи населению.*

Управление качеством оказания стоматологической помощи населению относится к приоритетным направлениям развития современной стоматологической науки. В научной литературе, посвященной вопросам управления качеством медицинской помощи, значительное место занимают работы, касающиеся контроля качества со стороны администрации. Одним из ключевых методических подходов к решению данной проблемы являются организация и проведение опросов среди врачей-специалистов и населения, позволяющих дать оценку качества оказания медицинской помощи и обосновать мероприятия по оптимизации оказания медицинской помощи населению.

В Беларуси, как и за рубежом, предпочтение отдается организации и проведению социологических опросов среди населения. Социологические опросы позволяют судить как о состоянии стоматологической службы, так и о качестве оказания стоматологической помощи. Во многих странах результаты опроса мнения населения являются единственным и главным критерием оценки качества стоматологического обслуживания. В отечественной и зарубежной литературе имеются публикации, посвященные социологическим исследованиям, раскрывающим различные аспекты качества оказания стоматологической помощи [1–9].

Оценка данной проблемы населением носит исключительно субъективный характер и основана на восприятии пациентами лишь этических и деонтологических аспектов работы врача. Опросы врачей-специалистов по проблемам качества оказания медицинской помощи организуются реже, во всяком случае, их результаты реже публикуются на страницах современной научной литературы [7, 10, 11].

**Цель исследования** – обоснование мер по повышению качества оказания стоматологической помо-

щи населению крупного промышленного города на основе анализа результатов анкетного опроса врачей-стоматологов.

### Методика исследования

С целью научного обоснования мероприятий по повышению качества оказания стоматологической помощи населению крупного промышленного города нами было проведено анкетирование врачей-стоматологов с использованием оригинальной «Анкеты оценки качества оказания стоматологической помощи».

Анкета включала 27 вопросов, касающихся организации работы стоматологических поликлиник, оценки факторов, влияющих на качество оказания стоматологической помощи, путей повышения качества стоматологической помощи, методов мотивации врачей-стоматологов к повышению качества работы, оценки качества ведения медицинской документации, некоторых правовых аспектов деятельности врачей-стоматологов.

В исследовании приняли участие 338 врачей-стоматологов, в том числе 94 мужчины (27,81%) и 244 женщины (72,19%). Средний возраст врачей, включенных в исследование, составил  $40,61 \pm 0,61$  года. Возраст самого молодого респондента – 22 года, самого старшего – 70 лет. Средний стаж работы в системе здравоохранения врачей, принявших участие в исследовании, составил  $17,93 \pm 0,62$  года. 274 врача (81,07% респондентов) имели квалификационную категорию: 73 человека (21,80% респондентов) – вторую, 166 человек (49,11% респондентов) – первую, 35 человек (10,36% респондентов) – высшую. Не имели квалификационной категории на момент анкетирования 64 врача (18,93% респондентов).

Среди врачей, принимавших участие в исследовании, 15 человек (4,44%) были руководителями или заместителями руководителей организаций здравоохранения.

ранения, оказывающих стоматологическую помощь населению. Число заведующих лечебными отделениями стоматологических поликлиник составило 28 человек (8,28%), стоматологов-терапевтов – 169 человек (50,0%), стоматологов-хирургов – 23 человека (6,80%), стоматологов – 40 человек (11,83%), ортодонт – 5 человек (1,48%), стоматологов-ортопедов – 46 человек (13,61%), детских стоматологов – 12 человек (3,55%).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA 8.0 и компьютерной программы «Microsoft Excell 2008».

Оценка уровня организации контроля качества стоматологической помощи в стоматологической поликлинике не имела статистически значимых различий в ответах респондентов в зависимости от стажа работы, стоматологической специальности и пола (табл.). Вместе с тем следует отметить, что среди врачей всех специальностей самую низкую оценку организации контроля качества стоматологической помощи в поликлинике дали стоматологи-ортопеды. В среднем уровень данного показателя по оценке всех врачей, принимавших участие в исследовании, составил  $3,76 \pm 0,08$  баллов, по оценке стоматологов-ортопедов –  $3,46 \pm 0,26$  баллов ( $p > 0,05$ ).

Профессор Мичиганского университета A. Donabedian предложил рассматривать три основных компонента, характеризующих качество оказания ме-

дицинской помощи: структуру, процесс и результат. Взаимосвязь структуры, процесса и результата получила в литературе название «триады Донабедиана» [12]. По мнению врачей, принимавших участие в исследовании, среди факторов, обеспечивающих качество оказания стоматологической помощи, превалировали структурные компоненты, характеризующие организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры.

Среди факторов, влияющих на качество оказания стоматологической помощи в поликлинике, респондентами наиболее высоко была оценена квалификация специалистов. Средняя оценка влияния квалификации врачей-стоматологов на качество оказания помощи пациентам составила  $3,95 \pm 0,08$  балла (рис. 1).

Другие значимые факторы по оценкам респондентов расположились в порядке убывания следующим образом: рабочая нагрузка врача, организация работы врачей, качество расходных материалов, оборудование рабочего места, социальная защищенность врача. Средние оценки для данных факторов составили:  $3,85 \pm 0,10$ ,  $3,71 \pm 0,10$ ,  $3,58 \pm 0,12$ ,  $3,50 \pm 0,12$  и  $2,90 \pm 0,12$  соответственно.

Наиболее существенными причинами, влияющими на снижение качества оказания стоматологической помощи населению, врачи-стоматологи назвали низкую мотивацию населения к сохранению стоматологического здоровья (71,30% респондентов), ис-

Таблица

**Уровень организации контроля качества стоматологической помощи в поликлинике по оценке врачей-стоматологов**

Группы сравнения	Оценка в баллах		
	$M \pm tm$	Критерий Фишера (F)	Достоверность разницы (p)
Всего	$3,76 \pm 0,08$		
Анализ по полу			
Мужчины	$3,73 \pm 0,16$	0,265	> 0,05
Женщины	$3,77 \pm 0,08$		
Анализ по стажу работы			
< 5 лет	$3,65 \pm 0,22$	1,079	> 0,05
5 – 10 лет	$3,93 \pm 0,24$		
11 – 15 лет	$3,65 \pm 0,24$		
> 15 лет	$3,76 \pm 0,10$		
Анализ по стоматологической специальности			
Руководитель (заместитель руководителя)	$3,80 \pm 0,35$	1,532	> 0,05
Заведующий отделением	$3,82 \pm 0,20$		
Стоматолог-терапевт	$3,79 \pm 0,10$		
Стоматолог-хирург	$3,91 \pm 0,28$		
Стоматолог	$3,85 \pm 0,24$		
Ортодонт	$3,60 \pm 0,50$		
Стоматолог-ортопед	$3,46 \pm 0,26$		
Детский стоматолог	$3,83 \pm 0,22$		



пользование устаревшего стоматологического оборудования (64,79% респондентов), использование расходных стоматологических материалов прошлого поколения (64,20% респондентов). Наименее значимыми причинами снижения качества оказания стоматологической помощи населению, по мнению специалистов принимавших участие в опросе, являются отсутствие контроля со стороны администрации и дефекты оформления медицинской документации: 1,78% и 3,55% соответственно.

Подавляющее большинство специалистов сходятся во мнении, что ключевую роль в сохранении стоматологического здоровья населения и обеспечении высокого качества стоматологической помощи играет личная ответственность пациентов.

С целью повышения мотивации пациентов к сохранению стоматологического здоровья опрошенные врачи-стоматологи предложили следующие меры: повышение качества жизни населения (73,47%), повышение эффективности работы по обучению населения гигиене полости рта (68,05%), внедрение системы материальных стимулов для населения по сохранению стоматологического здоровья (47,63%) и повышение информированности населения по рациональному питанию (38,17%).

В качестве наиболее эффективной меры для обеспечения рабочего места врача-стоматолога современным оборудованием и качественными расходными материалами 87,57% врачей, принимавших участие в исследовании, предложили увеличить нормативы бюджетного финансирования на оказание стоматологической помощи населению. Среди других мер респонденты отмечали увеличение объемов платных стоматологических услуг населению (47,34% опрошенных), экономное расходование материалов и бережное отношение к стационарному оборудованию (44,08% опрошенных) и повышение стоимости стоматологических услуг (32,84% опрошенных).

Существенным элементом структурного компонента в «триаде Донабедиана» является качество организации работы врачей-стоматологов. Принимавшие участие в исследовании специалисты отметили следующие наиболее существенные моменты, способ-

ствующие улучшению условий труда врачей-стоматологов: обеспечение рабочего места врача качественными расходными материалами и современным стационарным оборудованием (85,80%), увеличение норматива времени на оказание стоматологической помощи одному пациенту (65,98%), внедрение новых организационных технологий оказания стоматологической помощи («работа в четыре руки») (59,17%), повышение уровня профессиональной подготовки специалистов (28,11%) и укомплектованность стоматологических поликлиник врачами-стоматологами (17,57%).

Врачи-стоматологи, принимавшие участие в исследовании, не акцентировали внимание на процессуальном компоненте в «триаде Донабедиана». Соблюдение протоколов диагностики и лечения значимым фактором в обеспечении качества стоматологической помощи населению считали 18,64% респондентов. Вместе с тем следует отметить, что важность соблюдения стандартов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании стоматологической помощи подчеркивается в работах многих отечественных и зарубежных авторов [13,14].

В нашем исследовании врачи указали, что для обеспечения соблюдения протоколов лечения и диагностики при оказании стоматологической помощи населению необходимо: обеспечение рабочего места врача-стоматолога качественными расходными материалами и современным стационарным оборудованием (77,22%), повышение мотивации врачей на качественное оказание стоматологической помощи (62,43%), повышение квалификации врачей (30,77%), повышение контроля исполнения протоколов лечения и диагностики со стороны администрации (19,53%) и усиление ответственности врача за некачественное оказание помощи (13,02%).

Мотивация является одной из ключевых функций управления, в том числе в системе управления качеством оказания стоматологической помощи населению. В нашем исследовании было изучено мнение врачей по вопросам повышения мотивации врачей-стоматологов к оказанию качественной стоматологической помощи населению. Подавляющее большинство респондентов указали в качестве основной меры материальное поощрение врача (премирование) за безукоризненное выполнение должностных обязанностей – 93,79% опрошенных. Среди других эффективных мер мотивации были указаны моральное поощрение врача (размещение фотографии на доске почета, объявление благодарности и пр.), депремирование за некачественное оказание стоматологической помощи и усиление контроля за качеством работы врачей со стороны администрации: 39,05%, 33,14% и 14,79% опрошенных соответственно.

Результаты нашего исследования позволили выявить некоторые особенности побудительных мотивов к повышению качества оказания медицинской помощи у врачей разных стоматологических специальностей.

Наиболее значимой мотивацией к оказанию стоматологической помощи на более качественном уровне является стремление врачей к успешной профессиональной карьере. На этот мотив указали 210 респондентов (62,13% опрошенных). Среди всех врачей-стоматологов первое место в «рейтинге профессионалов-карьеристов» заняли общие стоматологи, последнее – стоматологи-хирурги. Среди этих специалистов удельный вес лиц, ставящих карьерные устремления на первое место, составил 75,0% и 56,52%, соответственно (рис. 2).

Проведенный нами анализ позволяет утверждать, что мотив реализации карьерных устремлений и профессионального развития является значимым у широкого круга врачей. Данный мотив побуждает к действиям, нацеленным на долгосрочную перспективу, а не на краткосрочную выгоду. Это важно не только для врачей-стоматологов, но и для всей системы здравоохранения.

В связи с этим представляет интерес мнение врачей-стоматологов о путях повышения профессиональной квалификации. Более половины опрошенных врачей отметили в качестве предпочтительных следующие формы повышения квалификации: повышение квалификации в учреждениях образования, стажировка врача на рабочем месте в учреждениях образования или в стоматологических организациях, участие в научно-практических конференциях и семинарах. Так ответили 59,17% (200), 55,33% (187) и 50,30% (170) опрошенных врачей-стоматологов соответственно. Самоподготовка путем изучения литературы по специальности рассматривалась как одна из форм повышения профессиональной квалификации лишь 23,03% (78) респондентов.

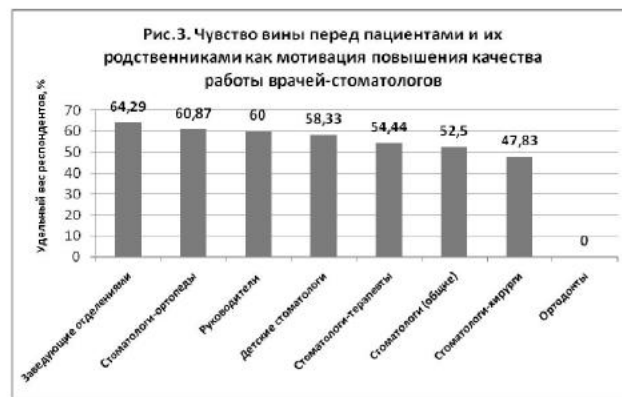
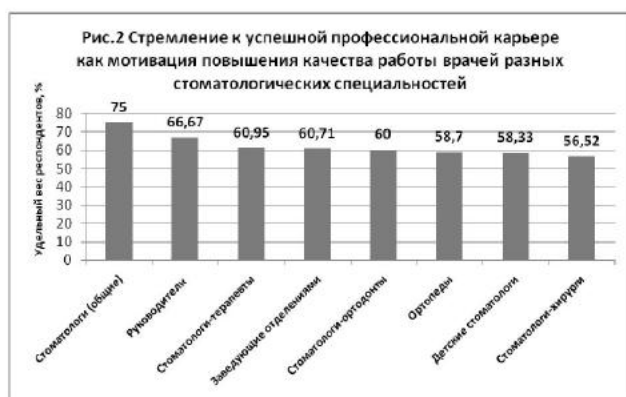
Второй по значимости причиной, побуждающей врачей-стоматологов к оказанию качественной меди-

цинской помощи, является чувство вины перед пациентом в случае ненадлежащего качества оказания стоматологической помощи. Результаты исследования свидетельствуют, что для многих врачей сострадание к пациентам оказывается сильнее материального вознаграждения. Порой они готовы даже затратить свои деньги, если понимают, что пациенту никто не поможет, кроме них. Соблюдение внутренних нравственных принципов для большинства врачей-стоматологов является серьезной мотивацией к повышению качества работы. Так ответили 186 респондентов, принявших участие в исследовании (55,03% опрошенных).

Нравственные проблемы, связанные с чувством вины за свою некачественную работу, чаще других специалистов испытывают заведующие отделениями (64,29%). Вместе с тем следует отметить, что среди ортодонтот не было ни одного ответа, свидетельствующего о значимости для данных специалистов чувства вины перед пациентами как мотивационного фактора повышения качества работы (рис. 3).

Значимой побудительной причиной оказания медицинской помощи на более качественном уровне является стремление врачей-стоматологов получить максимальное материальное поощрение за свой труд. На эту причину указали 159 респондентов (47,04% опрошенных). При этом больше других материальные интересы преследуют при повышении качества своей работы ортодонты (60,0% опрошенных ортодонтот), менее всех материальную заинтересованность проявляют стоматологи общие (37,5% опрошенных стоматологов общих) (рис. 4).

Более трети респондентов (36,1% ,122 человека) указали на то, что они стремятся к повышению качества оказания медицинской помощи из желания утвердить свой авторитет среди коллег. Более других специалистов важность этой мотивации отметили руководители и их заместители. Утверждение авторитета руководителя в коллективе является основной мотивацией к высокому качеству работы для 60% опрошенных руководителей. Наименее заинтересованы в



высокой оценке профессиональных качеств со стороны коллег стоматологи общие и стоматологи-терапевты. Среди врачей этих специальностей данная мотивация была отмечена в 27,5% и 33,1% случаев, соответственно (рис. 5).

Врачи-стоматологи менее всего мотивированы на повышение качества своей работы вследствие опасения административной и судебной ответственности за ненадлежащее качество оказания стоматологической помощи. Эти побудительные причины указали лишь 5,92% (20 респондентов) и 13,02% (44 респондента) соответственно.

Вызывает озабоченность тот факт, что ни один руководитель стоматологической организации наряду с заведующими отделениями, детскими стоматологами, ортодонтами и стоматологами-хирургами не отметили опасение административной ответственности за ненадлежащее качество оказания стоматологической помощи как мотив повышения качества ее оказания (рис. 6).

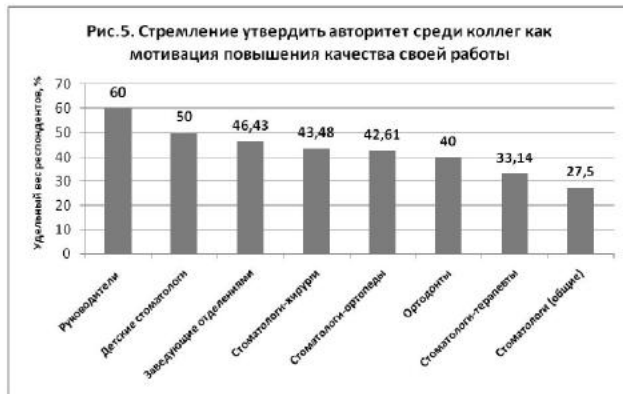
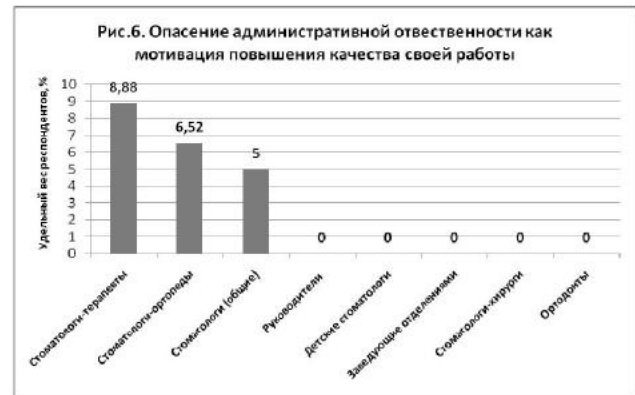
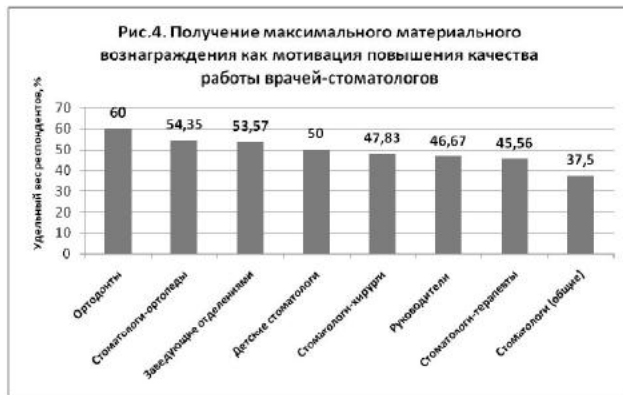
На протяжении ряда лет наблюдается увеличение количества судебных исков к врачам-стоматологам. Едва ли это можно связать с ухудшением качества оказания стоматологической медицинской помощи, тем более что последнее десятилетие ознаменовалось появлением богатого арсенала новых видов стоматологических материалов и медицинской техники, позволяющих оказать широкий спектр стоматологичес-

ких услуг на должном уровне. Тем не менее, требует серьезного осмысления тот факт, что врачи-стоматологи, в том числе руководители, имеют чрезвычайно низкую настороженность в связи с возможным возбуждением судебных исков в случае ненадлежащего качества оказания ими медицинской помощи (рис. 7).

В то же время 70,4% врачей-стоматологов, принимавших участие в исследовании, отметили, что считают себя совершенно незащищенными в случае конфликтной ситуации с пациентом при оказании стоматологической помощи. Абсолютно защищенными от подобных проблем считают себя 3,6%, защищенными со стороны администрации – 22,5%, затруднились с ответом 3,6% врачей-стоматологов.

По мнению респондентов, правовой защищенности врача в случае допущения им врачебной ошибки будут способствовать следующие мероприятия: совершенствование нормативно-правовой базы деятельности врача-стоматолога (66,57%), страхование врача-стоматолога на случай совершения им врачебной ошибки (60,95%), повышение социальной защищенности и социального статуса врача-стоматолога (54,14% и 45,27% соответственно), более предметное информирование пациентов об их правах и обязанностях (18,93%).

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют, что оценка качества оказания стоматологической помощи населению путем анкетно-



го опроса врачей-стоматологов является эффективным подходом к обоснованию путей повышения качества работы стоматологических организаций республики.

Среди факторов, обеспечивающих повышение качества оказания стоматологической помощи населению, преобладают структурные компоненты, характеризующие организационно-техническое качество ресурсов: материально-техническая база и кадры стоматологических организаций. По оценкам врачей-стоматологов наиболее выраженное влияние на качество оказания стоматологической помощи населению оказывают квалификация врачей, рабочая нагрузка и организация рабочего места врача-стоматолога.

Подавляющее большинство врачей-стоматологов, принимавших участие в исследовании, сходятся во мнении, что ключевую роль в сохранении стоматологического здоровья населения и обеспечении высокого качества стоматологической помощи играет личная ответственность пациентов. Наиболее значимыми мотивациями оказания стоматологической помощи на высоком качественном уровне являются стремление врачей к успешной профессиональной карьере и чувство вины перед пациентами в случае ненадлежащего качества оказания стоматологической помощи.

#### Литература

1. Антипова С.И., Горячева С.В. // Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 54–56.
2. Заборовская И.Г. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – С. 39–43.
3. Калинина Т.В., Мороз И.Н., Щавелева М.В. [и др.] // ARS MEDICA. – 2011. – №14(50). – С.21-23.
4. Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. / // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22–27 .
5. Максименко Л.Л., Курьянов А.К. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №1. – С.20–22.
6. Петрова Н.Г., Железняк Б.С., Блохина С.А. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – №3. – С.20–23.
7. Антипенко Э.С. // Проблемы оценки качества медицинской помощи: сб. науч. трудов. – СПб., 1996. – С.14–15.
8. Вишняков Н.И., Данилов Е.О., Михайлов Н.В. // Институт стоматологии. – 2001. – №1. – С.6–10.
9. Овчаров В.К., Марченко А.Г., Тишук Е.А. [и др.] // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1991. – №1. – С.10–11.
10. Демидчик Ю.Е., Калинина Т.В., Щавелева М.В. [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №4. – С.58–63.
11. Калинина Т.В., Мороз И.Н., Станкевич С.И. [и др.] // Медицина. – 2011. – №3(74). – С.24–28.
12. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol.1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. – Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
13. Максимовский Ю.М., Гринин В.М., Древина Г.Р., Бродский С.А. // Стоматолог. – 2006. – №3. – С.15–19.
14. Бондаренко Н.Н. // Нижегородский медицинский журнал. – 2006. – №5. – С.23–26.

#### ANALYSIS OF THE QUALITY OF RENDERING DENTAL CARE TO THE POPULATION

T.V.Kalinina, S.V.Shulgan, A.M.Matveev

Results on the analysis of the questionnaire survey among dentists as regards the problem of the quality of rendering dental care to the population were presented. It was revealed that among factors, contributing to the increase in the quality of rendering dental care, such structure components, specifying the organizational and technical quality of resources, as material and technical base and staff of health care dentist institutions, prevailed. The quality of rendering dental care greatly depended on dentists' qualification, workload and organization of dentist's workplace. Key motivations of dentists for rendering dental care were studied.

## ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**В.В.КОЛБАНОВ, И.Н.МОРОЗ, Т.В.КАЛИНИНА, Т.Г.СВЕТЛОВИЧ,  
М.КРИСТОФОРИ-ХАДКА, К.РУЧМАН**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г Минск  
Белорусское Общество Красного Креста, г. Минск  
Швейцарский Красный Крест

*Проведен анализ эффективности оказания медико-социальной помощи на дому пожилым лицам (в возрасте 60 лет и более) организациями здравоохранения, социальной защиты и Службы сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста (БОКК). Предложена организационно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по оказанию медико-социальной помощи населению на дому, представленная тремя уровнями.*

Тенденции старения населения, характерные для второй половины 20-го века, сохраняются и в 21-м веке. В Республике Беларусь удельный вес лиц в возрасте 60 лет и более в 2011 году составил 19,1%. С возрастом увеличивается доля пожилых и старых людей, нуждающихся в постоянной медико-социальной помощи. По данным специалистов около 20% пожилых людей имеют различные функциональные нарушения и нуждаются в медико-социальной помощи в повседневной жизни. При этом большинству из них такая помощь необходима на дому [1–3]. Из общего числа лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи нуждаются 21,8% человек, в том числе в надомном обслуживании – 12,6%. Потребности пожилых в оказании им медицинской помощи на 50% выше, чем у населения среднего возраста. Лица старше 60 лет, получающие помощь на дому, составляют 50% всех, кто охвачен этим видом помощи. Каждый пятый пожилой человек хотел бы, чтобы ему доставлялись на дом продукты питания и лекарства, и предоставлялась помощь по уходу. Большинство опрошенных одиноких и одиноко проживающих пожилых людей (66,7%) и инвалидов (65,3%) отдают предпочтение модели жизни, при которой они могут жить в домашних условиях, но иметь возможность получать гарантированную медико-социальную помощь [4].

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности оказания медико-социальной помощи на дому пожилым лицам (в возрасте 60 лет и более) организациями здравоохранения, социальной защиты и Службы сестер милосердия БОКК в Гродненской и Витебской областях. Исследование проводилось по инициативе Белорусского Общества Красного Креста при организационно-методической поддержке международных экспертов Швейцарского Красного Креста. В исследование были включены 4 сельских района (Лепельский, Полоцкий, Ошмянский, Лидский).

Компетенции организаций здравоохранения, социальной защиты и Службы сестер милосердия БОКК, оказывающих первичную медико-социальную помощь на дому, различаются в соответствии с задачами, которые решают данные структуры. Виды ухода, которые требуются пожилым с различными ограничениями дееспособности, имеют следующую иерархию:

медицинская помощь: хирургические манипуляции, лекарственные препараты, уход за полостью рта, физиотерапия, инъекции, профилактика и лечение пролежней; индивидуальный уход: удовлетворение физических нужд в повседневной деятельности;

работа по дому: приготовление пищи, уборка, поддержание порядка;

социальная поддержка: помощь в общении с административными работниками, посетителями, дружеское общение;

наблюдение: уменьшение риска для наиболее уязвимых людей.

Услуги по оказанию медико-социальной помощи на дому, относящиеся к компетенции организаций здравоохранения, социальной защиты и Службы сестер милосердия БОКК, различны (табл. 1). Обязанности медицинских работников организаций здравоохранения заключаются в оказании на дому исключительно медицинских услуг. Социальные работники ТЦСОН предоставляют пожилым одиноко проживающим людям социально-бытовые и хозяйственные услуги. Медицинские сестры милосердия БОКК оказывают как медицинские, так и социальные и хозяйственно-бытовые услуги. Индивидуальный медицинский уход на дому на безвозмездной основе за одиночными пожилыми пациентами осуществляют только медицинские сестры милосердия БОКК.

Социально-демографическая характеристика населения в исследованных районах Витебской и Гродненской областей представлена в табл. 2. Выбранные для исследования регионы представляют собой ре-

презентативную выборку в контексте демографических характеристик населения республики. Удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше в среднем для четырех районов составил 20,26%.

В исследованных районах медицинскую помощь на дому лицам в возрасте 60 лет и более в системе Министерства здравоохранения оказывали медицинские работники поликлиник, врачебных амбулаторий, ФАПов.

Мировой опыт показывает, что основополагающим в оказании пожилым пациентам медицинской помощи на дому является выхаживание, которое могут осуществить только медицинские работники среднего и младшего звена. Эта помощь заключается в грамотном выполнении медицинских и санитарно-гигиенических процедур, своевременном контроле изменений в состоянии больного, оказании необходимой доврачебной помощи и своевременном информировании врача.

Результаты исследования свидетельствуют, что в 2010 году в исследованных районах медицинскими работниками организаций здравоохранения было выполнено 65428 посещений на дому лиц в возрасте 60 лет и более, что составило 103,7%. К инвалидам 1 и 2 группы было выполнено 10304 посещения на дому, что составило 125,7 на 100 инвалидов данной категории (табл. 3).

Оказание медико-социальной помощи в системе социальной защиты населения Республики Беларусь осуществляется работниками ТЦСОН, относящихся к нестационарным учреждениям социального обслуживания. Всего в республике функционируют 154 ТЦСОН. Благодаря этому нуждающиеся нетрудоспособные граждане, включая жителей села, обеспечены своевременными доступными и качественными социальными услугами, в т.ч. на дому, с учетом их индивидуальных потребностей.

Таблица 1

**Компетенции организаций, оказывающих первичную медико-социальную помощь на дому**

Организации	Виды оказываемых услуг	Результаты деятельности
Организации здравоохранения	Медицинские	1. Выздоровление или улучшение состояния здоровья. 2. Восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. 3. Возвращение пациента к активной жизни и труду. 4. Снижение показателей смертности и инвалидности. 5. Увеличение продолжительности жизни.
ТЦСОН	Социальные Хозяйственно-бытовые	1. Решение социально-бытовых проблем. 2. Предотвращение попадания пожилых граждан и инвалидов на стационарное обслуживание 3. Увеличение продолжительности жизни.
ССМ БОКК	Медицинские Индивидуальный уход Социальные Хозяйственно-бытовые	1. Решение медицинских, социальных и бытовых проблем 2. Предотвращение попадания пожилых граждан и инвалидов на стационарное обслуживание. 3. Увеличение продолжительности жизни.

Таблица 2

**Социально-демографическая характеристика населения в исследованных районах Витебской и Гродненской областей (среднегодовые данные за 2010 год)**

Показатели	Витебская область				Гродненская область				Всего	
	Лепельский район		Полоцкий район		Лидский район		Ошмянский район			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1. Среднегодовая численность населения (тыс.)	35,30	100	109,67	100	134,40	100	32,10	100	311,47	100
2. Численность лиц в возрасте 60 лет и старше (тыс.), в том числе:	7,50	21,25	22,68	20,68	25,36	18,87	7,55	23,52	63,09	20,26
2.2 Одинокие и одиноко проживающие (тыс.)	5,11	68,13	3,47	15,30	8,84	34,86	3,63	48,08	21,05	33,37
2.3 Инвалиды 1 и 2 группы (тыс.)	0,35	4,67	2,02	8,91	5,08	20,03	0,75	9,93	8,20	13,00

Таблица 3

**Оказание медицинской помощи на дому лицам в возрасте 60 лет и старше медицинскими сестрами организаций здравоохранения, социальными работниками ТЦСОН и медицинскими сестрами милосердия БОКК**

	Витебская область				Гродненская область				Всего	
	Лепельский район		Полоцкий район		Лидский район		Опшмянский район			
	Абс.	На 100 чел.	Абс.	На 100 чел.	Абс.	На 100 чел.	Абс.	На 100 чел.	Абс.	На 100 чел.
<b>Организации здравоохранения</b>										
1. Число лиц в возрасте 60 лет и старше, обслуженных на дому	3858	51,4	29667	130,8	24658	97,2	7245	96,0	65428	103,7
2. Число инвалидов 1-2 группы, обслуженных на дому	310	88,6	3212	159,0	5595	110,1	1187	158,3	10304	125,7
<b>Отделения социальной помощи на дому ТЦСОН</b>										
1. Число обслуживаемых лиц в возрасте 60 лет и старше	313	4,2	970	4,3	1122	4,4	522	6,9	2927	4,6
2. Число инвалидов 1-2 группы	41	11,6	322	16,0	487	9,6	152	20,2	1002	12,2
<b>Служба сестер милосердия БОКК</b>										
1. Число обслуживаемых лиц в возрасте 60 лет и старше	9	0,1	58	0,3	36	0,1	16	0,2	119	0,2
2. Число инвалидов 1-2 группы	6	1,7	20	1,0	30	0,6	14	1,9	70	0,9

Социальное обслуживание одиноких пожилых граждан и ветеранов организовано по выявительному принципу. Основанием для оказания социальной помощи на дому является степень утраты способности к самообслуживанию и передвижению престарелых граждан и инвалидов.

Социально-бытовое обслуживание граждан на дому осуществляется на безвозмездной и возмездной основе. Социально-бытовые услуги на дому бесплатно предоставляются малообеспеченным одиноким гражданам и малообеспеченным одиноко проживающим гражданам (семьям), не имеющим на территории Республики Беларусь трудоспособных лиц, обязанных по закону их содержать.

Размер частичной оплаты за социальное обслуживание и (или) социальные услуги составляет для одиноких нетрудоспособных граждан – 50% тарифа на социальное обслуживание и (или) социальную услугу; для одинокой нетрудоспособной семьи – 40% тарифа на социальное обслуживание и (или) социальную услугу для каждого члена семьи.

Социальную помощь на дому одиноким пожилым гражданам главным образом оказывают социальные и медицинские работники отделений социальной по-

мощи на дому ТЦСОН. Деятельность отделений социальной помощи на дому направлена на максимально возможное продление срока пребывания граждан в привычной социальной среде, поддержание их личностно-социального, психологического и физического статуса, осуществление доврачебной помощи и квалифицированного ухода в домашних условиях.

В отделениях социальной помощи на дому ТЦСОН в исследованных районах в 2010 году социальную помощь получили 4,6% лиц в возрасте 60 лет и старше и 12,2% инвалидов 1 и 2 группы (табл. 3).

Наряду с организациями здравоохранения и социальной защиты, оказывающими значительные объемы медико-социальной помощи на дому, значительная работа по оказанию помощи пожилым лицам в исследованных районах проводилась медицинскими сестрами милосердия БОКК. Медицинские сестры милосердия в 2010 году оказали медицинскую и социальную помощь 0,1% лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающим в исследованных районах, в том числе 0,9% инвалидам 1 и 2 группы (табл. 3).

Результаты исследования свидетельствуют, что объемы помощи, оказываемой пожилым лицам на дому

социальными работниками ТЦСОН и Службой сестер милосердия БОКК, намного меньше объемов медицинской помощи, оказываемой организациями здравоохранения. При этом следует подчеркнуть, что работники социальной службы оказывают социальную помощь на дому исключительно на платной основе.

Объем медико-социальной помощи, оказываемой медицинскими сестрами милосердия БОКК, крайне незначителен. Отчасти это связано с тем, что в количественном аспекте кадровый потенциал Службы сестер милосердия не удовлетворяет потребность республики в данных специалистах. Вместе с тем малочисленный, но профессиональный состав Службы сестер милосердия позволяет оказывать широкий спектр услуг медико-социальной помощи на дому, в том числе: оказание медицинской помощи, индивидуального ухода, социальной и хозяйственно-бытовой помощи подопечным; представление, при необходимости, интересов подопечных в различных органах и учреждениях.

Анализ интенсивности работы специалистов, оказывающих медико-социальную помощь на дому лицам в возрасте 60 лет и старше, свидетельствует о том, что в исследованных районах наиболее значительная нагрузка выполнялась медицинскими работниками организаций здравоохранения. Одна медицинская сестра в поликлинике (врачебной амбулатории, амбулатории врача общей практики) обеспечивала оказание медицинской помощи на дому 238,1 пациентом в возрасте 60 лет и старше, в том числе 73,9 одиноким и одиноко проживающим и 37,0 инвалидам 1 и 2 группы (табл. 4).

Социальные работники, работающие в отделениях социальной помощи на дому, оказывали помощь на дому лицам в возрасте 60 лет и более с нагрузкой 7,3 человек на одного работника, в том числе 7,2 одиноким и одиноко проживающим и 2,5 инвалидов 1 и 2 группы. Каждая медицинская сестра милосердия БОКК обслуживала в среднем 12,3 человек в возрасте 60 лет и старше, в том числе 11,9 одиноким и одиноко проживающим и 7,0 инвалидов 1 и 2 группы.

Наиболее значительные по объемам средства в 2010 году были затрачены на финансирование организаций

в системе здравоохранения. Суммарно в исследованных районах финансирование организаций здравоохранения составило 10694,7 млн руб., в том числе 713 млн руб. (6,7%) внебюджетных средств. Суммарный объем финансирования отделений социальной помощи на дому ТЦСОН в исследованных районах составил 5104,6 млн руб. Удельный вес внебюджетных средств в отделениях социальной помощи на дому составил 9,4% (477,9 млн руб.). Объем финансирования Службы сестер милосердия БОКК по оказанию медико-социальной помощи на дому в исследованных районах суммарно составил 83,4 млн руб. Следует подчеркнуть, что финансовые средства Службы сестер милосердия БОКК формируются только из внебюджетных источников: членские взносы и индивидуальные пожертвования, целевые средства (спонсорская помощь резидентов Республики Беларусь, международная безвозмездная и техническая помощь).

Одним из критериев экономической эффективности оказания медико-социальной помощи на дому является оценка затрат на обслуживание одного пациента за год.

Количество средств, затраченных на обслуживание 1 человека в возрасте 60 лет и старше на дому за год, различалось в организациях, оказывающих медико-социальную помощь на дому (табл. 5).

В организациях здравоохранения на обслуживание на дому 1 человека в возрасте 60 лет и старше в 2010 г. было затрачено 0,17 млн руб., в отделениях социальной помощи на дому ТЦСОН – 1,54 млн руб., в Службе сестер милосердия БОКК – 0,70 млн руб.

Расходы на одно посещение на дому, выполненное специалистами со средним медицинским образованием организаций здравоохранения, зависели от типа медицинского учреждения. В среднем расходы на одно посещение к пациенту 60 лет и старше составляли 17,86 тыс. руб., в том числе 24,69 тыс. руб. – в поликлинике, 17,60 тыс. руб. – во врачебной амбулатории, амбулатории врача общей практики и 11,28 тыс. руб. – в фельдшерско-акушерском пункте. Расходы на одно посещение социальным работником

Таблица 4

**Нагрузка по оказанию медико-социальной помощи лицам в возрасте 60 лет и старше на одного специалиста (прикрепленных лиц к одному специалисту)**

Показатели	Организации здравоохранения	ТЦСОН	ССМ БОКК
1. Число лиц в возрасте 60 лет и старше, обслуживаемых на дому, на 1 медицинскую сестру/социального работника	238,1	7,3	12,3
2. Число одиноким и одиноко проживающих в возрасте 60 лет и старше на 1 медицинскую сестру/социального работника	73,9	7,2	11,9
3. Число инвалидов 1 и 2 группы на 1 медицинскую сестру/социального работника	37,0	2,5	7,0

Таблица 5

**Расходы на оказание медико-социальной помощи на дому в исследованных районах Витебской и Гродненской областей в 2010 году**

Показатели	Организации, оказывающие медико-социальную помощь на дому		
	Организации здравоохранения	ТЦСОН	ССМ БОКК
1. Количество средств, затраченных на оказание медико-социальной помощи на дому на одного человека в возрасте 60 лет и старше за год (млн руб.)	0,17	1,54	0,70
2. Количество средств, затраченных на одно посещение на дому лиц в возрасте 60 лет и старше (тыс. руб.)	17,86	11,76	6,0

ТЦСОН составляли 11,76 тыс. руб., медицинской сестрой милосердия – 6,02 тыс. руб.

В последние десятилетия в мире отмечается не только рост потребности населения в медико-социальной помощи, но и увеличение разрыва между потребностью в МСП и возможностями оказания МСП, особенно в рамках ухода на дому. Увеличение потребности лиц пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи сопровождается ростом расходов и нагрузки на здравоохранение, социальные службы [5, 6]. Одной из основных причин невозможности предоставления в полном объеме медико-социальной помощи на дому лицам пожилого и старческого возраста эксперты многих стран мира считают недостаток финансовых и кадровых ресурсов.

Обеспечение потребности пожилых людей в медико-социальной помощи может быть достигнуто при условии эффективного межведомственного взаимодействия организаций здравоохранения, Территориальных центров социального обслуживания населения и Службы сестер милосердия БОКК.

Основой взаимодействия организаций, осуществляющих медико-социальную помощь на дому, может послужить организационно-функциональная модель, представленная тремя уровнями.

На первом, управленческом, уровне осуществляется регламентация и координация деятельности организаций по оказанию медико-социальной помощи лицам в возрасте старше 60 лет на республиканском и местном (областном и районном) уровнях. На втором, учрежденческом, уровне осуществляется координация и организационно-методическое взаимодействие между организациями здравоохранения, ТЦСОН и Службой сестер милосердия БОКК. На третьем уровне обеспечивается взаимодействие медицинских сестер из системы здравоохранения, социальных работников и медицинских сестер милосердия в процессе оказания медико-социальной помощи на дому лицам в возрасте старше 60 лет.

Внедрение системы межведомственного взаимодействия организаций здравоохранения, социальной защиты и Службы сестер милосердия под управлением местных органов исполнительной государственной власти позволит исключить дублирование услуг, предоставляемых лицам пожилого и старческого возраста в системе медико-социальной помощи, и позволит повысить эффективность используемых ресурсов.

**Литература**

1. Карюхин Э.В. // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты: Сб. трудов / Под ред. А.В.Флинта. – М.: Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С.25–29.
2. Галкин Р.А., Суслин С.А., Гехт И.А. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №2. – С.38–41.
3. Дементьева Н.Ф. // Психология старости и старения: Хрестоматия. – М.: Академия, 2003. – С.295–302.
4. Глушанко В.С., Колбанов В.В., Левицкая И.В., Мороз И.Н., Морозова С.А., Светлович Т.Г., Эглофф С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: Монография / Под ред. ген. секретаря БОКК В.В.Колбанова. – Витебск: ВГМУ, 2008.
5. Дворецкий Л. // Врач. – 2000. – №7. – С.4–8.
6. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / Белорусское Общество Красного Креста; под ред. д-ра мед. наук проф. В.П.Сытого. – Минск: Белмэнс, 2011. – 341 с.

**MEDICO-SOCIAL HOME CARE PROVISION TO ELDERLY PEOPLE**

**V.V.Kolbanov, I.N.Moroz, T.V.Kalinina, T.G.Svetlovich, M.Kristofory-Hadka, K.Ruchman**

Effectiveness of medico-social home care provision to elderly people (aged 60 and over) by health care institutions, social security organizations and Visiting Nurses Service of the Belarusian Red Cross Organization, was analyzed. An organizational and functional model of interdepartmental interaction to provide medico-social home care to the population, represented by three levels, was proposed.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Т.В.КОРОТКЕВИЧ, А.А.КРАЛЬКО

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск

*В статье дана характеристика нормативных правовых документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, определяющих порядок оказания медицинской помощи потребителям психиатрических услуг в соответствии с Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 года «Об оказании психиатрической помощи» по вопросам оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи; установления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими психическими расстройствами; оказания психиатрической помощи анонимно; психиатрического освидетельствования лиц, страдающих психическими расстройствами и находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания.*

Среди различных видов специализированной медицинской помощи психиатрическая помощь занимает особое положение. Это связано с тем, что именно в этой сфере важно обеспечить соблюдение конституционных прав граждан на охрану здоровья, неприкосновенность личности, а также предусмотреть механизм защиты этих прав. Для реализации прав граждан в сфере оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь принят ряд законодательных актов, из которых важнейшим является Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 года «Об оказании психиатрической помощи» (далее – Закон). Для обеспечения применения норм Закона на практике Министерством здравоохранения Республики Беларусь (далее – Минздрав) в 2012 году разработан ряд постановлений,

Так, в соответствии со статьей 19 Закона Минздравом определен порядок оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи [1] при внезапном возникновении и (или) обострении у пациента психического расстройства (заболевания), требующего срочного (неотложного) медицинского вмешательства, а также при возможности совершения таким пациентом действий, угрожающих его жизни и (или) здоровью, жизни и (или) здоровью иных лиц. Ранее отдельными нормативными документами скорая (неотложная) психиатрическая помощь не регламентировалась.

Предусмотрено, что скорая (неотложная) психиатрическая помощь может быть оказана как врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи (психиатром-наркологом, психотерапевтом), так и другим медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, а также медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование. Таким образом, сохраняется право получения скорой (неотложной) психиатрической помощи для граждан, проживающих в сельской местности и в городах с численнос-

тью населения менее 100 000 жителей, то есть на территориях, где по нормативам обеспеченности в структуре станций скорой медицинской помощи отсутствуют специализированные психиатрические бригады и имеются бригады скорой медицинской помощи общего профиля, в том числе фельдшерские.

Так как пациент, которому предоставляется скорая (неотложная) психиатрическая помощь, в связи с ухудшением состояния психического здоровья может представлять опасность как для себя, так и для окружающих лиц, после предоставления такой помощи, он, независимо от его согласия, либо согласия его законного представителя, доставляется медицинским работником в психиатрический стационар для дальнейшего обследования и лечения в стационарных условиях. Также медицинскому работнику предоставлено право вызывать сотрудников территориального органа внутренних дел для оказания содействия в доставке такого пациента в психиатрический стационар.

В соответствии со статьей 33 Закона Минздравом определен порядок осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями [2].

Предусмотрено, что диспансерное наблюдение за пациентами, имеющими диагноз хронического или затяжного психического расстройства, осуществляется врачом психиатром-наркологом путем регулярных осмотров таких пациентов с целью своевременного оказания им необходимой психиатрической помощи. Осмотры осуществляются при явке пациента в государственную организацию здравоохранения, оказывающую психиатрическую помощь, либо при посещении пациента психиатром-наркологом по месту его жительства (месту пребывания).

Решение об установлении диспансерного наблюдения за пациентом, страдающим психическим расстройством, принимается коллегиально, врачебно-консультационной комиссией организации здравоохранения (далее – ВКК), предоставляющей психиатрическую помощь.

При установлении диспансерного наблюдения за пациентом врач психиатр-нарколог обязан сообщить ему или его законному представителю в доступной для понимания форме (с учетом состояния психического здоровья пациента), информацию об установлении диспансерного наблюдения, характере психического расстройства, целях, методах, продолжительности диспансерного наблюдения и рекомендуемого лечения, ожидаемых результатах и последствиях отказа от диспансерного наблюдения и лечения.

Нормативным документом Минздрава определены критерии однородных групп (подгрупп) пациентов для осуществления диспансерного наблюдения, которые формируются на основании специфики и выраженности психопатологической симптоматики, характера и степени социальной дезадаптации и потребности в соответствующих лечебных и реабилитационных мероприятиях [2].

В частности, при организации диспансерного наблюдения предусмотрено выделение подгрупп пациентов, склонных к аутоагрессивным и общественно опасным деяниям: «Специальный учет» – для учета пациентов с социально-опасными тенденциями и действиями; «Особый учет» – для учета пациентов с суицидальными признаками, «Принудительное лечение» – в отношении пациентов, которым вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения.

Частота осмотров пациентов, за которым установлено диспансерное наблюдение, определяется врачом психиатром-наркологом с учетом состояния их психического здоровья, проводимого лечения, а также в соответствии с группой (подгруппой) диспансерного наблюдения.

Прекращение диспансерного наблюдения за пациентом, страдающим психическим расстройством, осуществляется на основании заключения ВКК организации здравоохранения в случае выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния психического здоровья пациента.

В соответствии со статьей 16 Закона Минздравом определен порядок и условия оказания психиатрической помощи на условиях анонимности [3]. С этой целью было разработано новое постановление об оказании медицинской помощи анонимно, в которое вошли и нормы об условиях оказания психиатрической помощи.

В настоящее время психиатрическая помощь может быть предоставлена по желанию пациента ано-

нимно, за исключением тех пациентов, которым психиатрическая помощь оказывается в принудительном порядке, а также подлежащих диспансерному наблюдению. Анонимность предполагает оказание медицинской помощи пациенту, который не сообщает свои подлинные фамилию, собственное имя, отчество, место жительства. При этом в медицинскую документацию могут вноситься вымышленные сведения, сообщенные о себе пациентом.

Медицинская, в том числе психиатрическая, помощь может быть предоставлена анонимно в организациях здравоохранения в амбулаторных и стационарных условиях, а также на дому, как на платной, так и на бесплатной основе.

Нормативным документом Минздрава определен перечень видов медицинской помощи, которая может предоставляться анонимно [3]. В перечень вошли следующие услуги: медико-психологическая и социальная реабилитация лиц с синдромом отрицания пола; психиатрическое обследование лиц при отсутствии медицинских показаний; психотерапевтическая, наркологическая и токсикологическая помощь; медикаментозное лечение лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, никотиновой, игровой и компьютерной зависимостью; оказание психиатрической помощи при пограничных формах психических и поведенческих расстройств (заболеваний). При наличии медицинских показаний и с согласия пациента (либо его законного представителя) к оказанию психиатрической помощи анонимно могут привлекаться врач-психотерапевт, врач-сексолог и психолог.

Предусмотрена возможность выписки рецептов на лекарственные средства пациентам, получающим медицинскую помощь анонимно в амбулаторных условиях, за исключением рецептов на лекарственные средства, содержащие наркотические средства и психотропные вещества.

Пациентам, получающим медицинскую помощь анонимно, не выдаются медицинские документы, подтверждающие оказание такой помощи. На руки пациенту может быть выдана памятка, содержащая информацию о необходимости соблюдения врачебных предписаний.

В соответствии со статьей 25 Закона Минздравом определен порядок проведения психиатрического освидетельствования лиц, страдающих психическими расстройствами и находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь [4]. Такое освидетельствование должно проводиться в психиатрических (психоневрологических) организациях здравоохранения, закрепленных за соответствующими учреждениями социального обслуживания, в

амбулаторных или стационарных условиях врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи или ВКК не реже одного раза в год для решения вопросов о дальнейшем пребывании лиц, страдающих психическими расстройствами, в стационарных учреждениях, а также для оценки дееспособности таких лиц при наличии оснований для восстановления (лишения) их дееспособности.

По результатам психиатрического освидетельствования лица выносятся одно из следующих заключений: о необходимости госпитализации в психиатрический стационар для обследования или лечения, оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях; о возможности дальнейшего пребывания в стационарном учреждении социального обслуживания. Заключение, вынесенное по результатам психиатрического освидетельствования, фиксируется в медицинской карте пациента, страдающего психическим расстройством, и является обязательным для исполнения руководителем стационарного учреждения, в котором находится пациент.

Таким образом, принятие новых нормативных правовых актов в сфере охраны психического здоровья граждан позволило определить порядок реализации норм, установленных Законом, обеспечить их организационно-методическое сопровождение, что будет способствовать их реализации в практической деятельности, а также позволит улучшить доступность и качество психиатрической помощи, предоставляемой гражданам республики.

#### Литература

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 августа 2012 г. №126 «Об утверждении Инструкции о порядке оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 31.08.2012. – 8/26340.
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 июля 2012 г. №110 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления дистанционного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 09.08.2012. – 8/26220.
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 июля 2012 г. №111 «Об утверждении Инструкции о порядке и условиях оказания медицинской, в том числе психиатрической, помощи анонимно и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 10.08.2012. – 8/26239.
4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2012 г. №92 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения психиатрического освидетельствования лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания» // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – 28.08.2012. – 8/26319.

#### IMPROVEMENT OF NORMATIVE LEGAL REGULATION IN THE PROVISION OF MENTAL HEALTH CARE

**T.V.Korotkevich, A.A.Kralko**

Normative legal documents of the Ministry of Health of the Republic of Belarus, determining the procedure on the provision of medical care to consumers of mental health services in accordance with the Law of the Republic of Belarus «On Rendering Mental Health Care» of January 7, 2012 as regards provision of acute (emergency) mental health care; organization of follow-up of patients suffering from mental disorders; provision of anonymous mental health care; psychiatric examination of persons suffering from mental disorders and staying in inpatient care institutions of the social service, were defined.

**Материалы республиканской научно-практической конференции  
с международным участием «Современные вопросы организации  
и информатизации здравоохранения» (к 20-летию РНПЦ МТ)  
Минск, 19 октября 2012 г.**

**Proceedings of the Republican Scientific-Practical Conference  
with International Participation *Current Problems of Health Care  
Organization and Informatization (dedicated to the 20th anniversary of RSPC MT)*  
Minsk, October 19, 2012**

*Сачек М.М., Малахова И.В., Куницкий Д.Ф., Хейфец Н.Е., Новик И.И., Поляков С.М.* Двадцать лет исследований по определению стратегических направлений развития здравоохранения и информатизации отрасли  
*Sachek M.M., Malakhova I.V., Kunitski D.F., Kheifets N.Ye., Novik I.I., Polyakov S.M.* Twenty Years of Investigations on Determining Strategic Trends for Development of Health Care and Informatization in Health Sector ..... 2

**Здоровье – категория экономическая  
Health is an Economic Category**

<i>Белецкий А.В., Ломать Л.Н., Курбаленко М.В.</i> Организация экспорта медицинских услуг в ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии» <i>Beletski A.V., Lomat L.N., Kurbalenko M.V.</i> Export of Medical Services at Republican Scientific and Practical Centre of Traumatology and Orthopedics ..... 9
<i>Будревич Г.С., Тищенко Е.М.</i> Здоровье сельских жительниц фертильного возраста <i>Budrevich G.S., Tishchenko Ye.M.</i> Health of Female Villagers of the Fertile Age ..... 12
<i>Гиндюк А.В.</i> Гигиеническая оценка условий труда и состояния здоровья инвалидов по слуху на специализированных предприятиях <i>Gindyuk A.V.</i> Hygienic Evaluation of Working and Health Conditions of Hearing-Impaired Disabled Workers from Specialized Enterprises ..... 14
<i>Гришенкова Л.Н., Кобаль П.М., Антипова С.И.</i> Ритмологические особенности годовой смертности населения Беларуси от острой алкогольной интоксикации <i>Grishenkova L.N., Kobal P.M., Antipova S.I.</i> Rhythmological Peculiarities of Annual Mortality of the Population of Belarus from Acute Alcohol Intoxication ..... 17
<i>Гришенкова Л.Н., Кобаль П.М., Рагузин К.К.</i> Летальные исходы, ассоциированные с хронической алкогольной интоксикацией, в Минске за 2011 год <i>Grishenkova L.N., Kobal P.M., Raguzin K.K.</i> Fatal Outcomes Associated with Chronic Alcohol Intoxication in Minsk in 2011 ..... 20
<i>Давидовский С.В.</i> Особенности суицидального поведения жителей г. Минска <i>Davidovsky S.V.</i> Peculiarities of Suicidal Behavior of People of Minsk ..... 22
<i>Довляшевич М.П., Тищенко Е.М.</i> Госпитальная эпидемиология психических расстройств <i>Dovlyashevich M.P., Tishchenko Ye.M.</i> Hospital Epidemiology of Mental Disorders ..... 24
<i>Евдокимов Е.Л., Барабанов Л.Г., Коваленко Е.В., Зародова О.В.</i> Качество жизни и реабилитация детей с псориазом <i>Evdokimov E.L., Barabanov L.G., Kovalenko E.V., Zarodova O.V.</i> Quality of Life and Rehabilitation of Children with Psoriasis ..... 27
<i>Жадан А.А.</i> Особенности рынка медицинских услуг и ограничения рыночных механизмов <i>Zhadan A.A.</i> Peculiarities of Medical Services Market and Boundary Conditions of Market Mechanisms ..... 32
<i>Касюк А.А., Машевский А.А., Дубровский А.С.</i> Эпидемиология летальной послеоперационной тромбоэмболии легочной артерии у онкологических пациентов <i>Kasyuk A.A., Mashevsky A.A., Dubrovsky A.Ch.</i> Epidemiology of Lethal Postoperative Pulmonary Thromboembolism in Cancer Patients ..... 36
<i>Козлов И.Д., Гракович А.А., Апанасевич В.В.</i> Дополнительная смертность в когорте мужчин 40–59 лет г. Минска, связанная с курением <i>Kozlov I.D., Grakovich A.A., Apanasevich V.V.</i> Additional Mortality Related to Smoking in Cohort of Males Aged 40–59 Years of Minsk ..... 38

<i>Копыток А.В., Якушина Н.А.</i> Тенденции формирования инвалидности лиц молодого возраста в Республике Беларусь	
<i>Korytok A.V., Yakushina N.A.</i> Trends in Formation of Young People Disability in the Republic of Belarus	40
<i>Короткевич Т.В.</i> Комплексная оценка состояния психического здоровья населения Республики Беларусь за период с 2002 по 2011 год	
<i>Korotkevich T.V.</i> Comprehensive Evaluation of Mental Health of the Population of the Republic of Belarus in 2002–2011	44
<i>Кушниренко В.С., Сиренко В.И., Руммо О.О., Усс А.Л., Субоч О.В.</i> Внебюджетная деятельность и экспорт услуг в УЗ «9-я городская клиническая больница города Минска»	
<i>Kushnirenko V.S., Sirenko V.I., Rummo O.O., Uss A.L., Suboch O.V.</i> Off-budget Activities and Export Services at Municipal Clinical Hospital No 9 of Minsk	47
<i>Лихачев С.А., Ситник Г.Д., Бань Д.С.</i> Эпидемиология острых и хронических форм цереброваскулярных болезней в Республике Беларусь	
<i>Likhachev S.A., Sitnik G.D., Ban D.S.</i> Epidemiology of Acute and Chronic Forms of Cerebrovascular Diseases in the Republic of Belarus	50
<i>Мезина Э.В., Романова А.П.</i> Эпидемиологические аспекты проблемы детских церебральных параличей	
<i>Mezina E.V., Romanova A.P.</i> Epidemiologic Aspects of Cerebral Palsy Problem	53
<i>Мезина Э.В., Урьев Г.А.</i> Социальные аспекты непрерывной медицинской реабилитации инвалидов вследствие ДЦП	
<i>Mezina E.V., Uriev G.A.</i> Social Aspects of Continuous Medical Rehabilitation of Disabled People with Cerebral Palsy	56
<i>Моисеев П.И., Стефанович Ж.А., Семченко Е.Н.</i> Опыт экспорта медицинских услуг в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»	
<i>Moiseev P.I., Stefanovich Zh.A., Semchenko E.N.</i> Experience of Medical Services Export at N.N.Alexandrov Republican Scientific and Practical Center for Oncology and Medical Radiology	59
<i>Москвичева Т.Н., Хейфец Н.Е., Малахова И.В., Куницкий Д.Ф., Розацевич А.С.</i> Медико-экономическое моделирование как основа расчета себестоимости медицинских услуг, включенных в клинический протокол	
<i>Moskvichyova T.N., Kheifets N.Ye., Malakhova I.V., Kunitski D.F., Rogatsevich A.S.</i> Medico-Economic Modeling as a Basis for Estimating Prime Cost of Medical Services Included in Clinical Protocol	61
<i>Новик И.И., Русенчик А.И., Трофимов Н.М., Ясюля Т.В.</i> Предпосылки и подходы к реструктуризации коечного фонда учреждений здравоохранения Республики Беларусь	
<i>Novik I.I., Rusechik A.I., Trofimov N.M., Yasiulia T.V.</i> Prerequisites and Approaches to Bed Capacity Restructuring at Health Care Institutions of the Republic of Belarus	66
<i>Новик И.И., Русенчик А.И., Трофимов Н.М., Ясюля Т.В., Карканица Е.А.</i> К вопросу совершенствования планирования штатной численности врачей отделений хирургического профиля в больничных организациях здравоохранения Республики Беларусь	
<i>Novik I.I., Rusechik A.I., Trofimov N.M., Yasiulia T.V., Karkanitsa E.A.</i> On Improvement of Planning Physicians Staff from Surgical Departments at Hospitals of Health Care Institutions of the Republic of Belarus	69
<i>Рудой А.С., Пашкевич П.П.</i> Распространенность пролапса митрального клапана у лиц призывного возраста	
<i>Rudoy A.S., Pashkevich P.P.</i> Prevalence of Mitral Valve Prolapse in Men of Military Age	72
<i>Сорокина С.Э.</i> Инвестиции в здравоохранение как отражение грамотной инновационной политики государства	
<i>Sorokina S.E.</i> Investments in Health Care as a Reflection of Efficient State Innovation Policy	76
<i>Сорокина С.Э.</i> Недооценка стоимости жизни человека как фактор, препятствующий оценке экономической эффективности здравоохранения	
<i>Sorokina S.E.</i> Underestimating Value of Human Life as a Factor, Hampering Assessment of Health Care Cost-Effectiveness	79
<i>Суконко О.Г., Красный С.А., Моисеев П.И., Машевский А.А., Океанов А.Е.</i> Эпидемиология злокачественных опухолей как один из факторов предотвратимой смертности у лиц трудоспособного возраста	
<i>Sukonko O.G., Krasny S.A., Moiseev P.I., Mashevsky A.A., Okeanov A.E.</i> Malignant Neoplasm Epidemiology as a Factor of Preventable Mortality among People of Working Age	82
<i>Хейфец Н.Е., Москвичева Т.Н., Малахова И.В., Кот Т.И., Николаева С.Н., Вангель С.А.</i> Стандартизация медицинских технологий – ключевое звено в системе управления качеством медицинской помощи	
<i>Kheifets N.Ye., Moskvichyova T.N., Malakhova I.V., Kot T.I., Nikolaeva S.N., Vanagel S.A.</i> Standardization of Medical Technologies is a Key Component in System of Management of Health Care Quality	85

### **Организационные технологии в здравоохранении** **Organizational Technologies in Health Care**

<i>Александров А.А., Андреева Л.А., Солодуха В.В., Лапуста А.А., Белоус О.В., Карнач И.В.</i> Организация программы профилактики алкоголизма среди лиц трудоспособного возраста в условиях первичного звена здравоохранения	
<i>Alexandrov A.A., Andreeva L.A., Solodukho V.V. Lapusta A.A., Belous O.V., Karnach I.V.</i> Organization of Programme on Alcoholism Prevention among Persons of Working Age at Outpatient Health Care Institutions	89
<i>Андреевский А.С., Бородулина Л.П.</i> Совершенствование этапной системы медицинского обслуживания в здравоохранении	
<i>Andreevsky A.S., Borodulina L.P.</i> Improving Stepwise System of Medical Services in Health Care	92

<i>Белецкий А.В., Борисов А.В., Эйсмонт О.Л., Ломать Л.Н., Линов А.Л., Мухля А.М.</i> Основные направления развития ортопедо-травматологической службы Республики Беларусь на период до 2015 года	
<i>Beletski A.V., Borisov A.V., Eismont O.L., Lomat L.N., Linov A.L., Mukhlya A.M.</i> Major Trends in Development of Orthopedotraumatological Service of the Republic of Belarus until 2015 .....	93
<i>Бигвава Н.С., Малахов Г.В.</i> Опыт работы реанимационно-анестезиологической бригады	
<i>Bigvava N.S., Malakhov G.V.</i> Experience of Reanimation-Anesthetic Team Work .....	97
<i>Гавриленко Л.Н., Кевра М.К., Жилевич Л.А., Сачек М.М.</i> Состояние и перспективы развития службы клинической фармакологии в Республике Беларусь	
<i>Gavrilenko L.N., Kevra M.K., Zhilevich L.A., Sachek M.M.</i> Current State and Prospects in Development of Clinical Pharmacology Service in the Republic of Belarus .....	99
<i>Глинская Т.Н., Щавелева М.В.</i> Оценка эффективности диспансеризации при патологии внутренних органов: 2007–2011	
<i>Glinskaya T.N., Schaveleva M.V.</i> Assessment of Dispensarization Efficiency in Pathology of Internal Diseases: 2007-2011 .....	104
<i>Гольдинберг Б.М., Климович О.В.</i> Модели организации работы службы крови в Республике Беларусь: история, современность, перспективы	
<i>Goldinberg B.M., Klimovich O.V.</i> Models of Blood Service Organization in the Republic of Belarus: History, Current State, Prospects.....	108
<i>Гракович А.А., Козлов И.Д., Щербина О.Ф.</i> Межрегиональная дифференциация в показателях организации здравоохранения, связанных с кардиологической помощью	
<i>Grakovich A.A., Kozlov I.D., Shcharbina O.F.</i> Interregional Differentiation in Health Care Indicators Related to Cardiology Care.....	110
<i>Заборовский И.Г.</i> Оценка медико-социального статуса пациентов с диабетическим макулярным отеком.	
<i>Zaborovsky I.G.</i> Evaluation of Medico-Social Status of Patients with Diabetic Macular Edema .....	112
<i>Зарецкий С.В., Астапенко В.В., Хмара Д.В.</i> Реализация стационарозамещающих технологий в условиях хирургического отделения	
<i>Zaretsky S.V., Astapenko V.V., Khmara D.V.</i> Realization of Hospital-Substituting Technologies at Surgical Department	115
<i>Затолока П.А.</i> Инновационный скрининговый метод выявления хронической патологии ЛОР-органов	
<i>Zatoloka P.A.</i> Innovative Screening Method on Detection of Chronic ENT-Systems Pathology .....	118
<i>Калинина Т.В., Шульган С.В., Матвеев А.М.</i> Анализ качества оказания стоматологической помощи населению	
<i>Kalinina T.V., Shulgan S.V., Matveev A.M.</i> Analysis of the Quality of Rendering Dental Care to the Population .....	121
<i>Кожанова И.Н., Романова И.С., Гавриленко Л.Н., Сачек М.М.</i> Особенности проведения фармакоэкономических исследований в Республике Беларусь	
<i>Kozhanova I.N., Romanova I.S., Gavrilenko L.N., Sachek M.M.</i> Peculiarities of Pharmacoeconomic Studies in the Republic of Belarus .....	127
<i>Козлов И.Д., Гракович А.А., Щербина О.Ф.</i> Взаимосвязь межрегиональных различий в смертности от ишемической болезни сердца с показателями организации здравоохранения	
<i>Kozlov I.D., Grakovich A.A., Shcharbina O.F.</i> Correlation between Interregional Differences in Mortality from Ischemic Heart Disease and Indicators of Health Care Institutions .....	132
<i>Колбанов В.В., Мороз И.Н., Калинина Т.В., Светлович Т.Г., Кристофори-Хадка М., Ручман К.</i> Оказание медико-социальной помощи на дому лицам пожилого возраста	
<i>Kolbanov V.V., Moroz I.N., Kalinina T.V., Svetlovich T.G., Kristofory-Hadka M., Ruchman K.</i> Medico-Social Home Care Provision to Elderly People .....	135
<i>Короткевич Т.В., Кралько А.А.</i> Совершенствование нормативно-правового регулирования в сфере оказания психиатрической помощи	
<i>Korotkevich T.V., Kralko A.A.</i> Improvement of Normative Legal Regulation in the Provision of Mental Health Care ...	140
<i>Кралько А.А., Короткевич Т.В.</i> Организация психиатрической помощи в Республике Беларусь: новеллы законодательства	
<i>Kralko A.A., Korotkevich T.V.</i> Organization of Mental Health Care in the Republic of Belarus: Novel Legislation .....	143
<i>Кривенко С.И.</i> Организационные аспекты научной деятельности учреждения здравоохранения «9-я городская клиническая больница г. Минска»	
<i>Krivenko S.I.</i> Organizational Aspects of Research Activity at Municipal Clinical Hospital No 9 of Minsk .....	146
<i>Кубарко Ю.А.</i> Новые возможности оценки изменений сенсорных функций зрения у пациентов с демиелинизирующей оптической нейропатией без перенесенного ретробульбарного неврита	
<i>Kubarko Yu. A.</i> New Potentialities for Estimation of Vision Sensor Functions Changes in Patients with Demyelinating Optic Neuropathy without Retrobulbar Neuritis .....	149
<i>Лаптюнок С.А.</i> Организация информационного обеспечения в здравоохранении в целях митигации чрезвычайных ситуаций	
<i>Laptyonok S.A.</i> Organization of Information Provision in Health Care Aimed at Mitigation of Emergency Situations ..	152
<i>Лихачев С.А., Астапенко А.В., Куликова С.Л., Корбут Т.В., Куль А.В.</i> Опыт работы Республиканского 152миастенического центра	
<i>Likhachev S.A., Astapenko A.V., Kulikova S.L., Korbut T.V., Kul A.V.</i> Experience of the Republican Myasthenic Center Work.....	154

<i>Лихачев С.А., Чернуха Т.Н., Ситник Г.Д., Астапенко А.В., Рушкевич Ю.Н., Веевник, Е.В. Яковлев А.Н., Платонов А.В., Костюк И.П., Карпечина О.А., Редута В.В., Шумскас М.С., Дедовец М.Е., Пашков А.А., Винникова С.Т.</i>	
Система организации помощи пациентам с мышечными дистониями	
<i>Likhachev S.A., Charnukha T.N., Sitnik G.D., Astapenko A.V., Rushkevich Y.N., Veevnik E.V., Yakovlev A.N., Platonov A.V., Kostiuk I.P., Karpechina O.A., Reduta V.V., Shumskas M.S., Dedovets M.E., Pashkov A.A., Vinnikova S.T.</i>	
System on Organization of Care to Patients with Muscular Dystonias	156
<i>Максимчук В.П., Копытов А.В.</i>	
Новые законодательные подходы к проведению медицинского освидетельствования для установления состояния алкогольного опьянения в Республике Беларусь	
<i>Maximchuk V.P., Kopytov A.V.</i>	
New Legislative Approaches to Medical Examination Aimed at Testing Alcohol Intoxication Condition in the Republic of Belarus	159
<i>Марченко Л.Н., Чекина А.Ю., Бирич Т.А., Иванова В.Ф., Джумова М.Ф., Далидович А.А., Поболь-Солонко О.Л.</i>	
Современные технологии лечения офтальмопатологии в практике здравоохранения	
<i>Marchenko L.N., Chekina A.Yu., Birich T.A., Ivanova V.F., Dzhumova M.F., Dalidovich A.A., Pobol-Solonko O.L.</i>	
Up-to-date Technologies for Ophthalmopathology Treatment in Practical Health Care	163
<i>Митьковская Н.П., Захарко А.Ю.</i>	
Беременность и роды у женщин с метаболическим синдромом и гестозом	
<i>Mitkovskaya N.P., Zakharko A.U.</i>	
Pregnancy and Labor in Women with Metabolic Syndrome and Preeclampsia	166
<i>Николаева С.Н., Кот Т.И., Вангель С.А., Хейфец Н.Е., Малахова И.В., Сачек М.М.</i>	
Научно-методическое и организационное сопровождение подготовки клинических протоколов диагностики и лечения в Республике Беларусь	
<i>Nikolaeva S.N., Kot T.I., Vanagel S.A., Kheifets N.Ye., Malakhova I.V., Sachek M.M.</i>	
Scientific-Methodical and Organizational Support for Elaboration of Clinical Protocols on Diagnosis and Treatment in the Republic of Belarus	168
<i>Новик И.И., Коляда И.Н., Ясюля Т.В., Русенчик А.И., Трофимов Н.М., Хавратович В.М.</i>	
Роль социально-экономических и экологических факторов в формировании общественного здоровья населения некоторых районов Гомельской области	
<i>Novik I.I., Kolyada I.N., Yasiulia T.V., Rusenichik A.I., Trofimov N.M., Khavratovich V.M.</i>	
Role of Socio-Economic and Environmental Factors in the Formation of Public Health of the Population from Some Districts of Gomel Region	172
<i>Пинчук А.Ф.</i>	
Особенности кардиоваскулярного риска у горнорабочих калийных рудников	
<i>Pinchuk A.F.</i>	
Peculiarities of Cardiovascular Risk in Miners of Potash Mines	174
<i>Реутская Л.А.</i>	
Регулирование обращения лекарственных средств в Республике Беларусь	
<i>Reutskaya L.A.</i>	
Regulation of Medicines Circulation in the Republic of Belarus	177
<i>Ростовцев В.Н.</i>	
Подходы к оценкам эффективности здравоохранения	
<i>Rostovtsev V.N.</i>	
Approaches to Assessing Health Care Efficiency	182
<i>Ростовцев В.Н., Рябкова О.И., Марченкова И.Б., Кузьменко В.Е.</i>	
Социокультурные показатели и смертность от болезней системы кровообращения	
<i>Rostovtsev V.N., Ryabkova O.I., Marchenkova I.B., Kuzmenko V.E.</i>	
Socio-Cultural Indicators and Mortality from the Diseases of the Circulatory System	186
<i>Ростовцев В.Н.</i>	
Управление развитием	
<i>Rostovtsev V.N.</i>	
Development Control	190
<i>Рушкевич Ю.Н., Лихачев С.А.</i>	
Перспективы паллиативной помощи пациентам с боковым амиотрофическим склерозом	
<i>Rushkevich Yu.N., Likhachev S.A.</i>	
Perspectives of Palliative Care to Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis	194
<i>Сахаров И.В., Черствый Е.Д., Сукало А.В., Летковская Т.А., Тур Н.И.</i>	
Применение морфометрических методов оценки нефробиоптата для прогнозирования ответа на глюкокортикостероидную терапию у детей с нефротическим синдромом	
<i>Sakharov I.V., Cherstvy E.D., Sukalo A.V., Letkovskaya T.A., Tur N.I.</i>	
Use of Morphometric Methods for Evaluating Nephrobiopsy Material Aimed at Prediction of Response to Glucocorticosteroid Therapy in Children with Nephrotic Syndrome	196
<i>Сачек М.М., Малахова И.В., Дудина Т.В., Елкина А.И., Гутич Н.А.</i>	
Нормативная правовая база, регламентирующая охрану здоровья граждан в Республике Беларусь	
<i>Sachek M.M., Malakhova I.V., Dudina T.V., Yolkina A.I., Gutich N.A.</i>	
Normative Legal Base Regulating Protecting Citizens' Health in the Republic of Belarus	198
<i>Сачек М.М., Хейфец Н.Е., Кот Т.И., Николаева С.Н., Вангель С.А.</i>	
Проблемные вопросы правового регулирования ценообразования на лекарственные средства в Республике Беларусь	
<i>Sachek M.M., Kheifets N.Ye., Kot T.I., Nikolaeva S.N., Vanagel S.A.</i>	
Problem Issues on Legal Regulation of Prices on Medicines in the Republic of Belarus	202
<i>Сачек М.М., Хейфец Н.Е., Кот Т.И., Николаева С.Н., Вангель С.А., Рогатевич А.С.</i>	
Сравнительный анализ ограничительных перечней лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения, Российской Федерации и Республики Беларусь	
<i>Sachek M.M., Kheifets N.Ye., Kot T.I., Nikolaeva S.N., Vanagel S.A., Rogatsevich A.S.</i>	
Comparative Analysis of Restricted List of Medicines of the World Health Organization, the Russian Federation and the Republic of Belarus	208
<i>Семенов Г.В., Белявская Т.В., Веселуха Л.А., Зеленевская Е.Л., Кравчук З.И., Переход З.В., Радченко Н.Н., Семенова С.В., Потаннев М.П.</i>	
Методология HLA-типирования при создании республиканского регистра доноров костного мозга	
<i>Semenov G.V., Belaywskaya T.V., Weseluha L.A., Zelenevskaya E.L., Kravchuk Z.I., Perekhod Z.V., Radchenko N.N., Semenova S.V., Potapnev M.P.</i>	
Methodology of HLA-typing for Creation of the Belarusian Republican Register of Bone Marrow Donors	214

<i>Скобеус И.А., Дубров В.И.</i> Оказание урологической помощи детям в Республике Беларусь <i>Skobeyus I.A., Dubrov V.I.</i> Rendering Urologic Medical Care to Children in the Republic of Belarus .....	217
<i>Смычек В.Б., Лецинская Т.М., Копыток А.В., Глинская Т.Н.</i> Перспективные пути развития службы медицинской экспертизы и медицинской реабилитации в Республике Беларусь <i>Smychek V.S., Leschinskaya T.M., Kopytok A.V., Glinskaya T.N.</i> Perspectives for Development of Services of Medical Examination and Medical Rehabilitation in the Republic of Belarus .....	219
<i>Соломонов Г.Е.</i> Современные технологии в эндоскопии <i>Solomonov G.E.</i> Modern Technologies in Endoscopy .....	222
<i>Тарасик И.Н.</i> Рациональное использование ультразвуковой диагностической аппаратуры в учреждениях здравоохранения г. Минска <i>Tarasik I.N.</i> Reasonable Use of Ultrasound Diagnostic Equipment at Health Care Institutions of Minsk .....	223
<i>Терехович Т.И., Жилевич Л.А., Малахова И.В., Кухарчук А.А., Гозман З.Б., Антилевский В.В.</i> Ресурсосберегающие стационарозамещающие технологии в здравоохранении Республики Беларусь <i>Tserakhovich T.I., Zhilevich L.A., Malakhova I.V., Kukharchuk A.A., Hozman Z.B., Antsileuski V.V.</i> Resource-Saving Hospital-Substituting Technologies in Health Care of the Republic of Belarus .....	225
<i>Терехович Т.И., Жилевич Л.А., Малахова И.В., Кухарчук А.А., Гозман З.Б., Лукашевич А.Б., Чмырева А.А.</i> Некоторые аспекты работы врача общей практики <i>Tserakhovich T.I., Zhilevich L.A., Malakhova I.V., Kukharchuk A.A., Hozman Z.B., Lukashevich A.B., Chmyrova A.A.</i> Some Aspects of a General Practitioner's Work .....	229
<i>Тишкова Н.И., Коляда И.Н., Малахова И.В., Кулинкина В.В.</i> Анализ медико-демографических показателей и организации оказания медицинской помощи населению Ельского района Гомельской области <i>Tishkova N.I., Kolyada I.N., Malakhova I.V., Kulinkina V.V.</i> Analysis of Medico-Demographic Indicators and Organization of Rendering Medical Care to the Population of Elsk District of Gomel Region .....	233
<i>Усс А.Л.</i> Развитие гематологической службы в Республике Беларусь на современном этапе <i>Uss A.L.</i> Current Development of Hematologic Service in the Republic of Belarus .....	240
<i>Хвостова И.И., Старцев А.И.</i> О проблеме воспитания детей родителями, страдающими психическими расстройствами <i>Khvostova I.I., Startsev A.I.</i> On Problem of Upbringing of Children by Parents with Mental Disorders .....	242
<i>Хейфец Н.Е., Хейфец Е.Н.</i> О правовом статусе нормативных документов системы стандартизации медицинских технологий <i>Kheifets N.Ye., Kheifets Ye.N.</i> On Legal Status of Normative Documents of Medical Technologies Standardization System .....	246
<i>Шарабчиев Ю.Т.</i> Цитируемость как индикатор значимости научных журналов, ученых и научных коллективов <i>Sharabchiev Yu.T.</i> Citation as an Indicator on Significance of Scientific Journals, Scientists and Research Teams .....	251

**Информатизация – медицине: настоящее и будущее**  
**Informatization – for Medicine: Current State and Future**

<i>Власова-Розанская Е.В.</i> Автоматизированные системы проведения реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов <i>Vlasova-Rozanskaya E.V.</i> Automated Systems for Rehabilitation of Patients with Internal Diseases .....	255
<i>Городецкая И.В.</i> Новые подходы к использованию информационных технологий для формирования профессиональных компетенций студентов медицинских ВУЗов <i>Gorodetskaya I.V.</i> New Approaches to Information Technologies Application Aimed at Gaining Professional Competences of Students from Medical Higher Education Institutions .....	257
<i>Затолака П.А., Доценко М.Л., Курятников А.Г.</i> Электронная база данных для динамического наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами с хронической оториноларингологической патологией <i>Zatoloka P.A., Dotsenko M.L., Kuryatnikov A.G.</i> Electronic Database for Dynamic Monitoring of HIV-Infected Patients with Chronic ENT Pathology .....	261
<i>Ковалёва А.И., Мицук Э.И.</i> Информатизация в акушерстве и гинекологии Брестской области <i>Kovaleva A.I., Mischuk E.I.</i> Informatization in Obstetrics and Gynecology of Brest Region .....	262
<i>Коронец В.В.</i> Информатизация в медицине: настоящее и будущее <i>Koronets V.V.</i> Informatization in Medicine: Current State and Future .....	264
<i>Курстак И.А., Ляликов С.А., Савицкий С.Э., Кузнецов О.Е.</i> Компьютерная диагностическая информационно-аналитическая система в работе центра диагностики наследственных опухолей <i>Kurstak I.A., Lyalikov S.A., Savitsky S.E., Kuznetsov O.E.</i> Computer Diagnostic Information-Analytical System in the Work of Center for Hereditary Tumors .....	265
<i>Лемешко Е.В., Губкин С.В.</i> Телемедицина в медицинских частях и учреждениях уголовно-исполнительной системы <i>Lemeshko E.V., Goubkin S.V.</i> Telemedicine in Medical Units and Establishments of the Penitentiary System .....	269
<i>Поляков С.М., Лапицкий В.А., Асташевич Ж.Г., Сачек М.М.</i> Телемедицина в Республике Беларусь <i>Polyakov S.M., Lapitsky V.A., Astashevich Zh.G., Sachek M.M.</i> Telemedicine in the Republic of Belarus .....	272

<i>Рудой А.С., Пашкевич П.П., Князев И.Н., Горустович А.Г.</i> Автоматизированная информационная система диагностики синдрома Марфана <i>Rudoy A.S., Pashkevich P.P., Kniazev I.N., Gorustovich A.G.</i> Automated Information Diagnostic System of Marfan Syndrome .....	276
<i>Савицкий С.Э., Бойко Д.В., Прудко А.Ю.</i> Система визуализации медицинского изображения в Гродненской областной клинической больнице <i>Savitsky S.E., Boiko D.V., Prudko A.Yu.</i> Visualization System of Medical Images of Grodno Regional Clinical Hospital .....	279
<i>Савицкий С.Э., Зеньков О.Л.</i> Создание корпоративной медицинской сети и единого информационного пространства здравоохранения области на платформе госпитальной информационной системы Гродненской областной клинической больницы <i>Savitsky S.E., Zenkov O.L.</i> Establishment of Corporate Medical Network and Information Space of Regional Health Care on the Basis of Hospital Information System of Grodno Regional Clinical Hospital .....	280
<i>Савицкий С.Э., Прокопович С.В., Зеньков О.Л.</i> Система телемедицинского консультирования с функцией электронного бюро госпитализации <i>Savitsky S.E., Prokopovich S.V., Zenkov O.L.</i> System of Telemedicine Consultation with the Function of Electronic Hospitalization Bureau .....	281
<i>Сачек М.М., Щербина О.Ф., Рудаковская Л.А.</i> Республиканский регистр «Сахарный диабет» – системный подход к учету больных сахарным диабетом на популяционном уровне <i>Sachek M.M., Shcharbina O.F., Rudakovskaya L.A.</i> Republican Register “Diabetes Mellitus” is a Systemic Approach to Registration of Patients with Diabetes Mellitus at Population Level .....	282
<i>Федулов А.С., Лихачев С.А., Астапенко А.В., Борисов А.В., Вацилин В.В., Щенов Ю.Э., Митьковская Н.П., Григоренко Е.А., Цурко К.И.</i> Использование отечественного телемедицинского комплекса для консультирования пациентов неврологического профиля <i>Fedulov A.S., Likhachev S.A., Astapenko A.V., Borisov A.V., Vaschilin V.V., Schenov Y.E., Mitkovskaja N.P., Grigorenko E.A., Tsurko K.I.</i> Application of Domestic Telemedicine Complex for Consultation of Neurological Patients .....	285
<i>Федулов А.С., Лихачев С.А., Астапенко А.В., Борисов А.В., Вацилин В.В., Щенов Ю.Э., Денисевич Н.П., Цурко К.И.</i> Теленеурология: тенденции и реализация <i>Fedulov A.S., Likhachev S.A., Astapenko A.V., Borisov A.V., Vaschilin V.V., Schenov Y.E., Denisevich N.P., Tsurko K.I.</i> Teleneurology: Tendencies and Realization .....	287
<i>Федулов А.С., Лапуста А.А., Денисевич Н.П., Белоус О.В., Щенов Ю.Э.</i> Телеконсультации в практической работе районной больницы <i>Fedulov A.S., Lapusto A.A., Denisevich N.P., Belous O.V., Schenov Y.E.</i> Teleconsultations in Practical Work of District Hospital .....	289
<i>Яранцева Н.Д.</i> Дистанционное обучение в медицинском образовании <i>Yarantseva N.D.</i> Distance E-learning in Medical Education .....	291
В номере .....	
Contents .....	295

---

#### ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ

“Вопросы организации и информатизации здравоохранения” – рецензируемый аналитико-информационный бюллетень. Издаётся с 1995 г., выходит 4 раза в год.  
**Зарегистрирован Министерством информации Республики Беларусь** (свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 383 от 15 мая 2009 г.).  
**Учредитель:** государственное учреждение “Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения” (РНПЦ МТ).  
**Адрес редакции:** 220600, г. Минск, ГСП, ул. П. Бровки, 7а.  
 Главный редактор: Сачек Марина Михайловна.  
 Ответственный секретарь: Н.Е. Хейфец.  
 Редактор: Н.В. Новаш.  
 Компьютерная верстка: Н.Ф. Гелжец.  
 Подписано в печать 08.10.2012 г. Формат бумаги 60x84 1/8.  
 Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 44,0. Тираж 250 экз. Зак. №  
**Распространяется по подписке.** Подписные индексы по каталогу РУП почтовой связи “Белпочта”: 74855 (для индивидуальных подписчиков); 748552 (для предприятий и организаций).  
**Отпечатано в типографии** РУП “Минсктиппроект”. 220123, Минск, ул. В.Хоружей, 13.  
 Лицензия №02330/0494102 от 11.03.2009 г. Тел. (017) 288-60-88.